



■ Boj o zachování oboru: Poslanci posílají praktiky do nemocnic

- Dermatitis seborrhoica – seboroická dermatitida
- Možnosti využití polarizovaného světla v léčbě bolesti
- Vývoj radiodiagnostiky a intervenční radiologie posledních desetiletí v kontextu s praktickým lékařstvím
- Acne vulgaris jako psychosomatický problém
- Pneumokoková pneumonie u tříletého chlapce



Pracujeme pro zdravější svět™

NUTRICIA
BABY NUTRITION



do more
feel better
live longer





Ověřený
základní kámen
moderního
očkovacího
kalendáře

Podobně jako u jiných vakcín nemusí být u všech očkováných jedinců vyvolána ochranná imunitní odpověď.

Zkrácený souhrn údajů o přípravku Infanrix hexa™

[illegible]

Reference: SPC Infantix hexa™, vyhláška 537/2006 Sb.

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Koalice soukromých lékařů	7
	Boj o zachování oboru	
	- Duel mezi poslancem za ČSSD MUDr. J. Krákorou a MUDr. A. Šebkovou	9
	- Dopis předsedkyně OSPDL předsedovi ČLS JEP k zachování oboru PLDD	
	Novorozenecký laboratorní screening	13
	Poskytování informací orgánům sociálně-právní ochrany dětí	14
	Informace OSPDL ČLS JEP	17
	MUDr. Pavel Konrád	18
	Dermatitis seborrhoica – seboroická dermatitida	
	MUDr. Miroslav Kobsa, MBA	23
	Acne vulgaris jako psychosomatický problém	
	Prim. MUDr. Hana Jarošová, Ph.D.	25
	Možnosti využití polarizovaného světla v léčbě bolesti v ordinacích lékařů i v domácnostech	
	Prim. MUDr. Zdeněk Chudáček, Ph.D.	28
	Vývoj radiodiagnostiky a intervenční radiologie posledních desetiletí v kontextu s praktickým lékařstvím	
	MUDr. Aneta Kosinová	36
	Pneumokoková pneumonie u tříletého chlapce	
	Ze světa odborné literatury	39
	Aktuality	40
	Řádková inzerce	41
	Autodidaktický test, Dětská urologie	42
	Metodický návod k zajištění novorozeneckého laboratorního screeningu a následné péče	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

**AHOU
BOIRON
GSK
MSD
NESTLÉ
NUTRICIA
ORION
PFIZER
ZEPTER**

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

**VOX
PEDIATRIAE**

www.detskylekar.cz

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

Vydavatel: Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR, o.s.
U Hranic 16, 100 00 Praha 10

Odborná garance: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

Redakční rada:
MUDr. Jiřina Dvořáková, MUDr. Jiří Liška, CSc.,
MUDr. Ctirad Kozderka

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

Jazykové korektury: Bohumila Weilová
Grafické zpracování: Michal Semerák

Úřední hodiny SPLDD ČR

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

Sekretariát:
U Hranic 16, 100 00 Praha 10

telefon: 267 184 065
fax: 267 184 050

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

Foto na titulní straně: ordinace MUDr. Štefana Hrunky

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 a kolegové,

až tento editorial vyjde, bude již září. Prázdniny skončí, většina z nás bude mít již po dovolené. Místo letního klidu budou naše čekárny opět „šumět“ zástupy pacientů.

Ale o tom jsem psát nechtěl. Rád bych se s vámi podělil o myšlenky, které mne a možná i vás někdy napadnou.

Vzpomínám si, jak jsem byl jako medik překvapen vstřícností a milým chováním našich starších kolegů pediatriů, dětských chirurgů, ortopedů, kardiologů, neurologů... Nic takového jsem nezažil ani v preklinických oborech, ani např. u internistů či na dospělé chirurgii. Prostě jsem měl pocit, že lékaři pracující s dětmi jsou milejší, slušnější a mají k nám medikům hezčí vztah.

Dále si vzpomínám, jak mělnická nemocnice na počátku devadesátých let koupila počítače, chirurgové si „vyhádali“ jeden počítač pro každého lékaře, my jsme dostali na dětské oddělení jeden pro primářku a jeden pro vrchní sestru.

Když byly před několika roky zrušeny regulační poplatky v našich ambulancích, žádné kompenzace jsme nedostali a trvalo mnoho let, než nám byly postupně kompenzovány, kolegové VPL a lékárny se kompenzací dočkali ihned.

Před asi dvěma roky jsem byl se synem na chirurgii, čekali jsme skoro tři hodiny, ač byla čekárna plná, nikdo si nestěžoval, nenadával, nezvyšoval hlas, všichni pacienti pokorně čekali, až na ně přijde řada. Tak se ptám, proč v naší čekárně stoupá napětí s každou minutou čekání a po 20 minutách někteří rodiče našťavaně odcházejí a cestou utrousí nelichotivá slova na naši adresu. Přeci vědí, že v ordinaci právě ošetřuji pacienta, který přišel dříve než oni, a že i jim bych se věnoval se stejnou pečlivostí.

Před měsícem jsem byl u mého praktika na preventivní prohlídce. Na sestru klepala pacientka, po chvíli sestřička otevřela. Když jí paní řekla: „Sestři, mně je od rána špatně,“ sestra ji poslala, ať si jde sednout a počká, až na ni přijde řada. Mám obavu, že sestra v naší ambulanci by si to vůči rodičům dovolit nemohla.

A tak mne napadá, zda si za některé věci nemůžeme sami. Většina z nás PLDD jsme slušní, ohleduplní, milí, vstřícní, máme sociální citění, obětujeme se až do roztrhání těla či vlastního vyhození...

Jsme ale také často pasivní. Kolik z nás se dostaví na naši regionální konferenci? Kolik z nás každoročně nevyčká s podpisem smluv na doporučení SPLDD? Kolik z nás vyúčtuje pacientům spravedlivou odměnu za svoji práci? Kolik z nás odpoví svému pověřenému zástupci na okrese na zasláný e-mail? Kolik z nás se nezapojilo do petiční akce za zachování našeho atestačního oboru? Kolik z nás není ochotno, být na jeden den, resp. i na pouhou hodinu zavřít na protest ordinaci, natož potom jít na demonstraci? Kolik z nás...

A všichni s tím tak nějak počítají. Naši pacienti a jejich rodiče, kolegové dětské lékaři, ČLK, politici, Ministerstvo zdravotnictví, zdravotní pojišťovny... V dnešním světě je úspěšnější ten dravější, ten hlučnější, ten drzejší... Nějak se zapomíná na hodnoty, jako je laskavost, cit, ohleduplnost, čest...

Pokud si to ale necháme líbit, nemůžeme divit, že se k nám někteří pacienti chovají s takovou arogancí a neúctou, naše příjmy jsou takové, jaké jsou, ministerstvo a zákonodárci s námi neprojednávají legislativu, která se týká přímo nás, náš atestační obor se ztrácí v nedohlednu...

Ano, máme ve vedení jak PLDD, tak i OSPDL opravdu velmi schopné a obětavé kolegyně a kolegy a právem jim za to patří náš dík. Pokud ale jejich práci nepodpoříme, kam asi ten náš „koráb“ se šikovným kapitánem, ale spící posádkou dopluje...? Nebude pak platit, že máme to, co si zasloužíme?

MUDr. Jan Němeček, předseda StČ regionu



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

V červnu a počátkem prázdnin nadále probíhala individuální jednání za zachování oboru PLDD. Setkali jsme se s mnoha zákonodárci a veřejnými činiteli, kterým jsme se snažili objasnit důvody pro zachování oboru PLDD. Od některých představitelů ČSSD jsme se dozvěděli, že důvodem sloučení oborů je také snaha o zavedení tzv. klinických dnů pro praktické lékaře pro děti a dorost. V klinických dnech by PLDD pomáhali řešit nepříznivou personální situaci na dětských odděleních a také velké množství přesčasových hodin našich kolegů. Nic překvapivého, jen to konečně zaznělo nahlas. Stačí si přehrát rozhovor s MUDr. Šebkovou a poslancem MUDr. Krákorou v ČRo Plus dne 8. 7. 2016. Je tedy otázkou, co se má zachraňovat? Zda to bude dostatečná síť PLDD, tj. dostupná primární péče, či dětská oddělení v ČR? Jednání zdravotního výboru v Poslanecké sněmovně, která měla na programu novelu zákona o vzdělávání lékařů – sněmovní tisk 723, probíhala od června uzavřená pro veřejnost. Naši zástupci se na ně nedostali. Výsledkem jednání poslanců bylo navrácení novely zákona o vzdělávání lékařů, která již prošla prvním čtením ve Sněmovně, Ministerstvu zdravotnictví. MZ mělo zpracovat a předložit komplexní pozměňovací návrh ke sněmovnímu tisku 723. Poslanci tento materiál dostali k projednání 11. 8. 2016. Případné pozměňovací návrhy mají být podány do 22. 8. 2016. Tento komplexní pozměňovací návrh nejenže ruší náš obor PLDD, ale navíc nově obsahuje v § 22 odstavec (4) ve znění:

(4) Lékař, který poskytuje ambulantní péči ve stanovených oborech zdravotní péče, absolvuje v rámci celoživotního vzdělávání pravidelnou stáž u poskytovatele lůžkové péče. Stáž lze absolvovat pouze v akreditovaném zařízení. Organizaci stáží zajišťuje kraj. Obory zdravotní péče, délku a četnost stáží, výjimky z povinnosti absolvovat stáž a bližší podmínky organizace stáží stanoví prováděcí právní předpis.

Komentář a vyvození závěrů ponechám na každém z vás. Při navrženém jednom oboru pediatrie si každý dovede představit, na jakém akreditovaném pracovišti bude nucen pracovat. Jak často, jak dlouho a za jakých podmínek, určí předpis, který v tuto chvíli nikdo nezná. Organizaci stáží by měl zajišťovat kraj. Co bude v tu dobu s provozem privátní ordinace? Odpověď zatím neznáme, ale dá se predikovat.

26. 5. 2016 proběhlo další jednání dohodovacího řízení segmentu praktických lékařů o cenách pro rok 2017. Účastníci jednání nedošli k dohodě.

27.–29. 5. 2016 se konalo tradiční setkání školitelů, na němž jsme mohli přivítat řadu nových kolegů, kteří se zapojili do přípravy budoucích PLDD

7. 6. 2016 se setkali na svém pravidelném jednání zástupci KSL. Dne 1. 6. byl zaslán otevřený dopis Koalice soukromých lékařů MUDr. M. Kubkovi. V tomto dopise zástupci KSL reagovali na jeho komentáře v časopise Tempus medicorum 5/2016, které obsahovaly řadu zavádějících tvrzení a nepravd.

9. 6. 2016 se konala 35. schůze Výboru pro zdravotnictví ve Sněmovně, kterého se zúčastnili zástupci SPLDD a OSPDL a opětovně obhajovali zachování oboru PLDD. Další jednání zdravotního výboru již byla neveřejná a pro naše zástupce uzavřena.

11. 6. 2016 proběhla po Brnu i v Praze celostátní vzdělávací akce Zdravotnické fórum „Infekce od A do Z“, která se zabývala problematikou cizinců v našich ordinacích.

17. 6. 2016 proběhlo plánované jednání předsednictva SPLDD.

20. 6. 2016 se uskutečnilo na MZ závěrečné jednání DR pro rok 2017. Ve skupině poskytovatelů PL a PLDD nedošlo k dohodě.

30. 6. 2016 jsem se sešla na půdě MZ s novým náměstkem ministra zdravotnictví MUDr. Kamalem Farhanem.

26. 7. 2016 se sešla na prázdninovém jednání Koalice soukromých lékařů. Bylo přijato stanovisko k Návrhu národní strategie elektronického zdravotnictví České republiky 2016–2020. Koalice doporučila materiál jako celek odmítnout. Nesouhlas se týkal čistě a jen navrženého textu. Shodli jsme se, že na kvalitní a potřebné elektronizaci českého zdravotnictví budeme rádi spolupracovat. Dále KSL požádala ministra zdravotnictví o schůzku, která by se zabývala aktuální situací ve zdravotnictví a úhradami pro rok 2017. Zápis z jednání a prohlášení najdete na dalších stránkách časopisu VOX.

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, Tandori 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 kojenčů. 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.



Koalice soukromých lékařů

■ Zápis z jednání Koalice soukromých lékařů 7. 6. 2016

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

1. Dohodovací řízení o cenách zdravotní péče na rok 2017

- ČSK (Zubohrad) a SSG ČR se se zdravotními pojišťovnami dohodly.
- SPL ČR na návrhy zdravotních pojišťoven nepřistoupilo, v segmentu praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost tedy došlo k nedohodě.
- SAS ČR se nedohodl, nabízené 2,5% navýšení by znamenalo pokles úhrad. Dr. Jojko informoval o problému se ZPMV ČR, která má v úmyslu v letošním roce uplatňovat regulace. Na vyjádření MZ ČR, podle kterého na uplatnění srážek nemá nárok, pojišťovna nereagovala.
- Závěrečné jednání dohodovacího řízení se koná v pondělí 20. 6. 2016.

2. Vyjádření ČLK k prohlášení KSL

- Dr. Kubek, prezident České lékařské komory, velmi negativně hodnotil v periodiku Tempus medicorum 5/2016 a v zápise z porady předsedů OS ČLK v Humpolci prohlášení Koalice soukromých lékařů, která nesouhlasí s postupem ČLK v kampani „Zdravotnictví volá o pomoc“. KSL na tato hodnocení odpověděla dopisem M. Kubkovi, který byl rozeslán 6. 6. 2016 (viz přílohu č. 1). SPLDD ČR o reakcích dr. Kubka diskutovalo na svém květnovém Sněmu v Táboře, kde přijalo prohlášení, ve kterém odmítlo zastrašování veřejnosti ze strany vedení ČLK. SPLDD ČR zaslalo dr. Kubkovi dopis, ve kterém jej se stanoviskem účastníků Sněmu seznámilo.

3. Dopis KSL adresovaný premiéru Sobotkovi

- Dr. Chrz informoval zástupce Koalice soukromých lékařů o jednání s premiérem ČR, kterého se 4. 5. 2016 účastnil společně s dr. Chudobou, prezidentem České lékařské komory. Po dohodě s dr. Chudobou navrhl poslat za KSL Mgr. Sobotkovi dopis s připomenutím, že na jednání deklaroval stejné navýšení finančních prostředků

všem segmentům, s dotazem, zda jeho slib stále platí a jakým způsobem bude naplněn. Text dopisu připraví dr. Jojko a po jeho odsouhlasení bude premiérovi zaslán i s podpisem prezidenta ČLnK (dopis byl premiérovi odeslán 17. 6. 2016, viz přílohu č. 2).

V Praze dne 17. 6. 2016
Zapsala: Mgr. Zina Sladkovská

■ Otevřený dopis Koalice soukromých lékařů MUDr. M. Kubkovi

Vážený pane prezidente ČLK, kolegové nás upozornili na Vaše komentáře k prohlášení Koalice soukromých lékařů, uveřejněné v periodiku Tempus medicorum 5/2016, a na zápis z porady předsedů OS ČLK 19. 5. 2016 v Humpolci. Vzhledem k tomu, že oba materiály obsahují řadu zavádějících tvrzení a nepravd, jsme nuceni reagovat:

- Nikdy jsme netvrdili, že „v ambulantním sektoru je vše v pořádku“. Na dlouhodobé podfinancování a neřešení problémů ambulantní péče upozorňujeme - na rozdíl od Vás - dlouhodobě. Mimo jiné v prohlášení, které kritizujete. Na druhou stranu ale musíme důrazně odmítnout Váš přístup užitý v nové kampani, kdy všechny zdravotníky a všechna zdravotnická zařízení označujete paušálně za nebezpečné pro pacienty. Sám víte, že to není pravda.
- Výrazné navyšování ceny lidské práce v Seznamu výkonů prosazujeme na rozdíl od Vás již léta. Je smutné, že jste se k naší snaze nepřipojil v době akce „Děkujeme, odcházíme“. Tehdy jste na rozdíl od nás prosazoval jen jednostranné navýšení platů jen části nemocničních lékařů.
- Je zejména důsledkem aktivit Vašich a Vašeho předchůdce v čele ČLK, že značná část veřejnosti i lékařů vnímá dnes ČLK jako odborářsko-politickou organizaci a že ČLK u nich stále více ztrácí svůj kredit. Až kriticky nízká účast na okresních shromážděních ČLK o mnohém vypovídá.
- O Vašem zájmu o diskusi s názorovými oponenty svědčí fakt, že jste se na schůzku se členy Koalice soukromých lékařů bez omluvy nedostavil a že jste do dnešního dne neodpověděl Radě SAS na její otázky

k Vaší kampani, ačkoli Vám byly zaslány již před více než měsícem. Koneckonců i formulace v zápise z Humpolce o nutnosti eliminovat náš údajný negativní vliv a označení za kolaboranty také nesvědčí o Vaší ochotě věcně diskutovat. Díkce textu neodbytně vyvolává reminiscenci na rétoriku z doby totality.

- Na rozdíl od Vás a Vašeho předchůdce dr. Ratha se my chováme důsledně apoliticky, s nikým nekolaborujeme a žádné osobní výhody jako výsledky našeho postoje neočekáváme. Již léta se naše stanoviska nezměnila. Na rozdíl od Vás a Vašeho předchůdce jsme vždy prosazovali přiměřenou spoluúčasť pacientů a protestovali jsme proti populistickému zrušení regulačních poplatků.
- Na rozdíl od Vás také dlouhodobě upozorňujeme na neobvykle velký a dramaticky rostoucí podíl veřejných prostředků směřujících do segmentu lůžkové péče. Obrana zájmů soukromých lékařů byla i důvodem vzniku Koalice.

Vážený pane prezidente, důrazně Vám doporučujeme, abyste zvážil, zda je nutné využívat agenturu, jejíž aktivity prestiž lékařského stavu rozhodně nezvyšují a už vůbec nezabrání odchodu českých lékařů do zahraničí. Za všemi dosavadními prohlášeními si stojíme. Vás tímto znovu žádáme, abyste ve všech svých krocích respektoval, že i ve zdravotnictví existuje soukromý sektor a že není možné jiné skupiny zdravotníků zvýhodňovat na jeho úkor.

■ Otevřený dopis předsedovi vlády České republiky

Vážený pane předsedo vlády, dne 4. 5. 2016 jste jednal s prezidenty České lékařské komory a České stomatologické komory. MUDr. Chrz, prezident ČSK, na tomto setkání s Vámi zároveň zastupoval Koalici soukromých lékařů.

Vyjádřil jste se, že by nebylo vhodné, aby se navýšení finančních prostředků v systému zdravotního pojištění promítlo jen do platů zdravotníků pracujících ve státních a kraj- ských nemocnicích.

Od této schůzky uběhlo již několik týdnů. Sledujeme-li výstupy ve sdělovacích prostředcích, zabývající se financováním



českého zdravotnictví, začínáme ale nabývat dojmu, jako by česká vláda zapomněla, že mimo státní a krajské nemocnice existují i jiná zdravotnická zařízení. Zejména ta, která poskytují ambulantní zdravotní a lékařskou péči, ve většině soukromí poskytovatelé. Je přitom obecně známou skutečností, že i soukromé zdravotnictví v ČR výrazně trpí nedostatkem peněz.

Obracíme se tedy na Vás s otázkou, zda Vaše vyjádření o rovném navýšení příjmů všem segmentům zdravotní péče pro další období stále platí. A pokud ano, zda již máte konkrétní představu, jakým způsobem bude tento slib naplněn.

Předem Vám děkujeme za brzkou odpověď, o níž žádáme, neboť právě kvůli již výše zmíněným zprávám v médiích registrujeme významně narůstající nervozitu a nespokojenost mezi členy našich organizací, včetně již i výzev k protestním akcím. Sami bychom byli rádi, pokud bychom mohli toto napětí pomoci zklidnit. K tomu ale potřebujeme znát Vaši odpověď.

V Praze dne 15. června 2016

■ Koalice soukromých lékařů 26. 7. 2016

Přítomni: dr. Chrz, dr. Jojko, dr. Stará, dr. Dvořák, dr. Kudyn, dr. Houba, Mgr. Slavík
Omluveni: dr. Šmatlák, dr. Hülleová

1. Informace k volebnímu řádu ČLK a legitimitě jejích volených orgánů

- Podle informace Mgr. Slavíka, právního poradce ČSK, byl prezident ČLK dr. Kubek zvolen do funkce na základě řádných voleb v souladu s platnou legislativou. Případnou námitku proti legitimitě jeho zvolení by bylo nutné podle občanského zákoníku vznést nejpozději do dvou měsíců od jeho zvolení.

2. Návrh Národní strategie elektronického zdravotnictví

- Zástupci Koalice se shodli na nutnosti návrh Národní strategie elektronického zdravotnictví, zpracovaný MZ ČR, redukovat a přepracovat tak, aby odpovídal reálné situaci ve zdravotnictví. Vzhledem k tomu, že návrh nebyl dostatečně prodiskutován s odbornou veřejností, navrhuje KSL odmítnout jej jako celek. Dr. Jojko připraví návrh textu společného stanoviska Koalice a zašle jej k připomínkování (pozn.: stanovisko bylo dne 8. 8. 2016

odesláno ministrovi zdravotnictví, kompetentním pracovníkům MZ ČR a médiím, viz přílohu).

3. Reakce KSL na svolání mimořádného sjezdu ČLK

- ČLK svolala mimořádný sjezd, který se bude konat ve čtvrtek 22. září 2016 v hotelu Clarion v Praze. Česká stomatologická komora zvažuje kroky reagující na současné aktivity ČLK a nabízí Koalici společný postup. Zástupci KSL se dohodli na obsahu stanoviska Koalice ke kampani ČLK „Zdravotnictví volá o pomoc“. Návrh připraví dr. Jojko (pozn.: stanovisko bylo dne 8. 8. 2016 odesláno médiím, viz přílohu). Ke svolání mimořádného sjezdu se zatím KSL nebude vyjadřovat.
- Dr. Chrz informoval o korespondenci mezi ním a dr. Kubkem, ve které jej prezident ČLK žádá o přehodnocení podpory aktivit KSL, nepřátelských vůči ČLK. Dr. Chrz dr. Kubkovi odpověděl, že nevidí důvod, proč by měl aktivity ČSK v rámci Koalice přehodnocovat. Není přesvědčen o tom, že prezident ČLK má zájem na konstruktivní spolupráci obou komor.

4. Různé

- Dr. Chrz informoval zástupce KSL o setkání s ministrem financí Ing. Babišem, kterého se ve čtvrtek 14. 7. 2016 zúčastnil společně s prezidentem České lékařnické komory dr. Chudobou.
- Dr. Jojko navrhl požádat ministra zdravotnictví o další schůzku se zástupci KSL k projednání aktuální situace ve zdravotnictví a úhrad zdravotní péče v roce 2017. Žádost o setkání zašle jménem Koalice Mgr. Sladkovská (pozn.: žádost byla odeslána 27. 7. Dle zpětného e-mailu má ministr zdravotnictví do 19. 8. dovolenou).
- Dr. Jojko předložil KSL grafy odměňování pracovníků, vytvořené z dat ÚZIS.

V Praze dne 11. 8. 2016

Zapsala: Mgr. Zina Sladkovská

■ Stanovisko Koalice soukromých lékařů k návrhu Národní strategie elektronického zdravotnictví České republiky 2016–2020

Koalice soukromých lékařů (KSL) se na svém jednání 26. 7. 2016 zabývala návrhem Národní strategie elektronického zdravotnictví České republiky 2016–2020, která

byla rozeslána MZ k připomínkám v posledních týdnech.

KSL se v první řadě podivuje nad tím, že takto rozsáhlý a komplikovaný materiál byl vytvořen bez kvalitní komunikace s lékařskou veřejností a ji zastupujícími organizacemi.

KSL je toho názoru, že naplnění obsahu navrhovaného materiálu by snížilo kvalitu českého zdravotnictví, bylo by nebezpečné pro lékaře i pacienty, nepřineslo by žádný prospěch a neuspokojilo by žádné finanční prostředky. Naopak by vedlo k nežádoucímu přesměrování velkých částek peněz od samotné péče o pacienty jinam, nejvíce do IT technologií.

KSL doporučuje materiál jako celek odmítnout, resp. zásadně přepracovat.

Deklarujeme, že tento náš nesouhlas se týká čistě a jen navrženého textu. Na kvalitní a potřebné elektronizaci českého zdravotnictví budeme rádi spolupracovat.

■ Stanovisko Koalice soukromých lékařů ke kampani ČLK „Zdravotnictví volá o pomoc“

Koalice soukromých lékařů (KSL) se na svém jednání 26. 7. 2016 zabývala i kampaní ČLK „Zdravotnictví volá o pomoc“ včetně petice, která je její součástí.

KSL je nadále toho názoru, že české zdravotnictví je podfinancované, a také souhlasí s tím, že na základě odchodu mladých lékařů do zahraničí a neustálého zvyšování průměrného věku lékařské populace v ČR může hrozit vznik nedostatku lékařů v některých oborech či oblastech.

Proto se tímto problémem kontinuálně zabýváme včetně jednání s politickou reprezentací našeho státu.

Způsob vedení kampaně, který zvolila ČLK, včetně prezentace na speciálním webu a petice, paušální označování všech zdravotníků a všech zdravotnických zařízení za špatné a nebezpečné pro pacienty, časování kampaně tak, aby gradovala těsně před krajskými volbami, považujeme nadále za nevhodný.

Sama kampaň s těmito svými částmi a svým politicko-odborářským stylem povede jistě jen k vyvolání negativních nálad u většiny populace ČR vůči zdravotníkům. Soukromé lékaře ohrožuje. Prospěšná (finančně) bude jen pro agenturu, s níž vedení ČLK v tomto spolupracuje.



Boj o zachování oboru

■ **Duel mezi poslancem za ČSSD MUDr. J. Krákorou a MUDr. A. Šebkovou**

RadioPlus, 8. 7. 2016

Přepis audiozáznamu, redakčně neupraveno.

Redaktorka: Je podle Vás správné sloučit oba obory?

Krákora: Přesně jsou argumenty pro a proti, já si myslím, že je to samozřejmě lepší oba obory sloučit, obory nezanikají, sloučí se já sám pocházím ze vzdělávání sem pediatr, mám dvě atestace, takže myslím si 35 let jsem dělal pediatrii, že se vůbec nic nestane a pediatrie je jenom jedna a dojde jenom ke zkvalitnění oboru.

Dr. Šebková: Mám názor opačný, nejde o sloučení ale de fakto skutečně o zánik oboru PLDD, protože pokud si někdo přečte novelu zákona tam se o oboru PLDD naprosto nehovoří. Já mám také kdysi dávno tu jednu pediatrii a jistě já i pan kolega poskytuje péči, nebo snažíme se, kvalitně. Nedá se ale srovnat, v jakých podmínkách se kdysi pediatrie skládala, jaké kompetence měl lékař v té tehdejší primární péči a jak to vypadá dnes. A pokud se podíváme do historie, tak pediatrie jako taková kdysi také neexistovala, byla součástí interního lékařství. Protože postupně vznikla potřeba aby dítě, které není malý dospělý a má právo na svého dětského lékaře, vykrystalizoval se obor pediatrie. A do dnešní doby, za těch posledních asi 15 let, vlastně to desetiletí, kdy existuje samostatný obor PLDD i legislativně, vznikla tato potřeba, aby byl ještě tento obor, což já nevnímám jako štěpení pediatrie. Já to vnímám jako rozšíření péče, zachování kvality.

Redaktorka: Zazněla jedna výhrada, že pokud novela projde, začne platit, dojde k zániku PLDD, nebyly by volně na trhu, k dispozici rodičům, dětem, vy si to nemyslíte?

p. Krákora: To je samozřejmě paní redaktorko vytvořeno trochu uměle, já tvrdím pediatrie je interní obor není to operativní obor, a je jedna pediatrie a je dobré znát ambulantní pediatrii a nemocniční ped, to co uváděla paní doktorka má pravdu ale z interny se neodčlenilo jen jediný obor,

odčlenilo se 10 oborů, kožní, kardiologie, revmatologie to bylo všechno původně interna, no ale ta pediatrie ambulantní a nemocniční já si myslím že je dobrý, když ambulantní lékař zná trochu tu nemocniční pediatrii a může zakročit třeba i ve službách a pohotovostních službách a když zase ten nemocniční pediatr zná tu ambulantní. Mě se to prolínalo ty vědomosti i praxe, sloužil jsem půlku úvazku na oddělení a půlku v ambulanci a osvědčilo se mi to a myslím si že to není krok zpátky naopak je to krok správným směrem.

Redaktorka: ještě jednou tu otázku, byli by k dispozici Ti PLDD?

p. Krákora: Samozřejmě, tak obecně je lékařů nedostatek v ČR. Dětských lékařů a PL nad 60 let je 30 % takže to je problém samozřejmě takže my musíme hlavně taky trochu více ty lékaře vychovávat ve větším počtu a to není problém to nebude z roku na rok a myslím si že ani za těch 4–5 let to nebude problém, aby byli lékaři k dispozici jak v nemocnicích, tak i v ordinacích.

Dr. Šebková: Tady je bohužel strašně problémů, o kterých pan poslanec hovoří. Začnu z toho konce, v tuto chvíli nemáme nedostatek PLDD, jsou lokálně, samozřejmě, místa, která se snažíme řešit spolu s pojišťovnami a profesním sdružením, ale není to globální problém celé republiky. Problém je to, že jsme skutečně staří, s tím souhlasím, nicméně na to jsme upozorňovali vládní orgány a kompetentní lidi už po roce 2000, kdy ještě byla takzvaně jedna pediatrie, že přibývá málo těch, kteří chtějí jít do primární péče. To už bylo tehdy a velmi jsme na to upozorňovali. Za celých 15 let se v podstatě pro primární péči neudělalo téměř nic, kromě toho, že vznikla rezidenční místa, která dnes už ale velmi chtějí zkultivovat. Ale my jsme se pořád snažili, abychom dostali mladé kolegy do praxe. Díky našim snahám máme za poslední 3 roky 50 odatestovaných primárních pediatriů nebo-li PLDD ročně, nám za posledních 5 let vstupuje do oboru 60 nových lékařů ročně. V posledních 2 letech je strmý nárůst zájmu o tento obor.

Redaktorka: takže vy argumentujete, že by nebylo nutné slučovat obory to že právě z důvodu, že chybí?

Dr. Šebková: My jsme se teď dostali do situace, kdy máme velký zájem o tento obor, kdy máme rozpracované... *(redak: myslíte si že by je to odradilo, kdyby se spojily ty 2 obory)*

My bychom se zase dostali na začátek, my máme rozpracované vzdělání, mladí lékaři počítají s tím, jaké budou mít vzdělání, jakou budoucnost, a my je opět již po několikáté uvedeme do nějaké nejistoty, co z nich bude.

Redaktorka: Pane poslanče, není toto argument, na který by možná poslanci měli brát ohled, vzhledem k tomu že jak říká dr. Šebková pediatrii přibývá a jsou na něco připraveni něco očekávají?

p. Krákora: paní redaktorko já samozřejmě ty názory, které tady říkám nejsou nejen moje názory a já samozřejmě jsem je diskutoval jak s pediatry tak i s vedoucími pediatry, máme tady poslance, primáře pediatrický máme různá pracoviště, kde jsem se šéfy dětských oddělení mluvil já si myslím že taky našim úkolem je zabezpečit my máme trochu širší úlohu parlament, my musíme taky zajistit nedostatek nemocničních pediatriů a těch je málo, některá oddělení v ČR, já je nebudu jmenovat ale nejméně o 3 vím, kteří mi telefonovali, nemají dostatek nemocničních pediatriů a nemají je proto, proto že praktičtí lékaři nechtějí do nemocnic vracet a samozřejmě mají tím větší výdělky než nemocniční.

Redaktorka: A dobře, ale když jim změníte způsob na to, že budou muset tak možná je odradíte definitivně, to je možná ta námitka

p. Krákora: No tak heleďte ve světě třeba jsem byl ve Švýcarsku tak tam i ambulantní pediatrii si pošlou své dítě k hospitalizaci to znamená zaregistrovaného pacienta, tak chodí do nemocnice, mají tak zvaný klinický den a v rámci si toho klinického dne si ty děti ošetřují, takže tím si to vzdělávání zvyšují a je to i součástí toho vzdělávání naši pediatrii ambulantní se toho trochu bojí si myslím že to není důvod

Redaktorka: Paní doktorko Šebková bojí se toho praktičtí ambulantní pediatrii, protože jejich znalosti nejsou takové jako ne-



mocniční, neprospělo by to ke kvalifikaci pediatriů kdyby se ty obory sloučili jak tady poznamenává pan poslanec?

Dr. Šebková: Víte co, my si zásadně musíme říci, jaký systém poskytování péče u nás chceme, buď chceme zachovat systém poskytování péče, kdy důraz bude kladen na péči primární, to znamená ten pacient, ten rodič bude mít skutečně toho svého jednoho lékaře, tak jak to dnes máme, od 0–19, a to není v Evropě obvyklé, v 85 % se v Evropě alespoň dětský lékař stará o děti jen do pěti let. Pokud chceme zachovat tento systém, nemůžeme přece nedostatek nemocničních lékařů vytloukat (v uvozovkách) praktiky.

Redaktorka: a ta obava z toho že ta kvalifikace je taková, že by na ní nestačili PLDD nebo že by bylo dobré, aby si jí rozšířili.

Dr. Šebková: Ve vzdělávacím programu PLDD jsou 3 roky ve vzdělání v nemocnici a rok ve vzdělání pro tu praxi, kterou budou potřebovat. My jsme se chtěli s kolegy domluvit, abychom zintenzivnili přípravu toho prvního společného základu, my se naprosto nebráníme, že základ je společný. Chtěli jsme, aby se upravili některé kompetence. Ale PLDD mají svoje ambulance, svoje ordinace, kde je rovněž požadavek, aby měli rozšířené kompetence, rozšířené oblasti. Podívejte, jak se mluví dnes o rizikovém chování, obezitě atd., my máme před sebou spoustu úkolů.

Redaktorka: a to zajišťují, jak vy říkáte praktičtí pediatrii.

Dr. Šebková: A to zajišťují především praktičtí pediatrii, plus se podílejí na lékařské pohotovostní službě, není možné aby koncepčně jsme chtěli, že ambulantní lékaři budou vykrývat nemocniční lékaře. To chce koncepci péče, která, bohužel, ale chybí.

Redaktorka: Pane poslanče teď narazila paní doktorka na důležitou věc a to že praktický lékař takový ten dětský lékař rodinný zná dítě a vy jste pediater a vy to určité taky znáte úplně od narození až do dospělosti a teď je otázka jestli by tím, že by se zrušil tento obor nepřipravili děti o tuto výsadu, že někdo bude znát, že se budou střídát u různých lékařů v nemocnicích.

Krákora: Vůbec ne paní redaktorko, to je takzvaná primární linie tu nikdo přece nezruší, my tu ambulantní pediatrii potřebujeme zrovna tak jako nemocniční. Ale jsou to obory, jsou to spojené nádoby. Jak já říkám

já jsem sloužil, jak na ambulanci to ještě sloužím tak na nemocniční části na dětském oddělení. Akorát tehdy jsme měli daleko víc služeb, měli jsme třeba 8 služeb za měsíc, což bylo hodně, bylo to nadlidské úsilí přes noc. Dneska mají pediatrii jednu dvě služby a pomalu někde v některých okresech a krajích sloužit nechťej. Je potřeba trochu malinko pokusit se tyto věci říct na rovinu prostě jít do toho že pediatrie jenom jedna a není možné, aby docházelo k takovým paradoxům, že primář chce zastupovat v ambulanci a nemá na to tzv. licenci.

Má pětadvacet let praxe, to uvádím přímo ze života. Říkám nebudu jmenovat. A nemůže pomalu, protože nemá licenci na ambulantní pediatrii. To je trochu jako nesmysl. Do takových situací bych byl nerad, abychom se dostávali.

Redaktorka: To asi nikdo, ale já to úplně zjednoduším pane poslanče, jestliže teda budou pediatrii podle toho, co teď leží ve sněmovně za návrh, pokud by se to stalo skutečností studovat jediný obor a budou muset být i v nemocnici, budou mít vůbec čas se starat o ty děti? O ty rodiny na které se soustředí jako praktici?

Krákora: Já si myslím, že jo, dyť potom může dělat tu ambulantní činnost já už jsem ji potom dělal taky paní redaktorko jenom ambulantní činnost a měl jsem dvě služby v nemocnici a 1 na pohotovosti za měsíc. To přece jde, anebo jsem tam chodil jednou za měsíc na klinický den to všechno se dá domluvit.

Redaktorka: paní doktorko Šebková, dá se to domluvit? Je to scénář, který by mohl být v praxi realizovatelný?

Dr. Šebková: Možná okrajově, ale nemůžeme takto udělat systém. Prostě tady je základní nepochopení, my slyšíme pořád, že pediatrie jenom jedna. My se nepřeme, že pediatrie je jenom jedna. Ale poskytování primární péče není jenom o pediatrii, jenom o kurativě, je o dalších činnostech, které přibýly, jak jsem řekla už dříve, za to poslední především desetiletí, které musí lékař v té primární péči udělat, je to i o návštěvní službě. Já když to vztáhnou konkrétně na sebe, já si skutečně nedovedu představit, tak jak poskytuju primární péči a tak jak bych velmi ráda, protože se podílím na vzdělávání mladých lékařů i na vzdělávání našich stávajících lékařů, takže jak bych chtěla, abychom se skutečně věnovali svým pacientům, tak si skutečně nedovedu představit, že kromě lékařské

pohotovostní služby budu ještě chodit do nemocnice a pak tam tedy budu sloužit do rána a pak půjdu do té své ambulance, protože mě tam nikdo nezastoupí. Znáám lékaře, kteří mají, jestli vůbec, týden dovolené za rok. Tady je si nutné uvědomit, že tohle prostě nejde. Znova opakuji, musíme mít nějakou koncepci, ano, nějakým způsobem se bavme o kompetencích, to jsme chtěli celé dva roky, co se ten zákon nějakým způsobem „sije“. Ano, klinické dny, proč ne, já sama si za svými pacienty do nemocnice dojdu, pokud mám na to čas, jsem s nimi v kontaktu, proč ne. Nemůžu na tomhle ale stavět péči o dítě. Jestliže chci kvalitní primární péči, chci tam toho lékaře, nemůžu tuto péči kombinovat.

Redaktorka: Tak teď pane poslanče, těch argumentů bylo víc. Jestli to skutečně není až příliš?

Krákora: to není víc argumentů, to je pořád jeden argument. Tam je o tom jestli ten člověk chce, může jednu nebo dvě služby v nemocnici odsloužit vždyť to není zase taková zátěž. Já jsem sloužil 8 služeb a ráno jsem chodil do ambulance.

Redaktorka: jinak se to udělat nedá, aby se naplnili nemocnice? Teda ty stavy pediatrii než sloučením těch oborů, úplně jednoduše?

Krákora: Samozřejmě dá, vytvoří se rezidenční místa pro nemocniční pediatrii zvyšuje se jim tam samozřejmě potom odměna za práci, tabulkově se musí zvýšit mzdy, to že je samozřejmě velký propad mezi nemocničními pediatrii a praktickými lékaři pro děti a dorost samozřejmě také není dobré, proto každý pediater chce samozřejmě jít z té nemocnice ten dělat toho praktického lékaře pro děti a dorost, už z toho důvodu je to práce kde mu do toho skoro nikdo nemluví, protože on nemá žádného nadřízeného má jenom Českou lékařskou komoru, stanovuje si sám pracovní dobu, má vyšší odměnu, kdežto ten nemocniční lékař tyto věci nemá. Ten má svého nadřízeného, má tabulkový plat, jako musí sloužit. Takže my to chceme dostat na jakousi trochu rovnováhu. To není nic proti pediatriím praktickým pediatriím pro děti a dorost.

Redaktorka: Teď ještě jsem pane poslanče zachytila argument, když jsem pročítala materiály k této diskuzi, že možná tím sloučením taky může nez kvalitnit příprava lidí kteří chtějí být v terénu v praxi protože



teď musí si odbýt rok tuším u zkušenějšího kolegy, což by zaniklo. Taky by se ponížila ta část praktické služby v tom celém přípravném procesu., Není toto riziko?

Krákora: naopak zase paní redaktorko, jestliže pediatr bude jednou dvakrát chodit do nemocnice ať už formou klinického dne praktický lékař pro děti a dorost nebo formou že bude mít službu, ať už to bude přes celou noc nebo do 10 do večera, tak podle mě dochází ke zkvalitnění prostě jeho vědomostí, setká se tam trochu s jinými případy rozšiřuje si obzor, že to má všechno svůj význam.

Redaktorka: Je to rozšíření obzoru?

Můžeme to vnímat tak to pozitivně paní doktorko?

Dr. Šebková: Já bych to vrátila úplně na začátek. My jsme se tady teď, bohužel, dostali k tomu, že se nebavíme o systému poskytování péče. Mělo by být jasně řečeno, a to by mělo být i řečeno rodičům, že skutečně budou mít 5 dní v týdnu po nějakou dobu, a to není doba, kterou si určí praktický lékař pro děti a dorost, to je doba, na kterou má minimálně smlouvu s pojišťovnou, a plus to „určují“ rodiče, kteří, pokud tam toho lékaře nebudou mít, tak k němu prostě nebudou chodit. To takovým způsobem je také regulována. Řekněme, jestli chceme lékaře, který v ordinaci skutečně bude nebo jestli chceme lékaře, který bude dva dny v nemocnici, dva dny v ambulanci, takže když on bude v nemocnici, tak pacienti najdou staženou roli, nějakého jiného lékaře atd. To je pořád o systému té péče. A když se podíváte dnes, předkladatel řekl, že se budou rušit takzvané malé obory, obor praktický lékař pro děti a dorost má v současné době 2000 lékařů a je 5. největším oborem. Předkladatel řekl, že aby to bylo přátelské pro budoucí lékaře, zkrátí se celková doba vzdělávání. V současné době pro praktického lékaře pro děti a dorost je čtyřletá doba, skutečně 4 roky se ten lékař vzdělává, udělá atestaci a jde nebo může jít do praxe.

Redaktorka: A v tom návrhu je?

Dr. Šebková: 4,5 roku minimálně

Redaktorka: Tzn. že v tom nevidíte ty bonusy?

Dr. Šebková: Rozhodně nevidím ty bonusy. A zkrátí se 100% praktická příprava. Pak si sama odpovězte na to nebo i posluchači...

Redaktorka: spíš bych prosila odpověď pana poslance, který se účastní naší

diskuse, jestli tyto argumenty ukazují, že to nejde úplně směrem, který vláda slibovala?

Krákora: Nechci se dotknout paní kolegyně, ale paní kolegyně to trochu dramatizuje, ten klinický den neznámá, že tam budu přece celý den, to si domluvíme, já jsem tam chodil třeba jenom na 2 hod nebo na hodinu, to neznámá, že se nebudu dál starat o své pacienty a ty služby jestli přece odsloužím jednu nebo dvě služby v nemocnici, v nemocničním areálu, zase neznámá nic, že se nebudu starat o svého pacienta, to je v noci. Ano samozřejmě druhý den nemusím být vyspalý, můžu být unavený, ale to bohužel sebou nese to riziko povolání je to posílání.

Redaktorka: Je to riziko pro pacienty?

Krákora: takhle se to nedá říct, chirurgové třeba slouží taky a operují v noci, porody jsou převážně taky komplikované v noci.

Redaktorka: to abychom se začaly bát

Krákora: Musí být ten lékař trochu odpočívající nesmíme to dramatizovat a musí být v určité kondici. Jedna až dvě služby měsíčně nemocničním zařízení nemůžu ohrozit chod ambulantní nebo praktické části lékařů pro děti a dorost, s tím nesouhlasím. Není možné takhle to brát.

Redaktorka: Pane poslanče ještě se zeptám, že existuje petice, kterou podepsalo více než 100 000 lidí za záchranu zachování oboru Dětský lékař pro děti a dorost. Nakolik se poslanci zabývají v zdravotnickém výboru parlamentu právě touto peticí?

Krákora: tak tahle petice samozřejmě chodí na petiční výbor. Petiční výbor nám samozřejmě řekne, co v té petici bylo. To záleží na tom, jak postavíte tu otázku. Takže tam dát otázku zda chcete zrušit obor praktický lékař pro děti a dorost. Tak já samozřejmě budu proti, protože nechci, je to pediatrie Český republiky kvalitní jsme, patříme ke světové špičce. Takže záleží, jak se otázka postaví. Podívejte se na brexit, jak se postavila otázka, jak to vypadá teď ve Velké Británii. Ono se s těmi lidmi dát trochu hrát taková hra jako s tím veřejným míněním taková trochu lehce nefér.

Redaktorka: vy mluvíte o manipulaci

Krákora: lehce může být manipulováno s veřejným míněním, protože to jsou lidi laici. Mě taky přišli za mnou, my chceme základní

obor angiology, já jsem sice odborník medicíny, ale angiology mi taky nic neříká.

Teď mi to vysvětlili. Víte, přišlo mi to logicky pak, ale zase slyšíte ty argumenty z druhé strany tak zjistíte, že oni mají taky pravdu a tak vy musíte v tom parlamentu a přijmout nějaký názor a já mám jeden hlas a přímá se to potom hlasování.

Redaktorka: paní doktorko Šebková v tiskové zprávě, kterou píšete, která není tak stará, ocitají se v ohrožení skoro 2 mil. dětí tím, že by se zrušili, že by se zrušil obor praktický lékař pro děti a dorost a teď se ptám, jestli to opravdu není to o čem mluví pan poslanec možná strašení veřejnosti, snaha manipulovat veřejnost, není to trochu přehnané?

Dr. Šebková: To je vyústění, abych tak řekla toho, těch obav, které máme, protože když si vezmete, když se začalo hovořit o tom, že bude nějaká změna, tak my jsme se to dozvídali z tisku. S námi se o tom v podstatě nikdo nebavil. Na to, že praktický lékař pro děti a dorost je základním oborem primární péče a jeden ze čtyř, který je legislativně zakotven a má na něj právo každé dítě v naší republice, tak jsme se to dozvídali tímto způsobem. A za námi chodily maminky, co se teda bude dít a protože my jsme v podstatě také nevěděli, tak jsme se snažili dopátrat, jak to bude a jakým způsobem. Nebyli jsme schopni těm lidem říct, jak to tedy bude dál. A všechny ty indicie, které přispívaly k obavám, jak je postavený ten zákon, jak neproběhla žádná diskuse, jak nebyla vyargumentovaná, jak neexistuje koncepce, neexistuje analýza, návaznost do dalších zákonů. Bylo tedy na základě podnětu rodičů, abychom něco dělali a nějakým způsobem se začali zajímat a i prát. Podnět byl od rodičů a my nato reagujeme a rozhodně to není o nějakém strašení. Já jsem ani jedné své mamince neřekla, že zmizím. Když jsem jim řekla, že se má spojit vzdělávání pro nemocniční a praktické lékaře pro děti a dorost, víte, co mi ti laici, ty maminky, na to řekli? Paní doktorko, to je ale přece něco úplně jiného, ne?

Redaktorka: pane poslanče, tady zazněla zajímavá věc a to že se s odbornou veřejností s praktickými lékaři pro děti a dorost nikdo moc nebavil, když se připravovaly ty zákonné změny. Nebyla to chyba?

Krákora: ne to není a paní redaktorko úplně pravda. To bylo diskutováno půl až třičtvrtě roku. Víte, já Vám to řeknu takhle, já myslím že jo, tam je má na starosti pan kolega Kasal,



ten tvrdí že mluvil se všemi odbornými společnostmi (a vy mu věříte a na tom je to založené redaktorka) já mu jako věřím protože má celý fascikl názoru, za mnou bylo několik delegací, paní doktorka to nebyla, byly to jiní i spolužáci. Víte, já jenom uvedu, malinko odbočím, já mám zákon proti kouření a škodlivosti, všichni víme, že to škodí a už po 4. jsme ho nestačili ho prosadit, protože existují takové důvody proti jasné věci, že se tak manipuluje, že prostě je velice těžké říci jasně, že kouření škodí zdraví, víme všichni. Přesto jsme to zatím neprosadili.

Redaktorka: Máme poslední vteřiny, paní doktorka chce jednu větu.

Dr. Šebková: Řeknu dvě rychlé věty. Diskuse nebyla, kamkoli jsme přišli a to sami o své vůli, že jsme chtěli spolupracovat a chtěli jsme to nějakým způsobem, i kompromisním, řešit, tak jsme se dozvěděli že prakticky lékař pro děti a dorost jako samostatný obor nebude a ať si to potom vymyslíme, nebo že se to pořeší potom, jak to bude. Takže nebyla diskuse. Prezident České lékařské komory nám ji písemně dokonce odmítl, že má jiný názor a nebude s námi diskutovat. Na přijetí u pana ministra jsme čekali rok. Takže diskuse nebyla. A to že chodíme za poslanci, to se snažíme jim vysvětlovat, že znají ten názor pouze z jedné strany.

Redaktorka: v každém případě ta diskuse se vede v poslanecké sněmovně stále i ve zdravotnickém výboru poslanecké sněmovny, jehož místopředsedou je sociální demokrat Jaroslav Krákora, kterému děkuji za účast pro a proti. Nashledanou

Dr. Šebková: já moc děkuji a doufám, že to dopadne ku prospěchu našich pacientů.

■ Dopis předsedkyně OSPDL předsedovi ČLS JEP k zachování oboru PLDD

Prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA
ČLS JEP, Sokolská 490/31, 120 00 Praha 2

V Praze dne 11. 7. 2016

Vážený pane předsedo, vážení členové představenstva ČLS JEP.

Nejdříve mi dovoluňte poděkovat za to, že jste se na svém zasedání zabývali dopisem výboru OSPDL ČLS JEP, jehož předmětem byl dotaz na dodržování opakovaných závěrů zasedání představenstva a stanoviska ČLS

JEP ohledně specializačního vzdělávání a oboru praktický lékař pro děti a dorost. Děkuji i za odpověď předsedy ČLS JEP ze dne 13. 5. 2016.

S politováním ale musím konstatovat, že v dopisu jsme nenalezli odpověď na námi formulované otázky. Pokud bychom měli vyslovovat domněnky, z dopisu vyplývá, že představenstvo nedodrží své stanovisko ani závěry z předchozích jednání, které jsme zmiňovali v našem dopise z 27. 4. 2016, a připustí bez výhrad zrušení základního oboru primární péče.

Je s podivem, že důvody k tomuto kroku nezohledňují **odborné aspekty**, ale shodují se s **politickými cíli** předkladatelů návrhu a s argumenty odpůrců samostatného oboru. Domníváme se, že právě ČLS JEP by měla hájit ze své funkce odborné stanovisko.

Od samého začátku jsme opakovaně upozorňovali na to, že přiblížení se Evropě v oblasti primární péče o děti a dorost je nejen krokem zpět, ale možností ohrožení současného systému primární péče u nás s následným zhoršením kvality této péče. Jak tato péče v Evropě vypadá, dokladují desítky, možná stovky matek, které dojíždějí či dokonce létají za péčí českého PLDD v případě jejich přesídlení do zahraničí. Pokud se tedy tato péče má stát pouze kurativou, nějakou omezenou formou jen částečně preventivní, pak stačí skutečně lékař vzdělaný všeobecně. Pokud chceme tuto péči zachovat v minimálně stávajícím rozsahu, je to jen prostřednictvím zachování a rozvíjení oboru PLDD. Fakulta dětského lékařství a obor dětská sestra byly kdysi zrušeny také pod záminkou kompatibility s Evropou a negativní následky těchto neuvážených činů pociťují především pacienti.

Argument, že není v Evropě vzdělávání pro PLDD, nemůže obstát. Pokud je v ČR požadavek na systém s praktickým lékařem pro děti a dorost, je také požadavek na jeho řádné vzdělání. Není nám znám ani žádný evropský příkaz ani zákaz týkající se druhů oborů. Ze vzdělávacího plánu našich PLDD vychází curriculum pro **primární** pediatrii v Evropě – ne pro všechny pediatrii, jak je nám podsouováno, že tvrdíme. Nicméně v rámci Evropské akademie pediatrií vznikla pracovní skupina s cílem ustanovit primární/komunitní pediatrii jako subspecializaci. V této skupině má naše společnost zástupkyni. Z toho vyplývá, že v Evropě jsou tendence k posílení primární péče, u nás jsou tendence to, co se zdatně rozvíjí, zničit.

Nemůžeme souhlasit s vyjádřením, že odbornost zůstává, že poslanecký (??) návrh odpovídá posílení významu primární péče, že zákon je takto připraven. V návrhu zákona je pouze „obor pediatrie – pediatri“.

Za vrchol všeho považujeme to, že poslední návrh zákona, který je tvořen, disponuje místo původních 44 čtyřicetidvěma základními – specializačními obory a místo padesátijedním padesátidvěma nástavbovými. Tedy obor, který zmizel zcela, je pouze obor PLDD – pátý největší se dvěma tisíci lékaři a s jednou z nejvíce početně zastoupených odborných společností. Nově vzniká specializační obor pro 11 lékařů!!! V této situaci jsou navíc popřena slova předsedy ČLS, která vyslovil na schůzce se zástupci PLDD – předsedkyněmi OSPDL a SPLDD – „v případě, že bude kolem 40 oborů, není důvod, proč by neměl být zachován obor PLDD“.

Záměrem strategie Zdraví 2020 je primární preventivní péče. V této oblasti se vzdělává a realizuje ji v populaci českých dětí pouze obor praktický lékař pro děti a dorost. Nelze tedy tvrdit, že jeho zrušení této strategii odpovídá.

Vážený pane předsedo, vážení členové představenstva ČLS JEP.

Opětovně vás žádáme, abyste podpořili existenci mladého rozvíjejícího se oboru PLDD (tak jako to dokáže bez jakýchkoli ovlivnění doc. Vilma Marešová, vzhledem ke své dlouholeté zkušenosti ze spolupráce s PLDD) v souladu s tím, jak se ČLS opakovaně vyjádřila. Není jediný odborný důvod ke zrušení oboru, který vychází v našem státě z tradic a který zasluhuje díky svému významu rozvoj.

Za vedení naší odborné společnosti deklaruji, že v této věci chceme stále jednáním najít kompromis s kolegy, například v podobě podstatného zjednodušení přechodu mezi obory prostřednictvím započítání absolvované praxe, což jsme již i opakovaně nabízeli.

V úctě

Za vedení OSPDL ČLS JEP
MUDr. Alena Šebková,
předsedkyně



Novorozenecký laboratorní screening

■ Novorozenecký laboratorní screening

Věstník MZ ČR, částka 6, vydaný 31. května 2016, novelizuje novorozenecký laboratorní screening.

Od 1. června 2016 se rozšiřuje počet testovaných vzácných onemocnění z 13 na 18. Beze změny zůstává testování na nemoci v sekci endokrinní a na cystickou fibrózu. Rozšíření spektra se dočkala sekce dědičných poruch metabolismu. Přibýlo testování na argininémii, citrulinémii I. typu, deficit biotinidázy, deficit karnitinacylkarnitintranslokázy, homocystinurii z deficitu cystathionin beta-syntázy (pyridoxin non-responzivní forma) a homocystinurii z deficitu methylen-tetrahydrofolát reduktázy.

Laboratorní novorozenecký screening se provádí se souhlasem zákonného zástupce odběrem krve na speciální kartičku u dětí mezi 48. až 72. hodinou života. Věstník uvádějí kdy a za jakých podmínek je nutno provádět i tzv. rescreening.

Dále zde nalezneme 3 přílohy:

Příloha č. 1 – Souhlas s provedením novorozeneckého laboratorního screeningu

Příloha č. 2 – Záznam o odmítnutí novorozeneckého laboratorního screeningu (revers)

Příloha č. 3 – Metodika odběru suché kapky krve na screeningovou kartičku

Plné znění kapitoly o novorozeneckém laboratorním screeningu z věstníku uvádíme ve středové příloze.

■ Kam odesílat screeningové kartičky?

Laboratorní vyšetření kongenitální hypotyreózy (CH) a kongenitální adrenální hyperplazie (CAH) a cystické fibrózy (CF) provádí

- Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Šrobárova 50, 100 34 Praha 10,

Laboratoř novorozeneckého screeningu, Klinika dětí a dorostu,

- Fakultní nemocnice Brno, Černopolní 9, 61300 Brno, pracoviště Dětská nemocnice, Oddělení klinické biochemie.

Laboratorní vyšetření dědičných poruch metabolismu (DPM) provádí

- Všeobecná fakultní nemocnice, Ke Karlovu 455/2, 128 08 Praha 2, Ústav dědičných metabolických poruch,
- Fakultní nemocnice Olomouc, I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc, Laboratoř dědičných metabolických poruch, Oddělení klinické biochemie.

■ Kde získáme odběrové screeningové kartičky?

Mar-Con, s.r.o.

Geologická 995/9, 152 00 Praha 5

tel.: 251 815 250

fax.: 251 815 240

www.mar-con.cz

Detailní informace o novorozeneckém screeningu pro veřejnost i pro zdravotnické pracovníky jsou zveřejňovány na webovém portálu www.novorozeneckyscreening.cz.

■ Nemocnice budou muset zlikvidovat staré karty s krví novorozenců

Nemocnice budou muset ještě letos zlikvidovat staré karty s krevními vzorky novorozenců. Nařídil jim to Úřad pro ochranu osobních údajů (ÚOOÚ). Vyhověl tak neziskovce, jež upozornila na možnost zneužití citlivých dat.

Opatření se týká čtyř fakultních nemocnic a zhruba tří milionů screeningových kartiček novorozenců, které jsou starší pěti let.

Nemocnice podle ochránců soukromí smějí tyto karty s citlivými osobními údaji uchová-

vat pouze po dobu nezbytnou k účelu jejich zpracování, tedy v souvislosti s novorozeneckým laboratorním screeninem. Na základě kontrol ÚOOÚ nařídil fakultním nemocnicím v Brně a Olomouci likvidaci kartiček do začátku listopadu. Pražská Všeobecná fakultní nemocnice a nemocnice na Vinohradech, v jejichž případě úřad rozhodoval na základě stížnosti, na to dostaly lhůtu o dva měsíce kratší, uvedl mluvčí úřadu David Pavlát.

Screening krve novorozenců se provádí od 80. let kvůli odhalení závažných vrozených chorob a jejich včasné léčbě. Odběr lékařů provádějí se souhlasem zákonného zástupce dítěte. Podle pokynu ministerstva zdravotnictví mají laboratoře kartičky uchovávat minimálně pět let, aby mohly být použity pro opakované vyšetření v případě nejasností. Pokud zároveň ukládá chránit karty před případným zneužitím. V archivech nemocnic by ovšem mohly být až 100 let s ohledem na skartační lhůtu podle zákona o archivnictví. O prošetření stávající praxe požádalo už před třemi lety občanské sdružení Iuridicum Remedium, podle něhož by bylo možné vzorky krve zneužít například k provádění analýz DNA nebo k získání informací, které by mohly využít například pojišťovny. Lze také zjistit citlivé údaje o etnicitě.

„Fakticky zde existuje kompletní databáze DNA všech občanů mladších 30 let. A to bez jasných pravidel upravených zákonem, ale v podstatě i bez účelu, který by takto masivní zásah do soukromí odůvodnil,“ uvedl ředitel sdružení Jan Vobořil.

Rozhodnutí ÚOOÚ pokládá Vobořil za klíčové. Vadí mu ale to, že úřad připustil uchovávání karet po dobu pěti let. „Likvidace by se podle nás měla vztahovat na všechny vzorky, které již byly analyzovány,“ míní Vobořil.

Zdroj: www.tribune.cz, ČTK, 7. 6. 2016

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

a OSPDL ČLS JEP si vás dovolují pozvat na odborné semináře

v roce 2016. Semináře se konají vždy první čtvrtek v měsíci v Lékařském domě, Sokolská 31, Praha 2, stanice metra „C“

I. P. Pavlova, od 16:30 hodin. Vzdělávací akce jsou pořádány dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK a jsou ohodnoceny 2 kredity.

Odborný garant: MUDr. Natália Sztányi, MUDr. Bohuslav Procházka

6. 10. 2016

Léčba astmatu

MUDr. Zuzana Vančíková, CSc.

KDDL VFN Praha



OSPDL ČLS JEP



Poskytování informací orgánům sociálně-právní ochrany dětí

Metodika

všem krajským úřadům, jejich prostřednictvím obecním úřadům obcí s rozšířenou působností, Magistrátu hlavního města Prahy a jeho prostřednictvím úřadům městských částí hlavního města Prahy

Váš dopis značky ze dne
Naše č.j. 2016/7944-231
Vyřizuje Mgr. A. Křístek
V Praze dne 8. února 2016

Úprava mlčenlivosti poskytovatelů zdravotních služeb ve vztahu k orgánům sociálně-právní ochrany dětí.

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR v dohodě s Ministerstvem zdravotnictví ČR (odbozem zdravotních služeb) vypracovalo následující informaci k některým otázkám aplikační praxe zákonné úpravy mlčenlivosti poskytovatelů zdravotních služeb vůči orgánům sociálně-právní ochrany dětí, zejména obecním (městským) úřadům obcí s rozšířenou působností.

Základní úprava mlčenlivosti poskytovatelů zdravotních služeb

Úpravu tzv. lékařského tajemství obsahuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (dále jen „ZZS“), obecně v § 51. Základní normou je odst. 1, který stanovuje: „poskytovatel je povinen zachovat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděl v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb.“ Mlčenlivost se tedy zásadně týká všech skutečností, které se poskytovatel dozvěděl v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, nejen informací o zdravotním stavu pacienta, tedy např. anamnéze, prognóze apod., ale všech informací.

Ve smyslu odst. 2 citovaného ustanovení lze informace, které má poskytovatel k dispozici, sdělit bez souhlasu pacienta, pokud jde o

- předávání informací nezbytných pro zajištění návaznosti poskytovaných zdravotních služeb,
- sdělování údajů nebo jiných skutečností, je-li poskytovatel zproštěn pacientem,

popřípadě zákonným zástupcem pacienta, mlčenlivosti a sděluje-li údaje nebo tyto skutečnosti v rozsahu zproštění,

- sdělování, popřípadě oznamování údajů nebo jiných skutečností podle tohoto zákona nebo jiných právních předpisů, pokud z tohoto zákona nebo jiných právních předpisů vyplývá, že údaje nebo skutečnosti lze sdělit bez souhlasu pacienta,
- sdělování údajů nebo jiných skutečností pro potřeby trestního řízení způsobem stanoveným právními předpisy upravujícími trestní řízení; za porušení povinné mlčenlivosti se rovněž nepovažuje sdělování údajů nebo jiných skutečností při plnění zákonem uložené povinnosti přezkazit nebo oznámit spáchání trestného činu.

Důvodová zpráva k ZZS k tomu uvádí: *Zákon upravuje povinnost mlčenlivosti poskytovatele a jednotlivých osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb a na to navazující její prolomení. Tím však nebudou dotčeny povinnosti poskytovatelů a zdravotnických pracovníků a dalších osob, které se v souvislosti se svou činností dozvěděly informace o zdravotním stavu pacienta, oznamovat určité skutečnosti podle jiných právních předpisů.*

Informace, které se poskytovatel dozvěděl při poskytování zdravotních služeb, lze tedy zásadně sdělovat jakémukoli třetímu subjektu pouze se souhlasem pacienta (jeho zákonného zástupce).

Poskytování informací orgánům sociálně-právní ochrany dětí

Dle § 45 odst. 3 písm. f) ZZS je poskytovatel dále povinen zajistit splnění oznamovací povinnosti a sdělování údajů podle zákona upravujícího sociálně-právní ochranu dětí. Dle § 65 odst. 2 písm. f) do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi mohou bez jeho souhlasu nahlížet, jestliže je to v zájmu pacienta nebo jestliže je to potřebné pro účely vyplývající z tohoto zákona nebo jiných právních předpisů, a to v nezbytném rozsahu, zdravotničtí pracovníci příslušní podle jiných právních předpisů k posuzo-

vání zdravotního stavu pro účely sociálního zabezpečení, zejména ... sociálně-právní ochrany dětí.

Jde-li o plnění oznamovací povinnosti a sdělování údajů, odkazuje se na úpravu zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí (dále jen „ZSPOD“). Jde-li o nahlížení do zdravotnické dokumentace, týká se tato možnost v zásadě posudkové činnosti – do této dokumentace může nahlížet a pořizovat si z ní opisy a výpisy pouze zdravotnický pracovník (např. posudkový lékař), nikoli také např. sociální pracovník. Posuzování zdravotního stavu se v této souvislosti týká zejména odborného posuzování pro účely zprostředkování náhradní rodinné péče.

Sdělování informací se řídí ustanovením § 53 odst. 1 ZSPOD. Ten stanovuje: *Na výzvu orgánů sociálně-právní ochrany jsou poskytovatelé zdravotních služeb povinni sdělit údaje potřebné podle tohoto zákona pro poskytnutí sociálně-právní ochrany, nebrání-li tomu zvláštní právní předpis. Povinnosti zachovávat mlčenlivost podle zvláštního právního předpisu se nelze dovolávat, jestliže mají být sděleny údaje o podezření z týrání, zneužívání dítěte nebo ze zanedbávání péče o něj.*

Důvodová zpráva z roku 1999 k tomuto ustanovení uvádí: *Dalším způsobem získání informací jsou sdělení jiných státních orgánů, zaměstnavatelů a dalších subjektů. Proto jim návrh zákona stanoví povinnost sdělovat orgánům sociálně-právní ochrany bezplatně údaje, pokud tomu nebrání jiné právní předpisy. Tím se respektuje ochrana dat, která jsou chráněna mlčenlivostí. Zákon v původním znění tak povinnost mlčenlivosti zdravotnických pracovníků respektoval v plné míře a za daného stavu tak nebylo možno bez zproštění mlčenlivosti pacientem sdělovat orgánům sociálně-právní ochrany dětí vůbec žádné informace týkající se pacienta (byť takto přísná právní úprava nebyla zřejmě dodržována). To se změnilo novelou č. 272/2001 Sb. s účinností od 1. 1. 2002. Tato novela vložila do citovaného ustanovení novou větu, navazující na dřívější obecnou formulaci „nebrání-li tomu zvláštní právní předpis“, která odkazem na zvláště uloženou povinnost mlčenlivosti sdělování údajů bez souhlasu pacienta předtím zne-*



možnovala. Byla tedy do § 53 odst. 1 ZSPOD vložena věta: *Povinnosti zachovávat mlčenlivost podle zvláštního právního předpisu se nelze dovolávat, jestliže mají být sděleny údaje o podezření z týrání, zneužívání dítěte nebo ze zanedbávání péče o něj.* Důvodová zpráva k zákonu č. 272/2001 Sb. toto doplnění zdůvodnila takto: *Pro plnění úkolů sociálně-právní ochrany dětí je nezbytné, aby příslušné orgány této ochrany získávaly potřebné údaje. Vzhledem k tomu, že naprostá většina těchto údajů má osobní charakter, jde o údaje, jejichž sdělování a využívání se řídí předpisy o ochraně osobních údajů, popřípadě dalšími předpisy, které brání některé údaje uvedeným orgánům sdělovat. Přitom bez jejich znalosti nemůže orgán sociálně-právní ochrany plnit své povinnosti a zejména včas zasahovat, když se objevují zjevné příznaky, že dochází k poškozování práv dítěte nejhrubším způsobem* (pozn.: zvýraznění MPSV). K odstranění tohoto problému se navrhuje doplnění dosavadní právní úpravy... I když se předloženým návrhem v odůvodněných případech rozšiřuje povinnost sdělovat orgánům sociálně-právní ochrany údaje týkající se zdravotního stavu, stanovuje se současně povinnost těchto orgánů, v souladu s příslušnými právními předpisy, využívat tyto údaje jen v nezbytném rozsahu.

Z uvedeného je zřejmé, že povinnost poskytovatelů zdravotních služeb poskytovat údaje podléhající lékařskému tajemství (což jsou všechny informace, o nichž se dozvěděl při poskytování zdravotních služeb) byla fakticky umožněna teprve od 1. 1. 2002, ovšem lékařské tajemství je respektováno v tom smyslu, že povinnost takové údaje sdělovat je omezena na situace týrání, zneužívání dítěte nebo zanedbávání péče o něj, což je korigováno navíc materiálním vymezením § 6 ZSPOD – *pokud tyto skutečnosti trvají po takovou dobu nebo jsou takové intenzity, že nepříznivě ovlivňují vývoj dětí nebo jsou anebo mohou být příčinou nepříznivého vývoje dětí.* Důvodová zpráva k novele č. 272/2001 Sb. uvádí ještě další výkladové zpřesnění: „*dochází-li k poškozování práv dítěte nejhrubším způsobem.*“ Navíc zákonodárce stanovil, vzhledem k citlivosti údajů, zjištěných od poskytovatele zdravotních služeb, a tím pádem k mimořádně vysokému veřejnému zájmu na jejich ochraně, že je lze i ze strany orgánů sociálně-právní ochrany dětí využívat jen ve zcela nezbytném rozsahu. Možnost dožadovat údaje od poskytovatelů zdravotních slu-

žeb tak není bezbřehá, ba naopak je všemi souvisejícími zákony i v kontextu úmyslu zákonodárce, jak je vyjádřen v důvodových zprávách (zejména z roku 1999 a 2001) chápána velmi omezeně a restriktivně. To musejí pochopitelně respektovat i orgány sociálně-právní ochrany dětí. Pokud by poskytovatel zdravotních služeb bez zproštění povinnosti mlčenlivosti pacientem (jeho zákonným zástupcem) poskytoval komukoli informace nad rámec zákonem předvídaných skutečností, dopouštěl by se velmi závažného porušení svých povinností. Proto **je rovněž namístě, aby orgán sociálně-právní ochrany dětí, vyžaduje-li informace od poskytovatele zdravotních služeb, uvedl v žádosti, že údaje vyžaduje, jak od roku 2002 předpokládá zákon, neboť mají být sděleny údaje o podezření z týrání, zneužívání dítěte nebo ze zanedbávání péče o něj.** Pouhá skutečnost, že mají být sděleny údaje „potřebné pro poskytnutí sociálně-právní ochrany“ je nedostatečná, neboť ve vztahu k poskytovatelům zdravotních služeb takovou skutečností není povinnost jejich mlčenlivosti nijak prolomena.

Úhrada poskytnutých informací

Výkony poskytovatele zdravotních služeb, související se sdělováním informací, nejsou zdravotními výkony hrazenými z veřejného zdravotního pojištění. Podle § 14 odst. 15 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, *hrazené služby dále nezahrnují ... jiné zdravotní výkony provedené na dožádání ... orgánů státní správy ... Úhradu zdravotních služeb podle předchozí věty poskytne zdravotnickému zařízení orgán, pro který se zdravotní služby provádějí, ve výši stanovené seznamem zdravotních výkonů s bodovými hodnotami v souladu s rozhodnutím Ministerstva zdravotnictví.* Tuto úpravu samozřejmě plně respektuje i ZSPOD, když v § 53 odst. 1 stanovuje, že všechny dotčené subjekty (např. také školy, jiné státní orgány apod.) jsou sice povinny sdělit bezplatně údaje, ale dále: *Jde-li však o údaje týkající se zdravotního stavu vyžádané orgánem sociálně-právní ochrany, platí o úhradě zdravotních služeb zvláštní právní předpis.* Za „údaje týkající se zdravotního stavu“ je přitom třeba považovat s ohledem na úpravu zákona o veřejném zdravotním pojištění i na úpravu zdravotní dokumentace v zásadě jakékoli údaje, které jsou obsaženy ve zdravotnické dokumentaci, pokud poskytovatel zdravotních služeb při zpracování sdělení musí nahlédnout a vypsát takové údaje ze

zdravotnické dokumentace pacienta; to se týká zejména sociální anamnézy pacienta.

Poskytování informací civilnímu soudu

Je-li orgán sociálně-právní ochrany dětí ustanoven pro civilní řízení procesním opatrovníkem dítěte, jsou mu v souladu s občanským soudním řádem svěřeny práva a povinnosti „v tomto řízení“, nikoli mimo ně. Vykonává tak na místě zákonného zástupce zastoupení v soudním řízení. Na tento orgán není však současně přenesen výkon rodičovské odpovědnosti v jakémkoli dalším rozsahu, nezískává tak samozřejmě ani postavení zákonného zástupce ve vztahu k poskytovatelům zdravotních či jakýchkoli jiných služeb, (arg.: *zástupce... je oprávněn ke všem úkonům, které může v řízení učinit účastník* – k úkonům v řízení, nikoli mimo ně, vůči třetím, nezúčastněným osobám). Poskytovatel zdravotních služeb zásadně není vůči soudu (tím spíše ani vůči procesnímu opatrovníkovi) zproštěn povinnosti mlčenlivosti. Proto soud zpravidla žádá účastníky o sdělení kontaktních údajů na poskytovatele zdravotních služeb a současně o podepsání písemného zproštění mlčenlivosti takového poskytovatele, tak aby si sám mohl od něho informace dožádat.

Poskytování informací soudnímu znalci

Je-li v soudním řízení nařízeno vypracování znaleckého posudku, je mlčenlivost poskytovatele zdravotních služeb fakticky prolomena v nejširším možném rozsahu. ZZS totiž stanovuje v § 65 odst. 2 písm. i), že *do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi mohou bez jeho souhlasu nahlížet, jestliže je to v zájmu pacienta nebo jestliže je to potřebné pro účely vyplývající z tohoto zákona nebo jiných právních předpisů, a to v nezbytném rozsahu, soudní znalci ve zdravotnických oborech a osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání, které byly pověřeny vypracováním znaleckého posudku znaleckým ústavem, poskytovatelem nebo zdravotnickým pracovníkem, v rozsahu nezbytném pro vypracování znaleckého posudku pro potřebu trestního řízení nebo pro řízení před soudem podle jiných právních předpisů.*

Závěr

Poskytování (sdělování) informací poskytovatelem zdravotních služeb orgánům sociálně-právní ochrany dětí je upraveno kombinací ustanovení zákona o zdravotních službách, zákona o veřejném zdravotním po-



jištění a zákona o sociálně-právní ochraně dětí. Od 1. 1. 2002 až dosud je sdělování informací poskytovatelem zdravotních služeb možné, ale pouze v případě, že mají být sděleny údaje o podezření z týrání, zneužívání dítěte nebo ze zanedbávání péče o něj, tedy pouze v situaci, kdy dochází k poškození práv dítěte nejhrubším způsobem, jak předpokládá zákonodárce. Jinak mlčenlivost poskytovatele prolomena není a orgán sociálně-právní ochrany dětí může nejvýše pacienta (dítě), popř. jeho zákonného zástupce požádat o to, aby ve vztahu k orgánu sociálně-právní ochrany dětí poskytovatele zdravotních služeb jeho povinnosti mlčenlivosti zprostil, poté může dožadovat informace v celém rozsahu takového zproštění. Poskytování požádaných informací je zdravotním výkonem nehrazeným ze zdravotního pojištění, proto podléhá povinnosti úhrady, jejíž maximální výši regulují cenové předpisy Ministerstva zdravotnictví.

Mgr. Kateřina Šlesingerová
ředitelka odboru ochrany práv dětí
Ministerstvo práce a sociálních věcí,
Na Poříčním právu 1, Praha 2, 128 01
Odbor ochrany práv dětí
Jaroslava.novakova@mospv.cz

■ Právní úprava mlčenlivosti ve vztahu k orgánům sociálně-právní ochrany dětí

Již opakovaně jsem se vyjadřoval k této problematice s tím závěrem, že povinná mlčenlivost poskytovatele zdravotních služeb (zdravotnického pracovníka) je zákonem č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, prolomena pouze ve dvou případech. Prvním je případ, kdy existuje aktivní oznamovací povinnost lékaře vůči orgánům sociálně právní ochrany dětí. Jedná se o případy, kdy je důvodné podezření na zanedbávání, týrání, zneužívání dětí atd. Častější jsou ovšem situace, kdy se orgán sociálně-právní ochrany lékaře dotazuje na určité skutečnosti – tedy lékař neoznamuje, ale je tázan. V tomto případě platí ustanovení § 53, odst. 1, písm. c), které výslovně uvádí, že povinnosti zachovávat mlčenlivost podle zvláštního právního předpisu (poznámka – tím je zákon č. 372/2011 Sb., ustanovení § 51) se nelze dovolávat, jestliže mají být sděleny údaje o podezření z týrání, zneužívání dítěte nebo ze zanedbávání péče o dítě. Podezření může mít v daném případě orgán sociálně-právní ochrany dítěte. Ovšem tato

skutečnost musí být v žádosti výslovně uvedena. Pokud žádost neobsahuje informaci o tom, že údaje jsou žádány z důvodu podezření na zanedbávání, týrání či zneužívání, tak mlčenlivost prolomena není a lékař by měl poskytnutí informací s odkazem na povinnou mlčenlivost odmítnout. Druhou možností je, že OSPOD disponuje souhlasem oprávněné osoby (rodič, opatrovník, pěstoun), potom ovšem opět musí tuto skutečnost do žádosti uvést. Ministerstvo práce a sociálních věcí ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví vypracovalo k této věci určitý metodický pokyn (informaci), který byl v únoru tohoto roku rozeslán všem orgánům sociálně-právní ochrany dítěte. Závěry ministerstva jsou shodné s mým výše uvedeným názorem. Tuto informaci ministerstva otiskujeme pro Vaši potřebu.

Mgr. Jakub Uher

■ Specifické zdravotní výkony (maximální ceny a určené podmínky)

Příloha č. 1

1. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, ÚŘAD PRÁCE ČR, ORGÁNY SOCIÁLNĚ-PRÁVNÍ OCHRANY DĚTÍ, ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ A OKRESNÍ SPRÁVY SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ^(1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 19) 20)

Maximální cena
(cena bez DPH)

A. Oblast důchodového a nemocenského pojištění, státní sociální podpory, pomoci v hmotné nouzi a péče o rodinu a dítě, sociálních služeb a poskytování dávek osobám se zdravotním postižením

1. Lékařský nález – komplexní vyšetření zdravotního stavu osoby včetně vyplnění příslušného tiskopisu pro účely posouzení zdravotního stavu ve věcech sociálního zabezpečení (opakované komplexní vyšetření lékařem)	526 Kč
2. Lékařský nález – cílené vyšetření zdravotního stavu osoby včetně vyplnění příslušného tiskopisu pro účely posouzení zdravotního stavu ve věcech sociálního zabezpečení (cílené vyšetření lékařem + 1 administrativní úkon)	285 Kč

3. Vyjádření lékaře na příslušném tiskopise pro účely umístění osoby do zařízení sociálních služeb (podrobný výpis z dokumentace)	249 Kč
4. Vyjádření lékaře o zdravotním stavu	332 Kč
- nezletilého dítěte pro účely umístění do zařízení pro výkon ústavní výchovy a zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc	
- nezletilého dítěte pro účely svěření do náhradní rodinné péče	
- dítěte, u něhož je podezření, že došlo k ohrožení nebo poškození jeho zdravotního stavu v souvislosti s trestným činem nebo přestupkem (cílené vyšetření lékařem)	
5. Vyjádření lékaře o zdravotním stavu	415 Kč
- osoby pro účely posouzení vhodnosti stát se pěstounem nebo osvojitelem	
- dítěte, které nemá na území ČR povolen trvalý pobyt, nebo není hlášeno k pobytu na území ČR po dobu nejméně 90 dnů, ani není oprávněno podle zvláštního právního předpisu trvale pobývat na území ČR (cílené vyšetření lékařem + administrativní úkon)	
6. Vyjádření lékaře ke konkrétní otázce zdravotního stavu dítěte, rodiče nebo jiné osoby odpovědné za výchovu dítěte pro účely sociálně-právní ochrany dětí (administrativní úkon)	83 Kč
7. Nezbytná administrativní činnost lékaře související se zapůjčením zdravotnické dokumentace pro účely resortu práce a sociálních věcí (administrativní úkon + prokazatelně vynaložené náklady na doporučené poštovné)	83 Kč + doporučené poštovné



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Alena Šebková
předsedkyně OSPDL ČLS JEP

Vážené kolegyně a kolegové.

doufám, že jste si přes letní měsíce alespoň trochu odpočinuli a načerpali dostatek nových sil. Přestože „o prázdninách“ je poněkud volněji, některé činnosti přesto proběhly:

Doporučené postupy:

Ve finále a připravené k tisku jsou doporučené postupy pro asthma bronchiale v našich ordinacích, stejně tak nový doporučený postup pro podávání vitamínu D. V září se uskuteční schůzka s představiteli ORL a bude doladěn doporučený postup pro léčbu akutní otitidy, stejně tak by měl být dokončen materiál o racionální antibiotické terapii v našich praxích a preventabilních infekcích.

Poruchy autistického spektra (PAS):

PAS je velké téma, kterému se velmi věnuje ministerstvo zdravotnictví, vláda, poslanci. A to dokonce tak, že všichni zapomínají, především při medializaci v tisku, jednak na aktivní rodiče, kteří vůbec způsobili tento zájem, jednak na naši odbornou společnost, která se významně podílí na zavedení včasné diagnostiky těchto poruch do praxe. Otázkou se zabývá a podporuje ji i Všeobecná zdravotní pojišťovna. V připravované novele vyhlášky č. 70/2012 Sb., o náplni preventivních prohlídek, bude diagnostika v rámci prevence v 18 měsících. Zbývá doladit dotazník, který bude podkladem pro možnou diagnózu, a dotvoření tzv. edukačního kódu. První informace budou vám všem sdělovány v rámci Managementů SPLDD, vzdělávací cyklus se rozjede od ledna 2017 v systému vzdělávání OSPDL.

Asociace klinických logopedů:

Proběhlo první jednání se zástupci klinických logopedů. Dle podnětů z terénu, které od vás často slyšíme, je určité domluvení pravidel nutné. Dle názoru vedení Asociace minimálně první vyšetření dítěte s porušeným vývojem řeči patří do rukou klinického logopeda, který by měl na závěr vyšetření

vypracovat podrobnou zprávu a určit další postup. Stejně tak jako my, i vedení Asociace má výhrady k logopediím organizovaným v mateřských školách.

Plán vzdělávání na rok 2017:

- **Respirační akademie** – další téma v mezioborové spolupráci, ze kterého vyjde doporučený postup pro ambulantní léčbu respiračních onemocnění. Cyklus bude organizován na přelomu roku.
- **Pediatrická akademie** – tradiční témata – očkování, praktická respirace, psychomotorický vývoj II. část.
- **Páteční vzdělávání** – předběžná témata
Obezitologie – na základě absolvování bude možné získat certifikát pro sledování rizikového dítěte v ordinaci PLDD jako podklad pro další možný edukační kód. Druhým tématem bude pravděpodobně Neurochirurgie, prevence a následky úrazů. Definitivně bude rozhodnuto na zářijovém setkání výboru OSPDL s regionálními zástupci.
- **Workshopy** – cyklus lokálních málopočetných seminářů, předběžně v plánu praktické nácviky inhalačních technik, otázka Nutricequ tam, kde neproběhl, praktických dovedností k diagnostice PAS...
- **Velké akce** – Kongres primární péče, 3. mezioborový kongres PLDD, otázkou zůstává konání Zdravotnického fóra či „A–Z“

Média:

Kromě upozorňování na rušení oboru se snažíme i o zviditelnění toho, co vlastně děláme. Dlouhá léta jsme totiž jen pracovali, mlčeli a „ono to fungovalo“. Četli jsme jen o výborných operátorech, plasticích, lékařích, kteří akutně zachraňují životy. O denní mravenčí práci nás všech nečteme nic. Jen to, že máme dost peněz a nechceme sloužit. I to je jednou z příčin, proč se teď musíme bránit.

Volby:

Již v červnovém čísle VOXu jsme avizovali podzimní volby do výboru a revizní komise OSPDL. Návrhy kandidátů z regionů je nutné zaslat do kanceláře OSPDL do poloviny září.

Obor:

I v letním období nadále probíhá „boj“ za zachování našeho oboru. Rozvinuli jsme některé mediální aktivity. Ve Sněmovně – ve zdravotním výboru bude projednáván komplexní pozměňovací návrh k novele zákona č. 95/2004 Sb. Původní návrh vyvolal mnohé negativní ohlasy, současný je dílem ministerstva, některých poslanců, bohužel i s podílem ČLS, jejíž vedení přes svá vyjádření a usnesení hází obor PLDD přes palubu. Odůvodnění jsou politická, zcela neodborná a nejen pro mne jsou velkým zklamáním. V kontextu návrhu novely, kde právě odborné společnosti mají ne-li nulový, tak mizivý význam, je tento stav, kdy lékaři pracují sami proti sobě, velmi smutný. Na tomto místě bych chtěla poděkovat paní docentce Vilmě Marešové, která má jedinou odvahu veřejně obor PLDD bránit, velmi pravděpodobně díky dlouhodobé spolupráci a důvěrné znalosti naší práce.

Korunou všeho je návrh § 22 o povinných stážích ambulantních lékařů na akreditovaných lůžkách. Kromě přepisu mého rozhovoru s poslancem Krákorou, který je uveden v tomto čísle, je to další důkaz toho, že příčina rušení našeho oboru je ta, o které hovoříme od začátku – zajištění provozu nemocničních zařízení našimi službami. Naprosto to odpovídá nekonceptnímu řešení stavu našeho zdravotnictví. Naprosto to odpovídá tomu, že práce lékařů v primární péči, v ambulantní sféře, je považována za podřadnou, a to nejen politiky, ale i „kolegy“. Naprosto to odpovídá tomu, že ambulantní lékaři jsou považováni za méně vzdělané a méně důležité. A nic na tom nemění předvolební proklamace.

Skutečně si toto vše máme nechat líbit?



Dermatitis seborrhoica – seboroická dermatitida

MUDr. Pavel Konrád

Kožní ambulance Dobřichovice

Článek se zabývá definicí, epidemiologií, etiopatogenezí, klinickým obrazem a terapií seboroické dermatitidy.

■ Definice a epidemiologie

Seboroická dermatitida (SD), někdy nazývaná též seboroický ekzém pro klinickou podobnost s atopickým ekzémem, je řazena mezi chronická kožní onemocnění charakterizovaná výsevem recidivujících erytematovskvamózních kožních lézí, lokalizovaných v okrscích kůže bohatých na přítomnost mazových žláz a v oblastech intertriginózních. Predilekčně jsou postiženy oblasti obličeje, vlasaté části hlavy, horní části trupu a místa vlhké zapádky. Jde o velmi časté onemocnění kojenců mezi 3. týdnem až 3. měsícem věku, kdy jeho lehké formy ve kšticí postihují až 2/3 dětí, častěji jsou postiženi chlapci. U dospělých se onemocnění vyskytuje častěji u mužů okolo 4. decenia, prevalence se u dospělců uvádí poměrně vysoká, a to 5–10 % světové populace.

■ Etiopatogeneze

Etiopatogenetických faktorů seboroické dermatitidy je několik, jsou na sobě závislé a vzájemně se podmiňují. Při terapii SD je nezbytně nutné působit na všechny faktory současně.

Prvním predisponujícím faktorem je **zvýšená sekrece mazových žláz**, tzv. seborhea, odtud pochází název onemocnění. U novorozenců je zvýšená činnost mazových žláz zapříčiněna androgeny, jednak transplacentárně přenesenými a také jejich zvýšenou produkcí v kůře nadledvin v tomto období života. Hormonální asociace vysvětluje, proč se onemocnění objevuje v kojeneckém věku, poté se i spontánně odhojuje a recidivuje až

po pubertě. U dospělců je zvýšená sekrece mazových žláz dána zřejmě familiárně.

Druhým významným faktorem je vliv kvasinky **Malassezia furfur** (*Pityrosporon ovale*), která je sice běžným kožním saprofytem, ale její množství je vyšší v místech se zvýšenou produkcí kožního mazu, který je živnou půdou pro její růst. Kromě přímého negativního působení *Malassezia* na kožní bariéru (uvolňuje mastné kyseliny pronikající skrz stratum corneum) je důležitá u pacientů s SD i abnormální imunitní odpověď na kvasinku samotnou.

Třetím faktorem je **narušení kyselého ochranného kožního biofilmu**. To je způsobeno především nadužíváním mycích prostředků s obsahem **sodium laureth sulfátu** (syn. natrium lauryl sulfát). Ten ochranný kožní film destruuje a umožňuje kvasinkám přemnožování. Mýcí prostředky s jeho obsahem by se u pacientů s SD, ale i s jinými druhy ekzémů neměly používat.

Čtvrtým faktorem jsou **klimatické podmínky**, pozorujeme zlepšení onemocnění v létě, u moře, na horách a naopak zhoršení v zimních měsících. Typické jsou exacerbace projevů u pacientů pracujících v klimatizovaných kancelářích se suchým vzduchem.

Pátým zmiňovaným faktorem jsou **psychické vlivy**, pozorováno je zhoršení stavu při stresu. Onemocněním trpí stále častěji manažeři, kteří často splňují dvě posledně jmenovaná kritéria.

■ Klasifikace

Onemocnění se dělí do dvou klinických forem. U novorozenců a kojenců hovoříme

o **dermatitis seborrhoica infantum**. Její vzácnou variantou u dětí s imunodeficitem je *erythrodermia desquamativa Leiner*, u které se vyvíjí těžká erythrodermie (obr. 1).

U dospělých hovoříme o dermatitis seborrhoica adultorum. Dospělá forma se dělí podle rozsahu postižení na ložiskovou, intertriginózní a erythrodermickou formu. Kojenecká SD se klinickými projevy liší od projevů SD dospívajících. Základní principy terapie jsou však stejné.

■ Klinický obraz

U novorozenců a kojenců onemocnění postihuje kšticí, obočí, centrální partie obličeje (obr. 2), v těžších případech i intertriginózní lokalizace, jako je plenková oblast (obr. 3). Typické jsou pro ni žlutavé šupiny na nezářlivé nebo mírně zánětlivé spodině. Ve kšticí je vždy přítomno větší množství pevně lpících žlutavých šupin, tomuto klinickému obrazu říkáme *crusta lactea*, tedy mléčná krusta, lidově „ouročky“ (obr. 4). Mokvavé léze se často objevují i za ušními boltci (obr. 5). Na rozdíl od atopické dermatitidy chybí svědění.

U dospělých lze klinicky jednotku rozdělit na **ložiskovou seboroickou dermatitidu, intertriginózní formu seboroické dermatitidy a seboroickou erythrodermii**.

U *ložiskové formy* bývá nejčastěji postižena krajina kšticí (obr. 6) a obličeje – zevní zvukovody (obr. 7), retroaurikulární oblast, oblast glabely (obr. 8), nasolabiální rýhy (obr. 9) a laterální části krku. Klinicky kolísá postižení vlasaté části hlavy od mírného, ložiskového olupování až po vývoj silných,

Obr. 1



Obr. 2



Obr. 3



Hami Comfort

Novinka pro děti s citlivým zažíváním



Kojenecká mléka Hami Comfort prošla **patentovaným procesem fermentace Lactofidus®** a přináší tak úlevu dětem s **citlivým zažíváním**.¹

Pomáhejte s Hami Comfortem dětem s citlivým zažíváním pro jejich spokojená břicha

Reference: 1. Garcette, K. and M. Bellaiche, Enquête Serena: Evolution des troubles fonctionnels et de la qualité de vie des nourissons sous Bédilait 1. Médecine & enfance, 2007, 27(7).

Kojení je nejpřirozenějším způsobem výživy kojenčů. Kojenecká výživa by měla být používána na doporučení lékaře. Způsobí použití a další informace na obalech a webových stránkách. Potravinářská pro zvláštní výživu – potravinářská pro zvláštní lékařské účely. 08/2016. BF359138.

Materiál určen pro odbornou veřejnost.

MÁTE OTÁZKY? VOLÉJTE ZDARMA
800 500 700



Obr. 4



Obr. 5



Obr. 6

adherujících krust, tzv. *tinea amiantacea* (obr. 10).

U formy s postižením zapářkových prostor dochází k projevům v axilách, v oblastech pod prsy, v okolí pupku, třísel a perianální a genitokrurální krajiny.

Diseminací ložisek dochází ke vzniku *erythrodermické formy*, ta se projevuje přítomností změn ve všech zmíněných lokalizacích včetně flexur velkých kloubů. Tato forma je často komplikovaná sekundární bakteriální infekcí a má sklon k exacerbacím.

Komplikace

Nejčastější komplikací seboroické dermatitidy je druhotná infekce kvasinkovitým mikroorganismem *Candida albicans* (syn. *candidiasis*, *moniliasis*). Při ní se objevuje v zarudlých plochách nejprve výsev papulopustul, které jsou později erodovány. Při okrajích chorobné plochy vidíme většinou mnohočetné makulopapulózní satelitní léze, které se límečkovitě olupují. Kandidová infekce se většinou šíří i do dalších lokalit

a často nacházíme i kandidózu ústní dutiny (soor) nebo bolestivé, začervenalé, popraskané koutky úst s bělavými povlaky (*anguli infectiosi*).

Další komplikací bývá seboroická blefaritida (zánět víček) a u mužů seboroická balanitida.

Diferenciální diagnóza

V diferenciaci diagnostice je třeba pomýšlet zejména na **periorální dermatitidu**, na **atopický ekzém** a v místech vlhké zapářky na **intertrigo** a **erythrasma**.

Periorální dermatitida vzniká nejčastěji po dlouhodobém neindikovaném používání lokálních kortikoidů, projevuje se papulami na erytematózním podkladě na konkávních plochách obličeje (obr. 11). Výsevy bývají periorálně a periorbitálně.

Atopický ekzém vykazuje intenzivnější pruritus a nastupuje většinou později, až po 3. měsíci života. Ložiska mohou být načervenalá a odlišeni od SD je mnohdy velmi obtížné. Někteří autoři dokonce zpochybňují

existenci SD u kojenců jako samostatné klinické jednotky a považují ji za variantu atopické dermatitidy. K rozlišení obou nemocí někdy dospějeme až dalším vývojem onemocnění („wait and see“), k čemuž většinou dochází po 1. roce života. K přechodu ze SD do atopické dermatitidy dochází asi u třetiny dětí.

Intertrigo (dermatitis intertriginosa, opruzení) se vyskytuje též poměrně často u obézních jedinců. Je způsobeno mechanickým třením kůže o kůži či kůže o pleny v kombinaci s působením zevních nox (pot, moč, stolice) v místech kožních záhybů, nejčastěji v tříslech. Klinicky se jedná o ostře ohraničené červené, často mokvající plochy, které pálí a bolí. Často dochází k sekundární bakteriální a kvasinkové infekci.

Erythrasma je onemocnění způsobené grampozitivní tyčinkou *Corynebacterium minutissimum*. V klinickém obraze pozorujeme ostře ohraničené makuly hnědočervené barvy splývající v ložiska až plochy se satelitními makulami na periferii, někdy s jem-



Obr. 7



Obr. 8



Obr. 9

ným šupením, postihující intertriginózní lokalizace, zejména třísla.

■ Terapie

Léčba seboroické dermatitidy musí být komplexní a zahrnuje v sobě terapii **antiseboroickou, antimykotickou, keratolytickou, desikační a antiseptickou**. Pro zdárny terapeutický efekt musejí všechny léčebné postupy probíhat současně.

Lékem volby SD zůstává nadále antiseboroicky působící **ichtamol** (syn. ichtyol), nově zkoušené substance jej zatím nepřekonaly ani se jeho účinnosti u tohoto onemocnění nepřiblížily. Změnila se pouze galenická forma, ve které je ichtamol aplikován, dřívější pasty a krémy nahradily terapeuticky vhodnější **fluidní krémpasty** (např. Cutozinc Ichtamo).

Historie ichtamolu se v medicíně začala psát již před staletími. V oblasti dnešního jižního Německa a severní Itálie docházelo v průběhu vývoje naší planety na mořském dně k ukládání jemného bahna, které se

postupně přeměnilo v živičnou břidlici (obr. 12). Při alpském vrásnění byly břidlicové vrstvy vyvýšeny až 2 000 metrů nad mořskou hladinu. Těmito pochody lze vysvětlit, proč dnešní naleziště těchto tzv. olejových břidlic jsou vysoko v horách, v oblasti takzvaných mořských polí. Z těchto usazenin se dnes získávají různé aktivní látky. Už od středověku se pálením těchto břidlic získával ichtyol (název je odvozen od řeckého ichthys = ryba; označení navazuje na nálezy zkamenělin mořských ryb v břidlicových vrstvách). Dnešní technologie pracuje s pálením břidlice ve vakuu za vzniku oleje, který se dále zpracovává destilací.

První vědecká práce srovnávající léčebné účinky ichtamolu a kamenouhelného i dřevěného dehtu pochází z 80. let 19. století. Jejím autorem byl slavný německý **dermatolog P. G. Unna**, který aplikaci ichtamolu rozšířil na řadu dalších dermatologických onemocnění, například omrzliny a otoky, v některých případech doporučoval ichtamol i k vnitřnímu užití.



Obr. 10

Kromě klasické tmavé formy ichtamolu se v současnosti analogickým technologickým postupem vyrábí i tzv. světlý ichtamol. Postup výroby se odlišuje vícenásobnou destilací a metodou neutralizace, takže výsledný produkt nemá „ichtamolový“ zápach. Klasický tmavý ichtamol je však výrazně účinnější, takže se v terapii upřednostňuje. Ichtamol působí **antiseboroicky**, snižuje produkci mazu. Dále má prokázané účinky antimikrobiální, zvláště **antimykotické**. Účinkuje také **antiekzematózně** a urychluje resorpci zánětlivých infiltrátů. Antimykotický účinek se přičítá fenolům a přítomnosti síry, antiproliferační účinek na zánětlivý buněčný infiltrát a epidermové buňky naftalinům. Výrazné antibakteriální a antimykotické účinky byly dokumentovány v mnohých vědeckých studiích. Je dokázaný účinek ichtamolu i proti *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus haemolyticus* a *Staphylococcus epidermidis*. Rozsáhlé studie, např. u pacientů s *acne vulgaris*, prokázaly výrazné snížení tvorby mazu a tím omezení tvorby komedonů již po použití jednorozhodného

Obr. 11



Obr. 12





ichtamol. Ichtamol nedráždí pokožku, má nízký senzibilizační potenciál a na rozdíl od dehtů **nesenzibilizuje kůži na světlo**.

Na rozdíl od kamenouhelného dehtu či dehtu z různých druhů dřeva se ichtamol nevstřebává po povrchové aplikaci do krevního oběhu, a protože téměř neobsahuje polycyklické aromatické uhlovodíky, **není ani potenciálním kancerogenem**.

Ichtamolová externa se používají u dětí v 1% a u dospělých v 1–3% koncentraci v režimu 3× denně v tenké vrstvě.

Další indikovanou terapeutickou skupinou jsou **antimykotika**, která se používají hlavně ve formě šampónů (např. Micetal šampon) do kštic a ve formě krémpasty (např. Imazol krémpasta) na kůži. Antimykotickou krémpastu nanášíme pouze v tenké vrstvě na noc, přes den aplikujeme ichtamolová externa. Závažný zánět je nutno někdy zklidnit i použitím **slabého kortikoidního přípravku**, který aplikujeme maximálně 2× denně po dobu 7 dnů a vždy ho předepisujeme v kombinaci s protikvasinkovým prostředkem (např. Imacort crm).

K odstranění krust z kapilicia se používají **keratolytika**. Nejčastěji používanou keratolytickou substancí je urea, nejčastěji ve 4% koncentraci. Doporučuje se nanést externum s jejím obsahem (např. AD lotio Chronic) do kštic ráno a večer je při koupání vymýt pomocí speciálního mycího gelu. Postupně tak dojde k odloučení krustových nánosů. Tyto nánosy je bezpodmínečně nutné odstranit, protože představují rezidua kvasinek, které by stav agravovaly.

K omývání postižené pokožky se používají k tomu určené speciální **antiseptické mycí prostředky**. Ty jednak odstraňují vrstvy přes den aplikovaných extern a zároveň působí antisepticky. Většina běžně používaných mýdel obsahuje sodium laureth sulfát, který kůži zbytečně dráždí, přesušuje a odstraňuje ochranný kožní biofilm. Preferujeme tedy medicínální nedráždivé mycí gely, které sodium laureth sulfát neobsahují a obsahují i **antiseptickou složku** s protikvasinkovým účinkem (např. Cutosan mycí gel).

V případech, kdy dojde k mokvání ložisek, ke kterému dochází převážně v místech vlhké zapádky, se používají zinková externa. Ta působí jednak **desikačně** a jednak **protektivně**. Pouhým vysušením ložisek dochází k eradikaci kvasinek či jiných patogenů fyzikální cestou, protože kvasinky se v suchém prostředí nemnoží. Je však nutné nanášet pouze tzv. **ultratenkou** vrstvu externa. Chybně se totiž stává, že maminky či ošetřující personál aplikují ochranný přípravek v silné vrstvě v domněnku, že pacientovi „více“ pomůže. Opak je však pravdou, protože tím způsobí jeho nechtěný okluzivní efekt a stav se může naopak zhoršit. Pod silnou neprodyšnou vrstvou externa se totiž mohou patogeny pomnožit. Ideální „ultratenkou vrstvu“ umožňují jednoduše nanést moderní **ochranné zinkové sprejové přípravky** (např. Cutozinc 10% Spray). Galenická forma spreje umožní aplikovat tenkou vrstvu ochranného krému, aniž by se ošetřující musel dotýkat podrážděné a často bolestivé pokožky.

Shrnutí

Za posledních roků byla zkoušena řada účinných látek k terapii seboroické dermatitidy. Žádná z nich nepřinesla léčebný převrat. Nejvyšší účinnost a terapeutický efekt si u této obtížně zvládnutelné choroby stále zachovává ichtamol. Inovace se projevila v používání nových aplikačních forem, které usnadňují nanášení ichtamolového externa pro pacienta a vylepšují terapeutický efekt.

Literatura

1. Polášková S. Obličejové dermatózy u dětí. Dermatol. praxi. 2011;5(3):134–139
2. Vosmík F. Dermatitis seborrhoica. In Štork J et al. Dermatovenerologie. Praha: Galén, 2008, s. 166–167
3. Švihovec J, Kostiuk P et al. Ichthyo care: profil kosmetického prostředku. 2013. Online. <http://www.edukafarm.cz/c175-ichthyo-care-ichthammolum-profil-kosmetického-prostredku>
4. Salavec M. Dermatitis seborrhoica. Dermatol. praxi. 2010;4(4):186–191
5. Fadrhonicová A. Farmakoterapie kožních nemocí. Praha: Grada Publishing, 1999, s. 211–213
6. Benáková N. Ekzémy a dermatitidy. Praha: Maxdorf, 2013, s. 54–55

Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí

Nakladatelství Grada Publishing, a. s., vydalo v červnu 2016 novou publikaci **Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí** od kolektivu domácích autorů z fakultních pracovišť i z pracovišť praktického dětského lékařství pod vedením doc. MUDr. Lubomíra Kukly, CSc. Kniha o 456 stránkách je členěna do dvou oddílů.

Část obecná v 7 kapitolách upozorňuje na to, že zdraví nelze zúžit pouze na jednotku biomedicínskou, ale důležitou součástí zdraví je i jednotka psychosociální. Zde jsou rozepsány faktory, které významným způsobem ovlivňují zdraví našich dětí a dospívajících (např. genetické faktory, životní prostředí, společenské prostředí, zdravotní péče, životní styl, sociální znevýhodnění, nezaměstnanost aj.).

Část speciální obsahuje 13 kapitol. Úvodní kapitola popisuje zdravotní charakteristiky různých skupin dětské populace z hlediska zdravotního stavu a péče

o zdraví. Mezi další stěžejní kapitoly jistě patří pojednání o dětech vyžadujících speciální péči, o dětech a mladistvých s psychickými poruchami, o dětech vyrůstajících mimo vlastní rodinu, o dětských úrazech, o dětech z rizikových skupin (jiná etnika a národnosti), o syndromu CAN, o utajených porodech, babyboxech, náhradním mateřství. Poslední kapitola je věnována mezinárodní spolupráci v péči o děti. Publikace je doplněna 27 obrázky a 19 tabulkami. Nechybí ani seznam zkratk a rejstřík.

Kniha by měla zaujmout své místo v knihovně odborných pracovníků jak z řad medicínských, tak z řad sociálních a pedagogických zabývajících se problematikou komplexní péče o dětskou a dorostovou populaci, a to pro nalezení aktuálních odpovědí na otázky v rovině teoretické i praktických závěrů. Publikaci lze zakoupit v prodejnách s lékařskou literaturou nebo na www.grada.cz za cenu 790 Kč.





Acne vulgaris jako psychosomatický problém

MUDr. Miroslav Kobsa, MBA

Dětské oddělení Nemocnice Nový Jičín a. s.

Autor ve své stati upozorňuje na závažnost projevů *acne vulgaris* a jejich dopad do oblasti kvality života. Přehledovým způsobem uvádí základní patofyziologické, diagnostické a terapeutické aspekty. Zdůrazňuje pohled psychosomatický jako nedílnou součást standardní farmakoterapie.

■ Úvod

V dermatologické praxi je poměrně často citován G. Lazarus z roku 1986, kde autor rozšířil pohled na funkci lidské kůže nejen jako součást imunitních a regulačních dějů našeho organismu: „Kůže je zrcadlem naší emoční pohody. Často se však rozhodneme nevšímat si psychologicko-etilogického pozadí a léčíme pouze kožní změny.“ Je charakteristické, že toto zrcadlo poskytuje mnoho pohledů závislých na pohlaví a věku a mířících do nejrůznějších oblastí našeho života, zejména osobního a profesního. Je

celá řada kožních onemocnění, u kterých musíme respektovat tento rozměr. *Acne vulgaris* se zdá přímo ukázkovým příkladem.

■ Základní obraz onemocnění

Pokud se týká četnosti výskytu, v období dospívání je to podle literárních údajů téměř 100 procent. Typické je, že postižena jsou obě pohlaví, četnost u ras je ale různá. Nejedná se o život ohrožující onemocnění, ale projevy příznaků zasahují významněji především do kvality života a generují různou míru socioekonomických problémů.

Volba vyšetření a struktura terapie je dána rozsahem a intenzitou příznaků, u nejtěžších příznaků volíme kombinaci systémové a lokální léčby.

Patofyziologicky se jedná zejména o postižení pilosebaceózní jednotky s tvorbou nejrůznější kožní morfologie, která je výsledkem součtu několika faktorů. Mezi ně patří především folikulární hyperproliferace epidermis (s výsledkem ucpání folikulu), dále nadměrná produkce kožního mazu v důsledku působení androgenů. K tomu navíc přistupuje vliv zvýšené aktivity saprofytických bakterií. Výsledkem všeho je pak zánětlivý proces. Z těchto dů-

Uricult® Plus & Uricult® Trio

Rozšiřte portfolio testů používaných ve Vaší ordinaci

Jednoduchá a praktická metoda kultivace moči

Uricult Plus

- » Médium pro stanovení celkového počtu bakterií
- » Selektivní média pro detekci gram negativních bakterií a enterokoků

Uricult Trio

- » Médium pro stanovení celkového počtu bakterií
- » Selektivní média pro detekci gram negativních bakterií a E. coli



Pro více informací navštivte stránky www.oriondiagnostica.cz nebo volejte na tel. číslo 602 647 793





vodů nemůže být terapie zaměřena pouze jednostranně, ale musí se snažit zasáhnout všechny faktory.

Topograficky vidíme především postižení oblastí obličeje, ramen a horních částí hrudníku, tedy lokalit, které jsou viditelné a špatně maskovatelné. Je známo, že v rámci lidské komunikace je část nonverbální dominantní, takže ať chceme či nechceme, první dojem při setkání si okamžitě vytváříme podle toho, jak se druhý člověk chová, mluví, jak vypadají viditelné části kůže. A to je právě ten faktor, který dělá z projevů akné komplexní problém psychosomatický. Z toho důvodu do patofyziologie musíme přičíst i řadu dalších jednotek z oblasti psychologie či psychiatrie. Srovnávací studie, které se věnovaly konkrétně klinické jednotce *acne vulgaris*, prokázaly, že vnímání tíže onemocnění je srovnatelné se situací u středně závažného asthma bronchiale, chronických algických syndromů páteře, epilepsie či diabetu. Šambergerův výrok, kterým nazval kůži „vzorným cvičištem psychogenních dějů“, je v tomto směru plně vystihující.

Nelze nezmínit závislost na věku. Existuje novorozenecká akné, která není vzácná. Uvádí se 20–25 procent novorozenců. Je ale otázka, zda zde projevy někdy nezaměňujeme s novorozeneckou pustulózou, jejíž obraz je velmi podobný. Androgenní vliv je zprostředkován hormony předanými matkou, lokalizace je ale obdobná, ne-li shodná s projevy v pozdějším věku. Kojenecká akné má ve svém obrazu zánětlivé eflorescence typu papula a pustula. Na rozdíl od starších pacientů je zde nutno v rámci diferenciální diagnostiky pátrat i po endokrinopatiích vyšetřením hormonálního profilu se zaměřením na FSH, LH a testosteron. Výsledky by měl vždy zhodnotit dětský endokrinolog.

Tzv. *mid-childhood* acne vidáme u dětí ve stáří 1–7 let. Vzhledem k tomu, že hormonální aktivita je i v tomto věkovém období nevýznamná, měl by také zde celkový stav posoudit endokrinolog a indikovat doplňující spektrum potřebných vyšetření.

Akné u adolescentů je charakteristickou známkou nástupu puberty, proto intervence endokrinologa není imperativní a je indikována jen při dalších známkách nadprodukce androgenů. Toto věkové období je ale typické pro gradaci psychosomatických obtíží, což je logické. Je velmi zrádný rozdíl mezi naším pohledem na projevy nebo pohledem rodičů

a náhledem samotného pacienta. Podcenění této skutečnosti může nastupující psychické problémy ukotvit a vytvořit z nich chronický proces.

Klinika

Existuje několik základních forem projevů. Komedonická a papulopustulózní akné bývá nejčastější. Závažnější projevy představuje konglobátní akné. Bolestivé a provalující se abscesy nejsou rozhodně příjemné, navíc pak velmi často přecházejí do atrofických jizev. Typické je rozšíření i na oblast stehen a hýždí. Za nejtěžší formu lze označit *acne fulminans* s až nekrotizujícími projevy, které bývají provázeny teplotou a postižením velkých kloubů kyčelních a kolenních. Tento souběh se označuje jako SAPHO syndrom. Pro úplnost zmiňme ještě *acne keloidalis nuchae* s postižením zadní části krku a hlavy.

Terapie

Jak již bylo řečeno, samotná terapie je rozvíjena od lokální monoterapie až po kombinaci lokální a systémové terapie a měla by postihovat maximum faktorů, které v dané situaci vytvářejí obraz onemocnění. Povinností je používat terapeutická schémata co nejméně agresivní. O terapeutické rozvaze musejí být pacient i jeho okolí co nejpodrobněji informováni, protože dobrá compliance je velmi významný pomocník. Do lokální terapie patří obvykle lokální antibiotika s retinoidy nebo s benzoylperoxidem. Celková antibiotika jsou rezervována pro těžší formy. Volíme tetracykliny (pokud není věková kontraindikace) a makrolidy. Slibná se zdá kombinace klindamycinu a tretinoidu bez benzoylperoxidu. Stanovení terapie by mělo být doménou kvalifikovaného dermatologa, který má přeci jen nejvíce zkušeností s volbou preparátů a postupů. Vyhneme se tím další traumatizaci pacienta z málo efektivní léčby. Pokud se týká délky léčení, neměla by být krátká, standardně bývá v řádu měsíců. Při úspěchu nezapomínáme ani na následnou kosmetickou péči. Postupy u nejtěžších forem jsou samostatnou kapitolou.

Kvalita života

Již jsme se zmínili, že akné má celou řadu psychosomatických aspektů, a proto nelze

než připojit několik řádek o věci, které říkáme kvalita života. Prof. W. Cunliffe, MD, Universita Leeds, konstatoval, že „pacienti s akné mají nižší hodnocení body image a projevuje se u nich zvýšená úzkostnost, deprese až suicidální tendence“.

Historicky pojem kvalita života vzniká ve 20. letech minulého století, ale teprve až v 70. letech s ním více začíná pracovat sociologie. Od 90. let je již tématem řady dalších oborů a rozvíjí se především metodologie klasifikace. To pak umožňuje zahrnovat tento aspekt i třeba do výstupů o výsledku léčby. Jednotlivé obory samozřejmě pracují s kvalitou života individuálně, pro psychology je důležitá individualita jedince, pro sociology například atributy úspěšnosti. Ve zdravotnictví převládla kvalita života jako hodnotící faktor fyzického a psychosomatického zdraví, což je i model, který se významně uplatní konkrétně i u pacientů s akné. Je velmi inspirující, že již staří Řekové nevnímali chorobu jako izolovaný problém, ale nahlíželi na ni ve všech souvislostech. Měli snahu nejen léčit, ale i vzdělávat pacienta a ukazovat mu všechny cesty k nastolení rovnováhy.

Posouzení kvality není jen dominancí odborného zkoumání, to základní lze provést i v běžné ambulanci. V zásadě máme možnost vést strukturovaný nebo nestrukturovaný rozhovor nebo použít nějaký základní dotazník. Většina dotazníků vznikla v anglosaských zemích a určitým způsobem odráží socioekonomické aspekty dané země, proto je nutno s tímto faktorem počítat při výběru metodiky. Vůbec ale není na závadu, pokud budeme postupovat čistě intuitivně a svoje rozhovory s pacientem zaměříme i do osobní roviny včetně rodinných a partnerských vztahů a profesní oblasti se zaměřením na uplatnění.

Závěr

Acne vulgaris není onemocnění smrtelné, ale svou tíží se v řadě případů blíží onemocněním závažným. Důležité je tyto signály včas registrovat a včas na ně reagovat. Pouze takovýto přístup zajistí vlastní cíl terapie, nejen zlepšení stavu kůže.



Možnosti využití polarizovaného světla v léčbě bolesti v ordinacích lékařů i v domácnostech

Prim. MUDr. Hana Jarošová, Ph.D.

Bioregenerační a rehabilitační centrum Říčany a Mnichovice

Záznamy o léčbě světlem jsou již z doby egyptské, ale i římské a řecké medicíny. Historie novodobé světelné terapie sahá do 19. století, kdy v počátku léčebného využívání světla zprvu nebyly k dispozici žádné přístroje. Světlo bylo využíváno zejména jako součást klimatoterapie, kdy jednou léčebnou složkou byla aplikace slunečního záření – helioterapie (tedy ultrafialové světlo, viditelné světlo a infračervené světlo) pro první pacienty, kteří se léčili s tuberkulózou kůže. Pro tyto nemocné vznikaly léčebny většinou v oblastech s příznivým klimatem – většinou vysokohorské oblasti s čistým vzduchem a dostatečným množstvím slunečního svitu během roku.

Sluneční světlo je zkoumáno již více než sto let, byly sestrojovány různé přístroje na tvorbu světelných paprsků. Mezi první se řadí Finsenova lampa, dále byly konstruovány lampy pro ošetřování rukou nebo nohou a také vznikl přístroj na ošetřování celého těla světlem.

Finsenova lampa využívá obloukové světlo uhlíkových elektrod, takže světlo, které vzniká, je podobné přirozenému slunečnímu světlu. Finsenova lampa se používala zprvu při léčbě kožní tuberkulózy, později se ukázalo, že má i vliv na zlepšování kožní lupénky. Ještě dnes se používají polarizované lampy dr. Finsena o napětí 200 V, o napětí světelného zdroje 12 V, s výkonem světelného zdroje 24 W, s rozsahem vlnových délek 40–2 000 nm, s životností světelného zdroje 3 000 hodin (lampa pracuje v tepelném rozsahu +10 až –40 °C). Finsenova léčebná polarizační lampa bývá používána při bolesti pohybového aparátu, při revmatismu, k lepšímu hojení ran nebo i bércových vředů, k léčbě proleženin, popálenin. Aplikace polarizované lampy pomáhá také například při bolesti svalů, kloubů – i z důvodu úrazu a při zlomeninách. Lampu lze také využívat při onemocnění kůže, např. akné, při psoriáze, atopickém ekzému i u herpetiformních afekcí.

V roce 1903 byla ve Švédsku udělena Nobelova cena dánskému lékaři Nielsi Rybergu Finsenovi za využití terapie svět-

lem u pacientů s kožní tuberkulózou. Světlo je tedy zkoumáno již více než sto let. Nelze přehlédnout, že od roku 1967 bylo po celém světě prováděno více než 2 500 klinických hodnocení léčby světlem. Fototerapií a jejím využitím v běžné lékařské praxi i v klinických podmínkách se v současné době zabývá velký počet lékařů.

Vysvětlíme si, co je léčba polarizovaným světlem. Polarizované světlo má několik základních charakteristik:

- je tedy polarizované
- je polychromní
- je nekoherentní
- má nízkou energii

1. Polarizace znamená, že světlo osciluje v rovnoběžných hladinách a ke vzniku polarizace dochází odrazem.

2. Polychromie: Říkáme, že polarizované světlo je polychromní, tedy má široké spektrum vln, a to ve viditelném záření a v části infračerveného záření (rozsah 480–3 400 nanometrů). Nejlépe do kůže proniká světlo žlutooranžové a tmavočervené o vlnových délkách 550–600 nm a 650–1 000 nm.

3. Nekoherenci si vysvětlíme na srovnání polarizovaného a laserového světla:

- Polarizované světlo je nekoherentní, jedná se o světlo s rozdílnou fází.
- Laserové světlo je koherentní, jedná se o světlo se stejnou fází.

4. Nízká hustota světla

Polarizované světlo je nízkooenergetické, říkáme, že má nízkou energetickou hustotu. Tato nízká energetická hustota má biostimulační účinky. Energetická hustota světla činí 2,4 J/cm² za jednu minutu.

Proto polarizované světlo nedokáže poškodit tkáň, na rozdíl od tzv. chirurgických laserových přístrojů. Proto můžeme o terapii polarizovaným světlem hovořit jako o na-

prsto bezpečné léčbě, která nemá žádné nežádoucí vedlejší účinky.

Když srovnáme laserovou terapii se světelnou terapií polarizovaným světlem podle Mahera z r. 2006, pak:

- laserové světlo je koherentní – vlny se stejnou fází,
- polarizované světlo je nekoherentní, má vlny s různou fází;
- laserové světlo má úzké spektrum, infračervené,
- polarizované světlo má široké spektrum – viditelné světlo a část infračerveného, neobsahuje ultrafialové záření;
- rozsah vlnových délek laserového světla je 106 až 1 100 nm,
- rozsah vlnových délek polarizovaného světla je 480 až 3 400 nm;
- laserové i „polarizované“ světlo jsou obě polarizovaná,
- použití při léčbě bolesti je možné laserové i polarizované světlo.

Polarizované světlo:

- redukuje zánětlivé projevy v těle,
- stimuluje fibroblasty, které, jak víme, produkují kolagen a elastin, udržují naši pokožku vládnou a jemnou,
- stimuluje imunitu,
- stimuluje mikrocirkulaci.

Polarizované světlo má na organismus čtyři účinky. Polarizované světlo se používá kvůli těmto účinkům.

1. Analgetický efekt
2. Biostimulační efekt
3. Podporuje imunitu
4. Protizánětlivý efekt

Indikace k používání polarizovaného světla

V oblasti hojení ran jsou indikace pro hojení poúrazových ran, pooperačních ran, popálenin, ran po transplantacích, jizev, ale i žilních bércových vředů, indikaci mají i dekubity. Polarizované světlo svým vlivem na fibroblasty zvyšuje tvorbu kolagenu a elastinu.



V oblasti tišení bolestí jsou indikace pro bolesti z muskuloskeletálních poranění, při bolesti dolních zad, při bolesti ramen, bolesti krku, bolesti při syndromu karpálního tunelu, pro bolesti při artróze a bolesti při revmatoidní artritidě. U artróz pozorujeme snižování bolestí u pacientů, zlepšuje se svalová síla a rozsahy pohybu, dochází ke zlepšování kvality života pacienta. U artritidy dochází ke zklidňování bolestivé tkáně, pomáhá ke zvýšení mobility, snížení ranní ztuhlosti. To vše vede k vyšší aktivitě nemocného.

Ve sportovní medicíně jsou indikace po distorzích kloubů, distenzích svalů, tendinitidách, při částečné ruptuře svalů a ligament, při epikondylitidách.

V kožním lékařství jsou indikace pro atopickou dermatitidu, psoriázu, herpes simplex, herpes zoster, pro akné, akné rosacea, pro mukózní léze.

V oblasti pediatrie jsou indikace pro dětské kožní choroby, pro infekce horních dýchacích cest, pro alergické respirační onemocnění a pro poruchy myoskeletálního aparátu u dětí. Dále je indikace pro sezónní afektivní poruchu (SAD), pro typické zimní deprese – syndrom únavy, snížené motivace. Indikace je i pro intertrigo.

Doporučené doby aplikací polarizovaného světla jsou:

- pro hojení ran: 2–8 minut
- pro tišení bolesti: 4–10 minut
- pro sportovní medicínu: 4–10 minut
- pro dermatologické indikace: 4–10 minut
- pro oblast pediatrie: 4–10 minut

Retrospektivní analýza dat ordinace při tlumení bolesti polarizovaným světlem

Data byla vybírána ze zdravotní dokumentace z druhé poloviny roku 2015 a z ledna a února 2016 v Rehabilitačním centru v Říčanech a Mnichovicích. Celkem nalezeno 93 záznamů pacientů, kdy všichni pacienti prováděli hodnocení na vizuální analogové škále bolesti 0–10 v průběhu terapie.

Vybírání byli pacienti, kteří dokončili všech 10 ordinovaných procedur. Pacienti měli také další fyzioterapeutické procedury (bez užívání nesteroidních antirevmatik a analgetik). Pacienti byli děleni dle diagnóz, kde největší skupiny byly: s bolestmi v oblasti ramenního a kolenního kloubu, s bolestmi v oblasti krční, s bolestmi v oblasti bederní. V současné době retrospektivně vyhledáváme naše pacienty, kteří z nějakých důvodů

Vyhodnocení

Bolest v oblasti ramenního a kolenního kloubu

- 33 pacientů (10 mužů, 23 žen), průměrný věk 52 let, nejstarší pacient 83 let, nejmladší 10 let

zlepšení po aplikaci	2	3	4	5	6	7	8	9	10
snížení bolesti v %	1	6	12	15	20	25	28	35	38
počet lidí se zlepšením	3	10	16	21	27	29	28	30	31
podíl lidí se zlepšením v %	9	30	48	64	82	88	85	91	94

- Po 6. aplikaci polarizovaného světla Bioptron došlo ke zlepšení bolestivosti skupiny o **20 % u 82 % pacientů**.
- Po 10. aplikaci polarizovaného světla Bioptron došlo ke zlepšení celkové bolestivosti skupiny o **38 % u 94 % pacientů**.

Bolest v oblasti krční páteře

- 30 pacientů (4 muži, 26 žen), průměrný věk 52 let, nejstarší pacient 88 let, nejmladší 13 let

zlepšení po aplikaci	2	3	4	5	6	7	8	9	10
snížení bolesti v %	2	6	15	19	23	26	35	40	43
počet lidí se zlepšením	3	9	21	25	27	28	27	27	28
podíl lidí se zlepšením v %	10	30	70	83	90	93	90	90	93

- Po 6. aplikaci polarizovaného světla Bioptron došlo ke zlepšení bolestivosti skupiny o **23 % u 90 % pacientů**.
- Po 10. aplikaci polarizovaného světla Bioptron došlo ke zlepšení celkové bolestivosti skupiny o **43 % u 93 % pacientů**.

Bolest v oblasti bederní páteře

- 30 pacientů (5 muži, 25 žen), průměrný věk 56 let, nejstarší pacient 81 let, nejmladší 25 let

zlepšení po aplikaci	2	3	4	5	6	7	8	9	10
snížení bolesti v %	3	9	14	22	27	36	40	48	53
počet lidí se zlepšením	4	12	21	28	28	28	28	28	28
podíl lidí se zlepšením v %	13	40	70	93	93	93	93	93	93

- Po 5. aplikaci polarizovaného světla Bioptron došlo ke zlepšení bolestivosti skupiny o **22 % u 93 % pacientů**.
- Po 10. aplikaci polarizovaného světla Bioptron došlo ke zlepšení celkové bolestivosti skupiny o **53 % u 93 % pacientů**.

nemohli mít péči fyzioterapeutickou, neměli ani elektroléčbu. Ti budou tvořit po zpracování dat v ordinaci „kontrolní skupinu“, abychom zjistili čistý účinek polarizovaného světla na zmírňování bolesti.

Nejčastějšími diagnózami v oblasti ovlivňování bolesti v naší ordinaci jsou:

- Bolesti dolních zad
- Bolesti krční páteře
- Bolest ramenních kloubů
- Bolest kolenních kloubů
- Bolest drobných kloubů rukou
- Hematomy
- Bolest při pásovém oparu
- Chronické bolesti v oblasti obličeje obecně

Závěr

S polarizovaným světlem pracuji již od konce 90. let, kdy přišla první „biolampa“ do Čech, tehdy jsem pracovala v Rehabilitačním ústavu Kladruby a ovlivňovali jsme zejména hematomy a dekubity. Velmi dobré zkušenosti mám s aplikací na jizvy a na zmírnění bolestí pohybového aparátu.

Světelnou terapii polarizovaným světlem bych doporučila nejen pro fyzioterapeuty, ale i pro ordinace praktických lékařů pro dospělé i děti. Určitě nalezne každodenní využití i v domácnostech pacientů, kteří si mohou přístroj volně zakoupit.



BIOPTRON -
snadné použití - bezbolestný - bezpečný
bez vedlejších účinků - vyrobený ve Švýcarsku

Programy MEDICAL a BIOPTRON, jednička ve světelné terapii, nyní úspěšně rozšiřují spolupráci s pediatri.

Přístroje světelné terapie BIOPTRON jsou založeny na principu technologie, která získala Nobelovu cenu. Jsou plně certifikovány pro **neinvazivní urychlení hojení a zdravotní prevenci** v celé řadě oblastí. Bioptron v pediatrické ambulanci využíváme u:

- maminek po porodu (jizvy, záněty prsu apod.),
- nachlazení, zánět dutin, k posilování imunity,
- dermatózy u novorozenců, opruzeniny, atopický ekzém, lupénka, akné, opary, afty,
- úrazy (hematomy, odřeniny, opáření, popálení), pooperační doléčení, fraktury.

Světlo BIOPTRON je polychromatické. Jeho spektrum tedy neobsahuje jen jednu vlnovou délku (jako je tomu u laseru), ale má širší škálu, obsahuje i viditelné světlo a část infračerveného záření. Vlnová délka světla BIOPTRON se pohybuje od 480 nm do 3 400 nm. **Elektromagnetické spektrum světla BIOPTRON neobsahuje UV záření!**

Zařízení a lékaři, kteří terapii Bioptron již používají:

Centrum pohybové medicíny Pavla Koláře, Bioregenerační a rehabilitační centrum Říčany, Poradna pro léčbu rány, KARIM 1. LF UK, Všeobecná fakultní nemocnice Praha, Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK, Thomayerova nemocnice, Traumacentrum Hradec Králové, Odlehčovací pobytové a rehabilitační centrum Domu Portus na Praze 1, MUDr. Renáta Růžková, Praha.

BIOPTRON, JEDNIČKA VE SVĚTELNÉ TERAPII

- Bioptron je schválený jako zdravotnický přístroj dle směrnice EU 93/42/EHS.
- Držitel certifikátu kvality DEKRA, TGA & FDA

**NYNÍ SLEVA
VÍCE NEŽ 35 %
na Bioptron MedAll
a Pro1**

pro členáře VOX.
Kontaktujte medicínského specialistu
Bioptron na tel. 724 585 685,
info@bioptron.cz a nahlaste kód akce
Ped16.

Akce platí
do 30. 9. 2016, případně
do vyprodání zásob.



Vývoj radiodiagnostiky a intervenční radiologie posledních desetiletí v kontextu s praktickým lékařstvím

Prim. MUDr. Zdeněk Chudáček, Ph.D.

Radiodiagnostické oddělení FN Plzeň-Bory

Většina klíčových revolučních změn v oboru radiodiagnostika souvisela s fyzikálními a technickými objevy a odehrála se v minulém miléníu. Po objevu X-záření Röntgenem v roce 1895 a radioaktivity Becquerelem v roce 1896 to byla konstrukce zesilovače rtg obrazu v roce 1948, první CT zprovozněné Hounsfieldem v roce 1971 a konečně konstrukce prvních MR zařízení v 80. letech minulého století, na niž se podíleli Mansfield, Lauterbur, Damadian a další. Devadesátá léta minulého století probíhala ve znamení **digitalizace**, která zásadně omezila používání rtg filmů a sjednotila obrazový digitální obrazový formát v medicíně na celosvětově uznávané platformě DICOM (Digital Interconnection in Medicine), univerzální pro celý medicínský svět. Digitalizace přinesla především pozitivní změny v logistice obrazové informace, možnostech archivace a zpětného vybavování obrazové informace, dovolila její datečnou úpravu, dálkový přenos v takřka neomezeném rozsahu. V oblasti skiografie se uplatnily především dvě metodiky tvorby obrazu, a to **přímá digitální skiografie** pomocí speciálního optoelektronického prvku s názvem Flat Panel Detector a dále **ne-přímá digitální skiografie** na tzv. paměťové fólie. **MR byla doplněna o řadu speciálních sekvencí** umožňujících kupř. zobrazení cév bez podání kontrastní látky, analýzu chemického složení hmoty, přesné stanovení perfuzních charakteristik patologického procesu nebo vyšetření Brownova pohybu molekul a jemných změn magnetizovatelnosti tkáně. Každá taková technika zvýšila svým způsobem senzitivitu či specifitu MR diagnostiky. Přelom miléníí přinesl masivní nástup tzv. **hybridních metodik** (PET/CT, PET/MR, SPECT, které sloučily výhody nukleárněmedicínského funkčního vyšetřování a přesné morfologické informace. V této souvislosti se užívá termín molekulární zobrazování. **Molekulární zobrazování** v rámci PET (pozitronová emisní tomografie) nebo SPECT (jednofotonová emisní výpočetní to-

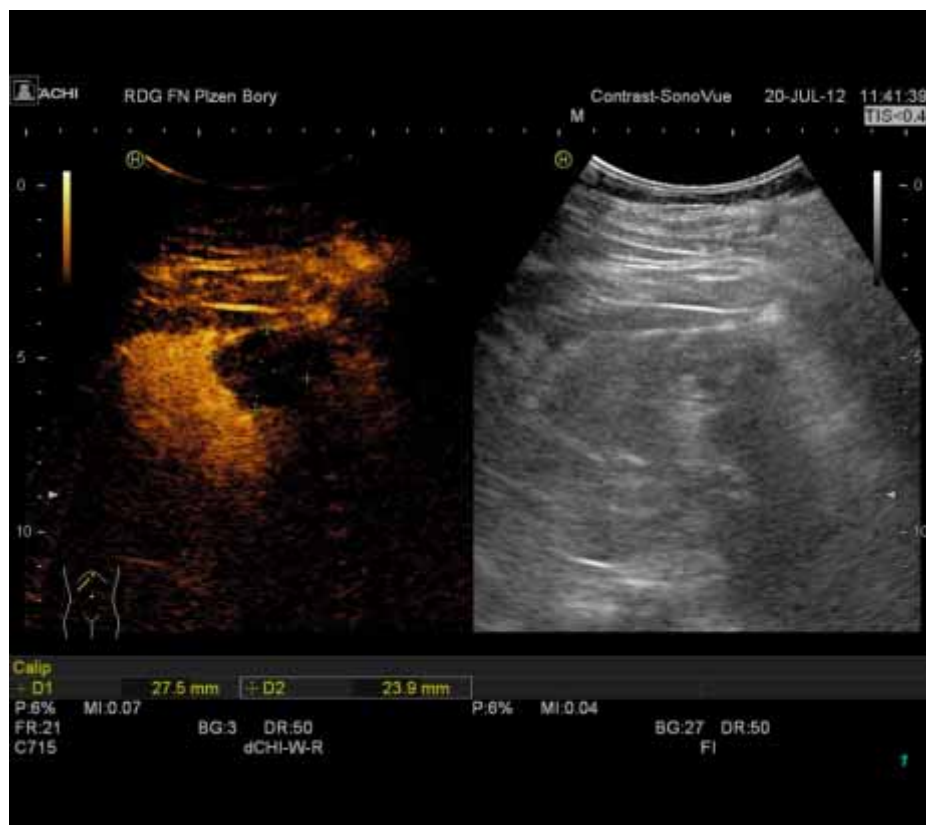
mografie) s použitím radiofarmak umožňuje neinvazivně kvantitativně vyhodnotit s vysokou senzitivitou fyziologické funkce, exprese genů, farmakokinetiku proteinů a peptidů nebo distribuci receptorů. Současně s vývojem dokonalejších zobrazovacích zařízení (CT, MR) molekulární zobrazování pomocí PET/SPECT přispívá k objasnění fyziologických a patologických stavů v rámci vědeckého výzkumu i klinické medicíny. Začalo diagnostikování rakoviny pomocí 18F-2-fluoro-2-deoxyglukosu ([18F]FDG), která je nyní rutinně využívána na poli klinické diagnostiky a umožňuje vyhodnocení rozsahu malignit a tumorózních metastáz. Mnoho úsilí se věnovalo vývoji radiofarmak, která se navazují nebo interagují s in vivo biomarkery. Například řada radiofarmak založených na proteinech a peptidech s vysokou vazebnou afinitou k rozličným biomarkerům se dá použít k diagnostice tumorů, aterosklerózy, trombů apod. Další oblastí využití PET/SPECT zobrazování je diagnostika Alzheimerovy choroby. Vývoj radiofarmakem značených vzorků o nízké molekulové váze ke kvantifikaci plaků beta amyloidu nebo neurofibrilárních smotků v mozku pacientů s Alzheimerovou chorobou umožnil další klinické využití molekulárního zobrazování v medicíně. Pozadu nezůstaly ani metodiky doplňkové, především diagnostický ultrazvuk. **Kontrastní látky na podkladě mikrobublin** dovolily podrobnější analýzu patologických procesů na bázi jejich perfuze bez nutnosti podání rizikových kontrastních látek pro CT nebo MR. **Elastografie**, ať už v podobě záznamu podélné deformace, nebo střížné vlny, umožnila vysoce specifickou prebiptickou diagnózu řady patologických změn, například jaterní cirhózy nebo ložiskových procesů prsní žlázy. Prudký rozvoj **metodik endosonografických** přiblížil ultrazvuk k cílovým orgánům, například pankreatu, a umožnil využít vysokého prostorového a kontrastního rozlišení vysokofrekvenčních měničů. Zároveň se tím maximálně zpřesnila biptická diagnostika dostupných

patologických procesů, je také bezpečnější. V oblasti intervenční radiologie se výrazně vyvíjela **onkologická intervenční radiologie**, rozvinuly se metodiky vertebroplastiky, miniinvazivní nádorová terapie, především termo- či kryoablace, ale i použití nanovlnné energie a jiných postupů k lokálnímu ničení nádorové tkáně. Česká intervenční radiologie může být právem hrdá na jméno nedávno zesnulého profesora Josefa Rosche, plzeňského rodáka, který se stal duchovním otcem intervenční metodiky transjugulárního intrahepatického portosystémového zkratu (TIPS) a proslul v celém odborném světě. Podrobný výčet pokroků v zobrazování a intervenci by si vyžádal rozsáhlé samostatné sdělení a není autorovým cílem. Nicméně znalost možností oboru přibližuje praktického lékaře správnému chápání indikací a je nezbytná pro každodenní kontakt s pacientem. Podrobnosti lze nalézt v tzv. metodickém listu indikací ČRS na stránkách společnosti, i když není t.č. zcela recentní.

■ Screeningové programy v radiodiagnostice a praktický lékař

Řada screeningových programů se opírá o zobrazování v medicíně. Praktický lékař se může velmi zásadně podílet na jejich chodu a měl by o nich být plně informován. Některé jsou zakotveny v zákonných předpisech. Zatímco screening rakoviny plic u kuřáků je stále záležitostí velmi problematickou, protože skutečný pokles mortality prokázala pouze studie z USA, mamografický screening se stal významnou součástí boje proti rakovině prsu, která je nejčastější onkologickou příčinou smrti v Evropě (jedna čtvrtina malignit u žen). Mamografický screening v ČR funguje od podzimu 2002. Jde o centrálně řízenou, plošnou formu screeningu s datovým auditem (směrnice EU). Cílovou skupinou jsou klinicky bezpříznakové ženy nad 45 let. Statisticky byl jednoznačně prokázán přínos v prevenci následků CA prsu. Dobrovolná účast je plně hrazená

zdravotními pojišťovnami. Screeningový interval obnáší 2 roky. Základní zobrazovací metodikou je dvouprůmětová mamografie, nejpodstatnější doplňkovou metodou je ultrasonografie, používaná u obtížně mamograficky hodnotitelných žláz. Pokud je ultrasonografie doporučována v mezidobí dvouletého intervalu k zachytu rychle rostoucích, tzv. intervalových karcinomů, hradí si ji žena sama. Služby screeningových center musejí být komplexní, včetně biopsií, zajištění chirurgické excize a předání pacientky s maligním nálezem onkologovi. Cílem screeningu je zachyt co nejčasnějších, bezpříznakových stadií rakoviny, slibujících vyléčení nebo významné zpomalení progresu nemoci, zlepšení prognózy a kvality života. Mamografický screening není určen k diferenciální diagnostice již symptomatických lézí či k vyšetřování žen s vysokým anamnestickým rizikem rakoviny prsu. Věkový medián při diagnóze rakoviny prsu se pohybuje kolem 63 let. Věk je významným rizikovým faktorem spolu s časnou menarche a pozdní menopauzou, extenzivní hormonální terapií v anamnéze, benigními afekcemi prsní žlázy, kontralaterální rakovinou prsu a závažnou radiační anamnézou. Rodinná zátěž (kupř. mutace BRCA1, BRCA2) je natolik významným rizikovým faktorem, že si vyžádala programy mimo screening (0,5 % žen). Statisticky bylo prokázáno (1), že u japonských žen exponovaných jadernému výbuchu ve věku nad 50 let bylo dodatkové relativní riziko (ERR) statisticky nevýznamné. Přenos výsledků na západní populaci je však problematický. ERR je pak mnohem vyšší. Západní soubory žen studované z hlediska medicínského ozáření jsou více reprezentativní epidemiologicky a z hlediska radiačněbiologického. U starších žen však data chybějí a výsledek je stanoven jen extrapolací. Řízený mamografický screening přinesl průměrné snížení specifické mortality na rakovinu prsu asi o 25 %, u zvaných žen až o 35 %. Signifikanťní je snížení mortality u žen nad 50 let. U věkové skupiny 50–59 let je již přínos jednoznačně významně vyšší než riziko. U věkové skupiny 60–69 let přináší snížení mortality nad 30 %. Míra přežití přitom závisí nejvíce na velikosti tumoru v době zachytu. Původní horní věková hranice pro účast ve screening (69 let) byla zrušena, protože starší ženy se cítily diskriminovány. Podle zkušenosti autora pracoviště to přineslo exponenciální nárůst zájmu seniorek o účast ve screening. Zřetelný vliv na úspěšnost screeningu měl přitom u této



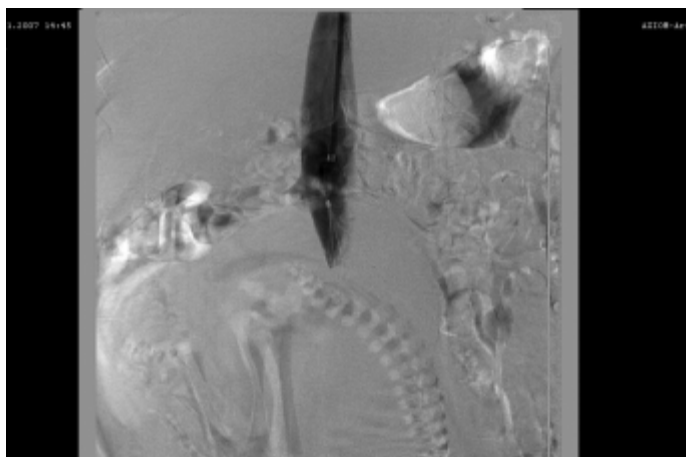
Obr.1 Kontrolní kontrastní ultrasonografie ledviny po provedení radiofrekvenční termoablace konvenčního renálního karcinomu ledviny. Vlevo okrouhlý, kompletní výpadek v mikrobublinami zvýrazněném parenchymu ledviny v místě původního tumoru. Vpravo obvyklý málo přehledný obraz ledviny v sonografickém obraze se silným stíněním v místě termoablace (tzv. B-mode)

věkové skupiny jeho bezplatný charakter. Překvapivě vysoké bylo zastoupení hutné mastopatické žlázy typu Tabár IV (III) u seniorek. Přitom u žen s touto formou žlázy bylo u seniorek relativně vysoké procento výskytu rakoviny. Stejně tak překvapivý byl velký počet zachycených případů rakoviny u žen v 8. deceniu. U seniorek, především v 7. deceniu, bylo možné v anamnéze prokázat vysoké procento dřívějšího užívání estrogenů. Při porovnání seniorek zařazených ve screeningu byl proti kontrolnímu souboru z mamologických poraden z hlediska stadia rakoviny v době zachycení patrný zřetelný klinický profit. Na druhé straně lze vysledovat u seniorek, zejména v 8. a 9. deceniu, nižší compliance v souvislosti s terapií a nižší specifickou úmrtnost na karcinom prsu bez ohledu na jeho stadium.

■ Radiační dávka u zobrazovacích vyšetření

Rozvoj zobrazování v medicíně nesporně přispěl k výraznému zkvalitnění a zrychlení přesné diagnostiky patologických procesů v lidském těle a zobrazování je dnes ne-

zbýtnou součástí diagnostických algoritmů. Navazující rozvoj miniinvasivních terapeutických metodik, opírajících se o zobrazování, změnil postupy v léčbě řady chorob a zčásti vytlačil mnohem agresivnější a rizikovější chirurgické postupy. U řady chorob časná detekce, efektivnější stanovení diagnózy a lepší monitorování terapie pomocí zobrazovacích vyšetření mohou významně přispět k redukci mortality, provedení dodatečné léčby a zlepšení životní perspektivy pacienta. Řada klíčových zobrazovacích metodik je ale spojena s určitým stupněm inherentního rizika, především se jedná o riziko vyplývající z použití ionizujícího záření. Zatímco jiná bezpečnostní rizika, pramenící například z použití kontrastních látek nebo fyzikální rizika spojená s použitím magnetického pole, jsou snáze zvládnutelná, riziko kumulované, celoživotní zátěže ionizujícím zářením je velmi problematické. Zejména poslední desetiletí přinesla prudký nárůst používání radiačně závažných metodik v medicíně. Podle zjištění National Council on Radiation Protection and Measurements (3) na počátku 80. let minulého století odpovídalo použití rentgenového záření za asi 11 % ra-



Obr. 2 Kavální filtr Celect (COOK) zavedený před porodem do dolní duté žíly u ženy s rozsáhlou hlubokou žilní trombózou dolní končetiny a subrenální dolní duté žíly. Filtr nebylo následně možné v obvyklém intervalu odstranit, protože byl vyplněn tromby. Žena dodnes užívá antikoagulační terapii



Obr. 3 Snímek hrudníku u pacienta se současně zavedeným port-katetrem (stín komůrky a katetru vpravo) a Hickmanovým tunelizovaným nutričním katetrem (stín katetru vlevo)

diační dávky v populaci USA. Dnešní odhady se pohybují kolem 35 %. Použití radioaktivních materiálů v nukleární medicíně odpovídá asi za 12 % populační dávky a 50 % tvoří přírodní zdroje záření v prostředí, tzv. přírodní radiační pozadí. **Radiační dávka z použití rentgenového záření v medicíně tak stoupla až o 500 %. Bezmála polovina expozice rentgenovému záření pochází z CT vyšetření a radiační dávky z CT jsou vyšší než z ostatních zařízení používajících tento typ záření.**

■ Rizika vyplývající z použití rentgenového záření v radiodiagnostice a intervenční radiologii

Jedná se především o mírné zvýšení pravděpodobnosti vývoje rakovinného bujení v pozdějším životě ozářeného jedince. Při použití velmi vysokých dávek může dojít ke vzniku katarakty a poškození kůže. Riziko indukce rakoviny závisí na několika faktorech. Především toto riziko narůstá s vyšší celoživotní kumulovanou dávkou. Dále roste nepřímě úměrně s věkem, ozáření mladých jedinců je mnohem rizikovější. Ženy ozářené v totéž věku shodnými dávkami mají riziko indukce rakoviny o něco vyšší než muži.

Riziko vzniku katarakty a poškození kůže je vysoké u speciálních diagnostických výkonů, jako je CT vyšetření prokrvení (perfúze), a některých terapeutických procedur, jako například složitých katetrizací.

Na redukci zmíněného rizika se mohou podílet všichni zúčastnění – pacient, indikující lékař i aplikující odborník (radiolog či radio-

logický asistent), radiologický fyzik, výrobce aparatury i servisní technik.

■ Radiačně závažné zobrazovací metody

Jednotlivé radiačně závažné zobrazovací metodiky aplikují různé množství ionizujícího záření. Skiografie, kam patří mimo jiné snímky hrudníku a mamografie, užívá relativně malá množství záření. Zatímco skiografie představuje četností výkonů asi 74 % radiačně závažných zobrazovacích metod, přispívá pouze asi z 11 % k celkové dávce z medicínských zdrojů. Naopak CT, skioskopie a nukleární medicína vystavují svou podstatou pacienta opakované nebo protrahované expozici ionizujícímu záření. Tyto typy vyšetření jsou proto spojeny s vyšší radiační dávkou než skiografie. Například efektivní dávka u dospělého při CT vyšetření hlavy představuje ekvivalent až 100 skiagramů hrudníku, u CT vyšetření břicha je to až 400 hrudních skiagramů. Zatímco CT, skioskopie (především užívaná v rámci radiointervenčních výkonů) a nukleární medicína reprezentují pouze 26 % radiačně závažných metodik, přispívají k celkové roční dávce populace ze zdravotnických zdrojů až z 89 %.

■ Obavy z radiační dávky

V posledních desetiletích došlo v populaci k velmi významnému, násobnému zvýšení radiační dávky z medicínských zdrojů, především z citovaných metodik, jako je CT, skioskopie a nukleární medicína. Možnost poškození DNA a indukce rakoviny ohrožuje u radiačně závažných metodik desítky tisíc osob zkrácením délky jejich života.

Například pro CT vyšetření prováděná v roce 2007 v USA se odhaduje indukce asi 29 000 případů rakoviny v populaci (4). I když odborníci nemusejí mít stejné názory na rozsah rizika pocházejícího z medicínských radiačních zdrojů, panuje naprostá shoda, že je třeba velice zvažovat poměr mezi medicínskou nezbytností použité dávky a riziky vyplývajících z jejího použití.

■ Nadbytečná radiační dávka

Může vyplývat z použití vyšší radiační dávky, než jaká je potřebná z hlediska očekávaného klinického přínosu dané metodiky. Použití vyšší radiační dávky u řady vyšetření dovoluje získat obraz s lepším rozlišením. Užití příliš nízké dávky může naopak snížit kvalitu vyšetření natolik, že není hodnotitelné. Nadbytečná radiační dávka také může být důsledkem nesprávně indikovaného vyšetření nebo vyšetření, které mohlo být nahrazeno radiačně nezávažnou metodikou. Panuje obecná shoda, že právě nadbytečnou dávkou je potřeba v současné době velmi intenzivně snižovat.

■ Role ozařovaných osob při redukci dávky

Pacient by měl zjistit od indikujícího lékaře, jaký význam bude mít ozáření a zda existuje nějaká alternativní metodika s nižším rizikem a podobným přínosem. Neměl by odmítat vyšetření, pokud indikující lékař adekvátně vysvětlí, proč je vyšetření nutné. Naopak pokud lékař vyšetření nedoporučí, neměl by naléhat na jeho provedení. Patientky by měly zdravotnickému personálu oznámit reálnou nebo



Imunoglukan P4H[®]

doplněk stravy

přírodní Imunoglukan[®] a vitamin C

- dlouhodobá podpora imunitního systému
- v rizikovém období anebo při zvýšených nárocích na organismus
- neobsahuje lepek, alkohol, barviva ani aroma

Dávkování: užívá se 1x denně, dlouhodobě, minimálně 2-3 měsíce.

Imunoglukan P4H[®] je doplněk stravy volně dostupný v každé lékárně bez lékařského předpisu.



Výrobce: PLEURAN, s.r.o.

Obchodní zastoupení: IMUNOGLUKAN CZ, s.r.o.

www.imunoglukan.com





domnělou graviditu. Pacient by měl aktivně vyžadovat ochranné pomůcky, pokud jejich použití má smysl. Měl by se zajímat o průměrnou radiační dávku na daný typ vyšetření na příslušném radiologickém pracovišti.

Z dávkového hlediska je příznivější užití digitálních detektorů.

Každý pacient by se měl snažit zapisovat jednotlivá radiační vyšetření, včetně zubních, s údaji o datu, typu vyšetření, indikujícím lékaři, provádějícím zařízení a jeho adrese. Příklad takového formuláře užívaného v USA je na stránkách www.fda.gov/cdrh/consumer/record_card.pdf. Indikujícím lékařem by pak měl vždy tuto kartu ukázat, aby se zamezilo zbytečným duplikacím vyšetření téže části těla. Kartu by měl mít každý člen rodiny.

■ Role státních institucí

Měly by zajišťovat redukci dávek záření při udržení kvality obrazu

- stanovením výkonových standardů u výrobků produkujících ionizující záření, doporučením správných postupů a prováděním vzdělávacích aktivit u zdravotníků, vědců, průmyslu i zákazníků zaměřených na bezpečné používání medicínských rentgenů a minimalizaci zbytečného ozáření,
- vývojem bezpečnostních standardů, které začleňují dávku redukující technologie do různých typů radiačních výkonů a různých druhů radiologického vybavení,
- spoluprací při ročních auditech mamografických kapacit, testování mamografického vybavení, zajištění souladu s mamografickými standardy kvality, které stanovují standardy pro radiační dávku, personální zajištění a kvalitu obrazu,
- monitorováním pokroků v průmyslových technologiích, které redukují radiační dávku – výrobci vybavení vyvinuli řadu pokrokových technologií zaměřených na snížení dávky v nových CT zařízeních, která mohou významně snížit kolektivní radiační dávku v populaci,
- edukací rodičů a zdravotníků ve věci speciálních podmínek potřebných u dětí, které jsou ozařovány.

■ Faktory ovlivňující nadbytečnou radiační dávku

Použité technické zařízení

Jsou zjišťovány až několikanásobné rozdíly v dávce mezi jednotlivými pracovišti u srovnatelných typů vyšetření (6). Cestou

k nápravě je standardizace postupů a lepší kontrola kvality.

Aplikující odborníci mohou mít nedostatky informací nebo nedostatečně chápou otázky radiační dávky a s tím spojený proces zajišťování kvality, shody a radiační bezpečnosti v rámci zobrazování v medicíně. U řady přístrojů chybějí některá ochranná technická opatření jako standardní nastavení parametrů, které optimalizuje radiační dávku, nebo automatické upozornění, když radiační dávka u daného vyšetření překročí povolenou mez. U některých zařízení chybí měření dávky v reálném čase pro pediatrická vyšetření.

Normy pro radiační dávku pacienta jsou uváděny jako tzv. diagnostické referenční úrovně (5) a obecně odpovídají 75. nebo 80. percentilu distribucí naměřených hodnot dávky u jednotlivých zobrazovacích metod. Diagnostické referenční úrovně jsou etalonem, s kterým se porovnává činnost konkrétního přístroje v programu zajištění jakosti radiační ochrany. Při překročení diagnostické referenční úrovně u kteréhokoli vyšetření by mělo dojít ke zjištění, zda lze redukovat dávku bez ohrožení kvality obrazu. Je snaha zavádět celostátně uznávané diagnostické referenční úrovně pro řadu vyšetření. Bohužel, dosud nejsou u radiačně závažných zařízení v praxi zcela obvyklé bezpečnostní prvky, které by varovaly obsluhu v případě dávek přesahujících diagnostické referenční úrovně nebo dosažení prahu pro špičkovou kožní dávku, ohrožující pacienta poškozením kůže. Pro řadu především pediatrických zobrazovacích metod navíc referenční úrovně ještě nebyly stanoveny, takže v praktickém provozu nelze pak posoudit, zda radiační dávka použitá během vyšetření leží v odůvodnitelném rozsahu.

Často chybí adekvátní zácvik uživatelů pracujících s bezpečnostními prvky přístrojů a vyhodnocujících optimální radiační dávku, především při nastavování místních vyšetřovacích protokolů na konkrétním přístroji. Řada zahraničních společností se velmi intenzivně zabývá vytvořením edukačních materiálů v tomto směru, kupř. kampaň Image Gently and Step Lightly v dikci Alliance for Radiation Safety in Pediatric Imaging v USA, která se týká především CT a intervenční skioskopie u dětí.

Klinické rozhodování

Hlavním problémem zde může být nedostatečná informovanost indikujícího lékaře o předchozích medicínských ozářeních

pacienta. Může to vést ke zbytečnému opakování vyšetření. Dále se dosud plně nevyužívá standardizovaných strukturovaných záznamů o dávce k jednotlivému vyšetření nebo výkonu, které jsou již technicky dostupné na CT nebo angiografických zařízeních. Takto získané informace většinou nepřecházejí automaticky do popisu vyšetření nebo intervenčního výkonu, často ani do nemocniční databáze.

Další problém se dotýká správnosti indikace radiačně závažného vyšetření nebo intervenční metodiky. Nedodržení indikačních kritérií a nedostatečné zdůvodnění lékařského ozáření nejsou v praxi vzácné. Profesionální organizace vydávají, rozšiřují a spravují oficiální indikační doporučení pro mnoho klinických situací. Ta ale dosud nebyla plně přijata klinickou veřejností.

■ Časná detekce radiačního poškození

Užívá se konvenční analýzy metafazické chromozomální aberace a vyšetření cytotokineticky blokaného mikrojádra jako důležitých biologických indikátorů expozice ionizujícímu záření. Signifikantně vyšší je zastoupení dicentrických a acentrických chromozomálních aberací u všech profesně ozářených proti kontrolní skupině, ale bez zřetelného trendu stoupajících chromozomálních poškození jako funkce délky profesní zátěže, celkové dávky, pohlaví nebo věku. Největší četnost chromozomálních aberací a frekvenci mikrojader měli intervenční kardiologové (2).

■ CT v pediatrii – radiační rizika

CT je v pediatrii přínosnou vyšetřovací metodou a počty vyšetření stoupají. Jde však zároveň o velký medicínský problém s ohledem na výrazně vyšší riziko radiace u dětí a mladistvých.

■ CT jako diagnostická metoda

CT může být život zachraňující metodikou zobrazování u nemocných či zraněných dětí. U dítěte jakožto individua je poměr mezi rizikem a přínosem příznivý za předpokladu, že CT je používáno náležitě.

V USA je ročně prováděno 5–9 miliónů pediatrických CT vyšetření. Proti roku 1980 jde o osminásobný nárůst s trendem nárůstu asi 10 % ročně. Podílejí se na tom především vysoký přínos při diagnostice chorob a technická vylepšení.



CT je však spojeno s největším příspěvkem k radiační dávce z medicínských zdrojů v populaci, což je v dětském věku zvlášť závažné.

■ Zvláštnosti radiační expozice u dětí a mladistvých

Děti jsou znatelně citlivější k účinkům radiace než dospělí, což bylo prokázáno v epidemiologických studiích. Děti mají delší životní prognózu proti dospělým a tím vyšší pravděpodobnost exprese radiačního poškození. Kvůli malému objemu těla dostanou děti při neadekvátním nastavení přístroje vyšší dávku záření než dospělí. Riziko indukce rakoviny může být u dětí při srovnatelných vyšetřeních mnohonásobně vyšší než u dospělých. Technická vylepšení CT z posledních let přinesla významnou redukci pediatrické radiační dávky. Na redukci dávky má zásluhu i používání adekvátního nastavení akvizičních hodnot adaptovaných na dětský věk. Největším problémem jsou opakovaná CT vyšetření u téhož dítěte nebo používání více fází při akvizici dat. U řady pediatrických CT by mohla postačit jediná akviziční fáze.

■ Radiační riziko z CT u dětí a mladistvých

Většina národních a mezinárodních organizací odpovědných za posuzování radiačního rizika se shoduje, že s vysokou pravděpodobností neexistuje prahová hodnota dávky ve vztahu k indukci rakoviny ozářením. Jinými slovy žádnou dávku nelze považovat v tomto směru za absolutně bezpečnou.

Studie ozářených dětí při CT ukázaly jasný dávkově závislý vztah u leukémie a mozkových tumorů. Riziko stoupá s rostoucí kumulativní radiační dávkou. U dávky 50–60 mGy (dvě až tři CT hlavy) na hlavu je riziko vzniku nádoru mozku 3× vyšší. Stejná dávka na kostní dřeň zvyšuje riziko leukémie též trojnásobně.

Riziko indukce karcinomu se původně odhadovalo podle modelů rizika u lidí přeživších jaderné exploze v Japonsku. Nové studie se s těmito odhady svými výsledky shodují.

Je třeba zdůraznit, že absolutní rizika vzniku rakoviny spojená s CT vyšetřením jsou nízká. Na základě výpočtů odvozených z modelů založených na lidech přeživších atomové výbuchy se odhaduje celoživotní riziko indukce rakoviny záření na 1–2 případy na 1 000 vyšetřených lidí.

Přínos řádně provedeného a klinicky odůvodněného CT vyšetření by u každého dítěte měl vždy převažovat nad riziky. Minimalizace

radiační expozice, jakkoli provedená, zredukuje také počet CT vyšetření indukovaných karcinomů.

■ Bezprostřední strategie na minimalizaci CT dávky záření u dětí a mladistvých

Odpovědnost za minimalizaci radiační dávky u dětí nesou lékaři, jiní poskytovatelé zdravotní péče v pediatrii, radiologičtí asistenti, výrobci CT a řada medicínských a státních organizací. Mezi zásadní kroky k redukci radiační dávky patří:

Provádět pouze nezbytná CT vyšetření. Důležitá je zde komunikace mezi klinikem a radiologem. Radiolog má vždy kontrolovat před provedením správnost indikace a zabývat se alternativními, méně rizikovými možnostmi (US, MR).

Nastavení akvizičních parametrů založené na:

- velikosti dítěte – protokoly přizpůsobené mírám a věze,
- skenované oblasti – skenovaná oblast má být omezena na nejmenší nutnou míru,
- skenovaném orgánovém systému – možnost snížení dávky při vyšetření skeletu, plic, některých CT angiografiích a při kontrolních vyšetřeních,
- rozlišení skenů – vždy nejsou zapotřebí obrazy s nejvyšší kvalitou (= dávkou). Provozovatelé CT zařízení mají znát indikátory dávky dostupné na přístroji a limitovat počet prováděných fází akvizice (počet skenů) během vyšetření na nutnou míru. Multifázové akvizice jsou jen zřídka zapotřebí, především v oblasti těla (hrudník, břicho).

■ Otázky rodičů

Rodiče mívají obavy ve smyslu radiační zářetě dítěte během CT vyšetření. Je nutno se připravit zhruba na následující dotazy:

Je CT nejvhodnějším vyšetřením k vyřešení diagnostické otázky?

Existuje alternativní vyšetření bez použití radiace?

Ovlivní výsledek CT vyšetření léčbu?

Bude CT vyšetření přizpůsobeno velikosti dítěte?

Bude vyšetření provedeno na akreditovaném pracovišti a radiologickým týmem se zkušenostmi s pediatrickou radiodiagnostikou?

Podle některých studií poskytnutí podrobných informací o rizicích a přínosu CT rodičům nepřineslo menší ochotu rodičů spolupracovat, ale spíše vedlo k sofistiko-

vanějším dotazům rodičů směrem k poskytovatelům péče.

Pokud je CT vyšetření zjevně klinicky zdůvodnitelné, potom lze rodiče opětovně ujistit, že přínos převyšuje malé dlouhodobé riziko rakoviny.

■ Dlouhodobá strategie k minimalizaci radiace během CT

Doplňuje bezprostřední opatření k redukci dávky.

Iniciovat vývoj a přijetí pediatrických CT protokolů.

Iniciovat použití selektivní strategie pro pediatrické zobrazování.

Edukovat časopiseckými publikacemi a konferencemi uvnitř i vně radiologie k optimalizaci nastavení expozice a individuálnímu posouzení potřeby CT u daného pacienta.

Šířit informace cestou asociací, organizací a společností zabývajících se zdravotní péčí o děti.

Zajistit rychle dostupné zdroje informací, jako například Alliance for Radiation Safety In Pediatric Imaging Exit Disclaimer.

Vést další výzkum k určení vztahu mezi kvalitou obrazu a dávkou, aby bylo možné adaptovat CT vyšetření jednotlivým dětem.

Objasňovat vztah mezi CT dávkou a rizikem karcinomu.

■ Zdravotní rizika při expozici nízkým dávkám ionizujícího záření

V celoživotní perspektivě je diagnostikována rakovina přibližně u 42 lidí ze 100. Výpočty prováděné v rámci expertních skupin (Health Risks from Exposure to Low Levels of Ionizing Radiation: BEIR VII Phase 2) napovídají, že přibližně jeden z těchto lidí s rakovinou onemocní kvůli expozici 0,1 Sv ionizujícího záření nad úroveň přírodního pozadí (7). Průměrná roční efektivní dávka z přírodního radiačního pozadí dosahuje v české kotlině 2,5 mSv. Hodnocení závažnosti přibližného dodatečného rizika smrti na rakovinu vzniklou z ozáření nad úroveň přírodního pozadí uvádějí následující tabulky:

Tabulka 1 Klasifikace stupňů rizika

Dodatečné riziko	Úroveň rizika
méně než 1 : 1 000 000	zanedbatelné
1 : 1 000 000 až 1 : 100 000	minimální
1 : 100 000 až 1 : 10 000	velmi nízké
1 : 10 000 až 1 : 1 000	nízké
1 : 1 000 až 1 : 500	střední



Tabulka 2 Odhadované celoživotní riziko smrti u některých činností

Činnost	Riziko smrti
Zasažení bleskem	1 : 100 000
Nehoda na kole	1 : 10 000
Utonutí	1 : 1 000
Nehoda motorového vozidla	1 : 100
Rakovina (přírozené příčiny)	1 : 5

Tabulka 3 Odhadované celoživotní riziko smrti u některých vyšetření a radiointervenčních výkonů

Vyšetření (radiointervenční výkon)	Prům. efek. dávka (mSv)	Celoživotní riziko smrti na rakovinu
Denzitometrie	0,001	1 : 24 miliónů
Rtg končetiny	0,005	1 : 5 miliónů
Rtg hrudníku	0,02	1 : 1,2 miliónů
Rtg krční páteře	0,2	1 : 120 000
mamografie oboustranná	0,48	věk 70 let 1 : 500 000 věk 40 let 1 : 70 000
Rtg břicha/pánve (kyčle)	0,7	1 : 35 000
Rtg páteře hrudní/bederní	1,25	1 : 20 000
Rtg tenkého střeva	3	1 : 8 000
ERCP	4	1 : 6 000
Rtg horního GIT	6	1 : 4 000
Irigoskopie	8	1 : 3 000
CT hlavy	2	1 : 12 000
CT koronární kalciové skóre	3	1 : 8 000
CT krku	3	1 : 8 000
CT pánve	6	1 : 4 000
CT páteře	6	1 : 4 000
CT hrudníku	7	1 : 3 500
CT břicha	8	1 : 3 000
CT virtuální kolonoskopie	10	1 : 2 400
CT koronární angiografie	12	1 : 2 000
CT k vyloučení plicní embolie	15	1 : 1 600
CT jater – třířázové	15	1 : 1 600
Angiografie hlavy a krku	5	1 : 5 000
Angiografie hrudní	5	1 : 5 000
Koronarografie	7	1 : 3 500
Angiografie břišní	12	1 : 2 000

Koronární angio-plastika, stenting, radiofrekvenční ablace	15	1 : 1 600
Embolizace pánevních žil	60	1 : 400
Transjugulární intrahepatiký portosystémový zkrat	70	1 : 350
Plicní ventilační sken 99mTc-DTPA	0,2	1 : 120 000
Plicní perfuzní sken 99mTc-MAA	2	1 : 12 000
Tumor 18F-FDG	14,1	1 : 1 700
Carciac stress-rest Thallium	40,7	1 : 600

Zdroj údajů v tabulkách:

Hendrick RE, Dodd GD 3rd, Fullerton GD, Hendee WR, Borgstede JP, Larke F. The University of Colorado Radiology Adult Dose-Risk Smartcard. J Am Coll Radiol. 2012;9(4):290-292. doi: 10.1016/j.jacr.2011.12.034.

■ Vybrané aspekty spolupráce praktického lékaře a praktického lékaře pro děti a dorost a intervenčního radiologa

Kavální filtry jsou implantovány do některé z dutých žil, aby zabránily masivní plicní embolii. Jejich zavedení se indikuje především při kontraindikované antikoagulaci, ale i v jiných případech. Pokud jsou kontraindikace k antikoagulaci dočasné nebo by mohla pominout potřeba prevence plicní embolizace, mají být podle současných guidelines použity extrahovatelné filtry. Implantované extrahovatelné filtry lze ponechat také jako permanentní, ve skutečnosti se celosvětově extrahuje pouze 2–20 % zavedených filtrů. Díky možnosti jejich odstranění stoupá v zahraničí počet implantací kaválních filtrů a mění se spektrum indikací (31 % předoperační prevence u akutní hluboké žilní trombózy či plicní embolie, 24 % profylaxe u vysoce rizikových nemocných, zbytek jiné). **U nemocných mladších 30 let jsou extrahovatelné filtry implantovány v 90 %, u nemocných starších 80 let jen asi ve 20 %.** Provedení extrakce se v indikovaných případech doporučuje proto, aby se zabránilo komplikacím spojeným s přítomností filtru v těle. Samotná extrakce však může také být zatížena těžkými komplikacemi, především pokud je filtr vyňat později. Bohužel chybí

plně funkční administrativní systém, který by zabránil opomenutí včasné extrakce filtru. Přitom vynětí má největší úspěšnost do 9. týdne po zavedení filtru a neodůvodněné prodloužení není žádoucí. Praktický lékař proto může včasným odesláním nemocného na odborné pracoviště pomoci zabránit podobným komplikacím.

Rychlé rozpoznání závažných klinických symptomů je základem úspěšné intervenční léčby. Zde je další zásadní role dobře edukovaného a bdělého praktického lékaře. U řady chorob lze bez nadsázky říci, že **čas = funkce**. Kupř. prudká bolest v bederní krajině nemusí být, zvláště u polymorbidních osob, pouze příznakem renální koliky. Může jít o příznak embolie do renální tepny, kterou lze úspěšně intervenčně léčit. Každá hodina prodloužení však úspěšnost léčby velmi významně snižuje. Také řada nemocných s kludivacími v rámci ischemické choroby dolních končetin přichází k intervenčnímu řešení pozdě, ačkoli svého praktického lékaře dlouhodobě a opakovaně na potíže upozorňovali. Totéž platí o pokročilých stadiích nádorových onemocnění, kde počet návštěv praktického lékaře před stanovením správné, ale pozdní diagnózy nemusí být malý (8).

V neposlední řadě je třeba věnovat velkou pozornost **stomím**, které vznikají na radiointervenčních pracovištích. Jde například o trvalé zevní nebo zevně-vnitřní drenáže žlučových, permanentní punkční nefrostomie, vzácně i jiné, jako drenáže pankreatických pseudocyst, abscesů apod. Stomie je provedena většinou perkutánním zavedením širšího drenážního katetru, který je zapotřebí na intervenčním pracovišti v pravidelných termínech udržovat, případně provádět výměny katetrů. Včasné odeslání pacienta s parciálně vypadlým stomickým katetrem nebo okluzí katetru je základní podmínkou obnovení nekomplikované funkce stomie a praktický lékař by měl především vytvářet adekvátní podmínky pro logistiku věci.

Závěrem této kapitoly je zapotřebí upozornit na **trvalé žilní přístupy** u chronicky nemocných, na jejichž zakládání a údržbu se často intervenční radiologové podílejí. Jde především o kompletně subkutánně implantované žilní porty a dále o parciálně tunelizované katetry, například pro parenterální výživu nebo hemodialýzu. Tito nemocní mohou, zejména v odlehlejších místech, v případě



komplikací jako prvního vyhledat praktického lékaře. Je proto žádoucí, aby se kolegové praktici seznámili s podstatou žilního přístupu a možnými důvody jeho malfunkce a byli schopni závažnější stavy včas odeslat na specializované pracoviště.

■ Závěr

Radiační riziko nesmí být v žádném případě důvodem pro paušální odmítání zobrazovacích a intervenčních metodik vycházejících z použití ionizujícího záření. Na druhé straně je třeba neustále mít na paměti možnost závažného poškození organismu tímto zářením i v nízkých dávkách, včetně rizika smrti. Zodpovědnost indikujícího lékaře, ale i radiologa a radiologického asistenta, spočívá v maximálním možném zvýšení poměru mezi přínosem a riziky zobrazovacích metod. Dosažení tohoto cíle není jednoduché a vyžaduje vysokou míru profesionality všech zúčastněných.

■ Literatura

1. Preston DL, Ron E, Tokuoka S, Funamoto S, Nishi N, Soda M, Mabuchi K, Kodama K. Solid cancer incidence in atomic bomb survivors: 1958–1998. *Radiat Res.* 2007;168(1):1–64
2. Linet MS, Kim KP, Miller DL, Kleinerman RA, Simon SL, Berrington de Gonzalez A. Historical review of occupational exposures and cancer risks in medical radiation workers. *Radiat Res.* 2010;174(6):793–808
3. National Council on Radiation Protection and Measurements. NCRP Report No. 160: Ionizing Radiation Exposure of the Population of the United States. Bethesda: NCRP, 2009
4. Berrington de González A, Mahesh M, Kim KP, Bhargavan M, Lewis R, Mettler F, Land C. Projected cancer risks from computed tomographic scans performed in the United States in 2007. *Arch Intern Med.* 2009;169(22):2071–2077
5. Gray JE, Archer BR, Butler PF, Hobbs BB, Mettler FA Jr, Pizzutiello RJ Jr, Schueler BA, Strauss KJ, Suleiman OH, Yaffe MJ. Reference values for diagnostic radiology:

application and impact. *Radiology.* 2005;235(2):354–358

6. Raff GL, Chinnaiyan KM, Share DA, Goraya TY, Kazerooni EA, Moscucci M, Gentry RE, Abidov A; Advanced Cardiovascular Imaging Consortium Co-Investigators. Radiation dose from cardiac computed tomography before and after implementation of radiation dose-reduction techniques. *JAMA.* 2009;301(22):2340–2348
7. NAS. Health risks from exposure to low levels of ionizing radiation: BEIR VII phase2. Washington D.C.: National Academy of Sciences, 2005
8. O'Dowd EL, McKeever TM, Baldwin DR, Anwar S, Powell HA, Gibson JE, Iyen-Omofoman B, Hubbard RB. What characteristics of primary care and patients are associated with early death in patients with lung cancer in the UK? *Thorax.* 2015;70(2):161–168

Předneseno na kongresu primární péče v Praze dne 26. 2. 2016.



- šetrný sirup rostlinného původu
- jedinečné složení (Polygala sirup, Drosera, Tolu sirup)
- účinný na suchý i vlhký kašel
- bez lékových interakcí
- 200 ml balení

www.boiron.cz



STODAL sirup. Složení: 100g sirupu obsahuje: Drosera tinktura 0,95g, Pulsatilla 6CH 0,95g, Rumex crispus 6CH 0,95g, Bryonia 3CH 0,95g, Ipecacuanha 3CH 0,95g, Euspongia officinalis 3CH 0,95g, Sticta pulmonaria 3CH 0,95g, Kali stibii tartaras 6CH 0,95g, Myocardium 6CH 0,95g, Dactylopius coccus 3CH 0,95g, Balsami toluani sirupus 19,00g, Polygalae sirupus 19,00g. Pomocné látky: ethanol 96% V/V (součást tinktury), sacharóza (součást sirupu), karamel, kyselina benzoová, prostý sirup. Indikace: Tradiční rostlinný léčivý přípravek používaný na všechny typy kašle. Dávkování a způsob podání: Perorální podání. Děti od 2 let do 4 let: 1 čajová lžička (2,5 ml) 3–5x denně. Děti od 5 do 11 let: 1 čajová lžička (5 ml) 3–5x denně. Dospělí a mladiství od 12 let: 1 polévková lžice (15 ml) 3–5x denně. Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoliv pomocnou látku tohoto přípravku. Zánět žaludku (gastritida), žaludeční vředy. Upozornění: Tento léčivý přípravek obsahuje 1,74% V/V ethanolu (alkoholu). Tento léčivý přípravek obsahuje sacharózu. Pacienti se vzácnými dědičnými problémy s intolerancí fruktózy, malabsorpcí glukózy a galaktózy nebo sacharózo-izomaltázovou deficiencí by tento přípravek neměli užívat. Nutno zohlednit v případě diety s nízkým obsahem cukru nebo u diabetiků. 1 čajová lžička (2,5 ml) obsahuje 0,0345g ethanolu a 1,875g sacharózy. 1 čajová lžička (5 ml) obsahuje 0,069g ethanolu a 3,75g sacharózy. 1 polévková lžice (15 ml) obsahuje 0,208g ethanolu a 11,25g sacharózy. Množství alkoholu v této dávce odpovídá 2,18 ml vína nebo 5,22 ml piva. Užití tohoto přípravku je škodlivé pro alkoholiky. Obsah ethanolu je nutno vzít v úvahu u těhotných a kojících žen, dětí a vysoce rizikových skupin, jako jsou pacienti s jaterním onemocněním, mozkovým onemocněním, poraněním mozku nebo epilepsií. Interakce: Nejsou známy. Z důvodu nedostatku specifických údajů se použití přípravku v těhotenství a při kojení nedoporučuje. Nežádoucí účinky: U citlivých osob se mohou objevit zářivací obtíže. Žádný případ předávkování nebyl dosud zaznamenán. Farmakoterapeutická skupina: Fytofarmakum. Držitel rozhodnutí o registraci: BOIRON S.A., 20 rue de la Liberation, Sainte-Foy-les-Lyon, Francie. Registrace: číslo: 94/700/92-C. Datum revize textu: 19. 9. 2013. Použití tohoto tradičního rostlinného léčivého přípravku je založeno výlučně na zkušenosti z dlouhodobého použití. Přípravek je k dostání v lékárnách bez lékařského předpisu. Není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.



Kazuistika

Pneumokoková pneumonie u tříletého chlapce

MUDr. Aneta Kosinová, MUDr. Barbora Huclová

Dětské oddělení Oblastní nemocnice Kolín, a. s.

■ Úvod

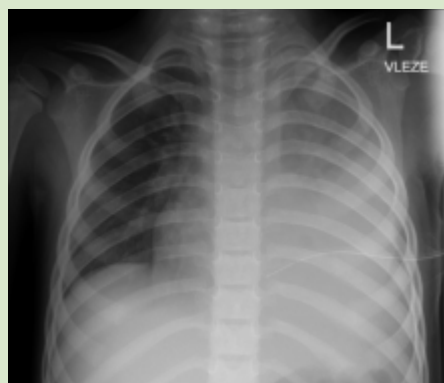
Streptococcus pneumoniae je nejčastější původce bakteriálních pneumonií v dětském věku. Bakteriální pneumonie v předškolním věku jsou charakteristické prudkým rozvojem obtíží, závažným průběhem onemocnění a mohou vést až k respiračnímu selhání. S komplikovaným průběhem pneumokokové pneumonie vás seznámíme v následující kazuistice.

■ Kazuistika

Tříletý chlapec, nar. 2012, přijat na naše oddělení pro 3 dny trvající febrilie až hyperpyrexie, vlhký produktivní kašel, zvracení a celkovou alteraci stavu.

Z rodinné anamnézy chlapce – matka stav po cholecystektomii, stav po akutní pankreatidě, otec s pozitivní atopickou anamnézou, v dětství atopická dermatitida, nyní polyvalentní alergie, asthma bronchiale. Bratr ročník 2009 zdravý. Z osobní anamnézy – chlapec z druhé fyziologické gravidity, porod per sectio caesaream pro hypoxii plodu ve 37. gestačním týdnu s porodní hmotností 2 580 g, časná poporodní adaptace bez komplikací. Kojen částečně doposud. Očkován Infanrix Hexa dle očkovacího kalendáře, Priorix doposud neočkován na doporučení neurologa vzhledem k opožděnému psychomotorickému vývoji. Nepovinné očkování na přání rodičů neprovedeno, podepsán informovaný nesouhlas

Obr. 1



s očkováním u PLDD. Psychomotorický vývoj chlapce opožděn, počátek chůze od 20. měsíce, slovní zásoba minimální, vyjadřování v tříslavných větách. U chlapce probíhají recidivující respirační infekty, opakovaně laryngitis acuta s nutností hospitalizace, dále hospitalizován pro akutní pyelonefritidu a gastroenteritidu. Chlapec dispenzarizován v dětské neurologické ambulanci FTN pro opoždění psychomotorického vývoje. Trvale léky neužívá.

První den febrilií byl vyšetřen na LSPP, kde stav uzavírán jako akutní nasopharyngitis s doporučením symptomatické terapie. Febrilie přetrvávaly, stav se nelepšil, proto přijat na dětské standardní oddělení. Při přijetí subfebrilní, bledý kolorit kůže, unavený, obtížně spolupracující, poslechově oslabené dýchání vlevo bazálně. V laboratoři výrazná elevace zánětlivých parametrů (CRP 427 mg/l), hyponatrémie (Na 130 mmol/l) krevní obraz s leukopenií a posunem k nezralým formám (12 % neutrofilních tyčů). Ostatní laboratorní hodnoty v mezích normy. Na RTG snímku plic téměř difúzní snížení transparence levého plicního křídla s maximem v dolním a středním plicním poli, kontura levé bránice nepřehledná (obr. 1).

Před nasazením antibiotické terapie odebrána hemokultura a chlapec zajištěn krystalickým penicilinem v dávce 200 tisíc IU/kg. Antigen *Streptococcus pneumoniae* v moči negativní, proto 2. den hospitalizace přistoupeno ke změně antibiotické terapie na cefalosporiny III. generace. Týž

Obr. 2



den proveden USG hrudníku, kde v levém hemitoraxu výpotek v zadní axilární čáře sahající až k axile, bazálně šíře až 10 mm. Třetí den hospitalizace kontrolní USG hrudníku s progresí výpotku, v zadní axilární čáře šíře až 20 mm (obr. 2). Chlapec přeložen na jednotku intenzivní péče, kde zaveden hrudní drén, který odvádí 24 hodin sangvinolentní tekutinu. Do terapie přidány kortikosteroidy parenterálně. Zavedená terapie s dobrým efektem, v laboratoři pokles zánětlivých parametrů (CRP 159 mg/l). Mikrobiologické vyšetření punktátu negativní, cytologie punktátu s nálezem purulentního exsudátu. Čtvrtý den hospitalizace pro přechodnou oligurii podána diuretika a pro nedostačejný perorální příjem zahájena parenterální výživa. Kontrolní USG hrudníku bez fluidotoraxu, následně hrudní drén extrahován. V laboratoři další výrazný pokles zánětlivých parametrů (CRP 25 mg/l), krevní obraz bez leukocytózy. Chlapec je celkově zlepšen, eupnoický, afebrilní.

Během hospitalizace dodány výsledky periferní hemokultury, kde pozitivní *Streptococcus pneumoniae*, následně zasláno k typizaci do Národní referenční laboratoře.

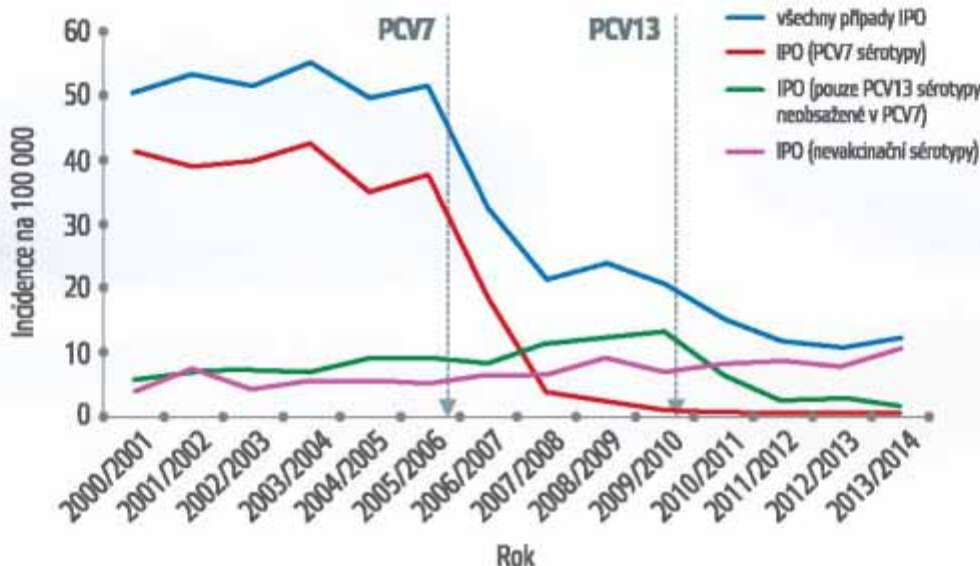
Desátý den hospitalizace se znovu objevují subfebrilie až febrilie. O den později provedena kontrola zánětlivých parametrů, kdy opět elevace CRP až na 216 mg/l, v krevním obraze významná leukocytóza. Proveden kontrolní RTG snímek hrudníku, na kterém nově projasnění retrokardiálně a nad hilem – v.s. absces či rozpadová dutina, sní-

Obr. 3



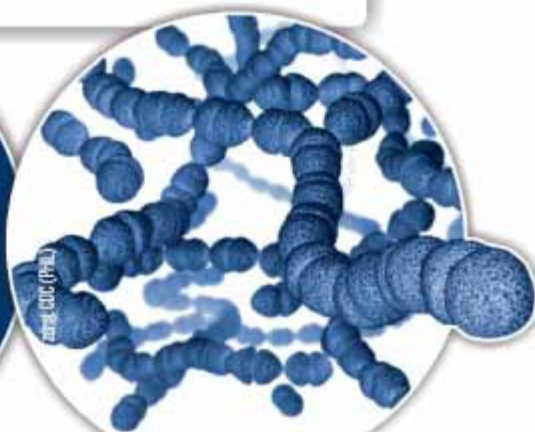


Incidence invazivního pneumokokového onemocnění (IPO), Anglie a Wales, epidemiologický rok 2000/2001 – 2013/14, Děti < 2 roky věku³



Prevenar 13 je jediná pneumokoková konjugovaná vakcína, která obsahuje důležité sérotypy 3, 6A a 19A.^{1,2}

Prevenar 13 prokázal v zemích s vysokou proočkovaností významné snížení invazivních pneumokokových onemocnění, pneumonií i akutních zánětů středouší.¹



Zkrácená informace o přípravku Prevenar 13 Injekční suspenze. Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13-valentní, adsorbovaná).

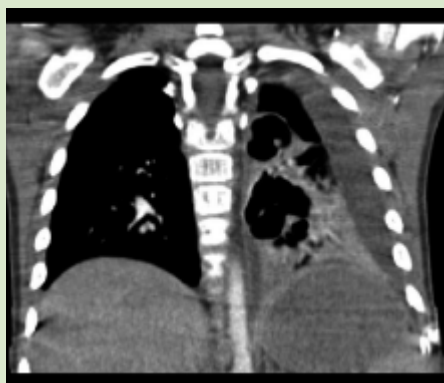
Složení - léčivá látka: Jedna dávka (0,5 ml) obsahuje: Pneumococcus polysaccharidum aditusus 1* (2,2 µg), 8* (2,2 µg), 4* (2,2 µg), 5* (2,2 µg), 6A* (2,2 µg), 6B* (4,4 µg), 7F* (2,2 µg), 9V* (2,2 µg), 14* (2,2 µg), 18C* (2,2 µg), 19A* (2,2 µg), 19F* (2,2 µg), 23F* (2,2 µg). Konjugována s nosným proteinem CRM₁₉₇ a adsorbována na fosforybová hliníku (0,125 mg hliníku); a další pomocné látky. **Indikace:** Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění, pneumonie a akutní otitis media, vyvolaných *Streptococcus pneumoniae* u kojenců a dětí ve věku od 6 týdnů do 17 let. Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění a pneumonie způsobených *Streptococcus pneumoniae* u dospělých ≥ 18 let a starších pacientů. **Dětská imunita:** Kojenci ve věku 6 týdnů – 6 měsíců: Tři dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc mezi dávkami. První dávka se obvykle podává ve věku 2 měsíce. Čtvrtou dávku se doporučuje podat ve věku 11 až 15 měsíců. Předčasně narození děti (<37 týdnů těhotenství): Tři dávky s intervalem nejméně 1 měsíc mezi dávkami, a s první dávkou podanou ve věku 2 měsíce. První dávka může být podána nejpozději ve věku 6 týdnů. Čtvrtou dávku se doporučuje podat ve věku 11 až 15 měsíců. Děti neochotné k očkování a děti ve věku ≥ 7 měsíců: Kojenci ve věku 7 – 11 měsíců: Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc mezi dávkami. První dávka se doporučuje podat ve věku 7 měsíců. Druhá dávka se doporučuje podat ve věku 11 až 15 měsíců. Děti ve věku ≥ 12 měsíců: Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 2 měsíce mezi dávkami. Děti a dospělí ve věku 2 – 17 let: Jedna samostatná dávka 0,5 ml. Dospělí ≥ 18 let a starší pacienti: Jedna samostatná dávka. Pořadí rovekcinnosti následnou dávku přípravku Prevenar 13 nebyla stanovena. Bez ohledu na starší předchozí pneumokokové vakcíny, pokud je použit 23 valentní pneumokokové polysacharidové vakcíny považujeme za vhodné, Prevenar 13 by měl být podán jako první. **Speciální populace:** Jednotlivci s charakteristicky predisponujícími k invazivnímu pneumokokovému onemocnění (například se srpkovitou anémií nebo HIV infekcí) včetně jedinců dříve očkovatých jednou nebo více dávkami 23valentní pneumokokové polysacharidové vakcíny může být podána nejméně jedna dávka přípravku Prevenar 13. U jedinců po transplantaci hematopoetických kmenových buněk (HSCT) se doporučuje imunizační schéma skládá se ze čtyř dávek přípravku Prevenar 13 po 0,5 ml. Základní očkování tvoří tři dávky, s první dávkou podanou 3 až 6 měsíců po HSCT a s intervalem nejméně 1 měsíc mezi dávkami. Čtvrtou (poslední) dávku se doporučuje podat 6 měsíců po třetí dávce. **Způsob podání:** Vakcína se má podávat formou intramuskulární injekce. Přednostním místem podání je anterolaterální část stehna (musculus vastus lateralis) u kojenců nebo deltový sval horní části paže u malých dětí. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku nebo na některý z jejích složek. Podobně jako u všech vakcín a aplikací přípravku Prevenar 13 má být odložena u jedinců trpících akutním závažným horečnatým onemocněním. Přítomnost mírné infekce jako je nachlazení, by ale neměla být příčinou oddělení očkování. **Zvláštní upozornění:** Prevenar 13 nesmí být aplikován intravaskulárně. Tato vakcína nesmí být podána jako intramuskulární injekce kojencům nebo dětem s trombocytopenií nebo s jinými poruchami koagulace, které jsou kontraindikací pro intramuskulární aplikaci, ale může být podána subkutánně v případě, že potencionální přínos jasně převládá nad rizikem podání. Prevenar 13 chrání pouze proti těm sérotypům *Streptococcus pneumoniae*, které vakcína obsahuje a ochrání proti jiným mikroorganismům, které způsobují invazivní onemocnění, pneumonii nebo zánět středního ucha. Podobně jako jiné vakcíny nemůže ani Prevenar 13 ochránit všechny očkování jedince před pneumokokovým onemocněním. **Interakce:** Kojenci a děti ve věku 6 týdnů až 6 let: Prevenar 13 může být podáván současně s jinými dávkami vakcín podle doporučených obvyklých schémat. Děti ve věku 6 – 17 let: V současné době nejsou k dispozici žádné údaje týkající se současného podávání s jinými vakcínami. Dospělí ve věku 18 – 49 let: Nejsou k dispozici žádné údaje týkající se současného podávání s jinými vakcínami. Dospělí ve věku 50 let a starší: Přípravek Prevenar 13 může být podán současně se sezónní trivalentní inaktivovanou chřipkovou vakcínou (TIV). Různé injekční vakcíny musí být vždy podány každá do jiného místa očkování. **Těhotenství a kojení:** Novorozenci: Neexistují žádné údaje o použití pneumokokové 13valentní konjugované vakcíny u těhotných žen. Přípravek by proto neměl být podáván během těhotenství. Není známo, zda je pneumokoková 13valentní konjugovaná vakcína vylučována do mateřského mléka. **Nužňování účinnosti:** Míst nejčastěji hlášených nežádoucích účinků u dětí patří reakce v místě očkování, horečka, podrážděnost, nechutenství, zvýšená spavost a/nebo nespavost. V případě současného podání přípravku Prevenar 13 a přípravku Infanrix hexa byla pozorována zvýšená četnost hlášení křečí (s horečkou nebo bez ní) a hypotonicko-hyporeflexivních epizod (HHE) u dospělých osob snížení chuti k jídlu, bolest hlavy, průjem, zvracení, vyrážka, zimnice, únava, zarudnutí, indurace/otok, bolest/přecitlivělost v místě očkování, omezená pohyblivost paže, artralgie, myalgie. **Předléčení:** Předávkování přípravkem Prevenar 13 není pravděpodobné vzhledem ke způsobu balení v předplněné injekční stříkačce. **Uchování:** Uchovávejte v chladničce (2 – 8 °C). Chraňte před mrazem. Přípravek Prevenar 13 je stabilní při teplotách do 25 °C po dobu 4 dnů. Na konci této doby má být přípravek použit nebo zlikvidován. **Balení:** 0,5 ml injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce s plastovou zátkou a ochranným krytem hrotu. **Jedinec a adresa držitele rozvoje a registrace:** Pfizer Ltd., Ramsgate Road, Sandwich, Kent, CT13 9NJ, Velká Británie. **Registrační číslo:** EU/1/09/580/001-6. **Datum poslední revize textu:** 1.4.2018. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek Prevenar 13 je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění pro osoby splňující podmínky dané zákonem č. 46/1997 Sb. v aktuálním znění. Před předepsáním, se prosím seznámejte s úplnou informací o přípravku.

Reference: 1. SPC Prevenar 13. 2. SPC Synflorix. 3. Weight PA, Andrews NJ, Ladhani SN et al. Lancet Infect Dis. 2015; 15:535-543.

Pfizer PFE, spol. s r.o., Stroupežnického 17, 150 00 Praha 5, tel.: +420 283 004 111, fax: +420 251 610 270, www.pfizer.cz



Pracujeme společně pro zdravější svět[®]



Obr. 4

žená transparence vlevo bazálně (obr. 3). Doplněno CT hrudníku, kde popsány dvě na sebe navazující rozpadové dutiny v dolním laloku levé plic, bez hladin tekutého obsahu (obr. 4).

Následně stav konzultován s vyšším pracovištěm a vzhledem k nálezu na CT chlapec přeložen na pediatrickou kliniku FN Motol. Zde změna ATB na dvojkombinaci Tazocin i.v., Dalacin i.v. a pokračováno v terapii glukokortikoidy. Opakovaně UZ kontroly hrudníku, kde potvrzena rozpadová dutina, anechogenní fluidotorax. Po dohodě s dětskou chirurgií redrenáž neindikována a zvolen konzervativní postup. Na zavedené terapii postupně zlepšení stavu, od 15. dne léčby je chlapec afebrilní, bez dyspnoe, pokles zánětlivých parametrů k normě. Celkově 27. den hospitalizace proveden kontrolní RTG plic, kde regrese cystoidního projasnění rozpadové dutiny retrokardiálně vlevo, mírné provzdušnění plicní tkáně v okolí (obr. 5). Postupně vysazena kortikoidní terapie, ATB převedena na perorální formu a chlapec propuštěn do ambulantní péče po 28 dnech se závěrečnou diagnózou „Levostranná rozpadová pneumonie komplikovaná fluidoto-



Obr. 5

raxem etiologie *Streptococcus pneumoniae* sérotyp 3“.

Dle očkovacího centra doporučena vakcinace proti pneumokokům a přeočkování proti hemofilovým infekcím vzhledem ke sníženému titru protilátek proti tetanu a haemophilu. Chloridy v potu negativní. Posléze byl chlapec rehospitalizován po 4 dnech od dimise pro febrilie se středně zvýšenými zánětlivými parametry. Ve FN Motol byl proveden kontrolní RTG plic, kde velikost cystoidního projasnění stacionární, zvýrazněny atelektatické změny v okolí vlevo retrokardiálně, stacionárně menší množství tekutiny vlevo bazálně (obr. 6). Nyní zajištěn chráněnými aminopeniciliny. Po třídní hospitalizaci propuštěn do ambulantní péče s ATB léčbou v plánované délce celkově 14 dnů. Sedm týdnů od počátku onemocnění proveden RTG plic s mírným zlepšením reziduálních atelektaticko-infiltrativních změn vlevo s rozpadem a pleurálními změnami vlevo (obr. 7).

Nadále chlapec ponechán ve sledování dětského imunologa, pneumologa a doporučen lázeňský pobyt.

Závěr

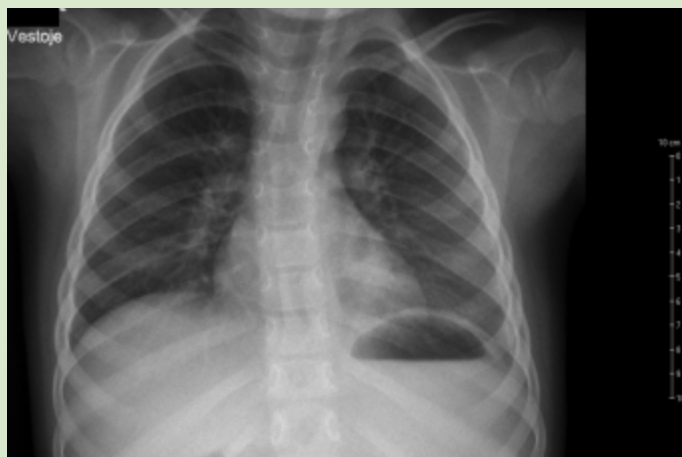
Streptococcus pneumoniae patří mezi grampozitivní koky, které běžně kolonizují sliznice horních cest dýchacích a mohou vytvářet asymptomatické nosičství, které lze prokázat zejména u dětí vyskytujících se v kolektivech. Avšak v opouzdřené formě jsou původci závažných systémových onemocnění, meningitid, pneumonií či sepsí – tzv. invazivní pneumokoková onemocnění. Pneumokokové pneumonie jsou nejčastěji sekundární komplikací probíhajícího virového respiračního onemocnění. Jsou velmi dobře citlivé na dlouhodobě podávanou antibiotickou terapii megadávkami krystalického PNC, avšak nejčastějšími komplikacemi je vznik fluidotoraxu či empyému. Pneumokoková onemocnění patří mezi významnou příčinu morbidit a mortality nejen v dětském věku, proto je potřeba vyzdvihnout význam možnosti prevence dostupnou vakcinací. Na našem trhu jsou pro očkování kojenců v současnosti dostupné dvě vakcíny proti pneumokokovému onemocnění – Prevenar13 (obsahující sérotypy 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18 C, 19A, 23F) a Synflorix (obsahující sérotypy 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F, 23F).

Avšak oproti invazivním hemofilovým infekcím, které se po zavedené vakcinaci podařilo téměř vymýtit a jejich výskyt je v současnosti v naší populaci mizivý, patří invazivní pneumokoková onemocnění i přes zavedenou vakcinaci mezi často se vyskytující vzhledem k velké variabilitě antigenních struktur, a proto je třeba na tyto infekce stále myslet.

Obr. 6



Obr. 7





Ze světa odborné literatury...

■ **Terapie sildenafilem u bronchopulmonální dysplazie asociované s plicní hypertenzí – efekt a bezpečnost**

Bronchopulmonální dysplazie je spojena s vysokou incidencí plicní arteriální hypertenze. Při plicní hypertenzi je léčena sildenafilem. Opakovaně byla prováděna ECHO vyšetření u 22 novorozenců se splněnými kritérii pro uvedenou dysplazii v letech 2004–2012 s gestačním věkem 25 týdnů, léčených sildenafilem. Z nich 6 (27 %) zemřelo na respirační selhání. Signifikantní zlepšení plicní hypertenze bylo pozorováno na ECHO 27. den. Ve 20 % pozorován ještě nález poklesu funkce pravé komory, levá nebyla alterována. Všechny sledované děti měly těžkou bronchopulmonální dysplazii s hypertenzí. Počet dětí vyžadujících endotracheální intubaci a mechanickou ventilaci poklesl v daném čase ze tří na jedno. Sildenafil v terapii je spojen se signifikantním zlepšením echokardiografických markerů plicní arteriální hypertenze, medikace je dobře tolerována. Plicní vazodilatace je velmi výrazná. Z hlediska možných vedlejších účinků je v práci i odkaz na publikaci o využití sildenafilu u 625 dětí (140 kojenců), kdy žádné vedlejší účinky nebyly pozorovány.

Eur J Pediatr. 2015;174:1109–1115

■ **Od adolescence do dospělosti se srdeční vadou. Role přechodu**

Zlepšení chirurgického řešení VCC během dekády s pokroky v další medikaci vede ke změně věku jedinců s vrozenými srdečními vadami. Někdy ale přechod z dětského období do adolescence vede ke ztrátě dřívějšího pečlivého sledování. Období adolescence je pro život těchto pacientů obdobím rozhodujícím. Dnes je známo, že 85 % dětí s VCC se dožívá dospělosti. Také se diagnostika posunula do fetálního období. Počet těchto adolescentů se odhaduje na 1 milión v USA a 2 milióny v Evropě. Udává se, že 42 % pacientů přechází do kardiologických center pro dospělé. Poslední databáze byly získány v roce 2014. Je ale jasné, že 10 % pacientů se ztrácí a 60 % není v dospívání svědomitě sledováno. Mnohé děti dosahují adolescence ne v klasické kondici dospívajících, mnohdy zde bývá rodinná protektivita. Potřebují mít kolem sebe multidisciplinární tým. Přichází v úvahu posuzování hemodynamické odpo-

vědi, vedlejších efektů léčby, rizika endokarditidy, arytmií, antikoncepce a plánování gravidity, edukace, úzkosti, deprese, diety, kouření, alkohol a snaha o vyrovnání se ostatním členům kolektivu. U žen ve 28 % nedokonalé kontroly antikoncepci, 43 % je bez pravidelné antikoncepce. Z hlediska fyzické a sexuální aktivity musejí být opatrní jedinci s plicní hypertenzí, obstrukcí levé komory, cyanotickými vadami, nekontrolovanými arytmiemi a s anomáliemi v oblasti koronárních arterií mezi plicnicí a aortou. V adolescenci je sexuálně aktivních 72 % osob s VCC, 48 % není informováno o riziku v graviditě. Pokud dojde k selhání péče o adolescenta, nutnost kardiologické péče se zvyšuje trojnásobně. Je nutné připravit specifické programy pro dospívající věk.

Eur J Pediatr. 2015;174:847–854

■ **Orální glukózový test u nezralých novorozenců během orofaryngeálního sání**

Autoři zjišťovali, zda orálně aplikovaná glukóza redukuje bolestivou odpověď během orofaryngeálního sání. Jedná se o děti s hmotností pod 1 500 g, celkem 32 nezralých dětí na současném CPAP. Prematurní infant bolestivý profil (PIPP) byl ohodnocen a porovnán. Střední PIPP skóre během orofaryngeálního sání při současně zavedeném CPAP bylo po placebu 8,6 a po glukóze 8,0. Srovnání v léčebném efektu nebylo statisticky signifikantní. Během podávání tbl v průběhu nazálního CPAP pozorovali 47 nepříznivých událostí, kde žádnou, která by vyžadovala terapeutickou intervenci, a žádná nebyla klasifikována jako závažná. Ukazuje se, že je zbytečné používat analgezie.

Eur J Pediatr. 2015;174:867–874

■ **Určení perzistence získaných mateřských protilátek proti hepatitidě A a proti varicella zoster během prvních dvou roků života v Turecku**

Účinek vakcinace u dětí by mohl časem interferovat s hladinou mateřských protilátek. Smyslem studie bylo určit perzistenci získaných mateřských protilátek proti hepatitidě A a proti varicella zoster. Studii prováděli ve skupině zdravých dětí mezi 6. a 24. měsícem života. Tito kojenci byli rozděleni do 4 skupin podle věku v čase návštěvy. Náběry provádě-

ny v 6, 12, 18 a 24 měsících věku kojenců. Hepatitis A, varicella IgG a IgM protilátky byly analyzovány kvalitativně. Hepatitis A IgG séropozitivita byla určena v 71 % ve skupině první, 41 % ve skupině druhé, ve 2 % ve skupině třetí a v 8 % ve skupině čtvrté. Varicella IgG séropozitivita byla nalezena v 5 % ve skupině první, ve 4 % ve skupině třetí a v 1 % ve skupině čtvrté. Zjistilo se, že mateřské protilátky proti hepatitidě A vymizely mezi 12.–18. měsícem, zatímco mateřské protilátky proti varicelle začaly rychle klesat kolem 6. měsíce věku kojence. Vakcinace může interferovat s mateřskými protilátkami a imunitní maturací.

Protilátková odezva u hepatitidy A záleží na sociodemografické charakteristice a věku v oblastech. Ale redukce počtu nových případů hepatitidy A je provázena změnou počtu případů u starší generace. Vliv vakcinace proti hepatitidě A by se mohl projevit po letech. Varicella zoster infekce je častější pod 15. rok věku s nakažlivostí od 61 do 100 %. Tato infekce u malých dětí probíhá velmi lehce, ale v období dospívání je velmi závažným onemocněním. Je ale známo, že efekt přítomnosti mateřských protilátek v čase vakcinace může redukovat vakcínou indukovanou imunitní odpověď. Inhibiční efekt mateřských protilátek byl demonstrován u všech inaktivovaných vakcín, živých vakcín a DNA vakcín. Ukazuje se, že bude důležitý čas vakcinace a měl by vycházet z hladin mateřských protilátek. Z této práce je patrný pohled zbytečně nespěchat s očkováním kojenců proti hepatitidě A v době, kdy mají hladinu mateřských protilátek.

Eur J Pediatr. 2015;174:883–889

■ **Pochopení vlivu výškového vzrůstu na kvalitu životního zdraví německých adolescentů**

Práce porovnala přes 6 000 adolescentů a stejný počet jejich rodičů. Hodnotili výšku a na výšce závislou kvalitu života při jejich zařazení do života. V práci ale zjistili, že kvalita života není v závislosti k výšce adolescentů. Výška se jeví jako faktor zanedbatelného vlivu u adolescentů při jejich zařazování do života.

Eur J Pediatr. 2015;174:875–882

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



Aktuality...

Analýza pojišťoven ukazuje, jak zajistit dostatek lékařů

Bez rychlého nárůstu studentů lékařských fakult a přesunu mezi lékařskými odbornostmi nelze podle analýzy Svazu zdravotních pojišťoven (SZP) zajistit v Česku do budoucna dostatek lékařů. Aktuálně je podle SZP lékařů dost, ale příliš mnoho nemocnic a nadbytek specializovaných center.

Aktuálně je podle SZP lékařů dost a počty jsou srovnatelné s ostatní Evropou, na rozdíl od ní je ale v Česku příliš mnoho nemocnic a nadbytek specializovaných center. Na řadě pracovišť proto lékaři chybějí.

Česká lékařská komora opakovaně varovala, že v Česku lékaři chybějí a že většina nemocnic zajišťuje provoz jen za pomoci nadměrných přesčasů. V řadě regionů je problém sehnat praktického lékaře, zdravotnická záchraná služba funguje jen díky externistům. Situace je podle komory kritická, nemůže už prý garantovat kvalitu péče.

„Skutečným aktuálním nedostatkem v personálním zajištění péče je neefektivní využití kvalifikace a časového fondu našich lékařů,“ uvádí se v materiálu, který má ČTK k dispozici.

V lůžkové péči se podle materiálu zachovává zbytečně mnoho pracovišť. Že to může ovlivnit kvalitu, je zřejmé. V ambulantní péči jsou kamenem úrazu regionální odchylky. Přestože se počty nemocných v jednotlivých regionech republiky liší jen málo, počty ambulantních specialistů jsou značně rozdílné. Výsledkem jsou výrazné rozdíly v dostupnosti této péče. Personální krize ale hrozí podle SZP do budoucna. „Z naší modelace vývoje potřebného počtu lékařů je zřejmé, že bez okamžitého nárůstu počtu studujících a přesunu mezi odbornostmi nebude možné dosáhnout bezproblémové generační výměny. Zároveň je velmi důležité si uvědomit, že z pohledu stávající legislativy je nejkratší čas pro samostatnou práci lékaře 12 let od přijetí na lékařskou fakultu,“ uvedl prezident SZP Ladislav Friedrich. Právě s ohledem na tuto dlouhou dobu mezi zvýšením počtu studentů a jejich účinným vstupem do praxe lze první změny, pokud se je podaří spustit, očekávat až v roce 2022.

Podle analýzy lze na základě dostupných dat největší problémy související s generační výměnou očekávat u primární péče, kde je vysoký podíl lékařů starších 55 let, pracuje ale i řada lékařů starších 70 let. Podle Friedricha je nutno přijmout opatření, která zvýší zájem o práci v primární péči, nestačí jen navýšení platů. Nutné prý také bude vrátit se k dřívějším plánům, které počítaly se změnou struktury lůžkové péče.

Zdroj: www.tribune.cz, 30. 5. 2016

Jantarové korále prořezávání zubů nepomáhají

Někteří rodiče se v současnosti nadchli pro jantarové náramky a náhrdelníky, které slouží i jako kousátka pro jejich ratolesti. Italská spotřebitelská organizace Altroconsumo ovšem jejich použití nedoporučuje, žádné pozitivní účinky totiž nenabízejí, dítě se navíc snadno může zadusit případným utrženým korálkem.

Jantarové náhrdelníky by podle svých příznivců a příznivkyň neměly sloužit jen jako kousátka při prořezávání prvních zoubků, ale navíc by měly tlumit bolest a srážet horečku. To vše díky obsahu kyseliny jantarové v jednotlivých korálcích.

Altroconsumo ovšem nesdílí nadšení některých maminek a tatínků. Poukazuje na to, že aby se z jantarových korálů uvolňovala kyselina jantarová, musely by být vystaveny teplotě několik set stupňů – teplota v dětských ústech nestačí. Samotné náhrdelníky navíc nejsou příliš vhodné pro batolata. Náhrdelníkem se mohou uškrtit, známé jsou i případy, kdy dítě jantarový korálek rozkouslo a vdechlo.

Při potížích s prvními zoubky rodičům doporučuje, aby zakoupili klasická chladicí kousátka. Pokud se chtějí držet přírodních materiálů, je lepší dítěti poskytnout nebarvený bavlněný ručník, který nechají chvíli vychladit v mrazničce. Od bolesti může pomoci i masáž dásní dobře umytými prsty. Bolest je možné tlumit i dětskými přípravky s paracetamolem či ibuprofenem, vždy je však lepší se o jejich vhodnosti poradit s pediatrem.

Problémy s výrobky či službami zaměřujícími se na děti jsou předmětem hojných stížností spotřebitelů. Novopečení rodiče bývají totiž častým cílem nepoctivců. Příkladem jsou kursy samozvaného amerického odborníka na výuku dětí dr. Roberta Titzera, který prodával nefunkující a vědecky nepodložené kursy, jež měly naučit dítě číst již v jednom roku věku.

I hračky určené pro děti mohou uvolňovat škodlivé látky či obsahovat příliš malé součástky, jimiž se může dítě zadusit, podobně jako rozkousnutým korálkem. Letmý náhled do databáze nebezpečných výrobků prozradí, že problematické jsou často právě výrobky pro nejmenší. Například v nedávném testu plyšových zvířátek, který provedla německá spotřebitelská organizace Stiftung Warentest, zcela propadl nejdražší zařazený výrobek, ručně šitý zajíc od výrobce Steiff, který obsahoval škodlivé chemikálie a navíc se snadno páral.

Zdroj: spotrebitele.dtest.cz, 6. 6. 2016

Studie dětí s mozkovou komocí: Čím dříve s aktivitou, tím lépe

Děti a adolescenti s komocí mozku, kteří se vrátí k fyzické aktivitě už během jednoho týdne, méně často trpí přetrvávajícím postkomočním syndromem než děti, které obnovily fyzickou aktivitu později. To je závěr malé observační studie kanadských lékařů prezentované na výroční konferenci Pediatric Academic Societies.

„Regresní analýzou jsme zjistili, že u dětí, které dříve obnovily fyzickou aktivitu, je méně pravděpodobné, že se u nich projeví persistentní postkomoční syndrom (definovaný jako ≥ 3 symptomy komoce dle Post-Concussion Symptom Inventory) ve srovnání s dětmi, které s fyzickou aktivitou začaly později (25 % oproti 43 %, poměr šancí 0,42, $p < 0,001$),“ uvedl hlavní autor studie Roger Zemek z Children's Hospital of Eastern Ontario.

„Příliš mnoho odpočinku vede spíše k dekonkci a ke ‚kaskádě restrikce aktivity‘, kdy se děti stávají depresivními a je u nich psychologicky větší pravděpodobnost vzniku persistentních symptomů,“ dodal. Převzato a zkráceno z MedPage Today

Zdroj: MedPage Today, 11. 6. 2016



INZERCE

416 3-16

Prodám dobře zavedenou **praxi** praktického lékaře pro děti a dorost v **Ostravě-Porubě**. Kontakt mobil 737 457 148.

417 3-16

Hledám nástupce do dobře zavedené ordinace PLDD na venkovský obvod v **okrese Přerov**, vhodná i pro zájemce o částečný úvazek. Telefon 739 012 729, e-mail: detskestredisko@email.cz

419 4-16

Hledám nástupce do ordinace PLDD **Horní Planá-Černá v Pošumaví-Hořice** na Šumavě v rekreační oblasti Lipensko. Kontakt: tel. 602 118 123, e-mail jan.indra@centrum.cz

420 4-16

Hledám lékaře do ordinace PLDD na 1 až 2 dny v týdnu dlohodobě, **Čelákovice**. Tel. 723 256 145.

421 4-16

Přenechám (levně) nadstandardně velký pediatrický **obvod v okrese Ústí nad Orlicí** (vhodné i pro manželský pár pediatriů). Možnost pronájmu bytu, tel. 721 930 615.

422 4-16

Zaměstnám dětského **lékaře** na dva dny v týdnu, ev. ordinaci prodám. MUDr. Hana Rusinová, tel. 603 454 906.

423 4-16

Společnost Elis a Elis s.r.o. nabízí zpracování ocenění lékařských praxí fyzických a právnických osob všech odborností. Telefon: +420 602 437 166, e-mail: poradce@mybox.cz, www.elis-dane.cz

424 5-16

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

425 5-16

Prodám praxi na Praze 9, popřípadě zaměstnám na nejméně 0,5 úvazku. Tel.: 602 682 899, 602 654 841.

426 6-16

Hledám nástupce do dobře zavedené ordinace PLDD, **Velké Hamry**, okres Jablonec n. N. Tel. 606 230 644.

427 6-16

Prodám zavedenou ordinaci PLDD v Teplicích v Č. Tel. 723 279 537.

428 6-16

Pro menší praxi v **Praze 10** se samostatným IČP **hledám PLDD** na 0,5 úvazku nebo zájemce o koupi, tel. 604 601 828.

430 6-16

Olivova dětská léčebna, o.p.s., v Říčanech přijme primáře/-ku se specializací dětské lékařství a s licencií ČLK pro výkon funkce primáře v oboru pediatrie. Žadoucí je koncepční seberealizace – z důvodu výročí 120 let existence zakladatelé ve spolupráci s vedením léčebny připravují strategii rozvoje na příštích 10 let. Nástup možný ihned, možnost podnikového ubytování. Více informací podá personalistka Helena Ministrová, telefon 323 619 189, mobil 602 627 741, a také viz www.olivovna.cz

431 7-16

Prodám velmi dobře zavedenou **praxi PLDD v Aši** (okres Cheb). Smlouvy se všemi zdravotními pojišťovnami. Ordinace nyní ve vlastní nemovitosti, kterou je také možno odkoupit. Pro bližší info prosím kontaktujte: 604 856 770, 773 469 333.

432 7-16

Hledáme praktického lékaře pro děti a dorost **do Studence** v Podkrkonoší. Nabízíme: náborový příspěvek 80 000 Kč, nadstandardní mzdové ohodnocení, 5 týdnů dovolené, 5 dní na vzdělávání, 3 na zotavenou, akred. pracoviště, zaměstnanecké benefity. Kontakt: H. Janečková, 733 679 623, hana.janeckova@mediclinic.cz.

433 7-16

Prodám zavedenou praxi na Praze 4. Kontakt 606 122 166.

434-8-16

Pro zavedenou ordinaci PLDD v **Hradci Králové hledám zástup** za MD. I částečný úvazek. Příjemné pracovní prostředí, skvělá sestřička. Nástup možný ihned. Atestace DL, PLDD výhodou, ale ne podmínkou. Možnost ubytování. Tel. 606 844 249, brezinova.eva@centrum.cz

435-8-16

Hledáme kolegy na pozici **praktický lékař pro děti a dorost** pro ambulance v **Brně a Praze**. Nabízíme nadstandardní mzdu, 5 dní na vzdělávání, 3 sick days, akred. pracoviště, zaměstnanecké benefity. Nabídka je vhodná i pro neatestované lékaře – možnost dokončení specializačního vzdělávání za podpory MediClinic, a.s. Kontakt: P. Adamíčková, 733 679 578, kariera@mediclinic.cz

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

Autodidaktický test 7/2016

Dětská urologie

- 1. Syndrom akutního skrota a jeho dif.dg. je rozsáhlá. PLDD by měl rozpoznat, že se jedná o pacienta s tímto syndromem a včas ho odeslat k verifikaci a léčbě na příslušné urologické či chirurgické pracoviště. Jednou diagnostickou jednotkou syndromu akutního šourku je akutní orchitis. Ta se projevuje těmito příznaky:**
 - a) zvětšené varle, zarudlé skrotum, silná bolestivost
 - b) zvětšené varle, zarudlé skrotum, nebolestivé
 - c) zvětšené varle, klidné skrotum, nebolestivé
- 2. U chlapce se syndromem akutního skrota musí vyšetřující nejprve akutně vyloučit torzi *funiculi spermatici* a inkarcerovanou inkuinální/skrotální hernii. U torze semenného provazce hrozí vlivem zaškrcení cév infarkce a nekróza varlete. Interval od počátku torze k trvalému poškození tkáně varlete je velmi krátký – 4 až 6 hodin. Téměř se 100% jistotou lze torzi vyloučit, pokud je:**
 - a) negativní kremasterický reflex
 - b) pozitivní kremasterický reflex
 - c) negativní dolní břišní reflex
 - d) pozitivní dolní břišní reflex
- 3. Kremasterický reflex vyvoláme:**
 - a) lehkým tahem hrotnatým předmětem po kůži v suprapubické oblasti od střední čáry laterálně
 - b) lehkým klepnutím neurologickým kladívkem na *m. obliquus internus abdominis* v místě jeho úponu na *ligamentum inguinale*, kde je odstup *m. cremaster*
 - c) lehkým klepnutím neurologickým kladívkem těsně nad horním pólem varlete na *m. cremaster*
 - d) lehkým tahem hrotnatým předmětem po kůži vnitřní plochy stehna
- 4. Do ordinace přichází 14letý chlapec pro cca 36hod. anamnézu bolestivosti levého testis s abdominalgiemi v hypogastriu. Trauma neguje. Afebrilní. Moči bez potíží, na začátku potíží jedenkrát zvracel. Testis vlevo zduřelý, tuhé, hladké, cca dvojnásobné velikosti v porovnání s pravostranným testis, bez zarudnutí skrota, palpačně není významná citlivost. Moč chem. neg. Jaká je pravděpodobná diagnóza?**
 - a) hydrokéla
 - b) torze varlete
 - c) varikokéla
 - d) orchitida
- 5. Až 50% dětí s dysfunkcí dolních močových cest má chronickou funkční zácpu. Dává se to do souvislosti s poruchou neuroregulace svalstva pánevního dna. Důvodem konzultace pediatra je většinou dysfunkce dolních močových cest a nikoliv zácpa. Proto se v rámci dif.dg. musí lékař věnovat i otázce vyloučení obstipace a zejména její organické etiologii. Při úspěšné léčbě funkční zácpy dojde až v 90 % případů i k odeznění dysfunkce dolních močových cest. Léčbu funkční zácpy zahajuje PLDD. Na zahájení terapie funkční zácpy je doporučen:**
 - a) polyetylglykol (Forlax) v útočné dávce 1–1,5 mg/kg/den po dobu několika dnů
 - b) laktulóza
 - c) dřeň samužníkoviého ovoce (Fructolax)
 - d) pikosulfát (Guttalax)
 - e) mikroklyzma (např. Yal sol.)

OČKOVÁNÍ CHLAPCŮ PROTI ONEMOCNĚNÍM SOUVISEJÍCÍM S INFEKČÍ HPV

Speciální očkovací program VZP ČR



SILGARD®

Vakcína proti lidskému papilomaviru
[typy 6, 11, 16, 18] (rekombinantní, adsorbovaná)

Ochraňte své pacienty před závažnými nádorovými onemocněními, která jsou způsobena některými typy HPV.

- Program je určen **pro chlapce ve věku od 9 let do dosažení 14 let**, kteří jsou pojištěni u VZP a jsou členy Klubu pevného zdraví.
- Program je platný **od 1. 2. 2016**, o příspěvek ve výši až 2 500 Kč je možné žádat nejdéle **do 30. 11. 2016** nebo do vyčerpání stanoveného limitu **pro prvních 8 000 klientů**.

Více informací o programu
a jeho podmínkách získáte
na www.vzp.cz/hpv-chlapci.



VZP

POJIŠŤOVNA NA CELÝ ŽIVOT

infolinka: 952 222 222
www.vzp.cz

Zkrácená informace o léčivém přípravku

Silgard®, injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Očkovací látka proti lidskému papilomaviru [typy 6, 11, 16, 18] (rekombinantní, adsorbovaná). **Složení:** 1 dávka (0,5 ml) obsahuje přibližně: Papilomavir humaní typus 6 proteinu L1 – 20 mikrogramů; Papilomavir humaní typus 11 proteinu L1 – 40 mikrogramů; Papilomavir humaní typus 16 proteinu L1 – 40 mikrogramů; Papilomavir humaní typus 18 proteinu L1 – 20 mikrogramů. **Léková forma:** Injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. **Indikace:** Silgard je očkovací látka k použití od věku 9 let k prevenci: premaligních genitálních lézí (cervikálních, vulválních a vaginálních), premaligních análních lézí, cervikálních karcinomů a análních karcinomů v příčinné souvislosti s jistými onkogenními typy lidského papilomaviru (HPV), bradavic genitálu (condyloma acuminata) v příčinné souvislosti se specifickými typy HPV. Tato indikace je založena na průkazu účinnosti přípravku Silgard u žen ve věku 16 až 45 let a u mužů ve věku 16 až 26 let a na průkazu imunogenity přípravku Silgard u dětí ve věku 9 až 15 let a dospívajících. Použití přípravku Silgard musí být v souladu s oficiálními doporučeními. **Dávkování a způsob podání:** Dávkování: Jedinci ve věku 9 až 13 let věku včetně: Přípravek Silgard lze podávat podle dvoudávkového schématu (0,5 ml v nultém a šestém měsíci). Pokud se druhá dávka očkovací látky podá dříve než 6 měsíců po první dávce, je nutno vždy podat třetí dávku. Alternativně lze přípravek Silgard podat podle třídávkového schématu (0,5 ml v nultém, druhém a šestém měsíci). Druhou dávku je nutno podat nejméně jeden měsíc po první dávce a třetí dávku je nutno podat nejméně 3 měsíce po druhé dávce. Všechny tři dávky musí být podány během období jednoho roku. Podávání přípravku Silgard musí probíhat v souladu s oficiálními doporučeními. **Pediatrická populace:** bezpečnost a účinnost přípravku Silgard u dětí mladších 9 let nebyla stanovena. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku. Jedinci, u nichž se po podání dávky přípravku Silgard objeví příznaky hypersenzitivity, nesmí další dávku přípravku Silgard dostat. Podávání přípravku Silgard musí být odloženo u jedinců trpících závažným akutním horečnatým onemocněním. Přítomnost lehké infekce, jako je lehká infekce horních cest dýchacích nebo horečka nízkého stupně však nejsou kontraindikací pro imunizaci. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Při rozhodování o vakcinaci jednotlivce se musí vzít v potaz riziko, že již byl vystaven působení HPV, a potenciální přínos, který může z vakcinace mít. Stejně jako u všech injekčních očkovacích látek musí být pro případ vzácných anafylaktických reakcí po aplikaci očkovací látky snadno k dispozici odpovídající léčebná opatření. Po každém očkování, někdy i před ním, může v důsledku psychogenní reakce na vpich jehly dojít k synkopě (mdlobám), někdy s pádem, zejména u dospívajících jedinců. Při probírání se z mdloby se mohou objevit některé neurologické projevy, jako jsou přechodné poruchy vidění, parestázie, tonicko-klonické pohyby končetin. Očkovaní by proto měli být přibližně 15 minut po podání očkovací látky sledováni. Je potřeba zavést opatření proti úrazům v důsledku mdloby. Stejně jako u jiných očkovacích látek, nemusí očkování přípravkem Silgard zajistit ochranu všem očkovaným. Neprokázalo se, že by měl přípravek Silgard terapeutický efekt. Bezpečnost a imunogenita očkovací látky byly hodnoceny u jedinců ve věku od 7 do 12 let s prokázanou infekcí virem lidské imunodeficiency (HIV). Jedinci se sníženou imunitní reakcí v důsledku buď silné imunosupresivní léčby, genetické poruchy nebo jiných příčin, nemusí na očkovací látku zareagovat. Tuto očkovací látku je nutno podávat opatrně jedincům s trombocytopenií nebo s jakoukoli poruchou koagulace, protože po intramuskulárním podání takovým jedincům může dojít ke krvácení. Nejsou k dispozici žádné údaje o bezpečnosti, imunogenitě ani účinnosti, které by podporovaly zaměnitelnost přípravku Silgard s jinými očkovacími látkami proti HPV. **Interakce:** Jedinci, kteří dostali imunoglobulin nebo krevní deriváty během 6 měsíců před první dávkou očkovací látky, byli ze všech klinických studií vyřazeni. Použití spolu s dalšími očkovacími látkami: Při podání přípravku Silgard ve stejnou dobu (ale při podání očkovacích látek do různých injekčních míst) s očkovací látkou proti hepatitidě typu B (rekombinantní) nedošlo k zásahu do imunitní odpovědi na HPV typy. Přípravek Silgard lze podávat současně s kombinovanou posilovací (booster) očkovací látkou obsahující difteri (d) a tetanus (T) buď s pertusis [acelulární komponenta] (ap) a/nebo s poliomyelitidou [inaktivovaná] (IPV) (očkovací látky dT-IPV, dTap-IPV) bez významné interference s protilátkovou odpovědí na kteroukoli ze složek kterékoliv z vakcín. Současné podávání přípravku Silgard s jinými očkovacími látkami, než jsou očkovací látky uvedené výše, nebylo studováno. Neprokázalo se, že by použití hormonální antikoncepce ovlivnilo imunitní odpověď na přípravek Silgard. **Těhotenství a kojení:** Údaje o podávání přípravku Silgard v průběhu těhotenství neprokázaly žádný bezpečnostní signál. Tyto údaje však nejsou dostatečné pro doporučení používání přípravku Silgard v průběhu těhotenství. Očkovaní je nutno odložit na dobu po ukončení těhotenství. Přípravek Silgard lze podávat během kojení. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté ($\geq 1/10$): bolest hlavy, v místě injekce: bolest, otok a zarudnutí. Časté ($\geq 1/100$, $< 1/10$): horečka, pocit nevolnosti, v místě injekce: zhmoždění, svědění, bolest v končetině. **Uchovávání:** Chraňte před mrazem. Uchovávejte injekční lahvičku ve vnější krabici, aby byl přípravek chráněn před světlem. Přípravek Silgard musí být po vyjmutí z lednice podán co nejdříve je to možné. Stabilní údaje naznačují, že složky očkovací látky jsou stabilní po dobu 72 hodin, pokud jsou skladovány při teplotách od 8 do 25 °C. Po uplynutí této doby musí být přípravek Silgard použit, nebo zlikvidován. Tyto informace jsou určeny pouze pro zdravotnické pracovníky v případě dočasného teplotního výkyvu. **Balení:** 0,5 ml suspenze v předplněné injekční stříkačce se dvěma jehlami v balení po 1 kus. Na trhu nemusí být všechny velikosti balení. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Merck Sharp & Dohme Ltd., Hertford Road, Hoddesdon, Hertfordshire EN11 9BU, Velká Británie. Registrační číslo(a): EU/1/06/358/007. **Datum poslední revize textu:** 26. 5. 2015.

Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznámte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.
Vakcinační akce schválena Ministerstvem zdravotnictví ČR, č.j.: MZDR77954/2015-3/OVZ.



© Copyright Merck Sharp & Dohme s.r.o., 2016. Všechna práva vyhrazena.
Merck Sharp & Dohme s.r.o., Evropská 2588/33a, 160 00 Praha 6, Česká republika
tel.: +420 233 010 111, e-mail: dpoc_czechsllovak@merck.com, www.msd.cz

02-2017-VACC-1175848-0000



**Při ublinkávání
Spolehlivá péče
podpořená vědou**



NOVINKA

Funkční speciality BEBA zlepšují kvalitu života kojenců, rodičů i lékařů. ¹⁻³
BEBA A.R. obsahuje 3 funkční složky – OPTIPRO® HA, škrob a Lactobacillus reuteri, jejichž účinky jsou klinicky ověřeny.

BEBA A.R.

- ✓ Snižuje ublinkávání až o 80 % ^{4, 5}
- ✓ Snižuje objem ublinkávání až o 48 % ⁶
- ✓ Snižuje frekvenci ublinkávání až o 75 % ⁷



**Tyto výrobky doporučuje
Sdružení praktických
lékařů pro děti a dorost ČR.**

Důležité upozornění:

Světová zdravotnická organizace (WHO) doporučuje, aby vhodné ženy a matky byly informovány o výhodách a nadřazenosti kojení – zejména o skutečnosti, že mateřské mléko poskytuje dětem iu nejlepší výživu a ochranu před nemocemi. Matkám by měly být podrobně vysvětleny techniky kojení a způsoby udržení kojení se zvláštním důrazem na význam správné vyživení stravy, a to jak v průběhu těhotenství, tak po porodu. Mělo by se zabránit zbytečnému zavádění čístečného krmení z láhve nebo podávání jiných nápojů a potravin, protože by to mohlo mít negativní vliv na kojení. Matky by měly být upozorněny na obličejnost návratu ke kojení, pokud se rozhodují nekojit. Matkám by také měly být vysvětleny zdravotní, sociální a ekonomické důsledky takového kroku. Matkám by mělo být zdůrazněno, že mateřské mléko je pro dítě tou nejlepší výživou. Pokud se přijme rozhodnutí používat kojeneckou výživu, tak je nezbytné matky poučit o správné přípravě a zdůraznit, že použití neplečkové vody, nemylé láhve nebo nesprávného feseční může vést k onemocnění dítěte.

⁴ viz Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka přijatý WHA v rezoluci 34.22 v květnu 1981.

Odkazy:
1. Szajekská H. et al. Journal of Pediatrics 2012; 21Indra F. et al. JAMA Pediatr. 2014; 35Saah F. et al. Beneficial Microbes 2014; 4Valverde A. et al. Pulso ediciones 1998; 5Iñáñez O, Torro R. Pulso ediciones 1998;
6. Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka přijatý WHA v rezoluci 34.22 v květnu 1981;
7. Indra F. et al. Eur J Clin Invest 2011.