

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX

PEDIATRIAE

listopad 2015
číslo 9 • ročník 15



téma čísla

Sociální pediatrie



- Metodika k provádění pravidelného očkování proti tuberkulóze (TBC) v ČR
- Zdravotní a očkovací průkaz dítěte a mladistvého

- Alternativní péče o děti s postižením
- Surogátní mateřství z pohledu pediatra

- Ohrožené dítě v současnosti
- Bolest a její léčba
- Poruchy rytmu v dětském věku



Pracujeme pro zdravější svět™

NUTRICIA
BABY NUTRITION



do more
feel better
live longer



**ALERGIE
v rodině?**

Nutrilon HA - pro děti s výskytem alergie v rodině

- Unikátní prebiotická směs scGOS/lcFOS (9 : 1)
inspirovaná mateřským mlékem
- Částečně hydrolyzovaná bílkovina
pro minimální styk s antigeny

**VÝČINKY
KLINICKY
PROKÁZÁNY^{1,2}**

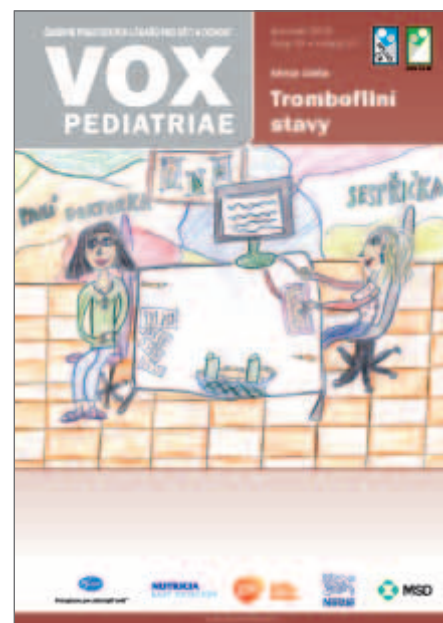


1 Tang, M., et al., Hypo-antigenic and immune modulatory properties of a partially hydrolyzed cow's milk formula supplemented with prebiotic oligosaccharides EAACI, 2014 (Abstract number 1929).

2 Arsanoglu S, Moro GE, Schmitt J, Tandoi L, Rizzardi S, Boehm G. Early dietary intervention with a mixture of prebiotic oligosaccharides reduces the incidence of allergic manifestations and infections during the first two years of life. J Nutr 2008, 138, 1091-5.

Kojení je nejpřirozenějším způsobem výživy kojenců. Kojenecká výživa by měla být používána na doporučení lékaře. Potravina pro zvláštní výživu – dietní potravina pro zvláštní lékařské účely. Způsob použití a další informace najdete na obalech a webových stránkách www.profuturaprogram.cz. Infolinka: 800 110 000. Materiál pro odbornou veřejnost.

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Informace SPLDD	
	- Zápis z jednání Koalice soukromých lékařů	
	- Upozornění pro registrující lékaře	
	- SÚKL varuje před hoax zprávami, které šíří nepravdivé informace ohledně očkování	7
	- Metodika k provádění pravidelného očkování proti tuberkulóze v ČR	
	- Zdravotní a očkovací průkaz dítěte a mladistvého – verze 2015	
	Prohlášení okresních a krajských zástupců SPL ČR, Milovy	9
	Právní rubrika	10
	Diskuse k příloze VOX 8/2015	12
	Informace OSPDL ČLS JEP	13
	MUDr. Pavel Biskup	14
	Alternativní péče o děti s postižením	
	MUDr. František Schneiberg	17
	Surogátní mateřství z pohledu pediatra	
	Doc. MUDr. Lubomír Kukla, CSc.	20
	Ohrožené dítě v současnosti	
	MUDr. René Hrdlička	22
	Bolest a její léčba	
	MUDr. Petr Jehlička	27
	Poruchy rytmu v dětském věku	
	Ze světa odborné literatury	30
	Aktuality	34
	Řádková inzerce	37
	Autodidaktický test, Komunikace	38
	Zákon č. 200/2015 Sb.	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

Angelini Pharma
APOTEX
GSK
MSD
SANOFI
NESTLÉ
NUTRICIA

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. Ctirad Kozderka, prof. MUDr. Jiří Liška, CSc.

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 namalovala Natálka Brabcová, 8 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!

Po zadání úkolu vytvořit editorial pro listopadové číslo VOX PEDIATRIAE jsem dlouho přemýšlel, čím vás oslovit. A vzhledem k tomu, že naše budoucnost je stále nejistá, Ministerstvo zdravotnictví nereaguje na naše podněty a připomínky, začal jsem v mysli procházet těch 35 let praxe a vzpomínat, jaké to vlastně bylo. A protože jsme již ve věku, kdy si pamatujeme, co bylo před třiceti lety, ale marně vzpomínáme, co jsme měli k obědu, máme právo projít

vzpomínkami doby minulé, doby dobré i špatné.

Většina z vás je v důchodovém věku, a tak si zcela jistě pamatujete, jak jste začínali, s jakými ideály jste nastupovali po promoci na dětská oddělení po celé republice. Pravda; byla to zcela jiná doba, doba socialistického zdravotnictví a následně přechodová doba do rozvinutého kapitalismu. Určitě si pamatujete, jaká byla náplň práce a které okolnosti rozhodovaly o bytí a nebytí. Všichni jsme měli stejně, někteří více, někteří méně.

Dětská oddělení pro nás byla nuceně jen počáteční přestupní stanicí, protože převážná většina z nás byla určena pro práci v terénu. Vše moudře řídila naše Velká rodná strana, která měla v těch dobách minulých patent na rozum.

Kromě své práce na dětských odděleních a v terénu jsme mnohdy o sobotách a nedělích či v jiných chvílích osobního volna suplovali práci dělnické třídy a v rámci socialistických závazků jsme natírali lavičky v nemocničním parku, umývali jsme okna na dětských odděleních apod. a za odměnu jsme se mohli zapojit do činnosti v brigádách socialistické práce při organizovaných zábavách či různých branně-bezpečnostních závodech. Krásně jsme tehdy utužovali kolektiv.

Po necelém roce práce na dětském oddělení a třech měsících na chirurgii nás personální oddělení nemocnice vysílá bez atestace do terénu, abychom již v té době zalepovali díry a zaplňovali uprázdněná místa.

Práce v terénu byla nepochybně zajímavá. Jistě si vzpomínáte na to, jak se musely vyplňovat tzv. harmonogramy práce, červeně kurativa, modře prevence, žlutě návštěvní služba, černě administrativa. Další barvičky byly vyčleněny pro školní zdravotní službu, práci v mateřských školách a v jeslích. K tomu každý měsíc výkaz práce, ve kterém bylo obtížné naplnit 42,5 hodiny týdně práce.

Abychom se nenudili, byla naše práce prokládána častými kontrolami okresních či krajských odborníků, časté návštěvy pracovníků OHES nebyly výjimkou. Nebyla kontrolována kvalita práce, ale vedení všech druhů dokumentace. Mezi ordinacemi jsme se přepravovali autobusem, do vesnických poraden nás sice přivázely sanitky, ale mnohdy na nás řidiči zapomněli a zpět jsme museli opět hromadnou dopravou. Mnohdy si nás vzala na paškál Komise pro účelnou farmakoterapii, která nesledovala účelnost, ale nákladovost.

To všechno při velmi nízkém ohodnocení, mnohdy na hranici chudoby. Za hodinu ústavní pohotovostní služby jsme byli oceněni 7 korunami, v sobotu a neděli 10, po atestaci 10, resp. 14, další kariérní postup byl ve hvězdách. Atestace I. stupně z pediatrie znamenala sice vyšší příjem, ale mnohdy taky zakonzervování v obvodním systému.

Po změně režimu se situace v primární sféře mění, přichází dobrovolná i nedobrovolná privatizace naší činnosti s veškerými úskalími, která z toho plynula. V potu tváře začínáme budovat své vlastní ordinace, stále více a více se náš obor osamostatňuje, začíná se lišit od klinické pediatrie celou svou náplní práce.

Stále více je třeba, aby v terénu pracoval lékař erudovaný a významným způsobem zainteresovaný na chodu vlastní ordinace. Doba to nebyla vůbec jednoduchá. Ze dne na den přejít ze socialistické státní ordinace do soukromé s pomocí „všemocné ruky trhu“. Ze dne na den se stáváme

podnikateli ve zdravotnictví, ale velice přísně regulovanými. Výkonový systém a ohodnocení nestačí udržovat ordinace bez významnějších ztrát. Náš entuziasmus drží mnoho krachujících ordinací vlastními prostředky při životě. Politici neustále tvrdí, že příští rok bude lépe, že naše ztráty v ordinacích budou brzy kompenzovány, přesto stále více a více pracujeme pod ekonomickým tlakem.

Na lepší časy se začíná blýskat až s příchodem kombinované kapitačně-výkonové platby od 1. 10. 1997. Mnohé ordinace zvažovaly před tímto datem ukončení své činnosti. Od října 1997 se zlepšuje prosperita ordinací, díky lepšímu finančnímu ohodnocení se zlepšuje i vybavení ordinací a díky tomu se zkvalitňuje léčebná a preventivní péče o naše pacienty. V roce 2004 se podaří uzákonit vznik samostatného oboru Praktický lékař pro děti a dorost se svým samostatným vzděláváním. Díky novelizacím zdravotnických zákonů se stále více a více odlišuje náplň práce PLDD a klinického pediatra. V návalu práce si ani nestačíme uvědomit, jak velmi rychle stárneme, a najednou zjišťujeme, že za námi není nikdo, kdo by nás nahradil a převzal to, co více než dvacet let budujeme.

Ministerstvo zdravotnictví nezvyšuje směrná čísla pro studium na lékařských fakultách, k promoci se sice dopracuje relativně dost lékařů, ale s malým zájmem o práci v pediatrii klinické či pediatrii praktické. Najednou nejsme schopni pokrýt ani vpsané počty rezidenčních míst a nejsme schopni si vychovat přiměřený počet našich nástupců.

Se spásným nápadem, jak celý problém řešit, přichází Ministerstvo zdravotnictví a snaží se urychleně novelizovat zákon o vzdělávání lékařů č. 95/2004 Sb. a tím zajistit dostatek lékařů ve všech oborech. Dříve nám jedna velká strana určovala, jak máme pracovat a žít, a dnes nám jiné socialistické strany určují, co máme a nemáme dělat. Jestli si někdo myslí, že v novelizaci zákona o vzdělávání lékařů se jedná pouze o to, zda bude jedna, nebo dvě atestace, pak se hluboce mylí. Sloučením oborů se vrátíme cca o čtvrtstoletí zpět, ale nedostatek dětských lékařů to nevyřeší.

To by si měli uvědomit hlavně ti lékaři a lékařky, kteří k celému problému přistupují zcela laxně a domnívají se, že to za ně někdo vyřeší. Mezi představiteli zákonodárné moci, ale bohužel i mezi mnohými kapacitami v oboru péče o dítě panuje domněnka, že v primární sféře se nepracuje, že naše činnost je zcela zbytečná a že je třeba to radikálním způsobem změnit. Mnohé názory však překvapivě pramení z neznalosti věci, z neznalosti náplně naší práce.

Proto si dovoluji se vás na závěr svého povídání čistě hypoteticky zeptat: Myslíte si, že po zrušení oboru PLDD bude zachována kapitace? Chcete mít plnohodnotnou léčebnou a preventivní péči, nebo si myslíte, že je dobré zachovat jen kurativní část naší péče? Chcete, aby očkování převzala očkovací centra? Myslíte si, že by bylo dobré, aby preventivní předškolní a školní prohlídky prováděla hygiena svými nasmílovanými lékaři? Chcete pracovat jen ve svých ordinacích, nebo i na dětských odděleních? Nemyslíte si, že vzniká prostor, abyste pracovali jako ambulantní specialisté? Chcete být znovu pod dohledem krajských a okresních odborníků? Chcete, aby vám nařizoval hygienik, jak máte pracovat? Myslíte si, že primární dětských oddělení za vás budou bojovat při dohodovacích řízeních? Nechci nikomu sahat do svědomí, ale práce mnoha PLDD nahrává tomu, aby byli vytíženi i prací na dětských odděleních a tím částečně vyřešili problém nedostatku lékařů.

Možná, že se vám bude moje vize zdát poněkud „přitažená za vlasy“, ale myslím si, že nejsem daleko od pravdy. Proto vás, drazí kolegové, nabádám: aktivizujte své síly a začněte konečně bojovat za svůj obor. Představitelé vaší profesní organizace na to sami, bohužel, nestačí! Možným zánikem našeho oboru padá vše, co jsme za ta léta pracně vybudovali.

V Novém Jičíně, 12. 10. 2015

MUDr. Michal Pukovec

předseda SM regionu



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

S počátkem nového školního roku se rozběhla pravidelná činnost kanceláře Sdružení, pokračovala jednání s ministrem zdravotnictví, vrcholila příprava prvního Mezioborového kongresu PLDD, který jsme pořádali společně s Odbornou společností praktických dětských lékařů v Přerově. Téma konference „Výživa“ bylo na první pohled nám všem známé, přesto se organizátorům podařilo vytvořit velmi zajímavý program se spoustou novinek a zúčastněným přednášejícím zcela upoutat pozornost účastníků. Těší nás velmi pozitivní ohlasy lékařů, kteří si pochvalovali ucelený pohled na problematiku výživy v jednotlivých věkových kategoriích z mezioborového pohledu a odváželi si nové informace pro svou každodenní práci. V září pokračovaly aktivity směřující k zachování oboru PLDD. Sledovali jsme také problematiku migrantů a s tím související možnosti péče o děti těchto uprchlíků.

4. 9. 2015 proběhlo na MZ ČR vypořádání připomínek SPLDD a OSPDL k novele zákona o vzdělávání lékařů. Zásadní připomínka – nesouhlas se zrušením základního specializačního oboru Praktické lékařství pro děti a dorost nebyla přijata. Některé další připomínky byly zohledněny, nicméně písemné vypořádání všech připomínek jsme neobdrželi a stejně tak nebyly rozptýleny naše obavy, které vyplývají z toho, že chybějí klíčové provádějící předpisy a přechodná ustanovení v návrhu novely zákona. Následně po vypořádání připomínek byla doba vzdělávání u nově navrženého oboru pediatrie prodloužena ze 4 na 4,5 roku.

8. 9. 2015 proběhlo pravidelné jednání Koalice soukromých lékařů. Ve funkci mluvčího nastoupil předseda SAS MUDr. Zorjan Jojko.

9. 9. 2015 jsem se s MUDr. Šebkovou sešla na půdě ministerstva s Ing. Tyburcovou, která převzala vedení Komise péče o dítě na MZ. Předmětem jednání byla další spolupráce, problematika ošetřování dětí uprchlíků.

11. 9. 2015 se sešlo na plánovaném jednání předsednictva SPLDD společně s výborem OSPDL. Opětovně jsme řešili problematiku zachování oboru PLDD, rezidenčních míst, úhrad pro rok 2016, očkování, vzdělávací akce, problémy regionů a další aktuální záležitosti.

18.–19. 9. 2015 se konal první Mezioborový kongres PLDD v Přerově.

22. 9. 2015 se uskutečnila další schůzka zástupců Koalice soukromých lékařů s mi-

nistrem zdravotnictví MUDr. Němečkem. Před jednáním vydala KSL tiskovou zprávu.

Předmětem jednání bylo financování soukromých ambulancí v roce 2016 a reakce na zveřejněný návrh úhradové vyhlášky MZ. Podrobnosti lze najít ve výstupech z jednání, které jsou zveřejněny na webu SPLDD.

29. 9. 2015 proběhlo následně další jednání zástupců KSL a ministra zdravotnictví za přítomnosti zástupců zdravotních pojišťoven. Na rozdíl od kolegů v Koalici jsme neměli námítky k ministerskému návrhu úhradové vyhlášky, která kopíruje naši parciální dohodu v DŘ a zachovává kapitační platbu v plné výši. Navíc jsme byli ubezpečeni, že slibované navýšení práce lékaře v seznamu zdravotních výkonů by se mělo týkat všech odborností.

Kongres
primární péče

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

10. Kongres primární péče s mezinárodní účastí

26.-27. únor 2016

TOP HOTEL Praha, Blažimská 178/4, 149 00 Praha 4

Registrace od listopadu 2015 na splcr.cz / detskylekar.cz / ahou.cz

Hexacima

Vakcína proti difterii, tetanu, pertusi (acelulární komponenta), hepatitidě B (rDNA), poliomyelitidě (inaktivovaná) a konjugovaná vakcína proti Haemophilus influenzae typu b (adsorbovaná).

jediná plně tekutá⁽¹⁾

HEXAVALENTNÍ VAKCÍNA V PŘEDPLNĚNÉ INJEKČNÍ STŘÍKAČCE



ZKRÁCENÉ INFORMACE O LÉČIVÉM PŘÍPRAVKU:

▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky. Podrobnosti o hlášení nežádoucích účinků viz bod 4.8 dle platného znění SPC. **HEXACIMA**, injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Vakcína proti difterii, tetanu, pertusi (acelulární komponenta), hepatitidě B (rDNA), poliomyelitidě (inaktivovaná) a konjugovaná vakcína proti Haemophilus influenzae typu b (adsorbovaná). **Léčivá látka:** Jedna dávka¹ (0,5 ml) obsahuje: Diphtheriae anatoxinum – ne méně než 20 mezinárodních jednotek (IU); Tetani anatoxinum – ne méně než 40 mezinárodních jednotek (IU); Antigeny Bordetelly pertussis: Pertussis anatoxinum – 25 µg, Haemagglutinin filamentosum – 25 µg; 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 leguminis hepatitidy B² – 10 µg; Haemophilus influenzae typu b polysaccharidum – 12 µg; (Polyribosylribitol phosphat) conjugata cum tetani anatoxinum – 22–36 µg. **Terapeutické indikace:** K základnímu očkování a přeočkování kojenců a batolat ve věku od šesti týdnů do 24 měsíců proti difterii, tetanu, pertusi, hepatitidě B, dětské obrně a invazivním onemocněním způsobeným bakterií Haemophilus influenzae typu b (Hib). **Dávkování a způsob podání:** Intramuskulární podání. **Základní očkování:** Základní očkování sestává ze dvou dávek (s intervalem nejméně 8 týdnů) nebo tří dávek (s intervalem nejméně 4 týdnů) v souladu s oficiálními doporučeními. 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:** Po 2-dávkovém základním očkování musí být provedeno přeočkování. Po 3-dávkovém základním očkování má být provedeno přeočkování. Přeočkování mají být provedena nejméně 6 měsíců po základním očkování 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 DTPa-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 DTPa-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. Přerušit očkování proti pertusi u osob, u nichž se do sedmi dnů po předchozím očkování vakcínou obsahující pertusovou složku (celobuněčnou nebo acelulární vakcínou proti pertusi) vyskytla 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 dokud 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. Nicméně lze předpokládat, že očkování ochrání i proti infekci hepatitidou D, protože se hepatitida D (vyvolaná delta agens) 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. Nepodávat současně s vakcínou proti planým neštovicím. Nemíchat s žádnými jinými vakcínami nebo jinými parenterálně podávanými léčivými přípravky. S výjimkou případu imunosupresivní terapie nebyly hlášeny žádné významné klinické interakce s jinými typy léčby nebo biologickými přípravky. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Nepodávat ženám v reprodukčním věku. **Nežádoucí účinky:** V klinických studiích byla zjištěna bolest v místě vpichu, nechutenství, zvracení a průjem, podrážděnost, pláč, zarudnutí v místě vpichu a horečka. 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 21.04.2015

¹ adsorbovaná na hydratovaný hydroxid hliníků (0,6 mg Al³⁺), ² jako spodní mez spolehlivosti (p=0,95), ³ pomnožena na Vero buňkách, ⁴ nebo ekvivalentní množství antigenu starověké vhodné imunochemickou metodou, ⁵ vyrobena rekombinantní DNA technologií v kvasinkových buňkách Hansenula polymorpha

Vakcína k injekčnímu podání do svalu (intramuskulárně). Přípravek je určen pro základní očkování dětí, je hrazen z veřejného zdravotního pojištění a je vázán na lékařský předpis. Před použitím si, prosím, pečlivě přečtěte příbalovou informaci. Žádná vakcína nemusí plně ochránit všechny očkované osoby. V případě nežádoucích účinků informujte svého lékaře nebo lékárníka. Vakcinační akce je schválena MZ ČR.

Reference: 1 SÚKL, obchodované léky v ČR: Databáze léků, online 1.8.2015 <http://www.sukl.cz/modules/medication/search.php>



Healthy children, happy children

SANOFI PASTEUR

SANOFI PASTEUR, odd. vakcín sanofi-aventis s.r.o.
Evropská 846/176a, 160 00 Praha 6, Tel.: 233 086 111



Informace SPLDD

■ Zápis z jednání Koalice soukromých lékařů 8. září 2015

Přítomni: dr. Jojko, dr. Dvořák, dr. Hülleová, dr. Stará, dr. Šmatlák, dr. Kudyn, dr. Houbá
Omluveni: dr. Chrz

1. Příprava na plánovanou schůzku s ministrem zdravotnictví

Zástupci Koalice budou na jednání s ministrem zdravotnictví požadovat:

- minimálně 5% navýšení úhrad v roce 2016 ve srovnání s rokem 2015 navýšením:
 - a) ohodnocení práce lékaře v Seznamu výkonů s bodovými hodnotami o 10 %
 - b) režie o 10 %,
 - c) v úhradové vyhlášce pro rok 2016 navýšení hodnoty bodu či kapitace
- plnou kompenzaci regulačních poplatků fixací v seznamu výkonů s bodovými hodnotami se stanovením částky 30 Kč,
- dodržování dohod a parciálních dohod z dohodovacího řízení,
- rozumné regulace za účelem postihu plýtvání, nikoli nutné práce navíc, nikoliv regulace v rozporu s rozhodnutím Ústavního soudu.

Zástupci sdělovacích prostředků budou o setkání s ministrem v předstihu informováni tiskovou zprávou. Text připraví dr. Jojko a zašle ostatním členům Koalice k připomínkám.

- ČSK zašle členům KSL návrh úhradové vyhlášky.

2. Novela zákona č. 48/1997 Sb., platná od 1. 9. 2015

- Konečné znění novely je odlišné od všech předchozích návrhů a obsahuje ustanovení, podle kterého se uzavřená smlouva stává účinnou až dnem jejího zveřejnění. Tento pozměňovací návrh podali poslanci dr. Krákora a dr. Kaňkovský (sněmovní tisk 386).

V Praze dne 17. 9. 2015

Zapsala: Mgr. Zina Sladkovská

■ Upozornění pro registrované lékaře

Praktické lékaře, zubní lékaře a gynekology upozorňujeme na základě poznatků z kontrolní činnosti revizních lékařů na neopráv-

něné vykazování výkonu 01040 (podrobný výpis z dokumentace).

Kontrolou dat v informačním systému VZP ČR bylo revizními lékaři zjištěno plošné **nesprávné vykazování zdravotního výkonu s kódem 01040 (podrobný výpis z dokumentace)** praktickými lékaři (odbornosti 001 a 002), stomatology (odbornost 014) a ambulantními gynekology (odbornost 603).

Podle platné vyhlášky MZ ČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, je daný výkon hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, pokud je naplněn jeho předepsaný obsah. V praxi **je určen pro situace, kdy pacient přechází k jinému registrujícímu lékaři**.

Úhrada výkonu s kódem 01040 byla a je odmitnuta ve všech případech, kdy nedojde ke změně registrace pacienta. VZP ČR upozorňuje, že tento výkon není určen k vykazování činností spojených s běžnou administrativou, jako je např. vystavení zprávy o provedeném ošetření/vyšetření v rámci hrazené nepravidelné péče apod. Tyto úkony jsou součástí klinického vyšetření.

VZP ČR na tento problém upozorňuje a doporučuje svým smluvním partnerům se do budoucna chyb při vykazování výkonu s kódem 01040 vyvarovat.

■ Vláda schválila nový registr zdravotníků, má být neveřejný

Vláda schválila novelu zákona o zdravotních službách, která má umožnit vznik nového Národního registru zdravotnických pracovníků. Minulý byl zrušen po nálezu Ústavního soudu v roce 2012. Podle ministra zdravotnictví v praxi chybí. Nově by měl být systém zcela neveřejný.

„Měl by tak vyhovět námitce Ústavního soudu, který registr zrušil zejména z důvodu neoprávněného zásahu do soukromí zdravotnických pracovníků, respektive jejich práva na informační sebeurčení,“ uvedlo ministerstvo v tiskové zprávě.

Bez registru je podle ministerstva obtížné sledovat demografický a kapacitní vývoj populace zdravotnických profesionálů, analyzovat dostupnost jejich služeb pro občany nebo předvídat potřebné vzdělávací kapacity.

„Je to další krok, kterým zvýšíme efektivitu poskytování zdravotních služeb a který bude mít pozitivní dopad na pacienty,“ uvedl k normě ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček (ČSSD).

Novela dál zřizuje Národní registr hrazených zdravotních služeb, Národní diabetologický registr a Národní registr intenzivní péče. Údaje z nich získané mají podle ministerstva rovněž přispět ke zkvalitnění zdravotní péče a ke zpřesnění stanovování úhrad z veřejného zdravotního pojištění.

Podle nevládní organizace Iuridicum Remedium (luRe), která se zabývá ochranou soukromí, je předložený návrh dalším prohloubením problému, který existuje řadu let. Data budou zaznamenávána pod rodnými čísly.

„Důvodem existence těchto registrů je zejména výzkum, hodnocení kvality péče nebo řešení problematiky financování zdravotnictví. Samozřejmě i to jsou významné společenské zájmy, nicméně je zcela zbytečné, aby tato data bylo možno propojit s identitou konkrétních lidí,“ uvedl výkonný ředitel luRe Jan Vobořil v tiskové zprávě.

■ SÚKL varuje před HOAX zprávami, které šíří nepravdivé informace ohledně očkování

----- Původní zpráva -----

Od: Jindřiška Jenerálová

Datum: 16. 10. 2015 18:40:10

Předmět: očkování MMR

Dobrý den, vážená paní doktorko, dnes jsem na sociálních sítích zhlédla níže uvedenou informaci a vzhledem k tomu, že jsme měli tento týden přijít s Theodorem na přeočkování, ráda bych Vás požádala o Váš názor. Na očkování jsme nedorazili, protože není zcela zdravý (má kašel a rýmu).

„PROSÍM NEOČKUJTE V TYTO DNY VAKCÍNŮU MMR! Tereza Odložilová – toto není sdílení cizího příspěvku. Ok, shrnuto, potvrzeno – za posledních 14 dní 4 děti z blízkého okolí, co nezvládly očkování vakcínou MMR – teď už i z naší rodiny. Zrovna jsem se dozvěděla o dalších pěti dětech. Okolí Havířov, Ostrava, Orlová. Následky: děti přestaly chodit, reagovat, záchvaty napovídající budoucímu autismu. Vypadá to, že tato vakcína není jen běžně nebezpečná – ale že je to



prostě extra nepovedená várka. Takže vy, co chcete očkovat – prosím počkejte měsíc až dva – než se tohle dořeší. Tuhle akci už totiž nevrátíte.“

Děkuji Vám.

*S pozdravem a přáním krásného dne
Ing. Jindřiška Jenerálová*

SÚKL varuje před nepravdivými informacemi ohledně očkování, které se šíří zejména prostřednictvím e-mailů a sociálních sítí.

Na konci minulého týdne Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) zaznamenal poplašné e-maily a zprávy na sociálních sítích. Jejich předmětem bylo tvrzení, že následkem aplikace vakcíny PRIORIX INJ. STŘÍKAČKA, která se používá jako očkování proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám, došlo v posledních 14 dnech u několika dětí z oblasti Ostravska a Karvinska k řadě závažných nežádoucích účinků a že tato vakcína není bezpečná.

SÚKL však tyto informace vyvrací. Uvedená vakcína splňuje parametry jakosti, účinnosti a bezpečnosti.

SÚKL v tuto chvíli nedisponuje žádnými informacemi, které by indikovaly závažnou jakost tohoto léčivého přípravku či zvýšený počet hlášených nežádoucích účinků – hlášená podezření na nežádoucí účinky odpovídají svojí závažností i počtem očekávanému spektru reakcí.

Kromě výše uvedeného má SÚKL k dispozici informace od prof. MUDr. Romana Prymuly, CSc., Ph.D. (předseda Vakcinologické společnosti), který kontaktoval lékařku z předmětné ordinace. Ta uvedla, že informace o nežádoucích účincích šířící se prostřednictvím internetu nejsou pravdivé.

■ Metodika k provádění pravidelného očkování proti tuberkulóze (TBC) v ČR

Ke sjednocení postupu při pravidelném očkování proti TBC prováděném podle platné legislativy pro tzv. rizikové skupiny pojištěnců (selektivní BCG vakcinace) připravilo Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR, Svazem zdravotních pojišťoven ČR, Českou pneumologickou a ftizologickou společností ČLS JEP a Národní jednotkou dohledu nad TBC v ČR níže uvedenou metodiku.

Očkování proti TBC (selektivní BCG vakcinace) patří mezi pravidelná očkování hrazená z veřejného zdravotního pojištění prováděná

podle § 30 odst. 2 písm. a) a § 17 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů, a v souladu s vyhláškou č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů.

V praxi to znamená, že:

- Selektivní BCG vakcinace se provádí u dětí v riziku nákazy TBC, specifikovaném shora citovanou vyhláškou. Zpravidla do jednoho měsíce po převzetí dítěte do péče registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost jsou děti indikovány podle výše uvedené vyhlášky k provedení selektivní BCG vakcinace odesílány na pracoviště kalmetizace, kde se očkování provádí.
- Očkování provádějí v souladu se zákonem č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů, odborní lékaři pneumoftizeologové.
- Selektivní BCG vakcinace je hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění a je vykazována kódem 25313 dle platného seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami s vykazáním přípravku – očkovací látky jako ZÚLP – ve skutečně spotřebovaném množství, tj. 0,02 – kód 9999911 BCG 10 ANTI-TUBER VACCINE (SZCZEPIONKA PRZECIWRUŻLIĆZA BCG 10, Biomed, PL), při použití balení 5 × 10 dávek.
- Očkovací látku dodává distributor bez finanční účasti poskytovatele, vakcína je hrazena zdravotními pojišťovnami přímo distributorovi.
- Bližší podmínky provádění, vykazování a ostatní činnosti související s tímto druhem povinného očkování se provádějí v souladu s „Metodikou provádění pravidelného očkování v roce 2015“; tato metodika určená pro potřeby praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost při provádění pravidelného očkování se použije i pro potřeby pracovišť kalmetizace, která provádějí pravidelná očkování proti TBC u tzv. rizikových skupin pojištěnců.

Metodika je dostupná na webech: www.vzp.cz; www.szpcr.cz; www.distribucevakcin.cz. V ostatních medicínsky neindikovaných případech, kdy zákonný zástupce dítěte žádá jeho očkování (primovakcinaci) proti TBC, hradí náklady (aplikaci, vakcínu a veškeré úkony a materiály) spojené s tímto očkováním zákonný zástupce dítěte. **Revakcinace není prováděna ani na žádost rodičů, neboť jde o postup, který nemá odborné opodstatnění a není doporučován národní**

odbornou společností (ČPFS ČLS JEP) ani WHO.

■ Elektronická komunikace

V souladu s březnovým oznámením na webu VZP ČR přistoupila pojišťovna na výrazné přepracování jednoho z komunikačních nástrojů, tzv. B2B adaptéru. Úprava adaptéru označovaného jako „Partner v privátní síti“ (PPS) byla provedena na základě vyhodnocení způsobu využívání zabezpečené elektronické komunikace pomocí B2B služeb. Všechny realizované změny vycházejí z požadavků našich partnerů, a proto věříme v jejich pozitivní přijetí a hojně využívání.

Původní velmi restriktivní adaptér PPS bude ze strany VZP plně podporován pouze do konce prosince 2015 a od začátku ledna 2016 bude dále rozvíjen pouze nový adaptér. Pokud nedojde k úpravě vašeho programu, hrozí od 1. 1. 2016 ztráta funkce přímého odesílání dat ke zpracování VZP.

O zmíněné úpravě B2B komunikace byli všichni evidovaní dodavatelé s dostatečným předstihem informováni a lze tedy do konce roku 2015 očekávat úpravu vašeho programu zaměřenou na úpravu komunikace s VZP ČR.

Přesto však doporučujeme, obsahuje-li váš program funkci přímého odesílání dat ke zpracování do VZP, obvykle spojenou s načítáním vytvořených odpovědí z VZP, ověřit si u dodavatele vašeho programu používaný způsob elektronické komunikace.

Nové komunikační rozhraní bylo prověřováno externími testery ze softwarových firem s významným zastoupením na trhu, kteří prováděli testování pomocí postupů blízkých činností standardního partnera VZP. Na základě jejich připomínek došlo k drobným doplněním, která ale měla významný pozitivní vliv na způsob zpracování přijímaných odpovědí z VZP.

Po úspěšném ukončení testů je od 21. 6. 2015 dostupná nová sada služeb PPS pro plošné produkční využití.

Zásadní výhody nového adaptéru:

- možnost odesílání hromadných podání shodného typu
- není striktně vyžadováno vyzvednutí odpovědi před odesláním nového podání – systém sleduje překročení celkového počtu nevyzvednutých odpovědí a současně maximální dobu (stáří) nevyzvednutých odpovědí
- digitálně je nutné podepisovat pouze podání odesílaná do VZP ke zpracování,



technologické služby spojené s příjmem odpovědí z VZP již podpis nevyžadují

■ Zdravotní a očkovací průkaz dítěte a mladistvého – verze 2015

Dětem narozeným od 1. ledna 2015 měl být na neonatologických odděleních vydáván Zdravotní a očkovací průkaz dítěte a mladistvého (ZOP) v nové verzi. Ne všichni novorozenci verzi 2015 obdrželi hned počátkem roku z důvodů finančních a logistických. Ve verzi 2015 došlo k úpravám jak v části zdravotního průkazu, která byla rozšířena o některé preventivní prohlídky v kojeneckém období a mírně upravena obsahově, tak ve vlastním očkovacím průkazu (žlutá skládáčka), který prošel podstatnou změnou. Důvodem novelizace očkovacího průkazu je potřeba jednoznačného označení očkovaných antigenů tak, aby i po letech či desetiletích bylo jasné, proti čemu byl jedinec očkován. Kdo dnes z mladších ví, co byla očkovací látka Rudivax či Ervevax, kdo bude za dvacet let znát složení očkovací látky Trivivac, Engerix B, Infanrixhexa apod.? Zvláště našim kolegům VPL může název očkovací látky, kterou my PLDD běžně používáme, zamotat hlavu. Označení jednotlivých antigenů v použité očkovací látce je zcela obvyklé v řadě blízkých (např. SRN) i vzdálených (např. Jordánsko) států již desetiletí. Jak tedy správně vyplnit nový očkovací průkaz? V příslušném řádku vyplníme datum aplikace očkovací látky, vyplníme název očkovací látky buď vlepáním štítku nebo jeho vepsáním a dále zakřížkujeme příslušné antigeny v očkovací látce obsažené

(viz obr.). U očkování proti pneumokokům jsou uvedeny dvě možnosti – Pneumo konj. a Pneumo polys. Takto zvolené označení kolonek je sice nepřesné, ale s ohledem na velikost místa v příslušných kolonkách byla zvolena tato varianta. Oba typy vakcín jsou polysacharidové, ale jen vakcíny Prevenar 13 a Synflorix používané v současné době jsou polysacharidové konjugované, a tudíž použitelné i u dětí pod 2 roky věku. Polysacharidová vakcína Pneumo 23 není konjugovaná, a proto u malých dětí pod 2 roky není doporučena.

Správné a důsledné vyplňování ZOP je důležité pro předávání zdravotních informací o konkrétním dítěti dalším lékařům, kteří o dítě pečují zejména při akutních stavech a dítě vidí poprvé (RZP, RLP, ambulantní specialisté, lůžková zařízení, ale i ostatní PLDD pečující o dítě v nepravdivé péči např. po dobu pobytu u příbuzných, na dětských táborech, školách v přírodě apod.). Je proto i naší vizitkou, jak se ZOP zachází. Je smutné, když dítě je chronikem s dlouhodobou terapií a v ZOP se v závěru preventivní prohlídky dočteme lakonické „zdrav“. Ne vzácně není ZOP vyplněn vůbec. Důvodů může být více, včetně nepředložení ZOP rodiči. ZOP je součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi, na niž se vztahuje vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci. Všichni PZS by měli být s touto vyhláškou seznámeni a měli by ji aplikovat ve svých ordinacích. Nesprávně vedená a zejména neúplná zdravotnická dokumentace může mít dopad na samotného PZS při kontrolách (zdravotní pojišťovnou,

SÚKL...) s uvalením sankce, ale může mít i forenzní důsledky.

Pro VOX připravil:
MUDr. Ctirad Kozderka

Prohlášení okresních a krajských zástupců Sdružení praktických lékařů ČR z celostátního setkání v Milovech ze dne 11. 10. 2015

Účastníci setkání vyjádřili nespokojenost s výsledkem dohodovacího řízení o úhradách zdravotní péče v roce 2016 a aktuálním návrhem úhradové vyhlášky. Proti veřejně deklarovaným slibům ministra zdravotnictví o spravedlivém a vyváženém nárůstu příjmů pro lůžkovou i ambulantní část ve výši 5 % předpokládá současná verze úhradové vyhlášky nárůst úhrad pro všeobecné praktické lékaře (VPL) pouze 1,5–2 % a disproporci předpokládaných příjmů (8 % pro nemocnice a 2 % pro ambulantní složku). Konstatujeme, že segment VPL je dlouho-

době podhodnocen. Již sedmým rokem, od roku 2009, nebyla navýšena základní kapi- tační platba.

Delegáti vyjadřují hluboké zklamání nad neúčastí ministra zdravotnictví nebo jeho zástupce. Ministerstvo tím potvrdilo svůj přezíravý postoj vůči VPL. Samotak zpochybnilo svůj deklarovaný úmysl posilovat postavení primární péče.

S postojem ministerstva kontrastuje aktivní přístup zdravotních pojišťoven. Setkání v Milovech se zúčastnili ředitelé nebo vrcholní reprezentanti všech pojišťoven.

Z konstruktivního dialogu vyplynulo, že i v prostředí, které z odpovědnosti zcela vynechává pacienta, existují cesty, jak zvýšit efektivitu systému, např. dodržováním vyhlášky o dispenzární péči, zvyšováním kompetencí VPL a rušením preskripčních omezení pro VPL.

Regionální rada SPL ČR posoudí dopad definitivního znění úhradové vyhlášky na segment VPL a jeho perspektivy a rozhodne o dalším postupu.



Právní rubrika

■ Omlouvání nepřítomnosti žáka ve škole

Má lékař povinnost dávat své razítko do omluvných listů žáků či studentů a omlouvat tím jejich nepřítomnost ve škole?

Někteří kolegové mi tvrdí, že to není jejich povinnost, ale naopak škola to vyžaduje a za nedodržení této podmínky uděluje žákům neomluvené hodiny.

Povinnost omlouvat nepřítomnost nezletilého žáka ukládá zákon č. 561/2004 Sb., školský zákon, v platném znění, zákonným zástupcům žáka. Dle citovaného zákona může být tato povinnost upravena školním řádem. Platná právní úprava nestanoví lékařům povinnost potvrzovat žákům omluvné listy, dávat na ně razítka apod. Pro úplnost je nutno konstatovat, že tuto povinnost nemůže závazně lékař stanovit ani školní řád, který škola vydává v rámci zákonného zmocnění. Lékař nemůže informace o zdravotním stavu žáka poskytnout s ohledem na povinnou mlčenlivost dle ustanovení § 51 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění, a taktéž školské zařízení nepatří mezi subjekty, které jsou oprávněny nahlížet do zdravotnické dokumentace pacienta bez jeho souhlasu dle ustanovení § 65 citovaného zákona. Doplnujeme tuto informaci z důvodu, že jsem se již setkal, s případy, kdy školy po ošetřujícím lékaři žáka požadovaly dokonce zprávu s uvedením důvodu ošetření a nepřítomnosti žáka ve škole.

Závazné stanovisko, jehož obsahem by bylo stanovení postupu při vyplňování omluvných listů žákům, nevdala ani Česká lékařská komora. Nicméně lze odkázat na metodický pokyn k jednotnému postupu při uvolňování žáků z vyučování, jenž je určitým kompromisem mezi zástupci praktických lékařů pro děti a dorost a Ministerstvem školství ČR. Metodický pokyn není právně závazný, nicméně stanoví doporučující pravidla v souladu s těmito zásadami. Za omlouvání nepřítomnosti žáka ve vyučování je tedy plně odpovědný jeho zákonný zástupce – rodič. Lékař není povinen žákům razítkovat omluvné listy ani se nijak blíže vyjadřovat k důvodům ošetření. Skutečnost, že některé školy udělují žákům neomluvené hodiny za omluvku bez razítka lékaře, nemá oporu v zákonných předpisech, nicméně tímto problémem již nemůže být zatěžován ošetřující lékař, věc

by se měla řešit adekvátní dohodou mezi zákonnými zástupci dětí a vedením školy.

*převzato z Tempus Medicorum 10/2015,
Mgr. Theodora Čáslavská,
právní kancelář ČLK*

■ „Razítko“ – falešný pocit jistoty

Jsem všeobecný praktický lékař. Současně se věnuji pracovnělékařské a soudněznalecké činnosti ve zdravotnictví a již několik let pracuji i jako konzultant kanceláře veřejného ochránce práv. Součástí mé práce je i nezbytná znalost zdravotnického práva. Rád bych upozornil na rizika spojená s vystavováním lékařských posudků. Nedodržení pravidel pro jejich vystavování může totiž mít nepříjemné následky jak pro pacienta, tak pro samotného lékaře.

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. Jakákoli 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 nechťejí postihnout. 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 totiž 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 musejí být brány v úvahu pří-

slušné prováděcí vyhlášky (je jich skutečně hodně).

- Posudek musí mít po formální stránce stanovené náležitosti.
- Posudek musí být prokazatelně doručen všem účastníkům.
- Stejnopis posudku musí být archivován ve zdravotnické dokumentaci.

Nedodržení kteréhokoli z výše uvedených bodů může mít za následek neplatnost či právní neúčinnost posudku. Za dodržení všech pravidel přitom plně zodpovídá zdravotnické zařízení, které posudek vystavuje. Není možná například situace, kdy posuzovaný donese jediný výtisk žádosti k lékaři, lékař ho opatří razítkem a posuzovaný si ho opět odnese zpět.

Proč tak složitý postup?

Posudek je dokument jako jakýkoli jiný úřední doklad. Při jeho vydávání se postupuje obdobně jako při vydání úředních dokladů. Platí mimo jiné například zásada nepřezkoumatelnosti 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, když se pacient bude chtít domáhat svého práva. Ponaučením je často až první „průšvih“ zdravotnického zařízení, které posudek vydalo.

Smyslem tohoto sdělení není podrobný rozbor všech oblastí posuzování. Takovým rozбором 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, takzvané ve dveřích, například otiskem lékařského razítka na pacientem donesený formulář. Často takové formuláře, které nesplňují ani formální náležitosti, jsou přitom 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,

všeobecný praktický lékař, Kopřivnice
Zdroj: www.tribune.cz, 19. 10. 2015



Utiší váš kašel...

NAČECHREJ
SVE PLICE...



LEVOPRONT®

sirup, kapky Levodropropizin

Periferní antitusikum

stejně účinné a lépe tolerované
než centrální antitusika¹

Bez ovlivnění respiračních funkcí
a mukociliární clearance¹

ERDOMED®

erdosteín

Antibakteriální mukoregulátor
s antiflogistickým
a antioxidačním účinkem

Erdomed může omezovat
bakteriální kolonizaci a snižovat
riziko bakteriální superinfekce

Literatura: 1. Aktuální SPC přípravku.

Levopront kapky, sirup **S:** Levodropropizinum 60 mg v 1 ml roztoku, Levodropropizinum 60 mg v 10 ml sirupu. **IS:** Antitusikum **CH:** Levodropropizin je syntetické periferní antitusikum nekodeinového typu s účinky antialergickými a antibronchospastickými. Nepotlačuje respirační funkce ani mukociliární clearance. **I:** Bronchopulmonální afekce doprovázené dráždivým suchým kašlem. Je vhodný před bronchoskopickým vyšetřením. **KI:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku. Nemocní s bronchiální hypersekrecí nebo sníženou mukociliární funkcí. Výrazné snížení funkce jater. **ZU:** Používat pouze po důkladném zvážení rizika u pacientů s těžkou insuficiencí ledvin a u dětí mladších 24 měsíců. Sirup obsahuje sacharózu, kapky alkohol. **NU:** Židka nauzea, zvracení, pálení žáhy, průjem; mdloba, závrať; palpitace. Velmi vzácné alergické reakce. **IT:** Používat s opatrností při podávání benzodiazepinů. **TL:** Přípravek je v době těhotenství a kojení kontraindikován. **D:** Dospělí a děti od 12 let 1 ml (20 kapek) roztoku nebo 10 ml sirupu až 3x denně. Děti 2-12 let 1 mg levodropropizinu/kg až 3x denně. **B:** Kapky 15ml, sirup 120 ml. Držitel registračního rozhodnutí: Dompé Farmaceutici S.p.A., Itálie **Datum poslední revize textu SPC:** 26.2.2015 Přípravky nejsou vázány na lékařský předpis a nejsou hrazeny zdravotními pojišťovnami. Seznamte se prosím se Souhrnem údajů o přípravku (SPC).

ERDOMED **S:** Erdosteínium 300 mg v 1 tvrdé tobolce, 175 mg v 5 ml suspenze, 225 mg v 1 sáčku prášku pro přípravu perorálního roztoku. **I:** Akutní a chronické onemocnění horních a dolních cest dýchacích, včetně exacerbace chronické bronchitidy a CHOPN, hypersekreční astma bronchiale, k adjuvantní léčbě s antibiotiky v případech exacerbace s bakteriální infekcí, prevence respiračních komplikací po chirurgickém zákroku. **KI:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku a na látky obsahující volné SH skupiny. Jaterní poruchy a renální insuficience těžšího stupně, homocysteinurie. Děti s tělesnou hmotností nižší než 15 kg; fenylketonurie - netýká se tobolek. **ZU:** Současné podávání přípravku s antitusiky nemá racionální opodstatnění a může způsobit akumulaci sekretů v bronchiálním stromu se zvýšením rizika superinfekce či bronchospasmu. **NU:** Židka se vyskytuje pálení žáhy, nauzea; výjimečně průjem. Ojedinelé byla pozorována ztráta nebo porucha chuti. Hypersenzitivní reakce jsou velmi vzácné. **IT:** Erdosteín potencuje účinek některých antibiotik (např. amoxycilinu, klarithromycinu), čehož lze využít k terapeutickým účelům. Byl prokázán synergický účinek s budesonidem a salbutamolem. **TL:** Pro užívání přípravku v době těhotenství, zejména v 1. trimestru, a při laktaci musí být zvlášť závažné důvody. **D:** Dospělí obvykle 1 tobolka nebo 1 sáček prášku pro přípravu perorálního roztoku 2x - 3x denně. Suspenze u dětí 15-20 kg 2,5 ml 2x denně, 21-30 kg 5 ml 2x denně, nad 30 kg 5 ml 3x denně. **B:** 100 ml suspenze, tobolky 10, 20, 60 x 300 mg, sáčky 20 x 225 mg. Po naředění je suspenze použitelná 14 dnů, je-li uchovávána při teplotě 2-8°C. **Datum poslední revize textu SPC:** 17. 3. 2015 Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen zdravotními pojišťovnami s omezením E/PNE. **P:** Erdosteín je hrazen u pacientů s prokázanou CHOPN od stadia II, která má mukopurulentní fenotyp a více jak 2 exacerbace za posledních 12 měsíců. U pacientů, u nichž nedojde ke zlepšení průběhu CHOPN za 3 měsíce, má být léčba erdosteíнем přerušena. Seznamte se prosím se Souhrnem údajů o přípravku (SPC).



Diskuse k příloze VOX 8/2015

■ MUDr. Milan Cabrnach

Vážený pan MUDr. Ctirad Kozderka
člen redakční rady VOX PEDIATRIAE
v Praze dne 23. září 2015

Vážený pane kolego,
obracím se na Vás v souvislosti s vloženou
přílohou VOX PEDIATRIAE, číslo 7, ročník 15
ze září 2015.

Nejprve Vám chci poděkovat za zveřejnění
přehledného materiálu popisujícího historii
i aktuální stav v problematice specializač-
ního vzdělávání. Mám osobně velké obavy
z návrhu, který předpokládá zrušení dvou
základních oborů – Dětské lékařství a Prak-
tické lékařství pro děti a dorost – a vytvoření
zcela nového (staronového) základního
oboru Pediatrie.

Osobně jsem silným zastáncem existence
samostatného základního oboru v primární
péči o děti a dorost jako součásti našeho
robustního a, jak dokládají objektivní
výstupy, velice úspěšného systému péče
o děti. Hlásím se plně k tomu, že jsem měl
příležitost se na budování tohoto systému
podílet.

Při pročitání zveřejněných historických
materiálů mne zarazilo, že se znovu a opa-
kovaně objevují zcela nepravdivé informace
o vzniku stávajících dvou oborů. Především
pan kolega Gut šíří informace hodné bulvár-
ního deníku, ne však lékaře, zvyklého pracovat
na základě ověřených informací.

Pan kolega Gut (Pediatrie pro praxi 2003/3)
s nádechem bulvární pikantnosti mystifikuje
odbornou lékařskou veřejnost nepravdivým
tvrzením, podle kterého byl samostatný
obor PLDD do návrhu zákona zařazen mnou
jako zpravodajem zákona ve sněmovně.
Otírá se nepřímě o to, že tehdejší před-
sedkyně OSPDL je mou manželkou. Píše
o „zpravodajských kanálech“, kterými se
k informaci, takto nepravdivé, dostal, což
je úsměvné vzhledem k tomu, že všechna
jednání a všechny dokumenty v poslanecké
sněmovně jsou zcela veřejné...

Skutečnost, kterou lze ověřit na www.psp.cz
i dnes, je následující:

1) Ve vládním návrhu zákona předloženém
ministerstvem zdravotnictví jako tisk 44500

je v seznamu oborů specializačního vzdělá-
vání uvedeno: ... 18. dětské praktické lékař-
ství... 22. dětské lékařství... 24. dorostové
lékařství... 73. rodinné lékařství... Rozdělení
dřívější pediatrie na dva základní obory bylo
tedy navrženo ministerstvem zdravotnictví,
prošlo připomínkovým řízením, legislativní
radou vlády a bylo schváleno
vládou.

2) Výbor pro sociální politiku a zdravot-
nictví, kterého jsem byl zpravodajem pro
návrh zákona, pouze změnil název z „dětské
praktické lékařství“ na „praktické lékařství
pro děti a dorost“ (ponechám stranou, že
tam ani nikde jinde není uvedena „klinická
pediatrie“, o které Gut píše) – tisk 44502.

3) Zákon byl ve sněmovně přijat těsnou
většinou jednoho hlasu, když jsem pro něj
nehlasoval ani já osobně, ani jediný z teh-
dejších poslanců ODS (hlasování č. 31,
25. schůze PSP, 16. prosince 2013).

Je zcela nepochybné, že správné informace
lze snadno získat, a proto si kladu nejen
otázku, které zpravodajské kanály pan
kolega Gut využívá, ale především proč
v odborném lékařském časopise zveřejňuje
nepravdivé informace a s jakým cílem.

Je smutnou skutečností, že manipulativní
a nepravdivé informace přebírá do svého
otevřeného dopisu ze dne 17. srpna 2015
i vedení České pediatrické společnosti.
Zvláště mne mrzí, že pod tyto evidentní ne-
pravdy připojil svůj podpis i pan profesor Jan
Janda, můj vážený a ctěný ročníkový učitel
na Fakultě dětského lékařství.

Používání nepravdivých, tendenčních a ma-
nipulativních informací je, bohužel, smutnou
realitou, dobře popisující stav komunikace
mezi oběma odbornými společnostmi.

Skutečností zůstává, že společně neseme
odpovědnost za budoucnost zdravotní péče
o děti. Pokud se odborníci nedokáží domlu-
vit, rozhodnou za nás jiní.

Rád bych Vás, vážený pane kolego, požádal
o uvedení pravdivých informací o vzniku
zákona č. 95/2004 Sb. při nejbližší příleži-
tosti, abychom kolegyním a kolegům umož-
nili stavět své postoje na skutečnostech,
a ne na pomluvách.

Děkuji Vám.

V úctě MUDr. Milan Cabrnach
na vědomí: výbor OSPDL, výbor SPLDD

■ E-mail od MUDr. Josefa Guta ze dne 25. 9. 2015 jako reakce na dr. Cabrnacha

Dobrý večer.

Díky přeochoťné a velmi vstřícné paní ředi-
telce „protokolu“, která má na starosti komu-
nikaci s veřejností na PS, jsem byl zasvěcen
prakticky do vyhledávání informací z archivu
PS (na počátku to sice nebylo jednoduché,
ale pak už to běželo).

V minulém mailu jsem se překlepl ve dvou
údajích (mimočodem dr. Cabrnach také
místo 2003 napsal 2013).

Tedy jen krátce rekapitulace časová:

Už **v březnu 2003** byl odsouhlasena na
„zdravotnickém výboru“ verze, kde je uve-
dono v seznamu základních oborů praktický
dětský lékař pro děti a dorost – **zpravodaj
dr. Cabrnach**

V usnesení 116 z 18 schůze **6. 11. 2003
v tisku 44502** viz kopie odeslaná minule)

1. K příloze zákona

V příloze zákona se **mění název oboru**,
název oboru **18. dětské praktické lékařství
na praktické lékařství pro děti a dorost**,
že tyto obory budou zařazeny do seznamu
podle abecedy a obory budou přečíslovány.
celý zákon doporučen PS k přijetí

podpis dr. Cabrnach, zpravodaj

11. 12. 2003 pozvání doc Hoza, dr. Gut
k jednání k dr. Malinovi s dr. Cabrnachovou,
dr. Neugebauerem

Klidné, hladké s rychlou domluvou na jed-
nom jediném společném CV pro obor dětské
lékařství – tzv. adventní dohoda

16. 12. 2003 projednala a schválila (dle
zápisu hladce, bez konfliktů) znění předlo-
ženého a výborem doporučeného zákona
zpravodajem **dr. Cabrnachem**

Schválen 88 hlasy (jednotlivě koalice ČSSD,
KDÚ, ÚS) proti 50 (jednotlivě ODS včetně
dr. Cabrnacha) zdrželi se komunisté

Zákon pak prošel hladce senátem a prezi-
dentem a na jaře byl dán do Sbírky zákonů
3. 3. 2004.

Vcelku politicky „dokonalé“

JG



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Alena Šebková
předsedkyně OSPDL ČLS JEP

Hlavní, čím se neustále zabýváme, je zachování **oboru praktické lékařství pro děti a dorost**.

Poslední verze novely zákona č. 95/2004 Sb. hovoří o jediném oboru pediatrie, z něhož vyjde pediatr, délka trvání 4,5 roku. Tato poslední verze již nebyla v žádném připomínkovém řízení, nemá přechodná ustanovení, nejsou prováděcí předpisy, tudíž není jasné, jak legislativně by mělo být poskytování primární péče o děti a dorost řešeno. Ministr zdravotnictví tvrdí, že vše zůstane při starém. Nicméně z logiky věci vyplývá: není-li obor PLDD, není nikde zmíněn PLDD, jak tedy bude a bude vůbec definován PLDD? Na všechny naše otázky dostáváme odpověď – to se vyřeší pak. Kdy to „pak“ bude, není jasné... Zrušení oboru (a obor má být skutečně zrušen, není-li atestace, není obor) může tedy skutečně ohrozit současný systém péče, který ve svých ordinacích poskytujeme...

Je paradoxní, že tuto možnost vůbec nepripouštějí ti, kterým by péče o děti neměla být lhostejná. Těší mne ale, že si možnost zhoršené péče uvědomují rodiče, se kterými hovořím. A skutečně je „nestrašim“, poctivě říkám, o co se jedná, že nemáme jistotu... A je překvapivé, jak první věta „spojení vzdělávání pro lůžkové a primární pediatrii“ vyvolá udivenou otázku: „Ale to je přeci něco úplně jiného, ne, paní doktorko?“

A tak to tedy nevzdáváme – a není to pro peníze, jak už jsme také slyšeli...

18.–19. 9. se konal první Mezioborový kongres PLDD, téma Výživa průřezem věku. Kongres vnímáme jako velmi úspěšný, co do obsahu i co do organizace, za kterou děkujeme agentuře Ahou. Spokojenost vyjádřili i kolegové, kteří s námi spolupra-

covali – neonatologové (MUDr. Kantor), prim. MUDr. Tláskal, doc. MUDr. Bronský, MUDr. Kabíček. Kongres se zabýval praktickými aspekty výživy ve všech věkových obdobích od novorozence po adolescenta. Byl zde zahájen vzdělávací cyklus navazující na loňský cyklus výživy v kojeneckém věku, **Nutriceq**. Je to výborně vypracovaný systém pro edukaci v oblasti výživy batolat, na jehož převedení do podmínek pro české děti se významnou měrou podíleli členové pracovní skupiny pro gastroenterologii a výživu OSPDL. Kromě vzdělávacích seminářů budou k dispozici materiály ke konkrétní edukaci rodičů v našich ordinacích. Velmi doporučuji účast.

Na základě mezioborové spolupráce vznikla pracovní skupina pro vypracování nového **doporučení v prevenci rachitidy** vitamínem D.

Spolupráce s MPSV – společně s MUDr. Kozderkou se MUDr. Šebková zúčastnila opakovaně schůzky na MPSV. Dojde ke kultivaci formulářů pro posuzování handicapovaných dětí, na základě našich podnětů a podnětů patientských organizací by mělo dojít i ke kultivaci podmínek posuzování. Dochází totiž k mnoha případům, kdy děti, na kterých není „vidět“ postižení, jen těžko dosáhnout na finanční i jinou pomoc, kterou ony a jejich rodiny potřebují (děti s poruchami autistického spektra, celiakii, fenylketonurií, apod.).

8. 10. – dr. Šebková se zúčastnila **zasedání** vědecké rady a předsedů oborových komisí **ČLK**. Dr. Šebková vystoupila s názorem na nestandardní postup v přípravě novely zákona o vzdělávání a s obhajobou oboru. Reakce prezidenta komory není v podstatě

reprodukovatelná. A vážení kolegové, můžete se těšit na rozšíření vašich kompetencí – budete moci ve svém volném čase pracovat v nemocnici!!

Výbor OSPDL – některé informace:

Informace z NIKO – vydáno stanovisko hlavního hygienika k minimálnímu požadavku očkování dítěte před vstupem do mateřské školky – k dispozici na webu. Vzhledem ke stále se objevujícím problémům znovu upozorňuji: PLDD se NEVYJADŘUJE, zda dítě smí nebo nesmí do MŠ s ohledem na očkování, pouze napíše, jaké očkování dítě má.

Rezidenční místa – vzniká otázka zaplnění všech RM. Na počátku roku byl zájem o RM ze strany mediků v počtu cca 40. Vzhledem k pozdnímu schválení akreditační komise a návrhu zrušení oboru, což vzbuzuje u mladých lékařů nejistotu, prakticky polovina z nich zvolila jiný obor!! Tato situace jde plně na vrub ministra zdravotnictví. O obor totiž navzdory jeho vyjádření zájem je, již druhý rok bude atestovat 50 PLDD!

Screening poruch autistického spektra v ordinaci PLDD – dr. Šebková spolupracuje s patientskými organizacemi v rámci přívládní komise pro PAS na vypracování screeningu PAS v našich ordinacích. Tato problematika je velmi široká a je nutné rychlé a komplexní řešení, tak aby se děti s touto diagnózou co nejlépe uplatnily v životě.

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. 12. 2015

Komplexní pohled na bolest a její zvládnutí

Bc. Vránová Markéta
KDDL VFN Praha



OSPDL ČLS JEP



Alternativní péče o děti s postižením

MUDr. Pavel Biskup

primář, Dětské centrum Strančice, p.o., zřizováno Středočeským krajem

V následujícím článku vám přibližujeme možný způsob spolupráce mezi praktickým lékařem pro děti a dorost, rodiči dítěte s postižením a specializovaným lůžkovým zařízením.

Ošetrovatelská a zdravotní péče v rozsahu potřeb péče o dítě se zdravotním postižením je ve specializovaném lůžkovém zařízení poskytována dětem zpravidla do předškolního věku. Některé starší děti nelze, z důvodu kombinovaných a ošetrovatelsky náročných postižení, umístit na lůžka zařízení poskytujících sociální služby (dříve ústavy sociální péče). Z tohoto důvodu je profilováno pět míst jako registrovaná sociální lůžka. U těchto dětí je v Dětském centru zřízeno, dle školského zákona, detašované pracoviště základní školy. Na 35 lůžkách je poskytována komplexní specializovaná péče buď formou celoročních pobytů, nebo pobytů na dobu určitou (denní, týdenní stacionář). Zařízení poskytuje ambulantní poradenství v oblasti fyzioterapie, bazální stimulace, dětské psychologie, v oblasti sociálně-právního poradenství a ošetrovatelské péče o dítě obecně. Vedle odborně erudovaného zdravotnického personálu zde pracují speciální pedagogové a vychovatelé. Zařízení spolupracuje s mnohými nevládními organizacemi a organizacemi s pověřením pro sociálně-právní ochranu dětí.

Nyní je v zařízení umístěno 31 dětí se zdravotními a sociálními handicapy v různých režimech pobytu. Z tohoto počtu je dvanáct

dětí ve věku do tří let, deset z těchto kojenců a batolat je ze středočeského regionu. Průměrný věk umístěných dětí s postižením je 5,2 roku. Pouze jeden kojenec je indikován do systému náhradní rodinné péče. Ostatní děti mají rodiny vlastní, které v různé míře s Dětským centrem spolupracují. Zároveň je třeba zohlednit, že vzhledem k jejich zdravotnímu stavu se nedaří najít vhodné pěstouny.

Následujících pět kazuistik demonstruje některé důvody pobytů. Poslední dobou přibyl počet tzv. úlevových či odlehčovacích pobytů. Jedná se o pomoc rodině, která trvale pečuje o dítě s postižením. V tuto chvíli nejsme schopni zvládat poptávku, zařízení je plně vytíženo a termínované pobyty dětí musejí být s rodiči plánovány s časovým předstihem.

■ Dítě s postižením, umístěné předběžným opatřením s následnou ústavní výchovou

V. P., děvče, 12 měsíců

Zákl. diagnózy:

praematuritas, komplexní kloakální malformace s atypicky ventrálním uložením střeva,

aplazie močového měchýře, zdvojení dělohy, komplexní malformace sacra, foramen ovale apertum, gastrostomie, urostomie
RA, SA: nesledovaná gravidita, otec dítěte neuveden, matka s psychiatrickou diagnózou, nesvéprávná, tč. je v péči matky jako svého zákonného opatrovníka. Klinika ve spolupráci s OSPOD navrhuje následnou péči v Dětském centru.

Soud nařídil předběžné opatření, kterým se poručíkovi (OSPOD) ukládá povinnost předat nezletilé dítě do péče Dětského centra. Soud zahájil řízení o nařízení ústavní výchovy. Soud vydal rozsudek jménem republiky o nařízení ústavní výchovy a určení výživného. Soud jmenuje nezletilému dítěti opatrovníkem městský úřad. Matce se výživné nestanovuje.

Dítě je v plném přímém zaopatření Dětského centra.

Náklady na pobyt dítěte s postižením se hradí na podkladě nároku na přídavek na dítě, viz zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů. Soud matce výživné na dítě, určené na péči v zařízení, nestanovil. Souhlasy k odborným vyšetřením, k očkování, hospitalizacím a souhlasy s operacemi dává opatrovník, resp. soud.



Obr. 1 Komplexní kloakální malformace střeva, aplazie močového měchýře



Obr. 2 Komplexní kloakální malformace střeva, aplazie močového měchýře – detail vyústění močových cest a střeva



Obr. 3 Apertův syndrom, turicefalie



Obr. 4 Syndrom CAN, spálené dítě

■ Dítě s postižením na termínované, dobrovolné pobyty (stacionář)

M. F., děvče, 4 roky, gemelus B

Zákl. diagnózy:

pancytopenie, vrozené selhání krvevotby, rozvíjející se selhání kostní dřeně, mikrocefalie, kraniofaciální dysmorfie, psychomotorická retardace

RA, SA: rodiče nesezdáni, AIF, riziková gravidita, gemini, matka s psychiatrickými problémy preferuje v péči syna (gemelus A), též se zdravotním handicapem, praktický lékař pro děti a dorost doporučuje úlevový pobyt. Dohoda o průběhu pobytů je taková, že dítě přiváží a odváží otec, pobyt 4 dny v týdnu, včetně víkendů.

Úhrada za pobyt dítěte s postižením ve stacionáři je hrazena dle dohody mezi rodiči a zařízením. Rodiče přispívají na zdravotní služby a zaopatření. Souhlasí k odborným vyšetřením, k očkování, hospitalizacím

a souhlasí s operacemi dává otec, dítě je registrováno u praktického lékaře pro děti a dorost.

■ Dítě s postižením v péstounské péči na termínovaných, dobrovolných pobytech (stacionář)

V. Š., chlapec, 8 měsíců

Zákl. diagnózy:

praematuritas, arthrogrypotický syndrom, katarakta bilat., amaurosis, nevýbavné otokustické emise, foramen ovale apertum, pedes equinovares bilat., osteopenie kombinované etiologie, hernia umbilicalis, atd. RA, SA: matka svobodná, nezaměstnaná, abusus drog, nemá podmínky pro převzetí zdravotně postiženého dítěte do své péče. Kojenec ve věku osmi měsíců předán do péstounské péče matčiny sestry. Stacionář v Dětském centru doporučen nevládní organizací.

Dohoda o průběhu pobytů je taková, že přítel pěstounky dítě ráno přiváží, ona v pozdní odpoledne odváží, jinak dle domluvy.

Každý pěstoun má nárok na dávky pěstounské péče ke krytí nákladů svěřeného dítěte, na odměnu pěstouna a další náklady spojené s péčí o dítě.

Úhrada za pobyt dítěte s postižením ve stacionáři se hradí dle dohody s pěstounkou, a to za každý den pobytu v zařízení. Souhlasí k odborným vyšetřením, k očkování, hospitalizacím a souhlasí s operacemi dává pěstounka, dítě je registrováno u praktického lékaře pro děti a dorost.

■ Dítě s postižením, které rodina odmítá převzít do své péče

A. U., chlapec, 2 roky

Zákl. diagnózy:

Apertův syndrom, craniosynostosis, rozštěp tvrdého patra, makroftalmus, ulcer corneae



Obr. 5 Syndrom CAN, opažené děti



Obr. 6 PEG, gastrosonda – detail zavedení



Obr. 7 PEG, gastrosonda



Obr. 8 Tracheosonda



Obr. 9 Tracheosonda a PEG



Obr. 10 Jiný typ PEG, st.p. operaci pro aplazii bránice

I. utrų., srůsty prstů na končetinách NNPH, hypotrofie

RA, SA: rodina úplná, starší zdravý sourozenec, v průběhu druhé gravidity zjištěna kraniofaciální dysformie plodu, po porodu přijat do perinatologického centra klinického pracoviště, kde provedena komplexní diagnostika. Klinika, na základě domluvy s rodiči, doporučuje pobyt v Dětském centru.

Dítě je v plném přímém zaopatření Dětského centra.

Náklady na pobyt dítěte s postižením ve stacionáři se hradí na podkladě nároku na přídavek na dítě, viz zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů, a dále dle dohody s rodiči o umístění dítěte k celoročnímu pobytu, a to za každý den pobytu v zařízení. Souhlas k odborným vyšetřením, k očkování, hospitalizacím a souhlas s operacemi dávají rodiče.

■ Dítě s postižením na trvalý, dobrovolný pobyt

P. K., chlapec, 6 let

Zákl. diagnóza:

Westův syndrom, maligní farmakorezistentní epileptický syndrom s epileptickou encefalopatií, spastická kvadruparéza, těžká psychomotorická retardace

RA, SA: z fyziologické, druhé gravidity, spont. porod, od třetího dne novorozenecké křeče, hospitalizace na JIP novorozeneckého oddělení kliniky a dalších odborných pracovištích, na léčbě propuštěn do domácí péče. Pobyt dítěte v Dětském centru doporučen dětským neurologem z důvodu psychického a fyzického zhroucení matky.

Náklady na celoroční pobyt dítěte s postižením se hradí na podkladě nároku na přídavek na dítě, viz zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů, a dále dle dohody s rodiči o umístění dítěte k celoročnímu pobytu, a to za každý den pobytu v zařízení. Souhlas k odborným vyšetřením, hospitalizacím a souhlas s operacemi dávají rodiče, dítě je registrováno u praktického lékaře pro děti a dorost.

Zařízení je od roku 2002, kdy převzal roli zřizovatele Středočeský kraj, profilováno jako specializované zdravotnické zařízení pro nevyléčitelně handicapované děti, u kterých se systémově nedaří najít rodinu náhradní. Čím dál tím více poskytujeme péči respitní a hospicovou. Je to tím, že klinická a další lůžková dětská zařízení potřebují ekonomicky obhájit využití akutních lůžek na jednotkách intenzivní péče i lůžek standardních a u dlouhodobě neakutně hospitalizovaných jsou limitována regresními platbami zdravotních pojišťoven. Je jen otázkou, zda plánovaná transformace podobných zařízení pod správu resortu práce a sociálních věcí výše popsanou koncepci péče o dítě s postižením radikálně nezmění.

MUDr. Biskup Pavel
dcstrance@dcstrance.cz
září 2015



Surogátní mateřství z pohledu pediatra

MUDr. František Schneiberg

Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva 1. LF UK, Praha

Čas od času se vynoří k veřejné i odborné diskusi téma surrogátního, tedy náhradního mateřství, prostě řečeno „vypůjčené dělohy“. Naposledy v souvislosti i s medializovaným případem z jižní Moravy, kdy si manželský pár dohodl náhradní matku v podobě jednoduché ženy, navíc trpící epilepsií. Tato žena potom porodila dítě s vážným zdravotním postižením, které manželé odmítli, ženě nemohlo být svěřeno a dítě tak skončilo v ústavní péči.

Nejen v souvislosti s tímto případem proběhlo v uplynulé době několik kulatých stolů, seminářů i na úrovni Ministerstva zdravotnictví, kde zaznívaly hlasy mnoha odborníků: porodníků, gynekologů, embryologů, právníků i etiků. V této diskusi však zanikal poměrně osamělý hlas pediatra, hájícího především zájem dítěte, i dosud nenarozeného. V článku bych chtěl pohled pediatra na tuto problematiku přiblížit.

Už terminologicky je zde řada nejasností. Označovat uvedený postup pojmem náhradní mateřství či náhradní těhotenství nevyjadřuje pravý stav věcí. Mateřství je odvozeno od slova matka a zahrnuje v sobě více skutečností než jen těhotenství. V tomto případě se však nejedná o mateřství, ale o pouhé těhotenství. Označení „pronájem dělohy“ je odmítáno, i když vyjadřuje pravý stav věcí. Ženu, která de facto pronajme svou dělohu k realizaci těhotenství, můžeme označit za nositelku těhotenství, protože označení náhradní matka je nesprávné. Kromě toho termín náhradní matka, náhradní rodičovství, je zaveden již dávno v oblasti náhradní rodinné péče.

I nový občanský zákoník převzal právní úpravu z původního zákona o rodině, která praví, že matkou dítěte je žena, která dítě porodila. O náhradním mateřství je zmínka pouze v § 804, kde se hovoří o osvojení, které je zakázáno mezi přímými příbuznými, avšak je možná výjimka, jde-li právě o náhradní mateřství. To je ovšem jediná zmínka o náhradním mateřství v naší legislativě. Z toho můžeme dovodit, že Česká republika patří mezi tu část zemí, které „pronájem dělohy“ nemají jasně právně upraven. Jen několik zemí má takovou právní úpravu, která tento postup umožňuje, většina však má takové praktiky zakázané.

Ze současné právní úpravy plyne, že by žena nosící dítě, ať už je počala jakkoliv, mohla toto dítě matce či rodičům předat do adopce formou souhlasu s osvojením se vztahem k budoucím osvojitelům. Celá záležitost by zřejmě musela být řešena smlouvou mezi nositelkou těhotenství a matkou (rodiči). Tato smlouva by však nemohla být vymahatelná (co když „náhradní matka“ nebude chtít dítě vydat?), a nesměla by být za úplatu (obchod s dětmi). I když nemáme speciální právní úpravu, v některých „oploďnovacích centrech“ se takové postupy dějí s tím, že „co není vysloveně zakázáno, je dovoleno“. V uvedených souvislostech se však nikde nemluví o dítěti jako objektu podobných „manipulací“. To už souvisí přímo s etickou otázkou, kterou považuji za zásadní.

Zastánci institutu surrogátní matky argumentují tím, že žena (manželský pár – či dokonce lesbický pár) má právo na dítě, což je ovšem právovirtuální (podobně jako právo na práci). Dítě není komodita, kterou si mohu pořídit, když se mi zachce a když na to mám. Dítě je člověk, osobnost se všemi právy, která mu musí společnost zaručit. Dítě má právo znát své biologické rodiče (čl. 7 Úmluvy o právech dítěte). Co asi prožije, když se dozví, že si jeho „výrobu“ rodiče jaksi objednali, že ho porodila „děloha na leasing“ z gamet, které poskytla spermabanka či ovobanka? Nastává zde i dehumanizace oné těhotné, která se v zadaném programu stává nikoliv matkou a osobností, ale předmětem a nástrojem, realizujícím přání neplodného páru až za hranici lidské přirozenosti.

Není to však jen otázka právního rámce a etické roviny. Dnes již víme velmi mnoho o prenatálním vývoji dítěte, a to nejen o fyziologických pochodech, účincích hormonů, ale právě i o jejich podílu na vnímání vztahu matka–dítě a počátcích jejich pevné vazby

– attachmentu. Tak např. hormon oxytocin se vyplavuje ve větší míře v harmonických mezilidských vztazích. Působí také na skutečnost, že matka vnímá vůni svého děťátka velmi intenzivně a rozezná je od dětí jiných. Naopak při porušení připoutávací vazby stoupá u dítěte hladina kortizolu a působí nezvratné změny funkce i struktury mozku. Mohou vzniknout poruchy osobnosti, kdy dítě po porodu nevpluje do „bezpečného světa“. Hormon prolaktin vyvolává nejen produkci mateřského mléka, ale také částečně tlumí matku, aby omezila své aktivity na péči o miminko.

Podle mnohých autorů se ona citová vazba (připoutání, přilnutí) mezi matkou a dítětem počíná rozvíjet již prenatálně. Ovlivňují ji nejen uvedené hormonální a jiné biologické regulace, ale také postoje matky a její očekávání ve vztahu k nenarozenému dítěti. Nelze zde nezmínit výzkumy prof. Matějčka o nechtěných dětech.

Technologický rozvoj (např. sonografie) umožňuje stále více poznání o prenatálním životě jedince. Rozvíjí se i samostatná disciplína – prenatální psychologie. Lidský plod umí vidět, slyšet, má vyvinutou chuť, čich, je schopen se učit a cítit. Ve 3. měsíci reaguje na dotyk v okolí úst a nosu, saje, svírá prstíky při dráždění ruky (úchopový reflex), ve 4. měsíci otvírá a zavírá ústa, mění výraz tváře, v 5. měsíci začíná vnímat zvukové podněty, zejména tlukot matčina srdce, dovede rozlišovat základní chutě, v 6. měsíci reaguje na akustické podněty (reakce jsou ovšem stále reflexní) atd. To, co cítí a vnímá, začíná formovat jeho postoje a očekávání vůči sobě samému. Zdrojem těchto „formativních poselství“ je matka, takže její vyladění, rovnováha a psychické stavy výrazně ovlivňují psychiku plodu.



Prenatální komunikace probíhá na několika rovinách. Na úrovni fyziologické přenosem krví a placentou, hormony a živiny od matky ovlivňují plod (např. při stresu matky vylučovaný adrenalin vede k přetížení plodu, což se projeví např. kopáním). Na úrovni smyslové reaguje plod na mateřský hlas, masírování bříška, nelibost dává najevo vyšší intenzitou pohybů. Přes rozumový a citový postoj matky plod přesně vnímá intenzitu prožívání své existence matkou. Negativní potenciál matky, její nestandardní projevy mohou vést k narození dítěte úzkostného, plačtivého. Podle mnohých prenatálních psychologů (např. prof. Fedor-Freybergh) je těhotenství aktivní dialog mezi matkou a dítětem a zahrnuje přirozeně dialog matka-otec, matka-širší prostředí. Charakter tohoto dialogu je tedy biopsychosociální a plod v něm není jen pasivním objektem. Plod je aktivní a „kontroluje“ prostředí. Reaguje na podněty taktilně-kinestetické, sluchově-vizuální, na změnu polohy matky.

Jak vyplývá z výše uvedeného, „pronajatá děloha“ není rozhodně v zájmu dítěte. Minimálně se mu přerušuje započatá citová vazba s matkou. Argument, že podobně je tomu u dítěte, které matka po porodu svěruje do adopce, tak úplně neobstojí. V případě „propůjčené dělohy“ je to programový cílený

akt, dítě není dítětem těhotné ženy, tudíž se ani vlastně onen pozitivní vztah matka – dítě nevytváří, těhotná má k dítěti vztah ambivalentní, tudíž nemůže plné pouto nastat, a pokud nastane, je přerušeno po narození. Při adopci může být vztah matky k dítěti pozitivní a citové pouto se vytváří, leč různé okolnosti vedou potom matku k rozhodnutí svěřit dítě do adopce. Konečně při adopci si dítě vytváří nové přílnutí a je zde na rozdíl od vypůjčené dělohy jasné, kdo je matka biologická a kdo náhradní.

Z pohledu pediatra, hájícího zájem dítěte, mohu konstatovat, že náhradní mateřství je řešením situace neplodného páru, které je za hranicí přirozenosti. Zcela jistě není v zájmu a ku prospěchu dotčeného dítěte. Z mé snahy podrobněji popsat prenatální procesy komunikace dítěte s matkou a vytváření citového pouta je zřejmé, že takové dítě bude postiženo právě přerušením oné vznikající vazby, popř. jejím nenaplněním při ambivalentním vztahu matky k dítěti. Dítě není komodita, kterou lze plánovaně počít a pak odložit, předat apod. Není dořešena ani řada právních otázek (co když těhotná žena zemře, co když se narodí dítě s postižením atd.). Konečně si lze představit situace, kdy žena v rámci svého pohledu na svět (manekýnka či jiná celebrita), která si nechce

kazit postavu těhotenstvím, si najde ženu z jiné vrstvy, aby donosila její dítě, a ještě jí za to zaplatí. To už se dostáváme v podstatě k obchodu s dětmi.

Na závěr si dovoluji citovat psychologa, porodníka a člověka, který se dlouhodobě prenatálním vývojem zabývá, slovenského rodáka žijícího ve Švédsku prof. Fedor-Freybergha: „*Celá společnost by měla nalézt odvahu přijmout zodpovědnost za rodičovství již dlouho před početím právě vzhledem k jeho vztahu k dalšímu novému životu. Je nanejvýš důležité, aby tento nový život byl hluboce respektován od samého začátku a byl považován za rovnocenného partnera při vzájemném dialogu. Tento dialog začíná v okamžiku početí a pokračuje v dalších prenatálních, perinatálních a postnatálních stadiích života. Ovlivňuje kvalitu porodu a způsob vývoje člověka v dětství, dospívání a dospělosti, právě tak jako schopnost milovat a uznávat druhé nebo navazovat kvalitní vztahy.*“

Literatura k dispozici u autora.

Záchranáři v Královéhradeckém kraji otevřeli nové operační středisko

Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje v Hradci Králové slavnostně otevřela nové operační středisko téměř za 40 miliónů korun. Operátoři střediska, které je v provozu od 7. září, každý den vyřídí 230 až 250 hovorů, zhruba k polovině z nich vyšlou pomoc.

Novinářům to řekl ředitel královéhradecké záchranné služby Jiří Mašek.

Operační středisko zdravotnických záchranářů sídlí v základně hasičů v ulici Na Bláhovce. V areálu, který je poblíž dálnice D11, už působí i jedna z výjezdových základen zdravotnických záchranářů. Dosavadní středisko z roku 2004 sídlilo v objektu záchranné služby nedaleko fakultní nemocnice a stavebně ani technologicky už nevyhovovalo potřebám záchranářů.

Operátoři nového střediska na obřích obrazovkách například vidí přímo jednotlivé události a také pohyb sanit na mapě. „Především je to bezpečnost ve zpracování tísňové výzvy, několikanásobná kontrola vysílání sil a prostředků na místo události, samozřejmě zpětná vazba pro dispečery o tom, jaký druh prostředku vysílají, a online přehled prostředků a jejich maximální využívání,“ řekl k výhodám nového střediska vedoucí lékař dispečinku Michal Plodr.

Novinkou je možnost údaje zaznamenané na dispečerském pra-

covišti přenést přímo do tabletu, který má k dispozici posádka záchrannářského vozu, a ta je nemusí už přepisovat. Na místě vyšetření zprávu také zapíše do počítače a pacientovi ji vytiskne. „Budoucnost je program, kdy tato data elektronicky přímo dostane nemocnice a lékař si ji přečte s předstihem, než tam ten pacient dorazí,“ řekl Plodr. Podle Maška by mohly být nemocnice v Královéhradeckém kraji vybaveny zařízením na příjem informací přímo od záchranářů zhruba do jednoho roku.

Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje má patnáct výjezdových základen ve 13 městech, na pomoc pacientům je připraveno vyjet na 30 posádek. V plánech záchranářů je vybudování výjezdového stanoviště v Temném Dole na Trutnovsku. Základna by měla zlepšit dostupnost zdravotnické péče v horských střediscích Krkonoš.

Záchranná služba dnes také převzala osm nových sanitních vozů, které společně s čtyřmi dalšími stály zhruba 27 miliónů korun. V hradeckém kraji je nyní 50 sanitních vozů, do budoucna záchranáři chtějí obměňovat ročně zhruba sedm z nich.

Zdroj: zdravi.e15.cz, 13. 10. 2015

Pomáhá položit základy pevného zdraví dětí během kojení



NOVINKA
pro kojící matky

- Respektuje **specifické výživové potřeby kojících matek**
- Dodá **klíčové živiny** potřebné pro matku i kojené dítě
- DHA, vit. C, vit. D, biotin, vit. B₁, B₂, B₆, B₁₂, kys. listová, železo, zinek, jód, vápník
- **Přirozené řešení** ve fomě chutných doplňků jídelníčku



Ohrožené dítě v současnosti

Doc. MUDr. Lubomír Kukla, CSc.

Recetox, PřF MU, Brno

■ Ohrožené dítě

je takové, u něhož se jeho prostředí či podmínky života natolik odchýlily od normy, že mohou bezprostředně poškodovat jeho vývoj a začleňování do společnosti. Stejně tak je třeba respektovat dítě jako individualitu a jeho vývojovou etapu, v níž se právě nachází. Existují dva hlavní okruhy příčin ohrožení dítěte:

1) příčiny vnitřní – spočívající především v dítěti; vycházejí z dítěte, kdy jeho odlišnost vzhledová, zvláštnosti původu etnického, chronická nemoc, vrozená vada či jiné postižení vedou k narušení, deviaci či znemožnění jeho odpovídajícího vývoje a dítě tak ohrožují;

2) příčiny vnější – spočívající v prostředí, kde dítě žije; mohou to být **faktory z prostředí fyzikálního, biologického, chemického** (poruchy biologické rovnováhy a životního prostředí) **i sociálního**.

Negativní faktory z prostředí společenského můžeme hodnotit jako *nedostatky ve fungování společnosti jako celku* na straně jedné (bída, hlad, nedostatek, diskriminace, válka) nebo jako *nedostatky ve fungování společenských skupin, komunity, ale zejména rodiny* na straně druhé.

Ohrožení se může měnit v postižení různě dlouhou dobu. Někdy může jít o proces velmi rychlý, souhrn všech negativních faktorů, která se kumulují, což může vést i ke smrti dítěte. Naproti tomu, v závislosti na ochranných mechanismech organismu, dosud ne zcela probádaných, může být organismus schopen čelit nepříznivým vlivům a tyto vlivy zvládat (coping), vytěšňovat.

Na tomto místě můžeme uvést další tzv. *nozologické jednotky*, které lze do určité míry rovněž řadit mezi děti ohrožující:

- děti rizikové
- s postižením
- sociálně maladaptované
- nemocné (akutně, chronicky apod.)
- týrané, zneužívané, zanedbávané...

A samozřejmě nesmíme zapomenout na celou řadu položek, které bychom řadili na pomezí mezioborové nebo přímo do sociální patologie:

- kompletní patologie rodiny...
- děti se závislostmi – kouření, alkohol,

drogy, gambling, internet – netománie a další druhy závislostí...

- děti jako součást „krimi“ scény – krádeže, vloupání, vraždy, sebevraždy...

Zrovna nyní je, jak všichni vidíme, aktuálním problémem migrace, především osob ze Sýrie, Iráku, Afghánistánu, Pákistánu, Eritreje a dalších zemí. Jsou mezi nimi i děti a mladiství. Jistě se mnou budete souhlasit, že jsou tyto děti ohrožené.

Podíváme-li se např. na děti z rozvojového světa, jsou ve značném ohrožení i vlastního života. Sčítají se zde nepříznivé vlivy biologické (hlad, podvýživa, infekce, nedostatek vody a otázka její kvality) i psychické (nedostatek podnětů, stimulace, péče o zdraví, nevzdělanost) a sociální (resp. psychosociální) – nedostatek jistoty, bezpečí, identity, nedostatek potřebné identifikace pro příští roli a úkoly ve společnosti, nedostatek vzorců pro odpovídající chování. Musíme sem též zařadit nepřipravenost jedinců i společenství, a to jak v rozvojových zemích, tak i u nás.

Podle *Světové deklarace o přežití, rozvoji a ochraně dítěte z roku 1990* jsou tyto děti označovány jako **„dětí žijících ve zvlášť obtížných situacích“**.

V péči o ohrožené dítě je nezastupitelná role praktického lékaře pro děti a dorost, který by měl takové dítě zařadit do své specifické dispenzární péče. Měl by se zaměřovat speciálně na děti ohrožené prostředím, děti, které vyrůstají v problémových, dysfunkčních i afunkčních rodinách, děti s poruchami chování, sociální maladaptací, asociálními či antisociálními projevy, děti týrané, zneužívané, zanedbávané, s nejrůznějšími formami postižení, žijící mimo (vlastní) rodinu – ať již v ústavní péči, nebo v náhradní rodinné péči apod., děti segregované, děti z jiných etnik apod.

Z uváděného vyplývá, jak významnou roli (resp. nejvýznamnější) hraje rodina a spolupráce praktického lékaře pro děti a dorost s ní. Pro pochopení všech problémů dítěte je nutné, aby PLDD perfektně znal prostředí, ve kterém „jeho“ děti a mladiství žijí.

V tomto okamžiku by se mohl text sdělení odvíjet dále mnoha různými cestami. Vybral jsem tu, která je dosud málo prezentovaná, tím i málo známá, ale velmi důležitá.

■ Pohled státu na problematiku ohroženého dítěte

Česká republika se ratifikací Úmluvy o právech dítěte v lednu 1991 zavázala respektovat a zabezpečit práva stanovená Úmluvou každému dítěti nacházejícímu se pod její jurisdikci. Přijala tezi, že ochrana práv dětí je povinností celé společnosti, přičemž garantem této ochrany je stát, který je povinen učinit veškerá potřebná zákonná, správní a jiná opatření k provádění práv uznaných Úmluvou, a to v maximálním možném rozsahu.

Směrnice o náhradní péči o děti z 20. listopadu 2009 dále za účelem posílení zavádění Úmluvy o právech dítěte do praxe podrobně vytyčily základní zásady pro opatření přijímaná při implementaci Úmluvy v oblasti náhradní péče o děti. Směrnicemi vyjmenované principy, priority a zásady náhradní péče o dítě z podstatné části neměly v roce 2009 odraz v české právní úpravě ani v praxi náhradní péče. I přes dílčí změny přijaté v této oblasti (především zákonem č. 401/2012 Sb.) dosud nejsou plně respektovány, byť se jedná o naprosto základní postuláty, nad kterými panuje na mezinárodní úrovni všeobecná shoda. Významným impulsem pro zásadní reformu systému veřejnoprávní podpory rodin a ochrany dětí v České republice jsou rovněž doporučení Výboru OSN pro práva dítěte ze dne 17. června 2011 po projednání třetí a čtvrté periodické zprávy České republiky dokumentující aktivity k naplňování Úmluvy od roku 2003.

Závěry Evropského soudu pro lidská práva prezentované v jeho judikatuře Ústavní soud České republiky přijímá a rozvíjí v kontextu národního práva. I z judikatury Ústavního soudu plyne potřeba významné reformy v oblasti sociálně-právní ochrany dětí, resp. spíše veřejnoprávní podpory rodiny jako takové. Ze závěrů Evropského soudu pro lidská práva, přijímaných Ústavním soudem a majících oporu v moderní lidskoprávní teorii a jejím pojetí práva na rodinný život a práv dítěte nikoli již jako předmětu ochrany, ale jako individuální bytosti nadané katalogem subjektivních práv, k jejichž výkonu je třeba poskytovat mu podporu a pomoc, plynou



státu povinnosti poskytovat specifické formy pomoci a podpory rodiny, k jejichž plnění však stávající legislativní úprava neposkytuje dostatečné nástroje. Byť tedy panuje všeobecný právní i společenský konsensus o prioritě péče o dítě v jeho přirozené rodině, povinnosti státu poskytnout včasnou a efektivní podporu k prevenci selhání rodiny, minimalizovat zásahy do soukromí rodiny a posílit systém náhradní rodinné péče na úkor péče ústavní, chybí právní úprava, která by umožnila uvést prezentované zásady do praxe národních orgánů péče o dítě.

A nechybí jen odpovídající právní úprava, ale i znalost „terénu“, rodin, jejich života, náhradní rodinné péče (adopce i pěstounské péče) se všemi klady a problémy a častokrát rozhoduje nikoli zájem a blaho dětí, ale zájmy jednotlivců, dodržování politické loajality apod.

V lednu 2012 schválila vláda Národní strategii ochrany práv dětí „Právo na dětství“, jejímž úkolem bylo vytvořit systém způsobilý zajistit důslednou ochranu všech práv kaž-

dého dítěte a naplňování jeho potřeb, systémem podporující zvyšování kvality života dětí a rodin, eliminující diskriminaci a nerovný přístup vůči dětem a podporující všestranný rozvoj dítěte v jeho přirozeném rodinném prostředí, případně v náhradním rodinném prostředí, to vše za participace dítěte na rozhodovacích procesech, které se ho bezprostředně dotýkají.

Které základní body tato strategie obsahuje?

Národní strategie si klade za hlavní cíl nastavit funkční systém zajišťující důslednou ochranu všech práv dětí a naplňování jejich potřeb. Tento systém pracuje na základě **deseti základních principů**, které odrážejí judikaturu Evropského soudu pro lidská práva i Ústavního soudu České republiky, a současně reflektuje výsledky analýz a výzkumů současného systému péče o ohrožené děti jak v České republice, tak v zahraničí:

1. Je plně zaměřen na dítě
2. Respektuje potřeby a vývoj dítěte
3. Sleduje dlouhodobý zájem dítěte, podporuje jeho jedinečnost a vývoj

4. Umožňuje rovné příležitosti pro všechny děti bez ohledu na jejich pohlaví, schopnosti, rasu, etnikum, zdravotní postižení, okolnosti nebo věk
5. Zahrnuje do řešení situace dítěte a rodiny, stejně tak jako celé jejich sociální okolí
6. Staví na silných stránkách dítěte a rodiny a identifikuje problémová místa
7. Funguje integrovaně a ve spolupráci všech zúčastněných subjektů
8. Je trvalým a interaktivním procesem
9. Poskytuje a reviduje opatření a poskytované služby
10. Je založen na objektivně zjištěných skutečnostech a důkazech

Těchto deset základních principů je neodiskutovatelně přesně takových, jaké je pro řešení otázek našich dětí potřeba dodržovat a naplňovat. Jak se nám to však podaří, to je velký otazník. Jedna věc je idea, věčný záměr, druhá je právní ukotvení cestou zákona a třetí vlastní naplňování. Čas ukáže, do jaké míry mají naše děti šanci...

maminka Radka
a syn Štěpánek
10 měsíců

PROVAKCIN PLUS®

OČKOVÁNÍ
S USMĚVEM

ČESKÝ
PATENT

PROVAKCIN PLUS®
zvýšení lékařské účely
INJICÍ PŘÍPADNÉ
ZÁDOUCÍ REAKCE
PO OČKOVÁNÍ

PROVAKCIN PLUS®
zvýšení lékařské účely
INJICÍ PŘÍPADNÉ
ZÁDOUCÍ REAKCE
PO OČKOVÁNÍ
APOTEX 100 ml

Zmírnění případných
nežádoucích reakcí po očkování.

Vhodné od 3. měsíce.

Patrovina pro zvláštní lékařské účely.

www.provakcin.cz | www.vesele-dite.cz



Bolest a její léčba

MUDr. René Hrdlička

primář dětského oddělení Oblastní nemocnice Kolín, a.s.

■ Definice, základní rozdělení

Bolest představuje pro organismus významný ochranný faktor. Jedná se o komplexní fenomén, který má složku periferní registrace bolesti ve tkáni s následným vedením vzruchu do centrálního nervového systému (CNS) a zpracování vjemu bolesti v CNS. Bohužel, ani v dnešní době nejsou poznatky o bolesti adekvátně uvedeny do praxe. Příčinou je nedostatečné povědomí o bolesti nejen v řadách pediatriů a absence moderních léčebných postupů v pediatrické praxi. Bohužel se stále setkáváme s podceněním fenoménu bolesti hlavně u dětí nejmenších věkových kategorií. Ke zlepšení tohoto stavu by mělo napomoci i následující sdělení.

Z praktického hlediska lze bolest rozdělit na akutní a chronickou. Kromě časového faktoru je mezi oběma typy bolesti řada zásadních rozdílů, které jsou uvedeny v tabulce 1. Pediatri nejčastěji řeší bolest akutní, které je právě sdělení věnováno.

Bolest, se kterou se pediatr setkává v primární péči, je obvykle symptomem onemocnění. Má významnou výpovědní hodnotu pro diagnostiku a následnou péči. Další typem bolesti je bolest procedurální, která vzniká při invazivním zákroku. V obou případech je nezbytné bolest adekvátně léčit, v případě procedurální bolesti je navíc nutné bolesti předcházet, či alespoň její intenzitu snížit.

Intenzita bolesti nemusí korelovat se závažností onemocnění. To je dáno jednak zastoupením receptorů, kdy je v některých orgánech absence receptorů pro bolest (mozek, viscerální pleura, plíce), a naopak vysokou citlivostí struktur jako periost. Dalším důvodem je individuální vnímání bolesti a její emocionální zpracování. Při hodnocení bolesti u pacienta tedy hraje významnou roli jeho psychika. Obecně je známo výrazně snížené vnímání bolesti při emočním vypětí, u žen či starších pacientů. Vždy je ale třeba vzít v úvahu praktickou zkušenost, že **bolest je to, co říká pacient**.

■ Hodnocení intenzity bolesti

Bolest je významný stresový faktor a z toho resultují i klinické příznaky. Ty souvisejí s vyplavením adrenalinu a jsou uvedeny v tabulce 2. K hodnocení intenzity bolesti slouží skórovací schémata. V pediatrii je nejčastěji využívána vizuální analogová škála (VAS) či numerická analogová škála (NAS). U spolupracujících větších dětí je vhodné využít NAS uvedenou na obrázku 1. U menších dětí můžeme také bolest hodnotit podle intenzity barvy (například od bílé po sytě červenou). U malých dětí (kojenci, batolata) hodnotíme intenzitu bolesti podle výrazu obličeje (obr. 2). V tabulce 3 jsou pak uvedena doporučení léčby bolesti dle WHO.

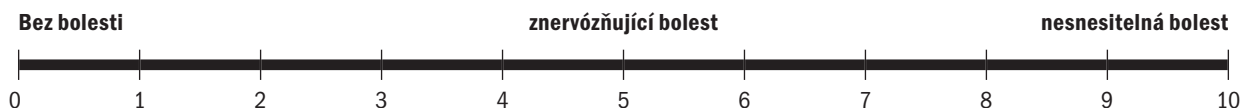
■ Bolest u novorozenců

Dráhy nocicepce (přenášející vnímání bolesti) se vyvíjejí od 6. týdne těhotenství. Vlastní senzory nocicepce jsou přítomny v kůži a sliznici od 20. týdne těhotenství. Synaptická spojení se vytvářejí kolem 24. týdne. K plnému vytvoření vnímání bolesti dochází ve 30. týdnu těhotenství. Z toho lze usoudit, že i novorozenci s těžkou nezralostí vnímají bolest stejně jako dospělí. Rozdíl je pouze ve vyjadřování pocitů při bolesti. Pro hodnocení efektivity léčby bolesti u novorozenců jsou vytvořena rovněž schémata, jako příklad je uvedeno hodnocení používané v Bristol Royal Hospital for Children (tabulka 4).

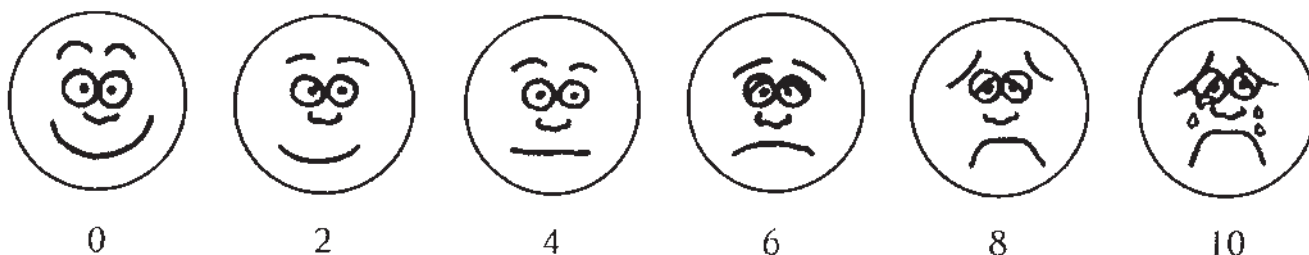
■ Léčba bolesti

Bolest můžeme ovlivnit i nefarmakologickými postupy, které jsou obvykle u akutní bolesti využívány jako doplněk farmakologické léčby. Patří sem nalezení úlevové polohy, fixace kloubů ve fyziologickém postavení, chlazení (hlavně u popálenin), lokální prohřátí, elektrostimulace inhibičních drah bolesti, magnetoterapie. Hlavní význam těchto postupů je v možnosti redukce dávek podaných farmak, jež zůstávají hlavním léčebným postupem. Z praktického hlediska rozdělujeme analgetika podle působení na cílovou strukturu:

Obr. 1 Numerická analogová škála



Obr. 2 Vizuální analogová škála





- **Nocisenzory** (senzory v periferní tkáni, které registrují bolest) – lokální anestetika, antipyretika a nesteroidní antiflogistika
- **Membrány nervových vláken** – lokální anestetika, antiarytmika, beta-blokátory
- **Míšní struktury** (zadní rohy míšní) – opioidy (při systémovém podání i při epidurální či subarachnoidální aplikaci), lokální anestetika, klonidin
- **Hypotalamo-limbická osa** – opioidy, neuroleptika, antidepresiva
- **Descendentní inhibiční systém** – opioidy
- **Talamo-kortikální oblast** – opioidy, antipyretika, nesteroidní antiflogistika

Jak vyplývá z přehledu, většina analgetik působí na více úrovních. U některých analgetik není mechanismus působení zcela objasněn. Překvapením může být i analgetický účinek léků, které jako analgetika nevnímáme. Znalost místa působení je zvlášť významná při nutnosti kombinace analgetik. Je výhodné kombinovat analgetika s odlišným mechanismem účinku.

Současně s léčbou bolesti zahajujeme kauzální léčbu, pokud je známa. Kromě zvoleného analgetika je rovněž podstatná cesta podání léku. Obvyklým způsobem podání léčiva je perorální aplikace. U malých dětí preferujeme sirupovou formu, u větších dětí formu tabletovou, protože větší objem sirupu může být obtížně tolerovatelný. Je

potřeba vzít v úvahu, že doba resorpce se může pohybovat v řádech několika desítek minut a může se prodloužit předchozím požitím potravy. Takto musíme informovat pacienta, případně jeho rodiče, abychom předešli případnému zklamání z absence analgetického účinku. Vhodnou cestou podání je rektální aplikace. Využíváme ji hlavně u malých dětí a kromě snadné aplikace je výhodou i rychlý nástup účinku. Na rozdíl od perorální aplikace dochází při rektálním podání k obejití primární hepatální cirkulace a ke vstřebání přímo do systémového krevního oběhu. Nejrychlejší nástup účinku je při intravenózním podání, je však vázáno na nutnost zajištění vstupu do žilního řečiště. Intramuskulární aplikace není ideální pro podání analgetik, kromě bolestivé aplikace je zde i prodloužení nástupu účinku při vstřebání léčiva z velkých svalů. Navíc při silné bolesti může být doba vstřebání prodloužena centralizací oběhu při rozvoji šokového stavu. Intranazální způsob aplikace obvykle využíváme při analgosedaci. Intradermální způsob aplikace u dětí využíváme obvykle při nutnosti chronického podávání opioidů, například u dětí s malignitami.

Při aplikaci léčiva se musíme seznámit s farmakokinetickými údaji. Důležitým údajem je rychlost nástupu účinku. Dalším významným farmakokinetickým údajem je biologický poločas, který umožní odvodit správný dávkovací interval. Navíc zvlášť u analgetik

s rizikem útlumu dechového centra umožní odhadnout nutnou dobu monitorace dítěte, případně načasovat jeho propuštění ze zdravotnického zařízení. Pokud se týká doby úplné eliminace léku z organismu, lze ji určit jako pětinašobek biologického poločasu. Při nutnosti déletrvající analgetizace je nutno stanovit dávkovací interval tak, aby byl zajištěn kontinuální efekt analgetizace a nedošlo k poklesu analgetika pod účinnou hladinu v období mezi dvěma dávkami. Aktuální údaje najdeme v SPC daného léku na webových stránkách Státního ústavu pro kontrolu léčiv (www.sukl.cz).

■ Charakteristika jednotlivých léčiv

Léčbu u dětských pacientů zahajujeme obvykle analgetiky 1. stupně, tedy antipyretiky a nesteroidními antiflogistiky (NSAID). Hlavním představitelem antipyretik (po vyřazení kyseliny salicylové pro její závažné nežádoucí účinky – Reyův syndrom, krvácení) je **paracetamol**. Výhodou této léčivé látky je možnost použití v tabletách, sirupu a čípcích, jsou k dispozici léčiva s různým obsahem účinné látky. Při perorálním podání je možné očekávat nástup účinku do 30–60 minut, při rektální aplikaci je nástup účinku výrazně rychlejší. Biologický poločas se v obou případech pohybuje mezi 1–3 hodinami. Z toho vyplývá, že je vhodné použít

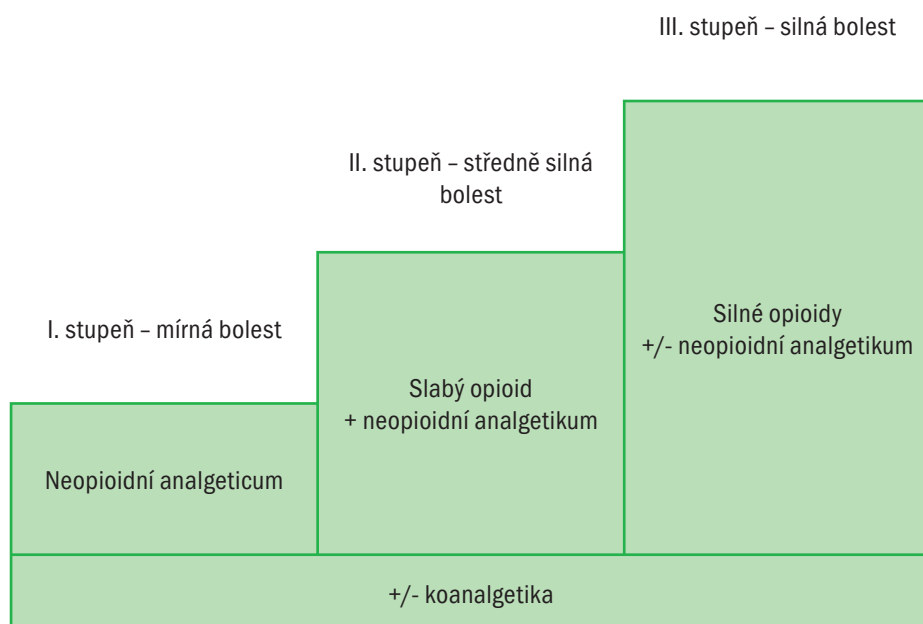
Tabulka 1 Rozdělení bolesti

Akutní bolest	Chronická bolest
Sekundy až týdny	Měsíce až roky
Výstražná funkce	Chybí jasná příčina
Lokalizovaná	Difúzní
Přijatelnější	Špatně snášená
Obvykle periferní příčina	Centrální příčina s psychickou složkou
Dobrá reakce na léčbu	Obtížně léčitelná

Tabulka 2 Klinické příznaky akutní bolesti

Pocení
Tachykardie
Tachypnoe
Vazokonstrikce
Mydriáza
Střevní paralýza
Retence moči
Hyperglykémie

Tabulka 3 Algoritmus léčby bolesti (dle WHO)





dávkovací interval 6 hodin při nutnosti déletrvající analgetizace. Nežádoucí účinky jsou minimální, závažným rizikem je však hepatotoxicita při předávkování. Jako suspektně toxická se uvádí již dávka od 120 mg/kg. Rozhodujícím průkazem hepatotoxicity je hladina paracetamolu v krvi s odběrem za 4 hodiny po požití. Při průkazu vysoké hladiny paracetamolu v krvi je indikováno podání N-acetylcysteinu. Léčba je účinná při zahájení do 10 hodin po požití. Proto není indikována léčba „naslepo“, ale až na základě laboratorního výsledku (graf 1), kdy léčbu zahajujeme při hladině paracetamolu nad křivkou v daném čase. V literatuře udávaná chronická intoxikace je popisována u pacientů dlouhodobě léčených paracetamolem, obvykle mnoho let. Pokud využíváme paracetamol jako lék akutní bolesti, toto riziko nehrozí. Další léčebnou možností je **ibuprofen** jako zástupce nesteroidních antiflogistik (NSAID). Doporučené dávkování je 40 mg/kg/den. Má poněkud pomalejší nástup účinku než paracetamol a přibližně stejný biologický poločas. Je tedy opět vhodný dávkovací interval po 6 hodinách. Na rozdíl od paracetamolu, kde není uvedeno věkové omezení, je podání ibuprofenu možné dle SPC od 6 měsíců. Toxicita je udávána od dávky 400 mg/kg, neexistuje specifické antidotum. Při déletrvajícím podávání je riziko vzniku krvácení do zažívacího traktu, kterému lze předejít preventivním podáváním inhibitorů protonové pumpy. Uvedené léky jsou pediatřům dobře známy. Z novějších preparátů se v pediatrické praxi uplatňují bazické pyrazoly (metamizol), komerčně dostupný jako Novalgin. Jedná se velmi pravděpodobně o analgetikum s kombinovaným periferním i centrálním účinkem s předpokladem silnějšího analgetického účinku než u výše uvedených analgetik. Přesný mechanismus účinku není znám. Dávkování se pohybuje v rozmezí 6–16 mg/kg/dávka s možností podání až 4× denně. Je možno využít perorální i parenterální formu. Podání opioidů (syntetických opiátů) je obvykle vyhrazeno pro nemocniční léčbu pro riziko útlumu dechového centra, které je u dětí více vyjádřeno než u dospělých pacientů.

Tabulka 4 Hodnocení účinnosti analgezie u novorozenců

AGITOVANOST	VÝRAZ TVÁŘE	POHYB	VENTILACE
VELKÁ – 2	GRIMASA/NOSNÍ SOUHYB – 2	FLEXE/TENZE – 2	DYSPTNOE – 2
REAKCE NA ZKLIDNĚNÍ – 1	POHYBY – 1	PŘIMĚŘENÉ – 1	EUPNOE – 1
NEPŘÍTOMNÁ – 0	NEPŘÍTOMNÁ – 0	NEPŘÍTOMNÁ – 0	APNEA – 0
HODNOCENÍ	≥ 6 NÍZKÁ	3–5 OPTIMÁLNÍ	≤ 2 PŘÍLIŠNÁ

V ambulantní pediatrické praxi však lze využít tzv. agonisty opioidů, tedy preparáty, které mají zachován silný analgetický efekt a naopak potlačen vliv na dechové centrum. Řadíme je mezi analgetika 2. stupně a nejznámějším zástupcem je **tramadol**, který je vzhledem k delšímu biologickému poločasu (6 hodin) pro ambulantní podání vhodný. Obvyklá denní dávka je 1–2 mg/kg/dávka a dávkovací interval lze prodloužit na 8–12 hodin. Maximální dávka je 8 mg/kg/den. Existuje tabletová, kapková a čípková forma. Měl by být vyhrazen na léčbu silnější bolesti. Při intravenózním podání lze využít podávání v kontinuální infuzi. Hlavním nežádoucím účinkem, jako u všech opioidů, je zvracení, které je naštěstí u dětí méně časté. Ostatní nežádoucí účinky jsou na rozdíl od opioidů potlačeny.

Z analgetik 3. stupně (opioidy) se praktičtí pediatři mohou setkat s transdermálními náplastmi, které se používají u silné chronické bolesti, kdy navazují na léčbu morfinem. Účinnost náplasti je obvykle 72 hodin a náplasti se liší rychlostí uvolňování léčiva (**fentanyl**) za hodinu. Nejčastěji se setkáváme s preparátem Durogesic. Kromě zvracení se u této skupiny léků můžeme setkat se zácpou, ospalostí, tachyfyxií s nutností zvyšování dávek a vývojem závislosti. Proto je léčba indikována jen u závažných stavů, které nelze terapeuticky jinak ovlivnit. Poslední představitelem analgetické léčby je ketamin. Ve vyšších dávkách působí jako disociativní anestetikum, kdy jednotlivé

struktury CNS jsou ovlivněny rovnoměrně, což vede k navození hypnotického stavu, ale bez ztráty vědomí. V nižších dávkách (0,5–1 mg/kg) jej lze použít jako účinné analgetikum. Nevýhodou je nutnost parenterálního podání. Ketamin má výrazný halucinogenní efekt, který lze ale úspěšně eliminovat současným podáním benzodiazepinů.

Kombinovat lze analgetika 1. a 2. stupně i analgetika 1. stupně mezi sebou. Není vhodná kombinace analgetik 2 a 3. stupně. Z lokálních anestetik je pediatřům dobře známa kombinace lidokainu a prilokainu – EMLA krém. V ordinaci PLDD může najít široké spektrum uplatnění.

Analgesedace

Při invazivních bolestivých výkonech je vhodné u dětských pacientů provádění těchto výkonů v analgesedaci. Analgesedaci u dětí využíváme i v případech, kdy výkon není bolestivý, ale je nutné déletrvající znehybnění malého pacienta. To nastává při CT vyšetření, radioizotopových vyšetřeních apod. Analgesedace zahrnuje složku sedativní, která vede ke zklidnění dítěte, absenci stresu, snížení spotřeby analgetik a mnohdy také k amnézii na prováděný výkon, což je výhodné u výkonů, které je nutné u dětí provádět opakovaně. Vždy je nutné posoudit zastoupení podílu sedace a analgezie u daného výkonu. Je nutné zabezpečit monitoraci dítěte a mít adekvátní vybavení. Lékař musí mít praxi ve vedení analgesedace a v řešení

Dětská výživa a obezita v teorii a praxi 2015

X. ročník konference – letos v Praze

Pátek 20. 11. 2015

konferenční sál Hotelu Olšanka, Praha 3, Táboritská 23/1000

- prevence obezity a chronických neinfekčních onemocnění v ČR
- praktické zkušenosti s řešením dětské obezity a prevence chronických neinfekčních onemocnění – posterová sekce
- rizikové **živiny, vybíráme potraviny**

Více informací a **přihláška** na:

www.vyzivaspol.cz/detska-vyziva-a-obezita-v-teorii-a-praxi-2015/



InfanrixTM hexa



SPOLEČNÝ PŘÍBĚH

LÉKAŘŮ

Děti

RODIČŮ

Prověřený léty

Zkrácený Souhrn údajů o přípravku

[illegible]

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





Změna spotřebního koše pro školní jídelny je podstatnější než automaty se sladkostmi

Nevylučuje se změna spotřebního koše, který určuje složení stravy ve školních jídelnách. Ministerstvo školství to považuje za důležitější téma než sladkosti v automatech a plánuje tuto otázku otevřít při jednáních s ministerstvem zdravotnictví. Na pondělním briefingu před zahájením mezinárodní konference, konané k 70. výročí školních jídelen, to řekl náměstek ministryně školství Stanislav Štech.

Poukázal na to, že zákaz nezdravých potravin a nápojů ve školních automatech a bufetech, který do školského zákona prosadil bývalý ministr Marcel Chládek (ČSSD), odvedl pozornost od nejpodstatnějších záležitostí.

Mezi ně v oblasti školního stravování patří právě úvahy o změně spotřebního koše na základě aktuálních výživových doporučení. Současná norma je čtvrt století stará.

„Určitě je to něco, co jsme po nástupu nového vedení považovali za to podstatné, na rozdíl od toho, jak technicky, právně a jinak vyřešíme coca colu v automatech,“ poznamenal náměstek.

Ani nyní už by ale podle něj neměly být školní jídelny ztotožňované s nechvalně proslulou univerzální omáčkou UHO.

„Je to součást života ve škole, která se změnila a posunula daleko jinam,“ řekl Štech. Existence školních jídelen má také širší souvislosti než jen zajištění nutričně vyváženého pokrmu. Ve školních jídelnách totiž společně jedí děti z různých sociálních vrstev.

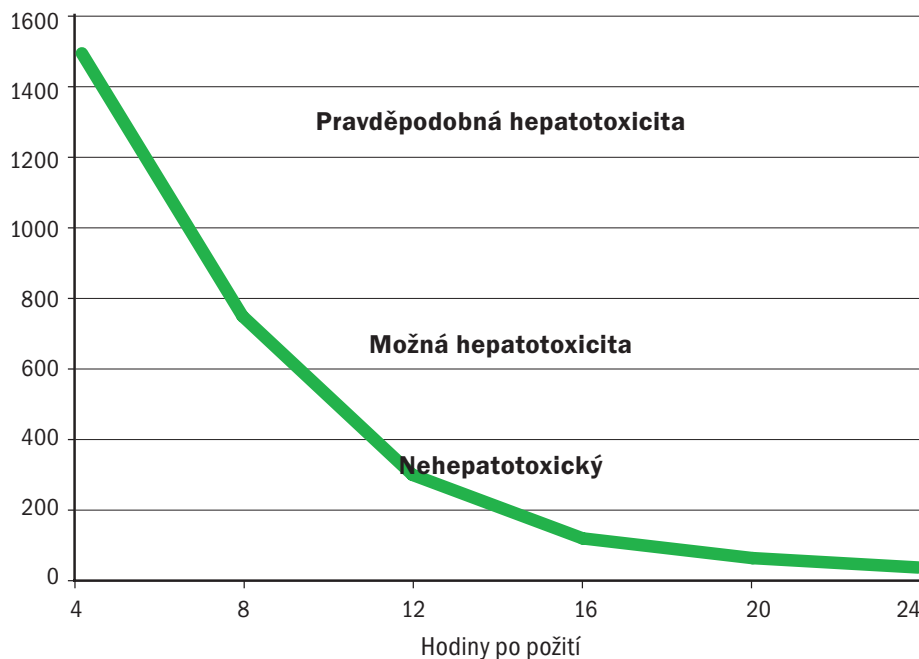
Možné hrazení stravy sociálně znevýhodněným

Také kvůli sociálnímu významu školních obědů některé neziskové organizace zajišťují zaplacení obědů dětem z chudých rodin, které si to nemohou dovolat. Například projekt Obědy pro děti za dva roky zaplatil stravu ve škole 2500 dětem. Ministerstvo školství se chce zasadit o to, aby podobnou aktivitu dělal i stát.

Podle Štecha by se o tom mělo jednat s ministerstvem práce a sociálních věcí v souvislosti s možným hrazením stravy v mateřských školách sociálně znevýhodněným dětem po zavedení povinného posledního ročníku předškolního vzdělávání.

Zdroj: ČTK, www.novinky.cz, 12. 10. 2015

Paracetamol v plazmě $\mu\text{mol/l}$



Graf 1

případných komplikací. Minimální vybavení pro analgosedaci představuje pulsní oxymetr, kyslík, AMBU vak s adekvátní velikostí masky a odsávačka.

Před analgosedací je nutno o výkonu informovat rodiče dítěte, u větších dětí i samotného pacienta. Je nutná adekvátní doba lačnění, od příjmu nemléčných tekutin, případně mateřského mléka 2 hodiny, u mléka a tuhé stravy 6 hodin. Jako sedativní složku je vhodné použít midazolam v dávce 0,05–0,1 mg/kg. Lze využít intravenózní či intranazální přístup. Při intranazální aplikaci je nutno kapat midazolam pomalu, aplikovat obdobně jako nosní kapky, dávka se zvyšuje na 0,2–0,4 mg/kg. Následně je třeba vyčkat sedativního účinku, což může trvat až 15 minut. Přítomnost rýmy snižuje vstřebávání midazolamu a v tomto případě není tento typ aplikace vhodný. V ČR není registrován preparát pro rektální aplikaci, což by pro provedení sedace v pediatrii byla vhodná forma. Pokud potřebujeme i analgetickou složku, využíváme tramadol (dávka 1–2 mg/kg) nebo ketamin (0,5–1 mg/kg). Je nutná observace dítěte do nabytí plného vědomí, ale doporučujeme minimální dobu sledování alespoň 2 hodiny. O analgosedaci je nutno vést záznam včetně zaznamenání monitorovaných funkcí. Jako nežádoucí účinky analgosedace se mohou objevit útlum dechového centra, paradoxní reakce, zvracení, aspirace, alergická reakce.

Musíme myslet i na nedostatečnou účinnost analgosedace. Prevencí je správně naplánovaná analgosedace, zvolení optimální cesty podání, frakcionované podání léků, které umožní navýšení dávky. Nutné je podání sedativa včas, dokud není dítě vystresováno a nedojde k vyplenění katecholaminů do krevního oběhu, což zvyšuje spotřebu léků při vlastní analgosedaci. V některých případech je nutné provést výkon v celkové anestezii.

Závěrečné doporučení

Analgetizace u dětí má stále rezervy jak v ambulantní, tak v nemocniční péči. Vždy je potřeba myslet na následující body:

- Aktivně pátrej po bolesti (ptej se dítěte, sleduj dítě)
- Zjisti intenzitu bolesti
- Spolupracuj s rodiči
- Hledej příčinu bolesti
- Eliminuj faktory, které mohou bolest zhoršit
- Najdi optimální léčbu

Mezi nejčastěji podceňované bolestivé stavy stále patří popáleniny, záněty v krční oblasti, drobné chirurgické výkony.

Praktická poznámka na závěr – při hodnocení bolesti si představ, že na místě dítěte jsi ty!



Poruchy rytmu v dětském věku

MUDr. Petr Jehlička, Ph.D., MUDr. Michal Huml, Ph.D., MUDr. Václav Lád

Dětská klinika LF UK a FN Plzeň

Srdeční arytmie tvoří vedle vrozených srdečních vad druhou skupinu, s níž se setkává pediatr v ambulantní praxi poměrně často. Většinou nepředstavují pro dítě zásadní riziko. Přesto však existují závažné poruchy rytmu, o nichž by pediatr měl mít povědomí. V tomto přehledovém článku si dovolíme uvést ty nejpodstatnější. Nejčastěji se pediatr setkává s respirační arytmii. Jde o fyziologickou arytmii vyskytující se především v raném školním věku. Typická je akcelerace srdeční frekvence v inspiriu a decelerace na konci expiria. Příčinou je proměnlivá aktivita sinusového uzlu vlivem vegetativní nervové regulace v průběhu dechového cyklu. Je zachován normální atrioventrikulární převod. Arytmie nevyžaduje léčbu ani žádná omezení.

Z praktického hlediska lze rozdělit poruchy rytmu na extrasystolie, tachydysrytmie a bradydysrytmie.

■ 1. Extrasystolie

1.1 Sínové extrasystoly

Sínové extrasystoly jsou většinou idiopatické, mohou však být indukovány zevními vlivy – kofeinem, nikotinem, alkoholem, léky, iontovou dysbalancí, objemovou zátěží síní, hypoxií nebo zánětem. Na EKG křivce předchází předčasnému štíhlému QRS komplexu P-vlna odlišné morfologie. Velmi časně extrasystoly se nemusí převést na komory nebo se převedou s raménkovou bloádou. Relativní bradykardii tak mohou vyvolat nepřevedené, bigeminicky vázané sínové extrasystoly. Naprostá většina idiopatických sínových extrasystol má dobrou prognózu s tendencí ke spontánnímu vymizení během prvního roku života. Nevyžadují léčbu ani další speciální vyšetření. U novorozenců a kojenců navíc provádíme 24hodinovou monitoraci EKG k vyloučení paroxysmu supraventrikulární tachykardie.

1.2 Komorové extrasystoly

Vyskytují se ve dvou patofyziologicky a klinicky odlišných podobách. Benigní formy komorových extrasystol jinak zdravého srdce vycházejí převážně z pravé komory. Na EKG jsou patrné unifokální komorové extrasystoly s tvarem bloády levého Tawarova raménka. Mizejí při zátěži a nevyžadují léčbu. Patologické extrasystoly vycházejí obvykle z myokardu levé komory. Příčinou bývá myokarditida, kardiomyopatie, prolaps mitrální chlopně s regurgitací, vzácně hamartom levé komory. Na EKG záznamu mají extrasystoly charakter bloády pravého raménka nebo polytopní morfologii a při zá-

těži nemizejí. Mohou indukovat závažné komorové tachydysrytmie. V těchto případech je třeba provést kompletní kardiologické vyšetření včetně 24hodinové monitorace EKG, případně MRI srdce. Antiarytmická léčba je indikována u symptomatických pacientů nebo při průkazu závažné komorové tachykardie.

■ 2. Tachydysrytmie

Srdeční frekvenci vždy hodnotíme ve vztahu k věku dítěte.

2.1 Sinusová tachykardie

U kojenců a batolat často souvisí s neklidem při vyšetření, nepřesahuje však frekvenci 220/min. Může být projevem jiného onemocnění, např. hypertyreózy, anémie, sepse nebo významné arteriovenózní malformace. EKG záznam vykazuje normální morfologii P-vln s pravidelným převodem na komory a štíhlé QRS komplexy. Klinicky bývá asymptomatická nebo s málo vyjádřenou symptomatologií. V případě sekundárních forem léčíme základní onemocnění, u pacientů s tyreotoxikózou a významnou tachykardií lze s výhodou využít beta-blokátory ke snížení srdeční frekvence.

2.2 Supraventrikulární tachykardie (obr. 1)

Vznikají na úrovni síní, a to dvěma odlišnými mechanismy: nejčastěji kruživým vedením depolarizace přes přídavné dráhy mezi síněmi a komorami – tzv. reentry tachykardie, nebo abnormální automacií ektopického centra v síních mimo přirozený převodní systém – tzv. ektopické tachykardie.

2.2.1 Wolffův-Parkinsonův-Whiteův syndrom (reentry) (obr. 2)

Je nejčastější tachydysrytmii v dětském věku. Akcesorní Kentův svazek vede k pre-

excitaci části komorového myokardu se zkrácením PR intervalu a charakteristickou vlnou delta na klidovém EKG. Arytmie bývá indukována sínovou extrasystolou, QRS komplexy jsou většinou normální šíře, frekvence srdeční se pohybuje mezi 180–300/min. Od sinusové tachykardie se odlišuje náhlým začátkem a koncem s absencí P-vln, které jsou maskovány ve vlně T. Aberantní spojka může s věkem vyhasnout a nález pre-excitace vymizet, v malém procentu se však může opět objevit.

Klinický obraz: větší děti pociťují palpitace s náhlým začátkem a koncem. U kojenců je diagnostika obtížnější. Dominují nespecifické příznaky jako bledost, dušnost, odmítání stravy a neklid. Při delším trvání nediagnostikované tachykardie (více než 24 hodin) hrozí riziko srdečního selhání.

Terapie: v akutní fázi vagové manévry, které mohou krátkodobým zablokováním AV uzlu přerušit patologický okruh. Nejúčinnější je ponoření hlavy do ledové tříště (nebo obložení obličeje sáčkem s ledovou tříští) – tzv. diving reflex, Valsalvův manévra, dávkový reflex nebo poloha hlavou dolů – u kojenců pozice střemhlav, u větších dětí stojka. Tlak na oční bulvy je u dětí kontraindikován. Farmakologicky lze přerušit reentry okruh podáním adenosinu v rychlém intravenózním bolusu, v závažných případech s oběhovou nestabilitou je nutná kardioverze výbojem s následnou zajišťovací antiarytmickou léčbou. Alternativním řešením WPW syndromu je radiofrekvenční ablace akcesorní dráhy. Tato katetrizační metoda je vhodná pro refrakterní nebo rizikové formy WPW syndromu u dětí starších 5 let. Digoxin je vždy kontraindikován!

2.2.2 AV nodální reentry tachykardie

Tento typ arytmie postihuje převážně starší



Obr. 1 Běh supraventrikulární tachykardie

děti. Patofyziologickým podkladem je longitudinální disociace atrioventrikulárního uzlu na dvě dráhy s odlišnou rychlostí vedení. Na klidovém EKG záznamu je patrná normální křivka bez známek preexcitace. Tachykardie bývá uvozena supraventrikulární extrasystolou, QRS komplexy jsou štíhlé, P-vlny jsou skryty v QRS komplexu. Klinicky a terapeuticky se neodlišuje od předchozího typu tachykardie.

2.2.3 Síňová (fokální) ektopická tachykardie

Ektopické tachykardie se vyskytují u dětí méně často. Příčinou arytmie je patologická aktivita ektopického centra v síních. Na EKG záznamu jsou patrné štíhlé QRS komplexy s frekvencí 120–250/min. Morfologie P-vln je závislá na lokalizaci ektopického ložiska ve vztahu k přirozenému převodnímu systému. Aritmie nebývá uvedena extrasystolou, na EKG je patrné zrychlování frekvence na počátku a zpomalování na konci arytmie. Klinický obraz se neliší od výše uvedených tachyarytmií. **Terapie:** antiarytmická léčba s cílem potlačit aktivitu ektopického centra. Vagové manévry, terapie adenozinem či kardioverze elektrickým výbojem nejsou účinné. Léčebnou alternativou je radiofrekvenční ablace ektopického centra. S věkem může tento typ arytmie spontánně regresovat.

2.2.4 Flutter síní

Patofyziologickou podstatou je makroreentry

okruh v pravé síni. V dětském věku se vyskytuje ve dvou odlišných formách. Idiopatická forma u novorozenců se strukturálně zdravým srdcem, která se může manifestovat již prenatálně a být příčinou hydropsu plodu. Sekundární forma u starších dětí vzniká v důsledku organického poškození srdce (jizvení po atriomii v rámci kardiokirurgické operace, dilatace síní při významné regurgitaci chlopní, dilatační kardiomyopatie). Na EKG záznamu jsou patrné typické pilovité vlny s frekvencí 250–450/min. Převod na komory je blokován často v poměru 2–3:1, výsledná frekvence komor činí zhruba 150/min. Deblokace flutteru s převodem 1:1 na komory může indukovat komorovou fibrilaci.

Terapie: farmakologická léčba idiopatické formy u novorozenců nebývá účinná. K akutnímu přerušení flutteru je indikováno přestimulování vyšší frekvencí pomocí jícnové elektrody nebo kardioverze výbojem. Prognóza je u strukturálně zdravého srdce dobrá, zajišťovací antiarytmickou léčbu je možné ukončit po prvním roce života, recidivy se prakticky nevyskytují. V případě flutteru síní u dětí se strukturálním poškozením srdce nebo po kardiokirurgické operaci je indikována dlouhodobá antiarytmická léčba s velmi pečlivým klinickým sledováním včetně EKG holterovské monitorace.

2.3 Komorové tachykardie

Jde většinou o reentry tachykardii, kterou indukuje komorová extrasystola. Na EKG

jsou přítomny široké QRS komplexy. U dětí s normálním strukturálním nálezem vycházejí pomalejší formy tachykardie obvykle z pravé komory. Jsou dobře klinicky tolerovány, často asymptomatické. Rychlé formy komorové tachykardie se projevují palpitemi, případně synkopou, v nejzávažnějších případech mohou degenerovat do fibrilace komor s bezprostředním ohrožením života.

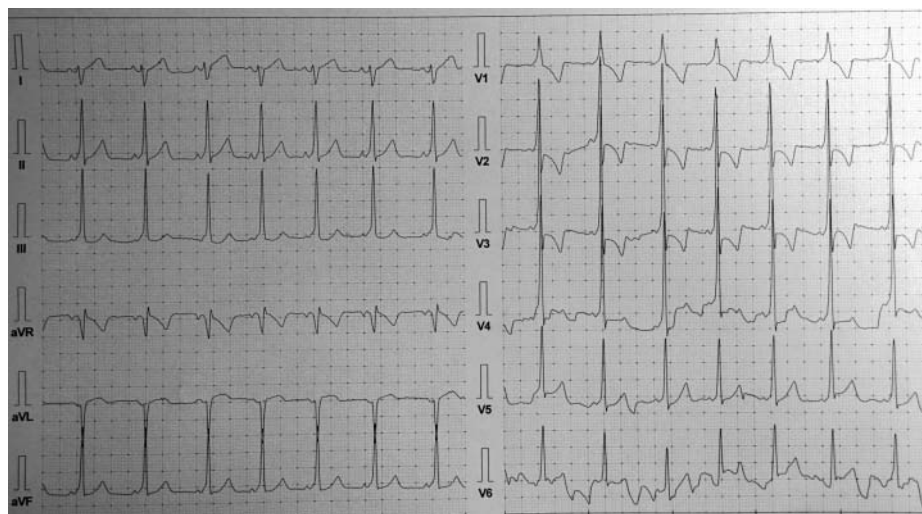
Terapie: hemodynamicky významné komorové tachykardie jsou indikovány k dlouhodobé antiarytmické léčbě, v urgentních případech je vitální indikací kardioverze elektrickým výbojem s následnou implantací kardioverteru-defibrilátoru. Digoxin je kontraindikován pro riziko komorové fibrilace!

3. Bradydysrytmie

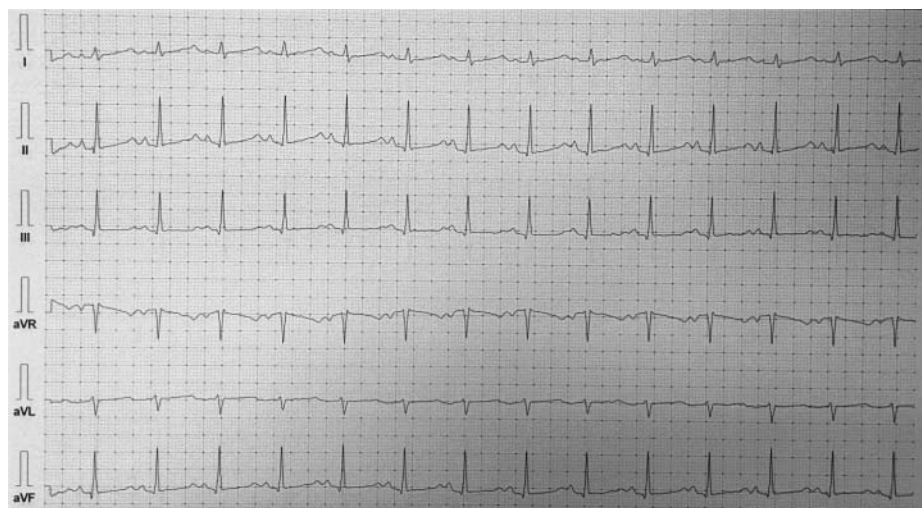
Jsou charakteristické abnormně nízkou srdeční frekvencí ve vztahu k věku dítěte. Příčinou může být patologicky snížená aktivita sinoatriálního uzlu, kongenitální blok převodního systému, myokarditida nebo poranění převodního systému v důsledku kardiokirurgické operace.

3.1 Sinusová bradykardie

Vzniká při snížené aktivitě sinoatriálního uzlu. V dětském věku je primární postižení uzlu velmi vzácné. Mnohem častěji je příčinou bradykardie excesivní vagotonie u výkonnostních sportovců, hypotyreóza,



Obr. 2 Preexcitace u WPW syndromu



Obr. 3 Syndrom dlouhého QT intervalu

podchlazení, intoxikace digoxinem nebo kraniotrauma se zvýšením nitrolebního tlaku.

3.2 Atrioventrikulární blokáda III. stupně

Na EKG záznamu je patrný nezávislý vztah P-vln a QRS komplexů, kdy frekvence P-vln je vyšší než frekvence QRS komplexů. Vrozená AV blokáda III. stupně bývá součástí vzácné kongenitální korigované transpozice velkých tepen. Příčinou získané blokády může být kardiochirurgický zásah v oblasti převodního systému, myokarditida při lymeské borelióze nebo velmi vzácně mezoteliom v oblasti atrioventrikulárního uzlu. Může se vyvinout také u plodů matek se systémovou formou lupus erythematoses, kdy transplantárně přenesené protilátky postupně destruuji převodní systém plodu. Blokáda vede k těžké bradykardii a hydropsu s velmi závažnou prognózou. **Terapie:** nízká frekvence komor nebo asystolie s rizikem synkop z důvodu nedostatečného srdečního výdeje

je indikací k implantaci kardiostimulátoru. V případě boreliózy vede intravenózní léčba cefalosporinovými antibiotiky 3. generace k regresi AV blokády.

■ Syndrom dlouhého QT intervalu

Jde o vzácné onemocnění s patologickým prodloužením QT intervalu (obr. 3), často s hereditární zátěží. V postižených rodinách se vyskytují synkopy nebo náhlá úmrtí mladých jedinců, většinou vázaná na zátěž. Patofyziologickou příčinou je dysfunkce kaliových kanálů, vedoucí k nehomogenně refrakterních fází buněk myokardu s vysokým rizikem vzniku maligní komorové tachykardie. Pro syndrom je typické prodloužení frekvenčně korigovaného intervalu QTc nad 450 ms. Patologicky široké vlny T s velkou amplitudou a střídavou polaritou (T-alternans) přecházejí do komorové tachykardie s měnlivou polaritou a amplitudou

QRS komplexů (torsades de pointes). Ataka komorové tachykardie je nejčastěji spouštěna fyzickou zátěží, méně často emočním podnětem. Následuje synkopa s vysokým rizikem náhlého úmrtí. V diagnostice tohoto syndromu je třeba aktivně pátrat v rodinné a osobní anamnéze. **Terapie:** farmakologická profylaxe beta-blokátory, striktní omezení fyzické zátěže, u symptomatických pacientů implantace automatického kardioverteru/defibrilátoru. Některé léky prodlužují QT interval a u geneticky disponovaných jedinců mohou vyvolat závažné komorové tachyarytmie. Patří sem například makrolidová antibiotika, psychofarmaka, prokinetika, antiarytmika aj. Jejich seznam lze nalézt na www.torsades.org.

Zvláštní rizikovou skupinu z hlediska arytmií představují děti s **hypertrofickou kardiomyopatií**. Patologicky zesílená stěna myokardu s chaotickým uspořádáním myofibril představuje vysoce rizikový arytmogenní substrát. Z tohoto důvodu striktně zakazujeme zvýšenou fyzickou zátěž těchto dětí a velmi pozorně sledujeme klinický stav. Nepodceňujeme ani zdánlivě banální poruchy vědomí – mohou být symptomem závažné arytmie.

V souvislosti s publikovanými případy náhlých úmrtí výkonnostních sportovců se diskutuje o **screeningu** sportujících dětí se zaměřením na prevenci náhlé srdeční smrti. V současnosti je v České republice doporučeno provedení klidového EKG záznamu, který může v kombinaci s pečlivě odebranou anamnézou a fyzikálním vyšetřením část výše uvedených onemocnění odhalit. Na možnost závažné arytmie je však třeba vždy myslet v případě nejasných synkop v průběhu fyzické zátěže.

Kromě primárního postižení srdce je dobré nezapomínat ani na extrakardiální příčiny poruch rytmu. Mezi ně patří iontová dysbalance (kalium, kalcium), tyreopatie, insolace, hypoxie, vzácně úrazy hrudníku s komocí srdce. Rizikem mohou být léky – digoxin, katecholaminy nebo tricyklická antidepresiva.

■ Reference

Janoušek J et al. EKG a dysrytmie v dětském věku. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 2014



Ze světa odborné literatury...

■ Historie vertikálně získané HCV infekce a asociace s autoimunními fenomény

Účelem studie bylo ohodnotit přirozený průběh vertikální HCV infekce. Ve studii bylo zařazeno 45 dětí, medián věku 12 let. Spontánní virová clearance byla dosažena u 27 % a byla asociována s genotypem 3. ALT se zvýšilo u většiny dětí v prvních dvou letech života. Všechny děti byly asymptomatické pro jaterní onemocnění. Tranzientní elastografie u 32 pacientů vykazovala fibrózu. Neorgánově specifické protilátky byly detekovány u 24 dětí nezávisle na virémii. Kryoglobulinémie nalezena u 33 %. Klinická manifestace je řídká. Chronická hepatitida C – virová infekce je velký zdravotní problém, který je nižší u dětí. HCV progresse je dobře definována u dospívajících. Ve zkoumaném období bylo od 1. měsíce věku sledováno 907 dětí narozených HCV pozitivním matkám na možnost vertikálně získané infekce. 15 % dětí mělo koagulační nepořádek, 2 děti měly nepořádek v GIT. Musíme si zde však uvědomit, že HCV infekce je asociována se širokým rozsahem autoimunní a extrahepatální manifestace jako DM, thyreoiditis a zvýšená exprese orgánově specifických protilátek. Děti narozené HCV séropozitivním matkám v Turíně a okolí jsou během 14 měsíců života detekovány. Všechny děti s potvrzenou vertikální infekcí byly observovány do 18 let věku. HCV infekce byla diagnostikována a potvrzena sérovou detekcí HCV RNA. Celkem 73 % dětí mělo perzistující virémii, 7 hepatomegalii. Na sono patrně zvětšení obou laloků jaterních. Splenomegalie nebyla zachycena. TSH, T4 a protilátky byly negativní. Vertikálně zjištěná clearance může rezultovat ve spontánní clearanci ve 27 % případů, zvláště u dětí s genotypem 3.

Eur J Pediatr. 2014;173:1025–1031

■ Diagnostická a medicínská strategie pro renovaskulární hypertenzi

Renovaskulární hypertenze představuje kolem 5 % všech hypertenzí u dětí. V léčbě zatím nebylo dosaženo konsensu. Nyní autoři spojili klinické zkušenosti a různé cesty jejího vyšetřování. Vzali zkušenosti univerzity v Nantes získané za 11 let. Většina nálezů byla získána screeningem u dětí ve věku od 2 měsíců do 12 let s neurofibromatózou a fibromuskulární dysplazií. Hypertenze

byla vždy těžká, ale asymptomatická. Léze byly patrné u 9 z 10 případů. Dopplerovo vyšetření se provádělo s CT. Je možné vždy uvést Dopplera s CT, a to u 7 z 10 klinických obrazů, a jako zlatý bod pak arteriografii. Medicínské léčení bylo insuficientní, u 9 z 10 dětí vedlo k nefrektomii, autotransplantaci a opakované perkutánní angioplastice. Po invazivních procedurách se krevní tlak zlepšil ve čtyřech případech a upravoval se ve třech. Nicméně arteriografie zůstává standardem opravdu zlaté techniky. Když autoři vše shrnuli, není kurativní léčba zahrnuta do klasického schématu léčby. Musíme si uvědomit, že toto onemocnění je řídké, těžké a klinicky asymptomatické. Nicméně renální Doppler a CT angiografie jsou věci zkušeného týmu.

Eur J Pediatr. 2015;174:23–32

■ Metabolická acidóza v prvních 14 dnech života u novorozenců gestačního věku pod 26. týden života

U extrémně nezralých dětí se v prvních dnech života vyvíjí metabolická acidóza. Studovali vývoj metabolické acidózy během prvních dnů života. Acidóza byla maximální 4. den s průměrným deficitem báží 10,6 mmol/l a upravila se v 90 % do 11. dne života. Použití dopaminu bylo nezávislým prediktorem acidózy. Jeho použití bylo spojeno s větším poklesem acidózy. Musíme si uvědomit, že deficit báží je spojen s renální tubulární nezralostí spojenou se zvýšením renálních bikarbonátových ztrát a redukcí schopnosti sekrece NH₄. Vše se zlepšuje s dozráváním renální tubulární funkce.

Eur J Pediatr. 2015;174:49–54

■ Zátěž sezónní a pandemickou chřipkou u kojenců a dětí

Klinické ovlivnění chřipkou je výraznější u dětí pod 5 let věku než u dětí starších. Je zde průřez uváděnou literaturou. Navzdory tomu má imunizační politika pro mladší děti daleko k univerzálnosti. Proto byla se zájmem sledována pandemie chřipky v roce 2009–2010 zapříčiněná virem H1N1. Onemocnělo 9,8 % dětí ve věku 0–14 let, ale incidence mohla být vyšší. Děti pod 5 let věku ale měly vyšší počty hospitalizací i komplikací, byla zde i vyšší mortalita. Také průběh u dětí, které onemocněly tímto virem, byl těžší než u sezónní chřipky. Také přijímání k hospitalizaci bylo u této chřipky častější než u chřipky sezónní, stejně

jako nejčastější komplikace, pneumonie. Zde ještě uvádějí další komplikace. Z klinických symptomů vyplývá, že děti pod 14 let věku měly teploty v 95 %, kašel a rýmu v 77 %, bolesti hlavy v 37 %, myalgie ve 13 %. Teploty, kašel a rýma byly ale častější u pacientů pod 5 let věku. Kašel byl ale méně častý u nemocných pod 5 měsíců věku. U velmi malých kojců pod 2 měsíce věku byly teploty vždy přítomny. Studie hospitalizovaných pacientů ale také hovoří o neurologické symptomatologii – febrilních křečích. Při některých epidemiích chřipky jsou také v popředí gastrointestinální symptomy jako zvracení a průjemy, a to až v 50 %, ve všech věkových skupinách. Jednou z častých komplikací sezónní chřipky je otitis media, která je spojena až s léčbou antibiotiky, chirurgickými zásahy a poruchou sluchu. Atakuje v průměru 28 % dětí pod 5 let věku, více ještě pod 2 roky věku. U dětí přijatých při chřipkách do nemocnice má v průměru 36 % pneumonii. Ve Finsku však mělo pneumonii jen 14 % přijatých dětí. Uváděné neurologické komplikace jako febrilní křeče mají vesměs dobrou prognózu. Zcela výjimečně, vždy jen u několika jedinců, byla jako komplikace pozorována encefalitida. Jeví se, že neurologické komplikace při epidemiích chřipek mají Asiaty. Vakcinace redukuje incidenci sezónní chřipky i chřipkových epidemií a jeví se jako efektivní strategie očkování proti chřipce pod 5 let věku.

Eur J Pediatr. 2014;173:265–276

■ Diagnostická přesnost močového heparin vázajícího proteinu při pediatrické pyelonefritidě

Včasně podání antibiotik u akutní pyelonefritidy může zabránit renálním komplikacím. Vyšetřovali, zda heparin vázající protein v moči a cytokiny uvolňované z neutrofilů jsou užitečné pro diagnostiku akutní pyelonefritidy. Febrilní děti byly zařazeny do dvou skupin podle močové kultivace. Hladina heparin vázajícího proteinu (UHPB) byla měřena měsíc po zahájení léčby a porovnávána s kontrolní skupinou. Senzitivita a specifita testu se pohybovala kolem 100 %. Pozitivní korelace byla nalezena se stupněm pyurie, s počtem neutrofilů a destiček.

Eur J Pediatr. 2015;174:43–48

Ve spolupráci s firmou Mucos Pharma připravil MUDr. Jiří Liška, CSc.



Světový den nočního pomočování Je čas jednat

Společnosti ICCS a ESPU oznamují, že se v České republice zavádí Světový den nočního pomočování. Jeho cílem je zvýšit povědomí rodičů i lékařů o vážných dopadech pomočování na děti a rodiny.

- Noční pomočování je častý zdravotní problém, který lze léčit a který by se léčit měl.¹
- Ve většině případů nemá pomočování psychogenní původ, způsobuje ho nadměrná tvorba moči během noci, menší objem močového měchýře nebo ztížená budicí reakce.^{2,3,4}
- Dopad nočního pomočování na dítě a rodinu se často podceňuje a zlehčuje.⁵
- Pokud se pomočování neléčí, nemusí samo vymizet.⁶

Praha 17. října 2015 – Mezinárodní společnost pro dětskou kontinenci (ICCS, International Children's Continence Society) a Evropská společnost pro dětskou urologii (ESPU, European Society for Paediatric Urology) oznámily, že na 26. kongresu ESPU v Praze byl vyhlášen Světový den nočního pomočování. Této akce se účastní více než 60 zemí světa. Co vedlo k jejímu vzniku? Noční pomočování se často bere na lehkou váhu. Může však velmi negativně ovlivnit sebeúctu a duševní pohodu dítěte. Takové dítě pak hůře zvládá běžné denní činnosti a má horší předpoklady prosadit se v dětském kolektivu.^{2,3,4,7,8} Sloganem Světového dne pomočování pro rok 2015 se stala výzva „Je čas jednat“, protože v oblasti diagnostiky a léčby dětí s tímto častým zdravotním problémem lze udělat více.

Za noční pomočování nikdo nemůže. Trpí jím 15 % pětiletých, 5–10 % sedmiletých dětí a dle některých studií až u 2 % jedinců přetrvává do dospělosti.^{1,7,13,14} Je to tedy běžná zdravotní potíž, o které by měly rodiny i lékaři dokázat hovořit beze studu nebo pocitu viny. Světový den nočního pomočování je výbornou příležitostí, jak zvýšit povědomí o nočním pomočování v České republice, aby se dětem i rodinám dostalo potřebné péče. Téměř polovina rodičů pětiletých nebo starších dětí, které se v noci pomočují, nevyhledá lékařskou pomoc, protože se domnívají, že z toho jejich potomek vyroste.⁹ Přitom děti, které trápí noční pomočování, jsou ochuzeny o příjemné společenské ak-

tivity jako je přespávání u kamarádů anebo školní výlety.^{2,3,4,6} Zanedbatelné není ani břemeno častého přepírání ložního prádla. Tyto skutečnosti a také fakt, že pomočování nemusí vymizet samo od sebe, jsou racionálními důvody pro léčbu. Zvláště víme-li, že bezpečná a účinná léčba je dostupná.^{10,11} Lékařka Hana Flögelová z Nefrologické ambulance Dětské kliniky Fakultní nemocnice v Olomouci k tomu poznamenává: „Jako lékaři často podceňujeme dopad nočního pomočování; spíše se zaměřujeme na jiné, závažnější nebo zdánlivě závažnější zdravotní potíže. Díky správné diagnóze a úspěšné léčbě pomočování však můžeme dítě zbavit velké zátěže. Zvýšíme jeho sebevědomí, podpoříme jeho denní aktivity a to se v neposlední řadě promítne i do školních výsledků.“

■ O Světovém dni nočního pomočování

Světový den nočního pomočování připadl v roce 2015 na 17. říjen a byl slavnostně uveden na 26. kongresu společnosti ESPU v Praze. Počínaje rokem 2016 se pak bude každoročně připomínat v květnu. Světový den nočního pomočování vznikl z iniciativy pracovní skupiny složené ze zástupců společností ICCS a ESPU. Každá země, která se této aktivy účastní, má své prostředky, jak dětem s enurézou pomoci. V České republice si mohou rodiče i děti vyhledávat informace o pomočování na stránkách www.nocvsuchu.cz. Zde se lze dočíst, od jakého věku se noční pomočování považuje za patologické, jaká režimová opatření mohou vyzkoušet rodiče sami a kdy je třeba obrátit se na praktického dětského lékaře. Také zde najdou vzory pitné a mikční karty a dotazník, který slouží k odlišení dětí s jednoduchým nočním pomočováním od dětí s denními příznaky dysfunkce močového měchýře. Na webu www.nocvsuchu.cz jsou umístěny nahrávky rozhovorů v rádiu s odborníky na problematiku enurézy. Cennou součástí těchto internetových stránek je seznam referenčních center (dětské nefrologické ambulance) pro různé regiony České republiky s telefonními kontakty a ordinačními hodinami.

Pro lékaře, kteří neměli příležitost sledovat přednášky o nočním pomočování na kon-

gresu ESPU, budou zajímavé webové stránky www.prolekare.cz. Zde se lze seznámit s prezentacemi, které na kongresu zazněly, včetně interview s přednášejícími.

Světový den pomočování je podporován společností FERRING Pharmaceuticals.

■ Odkazy

1. Hjalms K et al. Nocturnal Enuresis: An International Evidence Based Management Strategy. *The Journal of Urology* 2004;171:2545–2561
2. Vande Walle J et al. Practical consensus guidelines for the management of enuresis. *Eur J Pediatr* 2012;171:971–983
3. Vande Walle J et al. Erratum to: Practical consensus guidelines for the management of enuresis. *Eur J Pediatr* 2013;171:971–983
4. VandeWalle J et al, Erratum to: Practical consensus guidelines for the management of enuresis. *Eur J Pediatr* 2012; 171:971–983
5. Nathan D. Nocturnal enuresis guidelines. Nottingham Children's Hospital. 2014. 1–17
6. NHS Conditions: <http://www.nhs.uk/conditions/Bedwetting/pages/introduction.aspx>
7. Theunis M et al. Self-Image and Performance in Children with Nocturnal Enuresis. *European Urology* 2002;41:660–667
8. Joinson C et al. A United Kingdom population-based study of intellectual capacities in children with and without soiling, daytime wetting, and bed-wetting. *Pediatrics* 2007;120(2):e308–16
9. Schlomer, Bruce et al. Parental beliefs about nocturnal enuresis causes, treatments, and the need to seek professional medical care. *Journal of Pediatric Urology* 2013;9:1043–1048
10. Lottmann H, Baydala L, Eggert P, Klein BM, Evans J, Norgaard JP. Long-term desmopressin response in primary nocturnal enuresis. *Int J Clin Pract*. 2009;63(1):35–45. doi: 10.1111/j.1742-1241.2008.01956.x.
11. Evans J, Malmsten B, Maddocks A, Popli HS, Lottmann H; on behalf of the UK study group. Randomized comparison of long-term desmopressin and alarm treatment for bedwetting. *J Pediatr Urol* 2011;7:21–29.
12. Austin P et al. The Standardization of Terminology of Lower Urinary Tract Function in Children and Adolescents: Update Report from the Standardization Committee of the International Children's Continence Society. *The Journal of Urology* 2014;191:1863–1865
13. Nevés T. Nocturnal enuresis—theoretic background and practical guidelines. *Pediatr Nephrol* 2011;26:1207–1214
14. Yeung CK, Sihoe JDY, Sit FKY, Bower W, Sreedhar B, Lau J. Characteristics of primary nocturnal enuresis in adults: an epidemiological study. *BJU International* 2004;93:341–345.

Onkogenní potenciál HPV infekce

PharmDr. Pavla Hrdá, Medical Advisor Vaccines, GSK Pharma Europe



Infekce lidským papilomavirem patří mezi nejčastější sexuálně přenosná onemocnění a to s nejvyšší incidencí v časně dospělosti ^(1,11). Ještě před 40 lety byla HPV infekce považována za nezávažné infekční onemocnění, které bylo dáváno do souvislosti s výskytem benigních epiteliálních proliferací kůže nebo sliznic ⁽¹⁾. Teprve výzkum onkogenního potenciálu lidských papilomavirů, který byl zahájen zhruba před 30 lety, pomohl postupně odhalit souvislost mezi HPV infekcí a rakovinou děložního čípku, za což byla v roce 2008 udělena Nobelova cena ⁽¹⁾.

V České republice žije přes 18 000 žen s diagnózou rakoviny děložního čípku. Ročně je diagnostikováno přibližně 1000 nových případů a každých 20 hodin na toto onemocnění umírá 1 žena ⁽⁷⁾. V celosvětovém měřítku zaujímá rakovina děložního čípku 4. místo v pořadí nejčastějších nádorů u žen. Z hlediska HPV asociovaných nádorů u žen tvoří rakovina děložního čípku až 90 % případů ⁽⁵⁾.

K přenosu onkogenních HPV virů dochází u 5–14 % dětí dokonce ještě před zahájením sexuálního života, jelikož se virus

může přenášet i při nekoitálních praktických kontaktem s kůží v genitální oblasti. Podíl infikovaných dívek a žen stoupá bezprostředně po zahájení pohlavního života na 30 %, ve 30 letech klesá na 10 % a u žen nad 60 let se podíl infikovaných žen opět mírně zvyšuje na 15 % ^(1,2,3,4). Po infikování dojde u většiny žen k eliminaci HPV infekce, avšak u 10–30 % žen je imunitní odpověď na infekci nedostatečná a několik let přetrvávající infekce může vést k rozvoji prekanceróz a následně i k rakovině děložního čípku ⁽⁸⁾.

Papilomaviry patří do samostatné rodiny papillomaviridae. Genom papilomaviru je tvořen cirkulární dvojvláknovou molekulou DNA, což dává papilomavirům významnou evoluční výhodu, protože se virová DNA může snadno integrovat do hostitelského genomu, který je též tvořen dvouvláknovou DNA. Integraci HPV DNA do buněčné DNA se spouští ireverzibilní proces maligní neoplastické transformace buňky. ⁽⁶⁾ V současnosti je popsáno více jak 100 různých genotypů papilomavirů, které infikují člověka ⁽⁶⁾. Z onkogenních HPV typů se v populaci nejčastěji objevuje typ HPV – 16, 18, 31 a 45. Nejčastějším typem u závažných prekanceróz a invazivních karcinomů je HPV 16. V případě hůře diagnostikovatelných adenokarcinomů čípku

jsou celosvětově typy HPV 16, 18 a 45 příčinou vzniku nádoru až v 90 % a konkrétně v ČR je téměř 100 % adenokarcinomů vyvoláno HPV typy 16, 18 a 45 ⁽¹⁾.

I přes ne zcela příznivá statistická data je karcinom děložního čípku, na rozdíl od řady jiných nádorů, do jisté míry preventabilní a to jak v rámci primární, tak i sekundární prevence. Screening děložního hrdla sám o sobě nedokáže zabránit infekci a rozvoji prekanceróz, nicméně včasný záchyt a následná léčba přednádorových lézí je jednou z nejúspěšnějších aktivit ve snižování incidence a mortality rakoviny děložního čípku ⁽⁹⁾. V naší zemi se zdá být významným limitem této prevence fakt, že pouhých 50 % českých žen absolvuje pravidelný gynekologický screening ⁽¹⁰⁾. Významnou roli v primární prevenci sehrává očkování proti rakovině děložního čípku. Její prioritou je orientace na populaci, která ještě není sexuálně aktivní, a kde lze tedy očekávat nejvyšší účinnost vakcín ⁽¹¹⁾.

Až 80 % populace se během života setká s HPV infekcí, imunitní systém většiny žen se s infekcí dokáže vypořádat sám, nicméně riziku neoplastické transformace je vystavena každá z infikovaných žen ⁽¹¹⁾.

Literatura:

1. Doc. MUDr. Roman Chlíbek, PhD., MUDr. Jan Smetana, PhD., RNDr. Vanda Boštíková, PhD. Úloha vakcinace v kontrole infekcí lidským papilomavirem. Katedra epidemiologie, Fakulta vojenského zdravotnictví Univerzity obrany, Hradec Králové. *Onkolog* (Bratisl.), 2011; roč. 6 (5): 264–268.
2. Doerfler D, Bernhaus A, Kottmel A, et al. Human papillomavirus infection prior to coitarche. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 200(5): 487.e1–487.e5.
3. Dunne EF, Karem KL, Sternberg MR, et al. Seroprevalence of human papillomavirus type 16 in children. *J Infect Dis* 2005; 191: 1817–1819.
4. Stone KM, Karem KL, Sternberg MR, et al. Seroprevalence of human papillomavirus type 16 infection in the United States. *J Infect Dis* 2002; 186: 1396–1402.
5. Globocan. Cervical Cancer Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. <http://globocan.iarc.fr/old/FactSheets/cancers/cervix-new.asp>.
6. Eva Weismanová, Peter Weismann. HPV a krčok matrice: Genetická podstata malignej transformácie bunky. Oddelenie lekárskej genetiky, OÚSA, Bratislava 2 Anatomický ústav, LF UK, Bratislava. *Onkolog* (Bratisl.), 2008, roč. 3 (6): 389–392.
7. Masarykův onkologický ústav. *Modrá kniha České onkologické společnosti* 17. vydání. 1. 8. 2013.
8. Schiffman M, Rodriguez AC. Heterogeneity in CIN3 diagnosis. *Lancet Oncol* 2008; 9: 404–406.
9. Steben M, Jeronimo J, Wittet S et al. Upgrading public health programs for human papillomavirus prevention and control is possible in low- and middle-income countries. *Vaccine* 2012;30 Suppl 5:F183–91.
10. www.svod.cz
11. MUDr. Jiří Sláma, Ph.D. Aktuální data o vakcinaci proti HPV. *Onkogynekologické centrum, Gynekologicko-porodnická klinika VFN a 1. LF UK, Praha. Pediatria pre prax – Suplement* 1, 2012; 13(S1) | www.solen.sk.

Zajímalo by Vás, kdy 93 může být více než 100?

Dovolili jsme si pro Vás připravit ČLK akreditovaný e-kurz, který pokrývá toto i další často diskutovaná témata o HPV problematice.

Kurz je postaven na edukačních videích natočených s předními odborníky na tuto problematiku

- doc. MUDr. Jiřím Slámkou, Ph.D.
- doc. MUDr. Janem Smetanou, Ph.D.

Kurz je ohodnocen 2 kredity.
Připojit se na webových stránkách
<http://www.amepra.cz/prevenceHPV>
a absolvovat kurz lze, kdykoli Vám
to bude vyhovovat.



Kdy je 93 více než 100...

Bylo popsáno již přes 100 typů lidských papilomavirů (HPV). Minimálně 13 z nich může vyvolat těžká předrakovinná poškození či cervikální karcinom. Vysoká účinnost vakcín proti konkrétním vakcinálním HPV typům tak vlastně nemusí znamenat, že se onemocnění děložního čípku* dívka či žena vyhne. Pro účinnou prevenci cervikálního karcinomu je důležité sledovat i účinnost tzv. bez ohledu na HPV typ. Tedy zda dojde k rozvoji onemocnění děložního čípku nebo toto onemocnění není u dívky diagnostikováno vůbec. U dívek, které se s HPV viry dosud nesetkaly, nabízí Cervarix možnost až 93% snížení rizika rozvoje onemocnění děložního čípku* bez ohledu na vakcinální a nevakcinální typ HPV, který poškození vyvolal.

Podobně jako u ostatních vakcín ani Cervarix nemusí v běžném používání ochránit všechny očkované jedince. Vakcína nemá efekt na již aktivní HPV infekci nebo klinicky přítomné onemocnění. Pravidelný gynekologický skrínink proto zůstává důležitý.

* Onemocnění děložního čípku = těžká předrakovinná poškození děložního čípku (CIN 3+ léze), která se mohou rozvinout až do stádia invazivního cervikálního karcinomu.

Účinnost vakcíny Cervarix proti cervikálním lézím vysokého stupně bez ohledu na HPV DNA typ u HPV naivní kohorty: (95% CI) 93,2% (78,9; 98,7).



ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU: Název přípravku: CervarixTM
Injekční suspenze. Vakcína proti lidskému papilomaviru [typy 16, 18] (rekombinantní, adjuvovaná, adsorbovaná). **Složení:** 1 dávka (0,5 ml) obsahuje: Papilomavirum humani typus 16 proteinum L1 20 µg; Papilomavirum humani typus 18 proteinum L1 20 µg; Molekyl papilomaviru – HPV, adjuvovaný na AS04 obsahující 3-O-decyl-4'-monofosforyl-Ad A (MPL) 50 µg, adsorbovaný na hydroxyl hliníku, lyofilizovaný (Al(OH)₃) celkem 0,5 mg Al³⁺. **Indikace:** CervarixTM je vakcína určená k potlačení šíření ve věku od 9 let k prevenci premaligních genitálních lézí (cervikálních, vulvárních a vaginálních) a cervikálního karcinomu, které jsou způsobeny určitými onkogenními typy lidských papilomavirů (HPV). Důležité informace poskytl toto indikaci viz body 4.4 a 5.3. **Dávkování a způsob podání:** **Dívky 9 – 14 let včetně:** Doporučené očkovací schéma – 2 dávky každá po 0,5 ml. První dávka se podá mezi 5 a 13 měsíci po první dávce*. Pokud je druhá dávka velkým počtem před 5. měsíci po první dávce, vždy má být počána třetí dávka. **Dívky a ženy od 15 let a starší:** Doporučené očkovací schéma – 3 dávky každá po 0,5 ml v 0, 1, 6 měsících. Je-li třeba očkovací schéma upravit, druhou dávku lze podat mezi 1 a 2,5 měsíci po první dávce a třetí dávku mezi 5 a 12 měsíci po první dávce. Čas a potřeba podání poslouží dávky (dávky) nebyly stanoveny. CervarixTM je určen k intenzivnímu aplikaci do oblasti děložního čípku. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoliv pomocnou látku, účinnou složku nebo na obsah typických adjuvancí (složek) v injekčních suspenzích. Přítomnost těžké infekce jako je nachlazení není kontraindikací. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Stejně jako u všech injekčních vakcín musí být i po aplikaci této vakcíny pro přípat v období po aplikaci a následně reakce okamžitě doposled odpovědi lékařské péče a dohled. Zároveň u dospívajících se může jako psychologické reakce na injekční aplikaci u jejího objevu po předchozím výskytu (migrace). To je během zotavení spojené s různými neurologickými příznaky – např. přechodné poruchy zraku, parestezie a tonická klonická křeče končetin. Je důležité v případě mlhby učinit opatření k zamezení zranění. Vakcína není určena k žádnému případu aplikování intravaskulárně nebo intrakraniálně. Údaje o celkové bezpečnosti podání nepoužívají. Stejně jako u každé vakcíny aplikované intramuskulárně, musí být CervarixTM podáván opatrně osobám s trombocytopenií nebo s jakoukoliv poruchou koagulace, u kterých může dojít ke krvácení. Stejně jako u jiných vakcín nemusí být u všech očkovacích jedinců dosaženo ochranné imunitní odpovědi. CervarixTM může chránit proti nemoci způsobené HPV typy 16 a 18 a v určitém rozsahu proti nemoci způsobené určitými dalšími příbuznými onkogenními HPV typy. Proto je nutné i nadále pokračovat ve vhodných opatřeních proti osobnímu přenosu nemoci. CervarixTM je určen pouze k prevenci onemocnění a nemá žádný efekt na již aktivní HPV infekci nebo klinicky přítomné onemocnění. Neprokládá se, že by vakcína měla terapeutický efekt. Očkování nesahuje podle pravidel cervikálního skríninku. Vzhledem k tomu, že žádná vakcína není 100% účinná a CervarixTM neposkytuje ochranu proti všem typům HPV ani proti již existujícím infekcím HPV, aktivní pravidelný cervikální screening kriticky důležitý a má se provádět v souladu s místními doporučeními. Velká ochrana nabývá příměsí stanovená. S výjimkou osob s asymptomatickou infekcí lidské imunitní deficiencí (HIV), u kterých je o dostupnosti osobní data a imunitní odpovědi, nepoužívá se žádná úroveň u osob se sníženou imunitní odpovědí, jako jsou pacienti podstupující imunosupresivní terapii. Stejně jako u jiných vakcín nemusí být u těchto jedinců dosaženo odpovídající imunitní odpovědi. Nepoužívá se žádná úroveň u bezpečnosti, imunitní odpovědi nebo účinnosti, na jejichž základě by bylo možné podpořit současnou zaměstnanost Cervarixu s jinými vakcínami proti HPV. **Interakce s jinými injekčními přípravky a jiné formy interakce:** Jedinci, kteří dostali imunoglobulin nebo krevní deriváty během 3 měsíců před podáním první dávky, byli zvlášť klinicky sledováni. Použití jiných vakcín: Je součástí podání s kombinovanou booster vakcínou obsahující difteri (D), tetanus (T) a pertusi (acelulární) (pa) nebo bez tetanizované pertusis vakcíny (IPV), (DTpa, dTpa-IPV vakcíny), bez klinicky relevantní interakce s protituberkulózní odpovědí nebo s některou ze složek krevních a vakcín s kombinovanou vakcínou proti hepatitidě A (neaktivní) a hepatitidě B (DNA) (HAB vakcína). Je-li CervarixTM podán současně s jinou injekční vakcínou, musí být vakcíny aplikovány do různých míst. Není důkaz, že by použití vakcíny proti hepatitidě B mělo vliv na účinnost Cervarixu. Podobně jako u jiných vakcín lze očekávat, že u podání podstupujících imunosupresivní léčbu, nemusí být po očkování dosaženo odpovídající imunitní odpovědi. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Údaje nejsou dostatečné k tomu, aby bylo možné doporučit podání vakcíny u těhotných. Je třeba očkování odložit až na dobu po ukončení těhotenství. Očkování vakcínou během kojení by se mělo provádět jen tehdy, pokud má být výsledek očkování přínosný matce. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté reakce v místě vpichu včetně bolesti, zarudnutí, otoků, únavy, bolesti hlavy, myalgie, bolesti břicha (≥ 38 °C), gastrointestinální symptomy včetně zácpy, zvracení, pánevní bolesti, svědění/pruritu, vyrážky, kopřivky, artralgie. Méně časté: závratě, infekce horních cest dýchacích, jiné reakce v místě vpichu. **Inkompatibilita:** reakce s chybami studené inkompatibilita, není při přípravě mísení jinými injekčními přípravky. **Doba použitelnosti:** 4 roky. Po vyjmutí z chladničky by měla být vakcína podána co nejdříve. Nicméně, u jednotlivého balení vakcíny stabilní, je-li uchována mimo chladničku po dobu až 3 dnů při teplotě 8 °C až 25 °C nebo až 1 den při teplotě 25 °C až 37 °C. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávat v chladničce (2 – 8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávat v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. Při uchování se ve vakuové vakcínu může vyvinout jemný bílý sediment a čirý bezbarvý supernatant. To však není známkou znehodnocení vakcíny. Před aplikací musí být obsah flakoidy před i po prořazení vakcíny zkontrolován, zda neobsahuje jakékoli částice a/nebo jestli nemá zvláštní vzhled. Je-li patrná jakákoliv změna vzhledu, je třeba vakcínu vyhodit. Vakcínu musí být před aplikací řádně protřepána. **Druh obalu a velikost balení:** 0,5 ml suspenze v jednodílné lahvičce se zátkou ve velikosti balení 1, 10 a 100. **Držitel rozhodnutí o registraci:** GlaxoSmithKline Biologicals s.a., Rue de l'Herminette 88, B-1330 Rixensart, Belgie. **Registrační číslo (A):** EU/1/07/419/001-003. **Datum první registrace a revize textu:** 20. 9. 2007/21. 11. 2014. Podrobné informace o tomto přípravku jsou uveřejněny na webových stránkách Evropské veřejné agentury (EMA) <http://www.ema.europa.eu/>. Vakcína CervarixTM injekční suspenze vakcína proti lidskému papilomaviru [typy 16, 18] (rekombinantní, adjuvovaná, adsorbovaná), je vakcína na lékařský předpis. S výjimkou úhrad pro třetí dávku dle novely zákona č. 48/1997 Sb. není hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Seznamte se PŘEDEM PĚČLIVĚ s úplnou informací o přípravku, kterou najdete v Seznamu údajů o přípravku na www.gskkompendium.cz, na stránkách Národního ústavu pro kontrolu léčiv (SUKL) pod odkazem Databáze léčiv nebo se obraťte na společnost GlaxoSmithKline, s.r.o., Hvězdova 1734/2c, 140 00 Praha 4; e-mail: cz.info@gsk.com; www.gsk.cz. Případné nežádoucí účinky prosím hláste také na cz.safety@gsk.com. Verze SPC platná ke dni vydání materiálu: 9. 9. 2015.





Aktuality...

Riziko infekčních nemocí kvůli přílivu migrantů bude řešit expertní tým

Kvůli přílivu běženců do Evropy, s nímž by mohlo být spojeno i vyšší riziko šíření nakažlivých chorob, sestaví ministerstvo zdravotnictví speciální tým pro ochranu obyvatel před infekčními nemocemi. Podle ministra Svatopluka Němečka (ČSSD) v něm budou experti na infekční nemoci, bezpečnostní otázky i na problematiku migrace. Ministr zdůraznil, že občanům aktuálně žádná rizika nehrozí, s ohledem na možná rizika je však na místě prevence.

Ministerstvo uvedlo, že patrně největší riziko představuje tuberkulóza. Potenciální hrozbu představuje též dětská obrana, která se vyskytuje například v Nigérii, Pákistánu a Afghánistánu.

„Migranti mohou být i přenašeči infekcí, které se již běžně vyskytují v Evropě, jako je například meningokoková meningitida,“ dodal resort s tím, že v místech kumulace běženců s nízkou úrovní osobní hygieny by mohlo dojít i ke vzniku epidemii.

Opatření již běží několik týdnů

„Jsme si vědomi všech popsanych rizik a na potřebných opatřeních budeme samozřejmě intenzivně spolupracovat s ministerstvem vnitra, v jehož správě jsou zařízení dočasného pobytu uprchlíků,“ tvrdí Němeček. Situaci již několik týdnů monitoruje tým hlavního hygienika, který dostává informace o situaci v okolních státech. Na jejich základě fungují i preventivní opatření při vstupním vyšetření uprchlíků.

Zdroj: jas, www.novinky.cz, 25. 9. 2015

Odškodné za pracovní úrazy se zvýší, rozhodla vláda

Bolestné a odškodnění za zhoršené uplatnění po pracovním úrazu či kvůli nemoci z povolání se od října zvýší. Vyplývá to z vládního nařízení, které na jednání schválil koaliční kabinet. V tiskové zprávě to uvedlo ministerstvo zdravotnictví. Hodnota bodu, jímž se jednotlivá poškození zdraví ze zaměstnání hodnotí, se zvýší ze 120 na 250 korun.

„Pro nás je důležité, že lidé v rychlém čase odškodnění dostanou, protože ne každý je připraven a schopen se v krátkém čase efektivně domáhat odškodnění soudní cestou,“ řekl novinářům po jednání vlády ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček (ČSSD). Případnému požadavku na zvýšené odškodnění soudní cestou přitom podle něj nic nebrání.

„Hodnota jednoho bodu 120 korun stanovená v roce 2001, kdy průměrná mzda v ČR dosahovala zhruba 14 600 korun, nebyla dosud valorizována. Právě schváleným návrhem nařízení vlády se proto zvyšuje hodnota jednoho bodu na 250 korun,“ uvedl také ministr.

Dodal, že nařízení upřesňuje postup pro vypracování lékařských posudků, podle kterých se počítá výše náhrady. „Přesně definuje pojmy jako bolest a ztížení společenského uplatnění a vymezuje postupy i způsob bodového hodnocení újmy daného pacienta pro určení výše náhrady,“ sdělil ministr.

V roce 2010 se řešilo zhruba 54 800 případů pracovních úrazů a ne-

mocí z povolání. Na bolestném se vyplatilo 237,1 miliónu korun, na náhradě za ztížené uplatnění pak 264,4 miliónu. Loni bylo případů kolem 54 900, bolestné dosáhlo 233,8 miliónu a ostatní náhrady 268,8 miliónu korun. Bolestné a odškodné za zhoršené uplatnění platí zaměstnavatel, má na to pojištění.

Pokud nemoc či úraz způsobily víc poškození, hodnotí se každé zvlášť. Body se pak sčítají. Počet se může snížit, pokud člověk před úrazem či chorobou z povolání už menší uplatnění měl. Podle závažnosti to může být o deset až třicet procent. Počet bodů za bolest a ztrátu uplatnění stanoví v posudku lékař.

Podle schváleného návrhu odpovídá například bolestné za ztrátu předního zubu či za lehký otřes mozku 20 bodům a 5000 korunám, u poranění zrakového nervu 150 bodům a 37 500 korunám, u zlomeniny klíční kosti 30 až 80 bodům a 7500 až 20 000 korunám, u ztráty ruky 275 bodům a 68.250 korunám. Bolest u nemoci z povolání dýchacích cest kvůli azbestu se bude hodnotit sto a více body. Za zhoršení uplatnění kvůli ztrátě chuti či čichu připadne 1000 bodů a 250 000 korun, za ztrátu dominantní ruky mezi loktem a ramenem až 4000 bodů a milión korun.

Odškodňování za úrazy od roku 2014 změnil nový občanský zákoník. Podle něj se mají případy posuzovat individuálně, ne podle právního předpisu. Úrazy v práci a nemoci z povolání se ale dál odškodňují podle zákoníku práce. Jeho novela začíná platit od října, proto ministerstvo zdravotnictví připravilo i nové nařízení.

Zdroj: zdravi.e15.cz, 13. 10. 2015

V Ostravě začne fungovat stacionář pro nevléčitelně nemocné děti

V Ostravě začne fungovat hospicový stacionář pro nevléčitelně nemocné děti. Zařízení by mělo aspoň dočasně pomoci ulevit rodinám s umírajícím dítětem, které se neobejde bez trvalé zdravotní péče. Speciální zařízení se třemi lůžky bude v krajském městě provozovat obecně prospěšná společnost Mobilní hospic Ondrášek.

Má více než desetiletou zkušenost s péčí o klienty v závěru života, za nimiž odborně vyškolení pracovníci dojíždějí do jejich domácností. Podle Martiny Dunděrové z Ondrášku bude Dětský hospicový stacionář prvním takovým zařízením v České republice. Klienty by mohl začít přijímat už v listopadu. Stacionář bude v provozu od 8 do 16 hodin a sídlit bude ve zrenovovaných prostorách někdejší mateřské školy v Gurtjevově ulici 11 v ostravské městské části Jih. Vybudování stacionáře stálo přibližně 1,5 miliónu korun a Ondrášek ho zřídil i díky příspěvku města a podpoře dárců.

„Každý z nás se alespoň částečně může pokusit vcítit do situace rodičů dětí, které jsou tak vážně nemocné, že se již neobejdou bez trvalé zdravotní péče. Mobilní hospic Ondrášek poskytuje mobilní služby – jezdí k těmto dětem domů, aby zajistil zdravotní služby v domácím prostředí. Přesto jsou to ale rodiče, kteří tuto péči musejí poskytovat celých 24 hodin. Často se stává, že je na dítě maminka úplně sama, ostatní členové rodiny se bojí o dítě pečovat z obav před možným rizikem zhoršení zdravotního stavu,“ řekla ředitelka Mobilního hospice Ondrášek Bronislava Husovská.



Právě z tohoto důvodu vznikl hospicový stacionář pro děti. Především matkám, které o ně pečují nejčastěji, má umožnit aspoň chvíli oddechu a prostor k načerpání sil pro další péči. Za pobyt ve stacionáři nebudou rodiny muset platit. Podle Dunděrové jsou totiž tyto rodiny často i ve špatné sociální situaci. Předpokládá, že stacionář využijí hlavně klienti, s nimiž již Ondrášek spolupracuje v rámci mobilní hospicové služby.

„Vidíme, co se v rodinách odehrává, vidíme, jak jsou vyčerpané a potřebují si odpočinout. Běžné rehabilitační stacionáře ale tyto děti nepřijmou kvůli vážnosti stavu, chtěli jsme rodinám poskytnout alespoň nějakou úlevu,“ vysvětlila Dunděrová.

Mobilní hospic Ondrášek začal fungovat v roce 2004, před třemi lety se začal věnovat i mobilní hospicové péči u dětí. Ročně se stará o zhruba 150 klientů, z nichž asi 15 je dětských.

Zdroj: zdravi.e15cz, 13. 10. 2015

Od nového roku ubude nejvíc pojištěnců OZP a VZP

Od nového roku ubude nejvíc pojištěnců Oborové zdravotní pojišťovně (OZP) a Všeobecné zdravotní pojišťovně. OZP přijde o 15 000 klientů a VZP téměř o 14 000. Pojištěnců naopak výrazně přibude Zdravotní pojišťovně ministerstva vnitra (ZPMV) a České průmyslové zdravotní pojišťovně (ČPZP).

Vyplývá to z konečných čísel, které ČTK poskytl důvěryhodný zdroj, který si nepřál být jmenován. Možnost přestoupit k jiné zdravotní pojišťovně od roku 2016 nahlásilo letos ve dvou termínech celkem 151 692 lidí.

Zdravotní pojišťovnu je možné měnit jednou za 12 měsíců. Lidé, kteří chtěli přejít k jiné pojišťovně od roku 2016, mohli letos změnu původně hlásit jen do konce června a pak půl roku čekat. Novela zákona o veřejném zdravotním pojištění jim ovšem dala ještě jednu šanci, a to do konce září. Záříjový termín k nahlášení změny využilo celkem 31 413 lidí. Ohlášené odchody v září eviduje zejména VZP a ČPZP. VZP ohlásilo odchod 10 745 klientů, z nichž polovina přechází k OZP. ČPZP se odhlásilo 10 611 klientů. Jelikož příliv nových pojištěnců u obou těchto pojišťoven nedokázal pokrýt odliv, vychází druhá letošní vlna pro ně ztrátově. Ostatní pojišťovny si polepšily a například OZP dokázala zmírnit ztrátu pojištěnců z první červnové vlny. Od roku 2016 tak po obou letošních termínech pro možnosti hlášení přesunu k jiné pojišťovně přibude nejvíc lidí pojišťovně vnitra (20 513) a průmyslové pojišťovně (14 919). ČPZP sice ztratí 17 332 původních klientů, ale do seznamu ji přibude 32 251 nováčků, z nich téměř polovina přejde z VZP. ZPMV opustí 13 829 lidí, zato nových se k pojišťovně hlásí 34 342.

„Podle našich informací dopadly celkové náborové očekávání dobře, a to dokonce i přesto, že možnost přechodu i v září je novinkou. Dobrých čísel jsme dosáhli bez výrazné náborové kampaně. Jsme proto přesvědčeni, že zájem lidí o naši zdravotní pojišťovnu je dán nikoli náborovými, ale kvalitou Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra,“ řekla ČTK její mluvčí Hana Kadečková.

„Samozejmě by výsledek mohl být lepší, nicméně ztratit necelých 14 000 klientů během dvou přeregistračních termínů je oproti letům předchozím mimořádně pozitivní trend. Je třeba si uvědomit, že v minulých letech ztrácela VZP za jediný přeregistrační termín 60 000 až 90 000 klientů. Teď mají větší ztráty jiné pojišťovny,“ řekl ČTK mluvčí VZP Oldřich Tichý.

Novela účinná od 1. září 2015 stanovuje dva termíny pro změnu pojišťovny s čekací lhůtou čtvrt roku. Od příštího roku tedy bude první termín končit vždy 31. března a změna pojišťovny nastane od 1. července. Druhý termín bude k 30. září a klientem nové pojišťovny se člověk stane od 1. ledna následujícího roku.

Zdroj: zdravi.e15cz, 13. 10. 2015

Dětský sprchový gel z Číny je plný mikrobů

Ministerstvo zdravotnictví upozornilo na nebezpečný sprchový gel, který může kvůli vysokému výskytu mikrobů vyvolat podráždění nebo zánět kůže.



Laboratorní vyšetření naměřilo u sprchového gelu z Číny o řád vyšší výskyt mikrobů, než povolují evropské normy pro kosmetické výrobky. Kontrolóři jej zakoupili v prodejně v Uherském Brodě.

„Riziko kontaminace aerobními mezofilními mikroorganismy spočívá ve zhoršení toxikologických vlastností výrobku vinou produkce toxických radikálů a mikrobiálních toxinů činností mikrobů, jejichž důsledkem může být lokální dráždění, eventuálně lokální zánět kůže zejména u osob s oslabenou imunitou, malých dětí nebo osob s poškozenou kůží,“ uvedla mluvčí ministerstva zdravotnictví Štěpánka Čechová. Barevný sprchový gel v průhledném plastovém obalu ve tvaru žaby a žluté kačenky – piráta je přitom zjevně určen dětem, ačkoli je označen piktogramem, že je nevhodný pro děti do tří let.

Zdroj: www.novinky.cz, 13. 10. 2015

Pobyt v léčebnách se nedá s Mořským koníkem srovnávat

V těchto dnech se jedná o tom, komu bude v příštích letech VZP posílat stamiliony korun za pořádání kontroverzních pobytů dětí u moře. Zastánci Mořských koníků tvrdí, že náklady na tyto pobyty jsou nižší než na léčbu dětí v tuzemských léčebnách. „Takové argumenty nemají logiku. U nás se léčí skutečně nemocné děti, máme několikanásobně více odborného personálu a na rozdíl od Mořského koníka nesmíme vybírat žádné peníze za spoluúčast,“ říká v rozhovoru pro Medical Tribune MUDr. Vladimír Svozil, ředitel sanatoria Edel ve Zlatých horách.

MUDr. Zuzana Roithová, která sedí v komisi pro výběrové řízení na organizaci Mořských koníků, nám napsala: „Ověřila jsem si, že vlastní náklady VZP (bez dopravy) na den pobytu dítěte u moře jsou nižší než úhrada za lůžkoven v léčebnách v ČR. Zatímco náklady VZP na lůžkoven v léčebnách činí 1 200–1 400 Kč, na den dítěte u moře zřetelně pod 1 000 Kč.“ Co na tato slova říkáte?



Takové srovnání samozřejmě vůbec nelze dělat. Jde o úplně jiný typ pobytu. Zprv, tuzemské ozdravovny a odborné léčebny musejí splňovat přísné personální, technické a odborné vybavení. Pobyt je určen pouze opakovaně a chronicky nemocným dětem podle indikačního seznamu. Což v případě Mořských koníků neplatí.

Jak to myslíte?

Sám jsem se před několika lety zúčastnil jako lékař Mořského koníka v Chorvatsku. A viděl jsem, že skutečně nemocné děti na tyto pobyty prakticky nejezdí. Rekreaovaly se tam děti, které byly prakticky zdravé. Ze 130 dětí mělo asi jen 10 procent konkrétní terapii a stálou medikaci potřebovaly snad pouze tři z nich. Pro srovnání – v naší léčebně má zhruba 80 procent dětí trvalou terapii a zbytek dětí má imunologické vyšetření s rizikovým nálezem, vhodným pro úpravu zdravotního stavu.

Pobyt každého dítěte na Mořském koníkově ale musí schválit revizní lékař. Ten přeci neposílá na pobyty prakticky zdravé děti...

To nevím, jak v těchto případech revizní lékař funguje. Já vím jen to, že výběr pacientů na Mořského koníka je prováděn údajně náborově zdravotními pojišťovnami, dokonce ošetřující lékaři jsou úkolováni zdravotními pojišťovnami. Pro naše zdravotnická zařízení, tedy léčebny a ozdravovny, je schvalovací proces mnohem delší a obtížnější. Do odborných léčebných ústavů či dětských ozdravoven se dětské pacienti dostanou jen na návrh jejich ošetřujícího praktického lékaře podle přísně vymezených diagnóz schválených indikačním seznamem. Prakticky neexistuje, aby se do našich zařízení dostal pacient, který nesplňuje podmínky dané touto vyhláškou.

Někteří rodiče často říkají, že na Koníka se jejich dítě stejně nedostane, protože má vedle svého daného zdravotního problému ještě další kontraindikaci, se kterou ho pojišťovna na přímořský pobyt nepošle. K vám jezdí děti s kontraindikacemi?

My přijímáme všechny děti s nemocemi respiračního systému podle indikačního seznamu, s výjimkou onkologických pacientů a pacientů s tuberkulózou plic. To znamená, že přijímáme i dětské pacienty s diabetem, enurézou, neurologickými nemocemi apod., které jsou kontraindikací pro Mořského koníka i lázeňské léčebny. Navíc – zatímco v přímořských pobytech se pojišťovny zbavují kategorie předškolních dětí, určeny jsou až pro děti od šesti let, do naší léčebny jezdí děti již od dvou let. Nemocnost dětí je přitom větší právě v období předškolního věku, než je vyvinuta potřebná kvalita imunitní odpovědi. Další otázkou je, jestli dětem s respiračními onemocněními svědčí pobyt v nejvíce horkých letních měsících v typicky turistických přelidněných oblastech. Nebylo by vhodnější pořádat pobyty mimo sezónu nebo třeba na pobřeží chladnějších moří? Procházky po baltských plážích jsou pro dýchací systém velmi blahodárné a navíc by pobyty vyšly podstatně levněji.

Říkal jste, že se v tuzemských léčebnách stará o děti podstatně více lékařů a sester než u přímořských pobytech pořádaných pojišťovnami. Jaká jsou konkrétní čísla?

V naší léčebně musíme mít na třicet dětí téměř dva lékaře a jedenáct zdravotních sester. Víme, že u Mořských koníků má jeden lékař na starosti více než sto dětí, podobně to je se zdravotními sestrami. Ať pojišťovna sama sdělí, kolik dětí má u přímořských pobytech na starosti jeden lékař. Kolik je tam erudovaných výchovných pracovníků a zdravotních sester? V ČR jsme nuceni dodržovat fond pracovní doby. Jak se to slučuje s nepřetržitou pracovní dobou (službou) lékaře a zdravotní sestry na Mořském koníku?

Možná vám vedení pojišťovny nebo zastánci Mořských koníků

odpoví, že hlavní terapií je přímořské klima a nezáleží na tom, kolik lékařů s nimi jede...

Ale potom nazýváme takové pobyty rekreací, hotelovým pobytem. Nikoli zdravotní péčí, která je hrazená z veřejného zdravotního pojištění. A už vůbec nechápu, jak může někdo za této situace srovnávat náklady na ošetřovací den u moře a v tuzemských léčebnách. V této souvislosti by mě zajímaly odpovědi pojišťovny na řadu dotazů – jak je vedena během pobytu dítěte jeho zdravotní dokumentace? Jak je zajištěna při těchto pobytech v období školního roku školní výuka na těchto pobytech? Jak je zajištěno dietní stravování pro diabetiky a pacienty s bezlepkovou dietou? Jak jsou smluvně zajištěny specializované ambulantní služby? Naším lůžkovým zařízením (odborným léčebnám a ozdravovnám) je vytýkána velká vzdálenost od trvalého bydliště našich pacientů. Jak dlouho trvá cesta do přímořských destinací, ať letecky, či autobusem, včetně čekacích a příjezdových cest na místo odjezdu či odletu? Naše zařízení jsou umístěna v ekologicky nezatíženém prostředí a nepřetržitě monitorujeme stav životního prostředí (prašnost), meteorologickou situaci a koncentraci pylů v ovzduší. Kdo to kontroluje a měří pro Mořského koníka?

Jak je to se spoluúčastí na nákladech léčebně ozdravných pobytech? Rodiče doplácí za tři týdny Mořského koníka ještě spoluúčast až 13 tisíc korun. Vybírají tuzemské léčebny nějaký doplatek?

Samozřejmě že ne. My podle vyhlášky nesmíme vybírat žádné doplatky, současná legislativa to zakazuje. Jak to, že na jeden typ ozdravných či léčebných pobytech se spoluúčast vybírá a na jiné ne? V jaké kategorii tento doplatek na Mořského koníka vlastně funguje? Co to je za příspěvek? To je nějaká nová forma regulačního poplatku?

Neřeknou zastánci Mořských koníků, že tyto pobyty kritizujete proto, že byste přivítal, kdyby tyto děti jezdily do vašeho sanatoria?

Naše léčebna je plně obsazená, o pobyty je velký zájem a rozhodně nemáme potřebu dělat si jakoukoli reklamu na úkor jiných ozdravných pobytech. Jak jsem řekl na začátku, pobyty u moře jsou pro děti přínosné, pokud budou na ně vysílány vybrané skupiny skutečně nemocných dětí, za přísných odborných a indikačních podmínek a na delší dobu (pět až šest týdnů). Proti thalassoterapii jako takové vůbec nic nemám. Ale měly by to být především pobyty pro pacienty, kteří jsou opakovaně a chronicky nemocní.

Skutečně léčebný účinek pobytu u moře se přitom dostavuje za mnohem delší dobu než 14 dnů. Léčebný efekt moře je prokázán, ale ať jsou tyto pobyty pořádány s odborným, personálním a technickým vybavením, jak je vyžadováno po lůžkových zdravotnických zařízeních v České republice, která poskytují zdravotní péči.

Zdroj: Iva Bezděková, www.tribune.cz, 14. 10. 2015

Odpůrci očkování si zaplatili studii. Dopadla však jinak, než čekali

Americká organizace SafeMinds, která dlouhodobě odmítá očkování dětí kvůli tomu, že údajně způsobuje autismus, zaplatila téměř šest miliónů korun za dlouhodobou vědeckou studii. Její výsledky ale do postoje organizace nezapadají: vědci totiž opět potvrdili, že očkování s autismem nespojují.

Americká organizace SafeMinds dlouhodobě bojuje proti dezinfekčnímu přídatku thiomersalu (v USA též známý jako *thimerosal*) ve vakcínách. Podle jejich stanoviska přispívá k rozvoji autismu a nárůst



této poruchy v posledních letech je způsoben právě rtutí obsaženou v organické molekule $C_9H_9HgNaO_2S$.

Ale podle nové studie publikované v prestižním vědeckém časopise PNAS (dostupná i v PDF) není mezi thiomersalem či vakcínami a autismem žádná souvislost. Alespoň ji studie vycházející z experimentů na primátech (*Macaca mulatta*) nenašla: „Data ukazují, že podávání vakcín obsahujících thiomersal nebo vakcíny MMR nehrají u makaků žádnou roli při výskytu autismu. Nebyly pozorovány žádné neuropatologické změny v mozku.“

Paradoxní na této studii je podle komentátorů právě to, že se na ní finančně podílela právě organizace SafeMinds a další organizace, které proti očkování bojí. Konkrétně SafeMinds dala univerzitám na tento výzkum mezi lety 2003 a 2013 přibližně 250 tisíc dolarů (necelých šest miliónů korun).

Organizace SafeMinds dříve argumentovala předběžnými daty ze stejného výzkumu, která podporovala hypotézu o souvislosti mezi očkováním a autismem. Kompletní pohled na data ale ukázal, že tato souvislost neexistovala. Prezidentka SafeMinds nyní požádala o opětovnou analýzu dat: „Chceme se podívat na čistá data, abychom se přesvědčili, že zde není schovaná souvislost například u malé podskupiny.“

Kde se vzal nápad, že očkování způsobuje autismus?

Příčinou souvislosti mezi dětskou vakcínou MMR a neurologickou poruchou (autismem) dostal do širokého povědomí britský lékař Andrew Wakefield. V únoru 1998 na tiskové konferenci k případové studii zdůraznil možnost, že očkování proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám může způsobovat autismus.

Později (v roce 2004) se ukázalo, že Wakefield manipuloval s výsledky a zatajil střet zájmů – sám měl totiž patent na oddělené dětské vakcíny, a hodilo se mu tedy vzbudit pochybnosti o trojitě vakcíně MMR.

Wakefieldova studie byla stažena („retracted“) kvůli střetu zájmů a nesrovnalostem při výběru pacientů i prezentaci výsledků. Ovšem šest let stačilo k tomu, aby se „mýtus o autismu způsobeném očkováním“ pevně usídlil ve veřejné diskuzi. Přestože řada studií opakovaně ukázala, že vakcíny autismus nezpůsobují, stále jde o jednu z nejčastějších námitek rodičů, kteří se bojí své děti nechat očkovat.

Výzkum je potřebný, pozor na fanatické dokazování hypotézy

Vědci v současné době nevědí, čím je způsobeno, že se u některých dětí rozvine autismus, vývojová porucha charakterizovaná zhoršenou schopností jedince komunikovat a vnímat okolí. Zřejmě jde o kombinaci genetických predispozic a vlivů prostředí. Narůstající výskyt této poruchy lze částečně – nikoli docela – vysvětlit změnou diagnostických postupů.

Alycia Halladayová, jedna z autorek nové studie publikované v PNAS, chválí organizaci SafeMinds za podporu vědeckého výzkumu. Dodává ale, že je potřeba brát v potaz už existující výzkum a ptát se na správné otázky, ne odvádět pozornost: „Napřed tvrdili, že je souvislost mezi MMR vakcínou a autismem. To bylo vyvráceno. Tak přesunuli pozornost k přidávanému thiomersalu, což bylo nyní vyvráceno pečlivě navrženými experimenty na zvířatech. Tak přišli s tím, že je problém v očkovacím kalendáři, ale i to je vyvráceno. Zdá se, že stále posouvají cíle zkoumání. Vypadá to, že čekají, že vědci budou znovu a znovu vyšetřovat tuto nikdy neprokázanou souvislost.“

Zdroj: Pavel Kasík, *technet.idnes.cz*, 14. 10. 2015

INZERCE

380 6-15

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

381 6-15

Prodám přístroj na stanovení **CRP QuikRead 101** používaný 6 let. Cena 15 000 Kč. Certifikát hodnocení kvality v únoru 2015. Kontakt: kubatovag@volny.cz, telefon 602 315 126.

382 7-15

Hledám výpomoc do privátní praxe PLDD, 3 ordinace na **Praze-východ**. Nabízím za kvalitní práci i kvalitní odměnu. Bližší informace: MUDr. Jitka Štolbová, telefon 605 170 366.

383 7-15

Prodám či pronajmu ordinaci pro děti a dorost v rekreační oblasti **Doksy, Staré Splavy** ideálně v průběhu roku 2016, hezké místo k životu i práci. blanka.spalkova@seznam.cz

384 8-15

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

385 8-15

Přijmu pediatra do dobře zavedené ordinace v **Praze 8**, a to od 1. 11. 2015, částečný úvazek, výhledově předání ordinace v roce 2016–2017, telefon: 723 950 567.

386 8-15

Prodám zavedenou ordinaci PLDD v Teplicích se slušnou klientelou, v klidné části města a s dobrým přístrojovým vybavením. Telefon: 723 680 156, e-mail: whitman.celebrate@seznam.cz

387 8-15

Přijmu lékaře do zavedené ordinace PLDD v **Praze 5**, částečný úvazek, pozdější převzetí dohodou. Tel. 605 182 280.

388 9-15

Hledám nástupce do dobře zavedené ordinace PLDD v **Praze-západ**, 8 km od Prahy 5-Zbraslavi. Tel. 603 454 906.

389 9-15

Měla bych **zájem o převzetí praxe** PLDD v lokalitě Hustopeče – Kobylí – Břeclav – Hodonín. Kontakt: 603 790 450, e-mail: pilsdet@seznam.cz

390 10-15

Prodám zavedenou praxi PLDD v Chomutově. Termín předání praxe: únor 2016. Cena dohodou. Kontaktní email: praxe.pldd@seznam.cz

391 10-15

Prodám dobře zavedenou praxi PLDD v Praze 10, Vršovická ulice (naproti OC Eden), výborná lokalita i klientela, důvod – důchodový věk. Tel. 608 701 234, e-mail: vakocova@seznam.cz

392 10-15

Prodám starší přístroj na vyšetření CRP **Orion QuikRead 101**, pravidelně certifikovaný, 2014 proveden servis a výměna baterie. Cena 5000 Kč. Tel. 736 210 610.

393 10-15

V polovině roku 2016 **nabízím k předání** zavedenou **ordinaci PLDD. Centrum Děčína**, zapracovaná sestra. Kontakt: 412 517 442.

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

Autodidaktický test 9/2015

Komunikace

1. Jak označujeme poruchu, která se vyznačuje získaným nebo vývojovým narušením symbolické soustavy mluvené nebo psané řeči?

- a) agnózie/dysgnózie
- b) agrafie/dysgrafie
- c) alexie/dyslexie
- d) afázie/dysfázie

2. Příznaky neurovývojových poruch (např. ADHD/ADD aj.)

- a) jsou specificky dětskou poruchou
- b) jen u malého procenta přetrvávají do dospělosti
- c) přetrvávají do dospělosti přibližně v 80% případů

3. Komunikace je výměna informací. Rozlišujeme komunikaci verbální a nonverbální. Nejrychlejší a nejefektivnější formou komunikace je řeč. Vývojová dysfázie je syndrom s různým stupněm a spektrem projevů. Tuto poruchu dělíme na receptivní, expresivní či smíšenou. Hlavním symptomem receptivní vývojové dysfázie je:

- a) centrální porucha sluchového zpracování řeči
- b) centrální porucha motorického centra vedoucí k artikulační neobratnosti
- c) mentální defekt různého stupně

4. Mezi fatické poruchy nepatří:

- a) porucha vnímání, rozumění a tvorby řeči
- b) porucha myšlení v abstraktních pojmech
- c) porucha intelektu
- d) porucha počítání
- e) porucha čtení
- f) porucha psaní

5. Hlavním oborem, který by měl verifikovat diagnózu poruchy autistického spektra, je:

- a) psychiatrie
- b) klinická logopedie
- c) psychologie
- d) pedagogika

6. Jaký je správný význam pojmů apraxie a dyspraxie?

- a) dyspraxie je neúplně vyjádřená forma apraxie, označující různý stupeň poruchy ve schopnosti vykonávat koordinované a účelné pohyby
- b) apraxie je ztráta schopnosti vykonávat koordinované, účelné a již dříve naučené pohyby
- c) dyspraxie je ztráta schopnosti vykonávat koordinované, účelné a již dříve naučené pohyby
- d) apraxie je vývojová porucha motorických funkcí s nedokonalým vývojem v plánování a organizaci pohybů
- e) dyspraxie je vývojová porucha motorických funkcí s nedokonalým vývojem v plánování a organizaci pohybů

KDYŽ UDEŘÍ MENINGOKOK SKUPINY B



Představujeme vakcínu **BEXSERO®**
(rDNA, komponentní, adsorbovaná)
proti meningokokům skupiny B

Konečně je možné být chráněn proti všem
nejčastějším meningokokovým onemocněním.

A NEJVÍCE TO ODNÁŠEJÍ DĚTI

U malých dětí je incidence meningokokových
onemocnění nejvyšší.
Největší podíl představují meningokoky skupiny B.¹⁾

BEXSERO®: Významný článek v prevenci závažných invazivních meningokokových onemocnění (IMO).

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU BEXSERO®

Název přípravku: Bexsero® injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Vakcína proti meningokokům skupiny B (rDNA, komponentní, adsorbovaná). **Složení:** Jedna dávka (0,5 ml) obsahuje rekombinantní fúzní protein NHBA *N. meningitidis* B 50 µg; rekombinantní protein NadA *N. meningitidis* B 50 µg; rekombinantní fúzní protein Hbp *N. meningitidis* B 50 µg; vnější membránové vesikuly (OMV) *N. meningitidis* B kmeny NZ98/254 mětené jako množství celkové bílkoviny obsahující Purk P1.4 25 µg. **Indikace:** Bexsero® je indikováno k aktivní imunizaci jedinců od 2 měsíců věku a starších proti invazivním meningokokovým onemocněním způsobenému kmeny *N. meningitidis* skupiny B. **Dávkování a způsob podání:** Kojenci (2 – 5 měsíců) tři dávky po 0,5 ml s prodlevou minimálně 1 měsíc mezi dávkami a s první dávkou podanou ve 2 měsících věku; booster mezi 12 a 15 měsíců věku. Neočkovaní kojenci (6 – 11 měsíců) dvě dávky po 0,5 ml s prodlevou minimálně 2 měsíce mezi dávkami; booster v druhém roce života s prodlevou nejméně 2 měsíce od primární sádky. Neočkované děti (12 až 23 měsíců) dvě dávky po 0,5 ml s prodlevou minimálně 2 měsíce mezi dávkami; booster s prodlevou 12 až 23 měsíců od primární sádky. Děti (2 roky až 10 let) dvě dávky po 0,5 ml s prodlevou minimálně 2 měsíce mezi dávkami; potřeba boosteru nebyla stanovena. Dospívající (starší 11 let) a dospělí – dvě dávky po 0,5 ml s prodlevou minimálně 1 měsíc mezi dávkami; potřeba boosteru nebyla stanovena. Vakcína se podává hlubokou intramuskulární injekcí, ideálně v anterolaterálním směru do stehna u kojenců nebo do oblasti m. deltoides horní části ramene u starších subjektů. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Podání vakcíny je vhodné odložit u subjektů s akutním závažným febrilním onemocněním. Je nutné mít vždy k dispozici odpovídající lékařskou péči pro případ anafylaktické reakce. Vakcína není vhodná pro podávání jedincům s trombocytopenií nebo s poruchami srážlivosti krve. Podobně jako jiné vakcíny nemusí přípravek Bexsero® chránit všechny osoby, které byly vakcinovány. Neočekávejte, že Bexsero® zajistí ochranu proti všem kolujícím meningokokovým kmenům skupiny B. U jedinců se sníženou imunitou nemusí vakcinace vést ke správné odpovědi a tvorbě ochranných protilátek. Nejsou k dispozici žádné údaje o použití vakcíny u subjektů starších 50 let. Lékaři by měli před podáním této vakcíny pacientům s hypersenzitivitou na latex v anamnéze zvážit poměr prospěchu a rizika. **Interakce:** Bexsero® lze podávat současně s následujícími vakcinačními antigeny ve formě monovalentních i kombinovaných vakcín: difterie, tetanus, acelulární pertuse, H. influenzae typu b, inaktivovaná poliomyelitida, hepatitida B, heptavalentní pneumokoková konjugovaná vakcína, spalničky, příušnice, zarděnky a varicela. Průfaktické použití paracetamolu snižuje výskyt a závažnost horečky, neovlivňuje však imunitnímu přípravku Bexsero® ani běžných vakcín. Při současném podání s jinými vakcínami musí být Bexsero® podáno do jiného místa injekce. **Těhotenství a kojení:** Nejsou k dispozici dostatečné údaje o expozici v těhotenství i bezpečnosti v době kojení. Pokud je nutné, expozice meningokokové infekci, je nutné zvážit poměr prospěchu a rizika. **Nežádoucí účinky:** U dětí mladších 2 let byly nejčastější místní a systémové nežádoucí účinky: otok v místě injekce, horečka a podrážděnost. U dospívajících a dospělých byly nejčastěji pozorované místní a systémové nežádoucí účinky: bolest v místě injekce, malátnost a bolest hlavy. Velmi časté: poruchy příjmu potravy, ospalost, neobvyklý pláč, průjem, zvracení, vyrážka, horečka ($\geq 38^\circ\text{C}$), podrážděnost, bolest hlavy, nevolnost, malátnost, myalgie, artralgie, otoky, erytém, otok, indurace a bolest v místě injekce. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte v chladničce od 2°C do 8°C . Chraňte před mrazem a světlem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Novartis Vaccines and Diagnostics S.r.l., Via Fiorentina 1, 53100 Siena, Itálie. **Způsob úhrady a výdaje:** Přípravek je vzácný na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. **Datum revize textu:** 01/2015. **Registrační číslo:** EU/1/12/012/001-004. Před použitím si prosím pečlivě přečtěte Souhrn údajů o přípravku.

Podobně jako všechny vakcíny může mít i vakcína Bexsero® nežádoucí účinky, které se ale nemusí vyskytnout u každého. Stejně jako jiné vakcíny nemusí přípravek Bexsero® plně chránit všechny osoby, které byly vakcinovány. Případné nežádoucí účinky prosím nahláste na cz.safety@gsk.com

Reference: 1. Zprávy Centra epidemiologie a mikrobiologie (SÚ, PRAHA) 2013; 22(3).
GlaxoSmithKline, s.r.o., Hvězdova 1734/2c, 140 00 Praha 4; e-mail: cz.info@gsk.com; www.gsk.cz

CZ/MC/0130/15



Nestlé
BEBA
Pokračovací kojenecká výživa.



Když se ve vaší rodině vyskytuje alergie



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

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

* Vitaminy A, C, D, zinek a železo – obsah ve složce s legislativou

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

* Prof. Koletzko B. The role of protein for long-term healthy growth. NNI 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
lékařů pro děti a dorost ČR.