



- Jak na GDPR v ordinaci praktického lékaře
- Vyšetření dýchacích svalů – důležitá součást komplexního zhodnocení poruch dýchání u dětí
- Možnosti respirační fyzioterapie u pacientů s chronickou respirační problematikou v dětském věku
- Možné důvody neúspěchu fyzioterapeutických intervencí funkčních poruch u dětí
- Mozek v plamenech. Příběh dvanáctileté pacientky s náhle vzniklou změnou chování
- EBV jako spouštěcí faktor



Pracujeme pro zdravější svět™

NUTRICIA
BABY NUTRITION



do more
feel better
live longer



	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Informace SPLDD	6
	Usnesení regionálních konferencí	10
	Mgr. Jakub Uher	11
	Jak na GDPR v ordinaci praktického lékaře	16
	Reakce na článek dr. Soukupa	16
	Informace OSPDL ČLS JEP	18
	Mgr. Kateřina Neumannová, Ph.D.	
	Vyšetření dýchacích svalů – důležitá součást komplexního zhodnocení poruch dýchání u dětí	20
	Mgr. Jana Zelenková	
	Možnosti respirační fyzioterapie u pacientů s chronickou respirační problematikou v dětském věku	23
	Mgr. Roman Koubík	
	Možné důvody neúspěchu fyzioterapeutických intervencí funkčních poruch u dětí a mladistvých	26
	MUDr. Tereza Veliková	
	Mozek v plamenech. Příběh dvanáctileté pacientky s náhle vzniklou změnou chování	28
	MUDr. Klára Vitoušová	31
	EBV jako spouštěcí faktor	
	Ze světa odborné literatury	33
	Aktuality	34
	Řádková inzerce	37
	Autodidaktický test, Neonatologie	38
	Dokumentace GDPR	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

**ČLS JEP
GUARANT
GSK
MSD
PFIZER
SANOFI**

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

**VOX
PEDIATRIAE**

www.detskylekar.cz

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

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

Odborná garance: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

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

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

Jazykové korektury: Bohumila Weilová
Grafické zpracování: Michal Semerák

Úřední hodiny SPLDD ČR

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

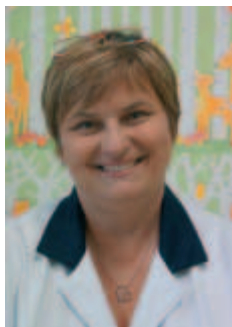
Sekretariát:
U Hranic 16, 100 00 Praha 10

telefon: 267 184 065
fax: 267 184 050

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

Obrázek na titulní straně namalovala Veronika Lagronova, 4. třída.

Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům. Distribuce členům SPLDD ČR zdarma. Vychází 10× ročně v nákladu 2 200 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.



Milé kolegyně, milí kolegové,

s příchodem nového mladého ministra, který není zatížen pracovními zkušenostmi se zdravotním systémem v minulosti, se otevřely nové možnosti i pro řešení problémů primární péče. Přesněji řečeno ministr Vojtěch má již informace z řady jednání, která se vedla v posledních letech o zdravotnictví, a z práce ve zdravotních pojišťovnách. Nejsou mu tedy problémy českého zdravotnictví neznámé. Sympatická na novém ministrovi je jeho pracovitost, ochota naslouchat a snaha začít řešit problémy praktických lékařů. Podzimní protesty primární péče by musel přehlédnout jen slepý a hluchý. Stejně tak není možné přehlédnout problémy se zajištěním registrujícího praktického lékaře pro děti i dospělé po odchodu našich kolegů na zasloužený odpočinek. Nově se objevily problémy a komplikace při vstupu absolventů LF do nového oboru pediatrie po zrušení našeho oboru a oboru dětské lékařství. Budoucí lékaři se zájmem o pediatrii velmi těžce hledají nemocnice, které by je přijaly na dětská oddělení. Narážejí na plnou kapacitu školitelů, ale i na neochotu vedení nemocnic je zaměstnat. Marně zatím čekají lékaři s atestací z dětského lékařství na kvalifikační kurs, který by jim umožnil pracovat jako PLDD. Jak čas běží, ztrácíme stále více zájemců o obor pediatrie. Akreditovaná pracoviště PLDD nesmějí v tomto roce žádat o rezidenční místa v oboru pediatrie, přičemž rezidenční místa zůstávají neobsazena. Snaha vyškolit si následníka za pomoci rezidenčního místa a předat v rámci generační výměny privátní ordinaci svému dítěti je označována úředníkem MZ jako jednání se znaky pletichaření. Je to nepochopitelné. Zvlášť pokud jde o oblast, kde není další zájemce a věkový průměr PLDD v této oblasti je velmi vysoký. Problémů je mnoho a narůstají. Prognóza dalšího vývoje dostupnosti PLDD je hrozná. Ze všech oborů primární péče jsme na tom nejhůře. O všech těchto problémech se ví, o všech se mluví a nás zajímá, jaké budou další kroky odpovědných institucí k záchraně dosavadní péče o děti v ČR. A tak se hledají řešení a veřejně je slibována podpora. Zástupci praktických lékařů již tři měsíce intenzivně pracují na reformě primární péče, a pokud se nezmění personální obsazení na MZ, mohli bychom dojít k definování priorit, které společnými silami a s podporou MZ budeme prosazovat. Pokud se podaří specifikovat oblasti spolupráce, bude se jednat po dlouhé době o viditelnou podporu segmentu praktických lékařů. Že by světélko na konci tunelu? Pevně doufáme, že pokud zvítězí zdravý rozum a bude vůle z obou stran podpořit reformu primární péče, podaří se zajistit i v budoucnosti primární péči o děti lékařem vzdělaným v péči o děti. Možná nebude PLDD v téměř každé vesnici jako doposud, ale bude mít větší možnosti diagnostické i léčebné. Smysluplná elektronizace mu pomůže odstranit navyšující se administrativní zátěž a navýšení financí dopomůže k lepšímu vybavení a zajištění dalšího pomocného personálu. Naděje vkládáme do budování sdružených praxí, které mají velký potenciál a mohou kromě jiného zajistit lékařům více volného času pro odpočinek, rodinu a vzdělávání. Mohou zajistit vzájemné zastoupení lékařů v práci a pro pacienty zlepšit časovou dostupnost péče formou prodloužených ordinačních hodin. Čeká nás dlouhá cesta k naplnění cílů a bez viditelné podpory MZ a politiků to určitě nepůjde. Jsme na rozcestí a nemáme čas se dlouho rozmyšlet, kudy dál.

Pokud se podíváme za hranice ČR do zemí nám nejbližších, do Rakouska či Německa, zjistíme řadu společných problémů v systému zajištění péče o děti a dorost. Ať už jde o problém lidských zdrojů, financování, či problémy ve spolupráci ambulantního a nemocničního systému. I v Německu hrozí, že některé regiony nebudou mít v budoucnosti dostupnou pediatriickou specializovanou péči či primární pediatriickou péči. Průměrný věk ambulantních pediatriů v Německu je obdobný jako u nás. Také mají problémy s obsazením periferních oblastí. Také Německo je na rozcestí. Také hledá politický konsensus v dalším plánování zajištění pediatriické péče.

Věřím, že je šance najít správnou cestu a s podporou MZ se po ní vydat. Je to šance nejen pro zdravotníky, ale i pro rodiny s dětmi.

V úctě Ilona Hülleová



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

Během března došlo k dlouho očekávanému poklesu nemocnosti dětí, chřipka byla konečně na ústupu. Naplno se rozběhly regionální konference a zimu vystřídalo teplé slunečné počasí. Pokračovala práce na reformě primární péče a na půdě OZP se uskutečnila první kola dohodovacího jednání o cenách pro rok 2019 v jednotlivých segmentech. Z úst pana ministra opakovaně zaznělo, že nebude upřednostňovat v úhradách žádný segment, a doufejme, že ustojí tlak, který vzrůstá ze strany lůžkového segmentu. Pro segment praktických lékařů bylo nabídnuto navýšení o cca 3,9%, přičemž ze strany zdravotních pojišťoven není vůle plošně navyšovat kapitační platbu, důraz je kladen na kvalitativní kritéria. Diskutovalo se téma tzv. trojcestné žádanky, aby bylo zřejmé, co poskytovatel žádal, co komplement skutečně vykázal a zdravotní pojišťovny uhradily. Jednání budou dále pokračovat v měsíci dubnu a květnu.

Na MZ proběhla další jednání pracovní skupiny pro reformu primární péče. Členové pracovní skupiny pracovali ve 12 podskupinách a byly vytvořeny první výstupy k daným tématům. Uskutečnilo se také druhé jednání Rady poskytovatelů. Přes naše opakované urgencye jsme do dnešního dne neobdrželi zápis z jednání o oboru pediatrie, které proběhlo na MZ 13. 3. 2018. Z těchto důvodů nedokážeme validně odpovídat na dotazy kolegů z dětských oddělení či lékařů, jak dále bude vypadat příprava v pediatrii, kdy bude spuštěn kvalifikační kurs atd. Nepotěšila nás ani informace, že nebyla naplněna vyhlášená kapacita rezidenčních míst pro obor pediatrie ze strany akreditovaných dětských oddělení. Je to o to smutnější, že zájemcům z řad akreditovaných PLDD nebylo umožněno o rezidenční místa žádat. Nadále přicházíme o mladé lékaře, kteří mají zájem o obor pediatrie, ale nemohou najít pracoviště, které by je zaměstnalo. Volí proto jiný obor či odchod do zahraničí.

Pro naše zdravotní sestry jsme přichystali v červnu dva celodenní sobotní semináře v Brně a v Praze. Velmi mile nás překvapilo, když po týdnu byla kapacita plná a další zájemkyně jsou již v roli náhradníků. Pokud se podaří zajistit další finanční prostředky, rádi budeme semináře opakovat.

17. 3. 2018 se konala jako první konference tří moravských regionů ve Vyškově. Usnesení nejen této konference najdete na stránkách našeho časopisu.

23.–24. 3. 2018 proběhla konference Východočeského regionu SPLDD.

27. 3. 2018 se sešla na půdě MZ Pracovní skupina pro reformu primární péče. Jednání bylo velmi náročné a vypracovaných 12 SWOT analýz bude velmi dobrým pracovním materiálem pro další jednání. Diskutovali jsme mimo jiné zvýšení kompetencí PL, uvolnění předepisování vybraných léků pro PL, aktualizaci standardního vybavení ordinace PL, koncepci LPS, zajištění PL v periferních oblastech ČR, další elektronizaci ve zdravotnictví. Diskutovali jsme sledování kvality péče a mož-

nosti identifikátorů kvality, následně možnosti bonifikace za lepší kvalitu poskytované péče. Velké téma je zajištění dostupnosti primární péče a vznik sdružených praxí. Jako prioritní se jeví zajištění vzdělávání budoucích praktických lékařů a diskuze proběhla také k rezidenčním místům pro praktické lékaře. Dosavadní model je potřeba zachovat, připravit systém, kdy peníze půjdou za školencem, zajistit funkční systém akreditací VPL a PLDD, umožnit PLDD opět žádat o rezidenční místa.

3. 4. 2018 svolal ministr Vojtěch další jednání Rady poskytovatelů. Na tomto jednání se mimo jiné projednávalo i tolik aktuální GDPR a také dodržování metodického postupu předoperačního vyšetření. Požádali jsme MZ, aby s tímto metodickým postupem seznámilo přímo řízené nemocnice, a zdravotní

pojišťovny, aby předaly informaci všem nemocnicím.

4. 4. 2018 se zástupci SPL a SPLDD zúčastnili dohodovacího řízení o cenách pro rok 2019. Další jednání se uskutečnilo na půdě VZP dne 26. 4., kde budou již předloženy konkrétnější návrhy možných úhrad.

5. 4. 2018 se sešli na své konferenci PLDD regionu Praha a střední Čechy. Oproti jiným regionům zajímala členy úhrada za poskytnutou zdravotní péči cizincům, zejména úhrada preventivních prohlídek a očkování. Diskutoval se také bonifikační systém OZP.

7. 4. 2018 se uskutečnila v Ústí nad Labem konference Severočeského regionu SPLDD.

14. 4. 2018 proběhlo komorní setkání členů Jihočeského regionu SPLDD.



Informace SPLDD

■ Zápis z jednání Koalice soukromých lékařů 14. 3. 2018

Přítomni: doc. Šmucler, dr. Hülleová, dr. Jojko, dr. Šonka, dr. Kudyn, dr. Šmatlák, dr. Houba, dr. Kostka

1. Změna mluvčího KSL

- Od března 2018 do září 2018 je mluvčím Koalice doc. Roman Šmucler, prezident České stomatologické komory.

2. Příprava na DŘ k úhradám na rok 2019

- Zástupci Koalice navrhuji sejít se ihned po prvním kole individuálního jednání se zdravotními pojišťovnami a dohodnout společnou taktiku. Zvažují pokračování nátlakových akcí s cílem upozornit na to, že financování zdravotnictví a neustálé zvyšování administrativní zátěže ohrožuje dostupnost zdravotní péče.

3. Stav DŘ k rámcovým smlouvám

- MZ ČR informuje na svých stránkách o oficiálním zahájení dohodovacího řízení o rámcových smlouvách mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli. Zástupci KSL rozporují termín zahájení DŘ i mandáty účastníků jednání. Řešením, na kterém se KSL shodla, je zaslat zdravotním pojišťovnám v předstihu za jednotlivá sdružení Koalice vlastní návrhy rámcových smluv a na zasedání Rady poskytovatelů jednat tak, jako by DŘ k rámcovým smlouvám ještě nebylo zahájeno.
- Pojišťovny ani poskytovatelé nemají zájem obsah rámcových smluv měnit.

4. Způsob výpočtu regulací za předpis léků u VZP

- VZP bez projednání s poskytovateli stanovuje lékařům limity za předpis léků z limitu za předcházející období po odečtení bonifikací.

5. GDPR

- Zástupci Koalice diskutovali o problémech spojených se zaváděním GDPR, způsobných chybějícím zákonem o zpracování osobních údajů. Nedostatečná legislativa vyvolala zmatek, kterého využívají různé firmy a společnosti, nabízející školení a semináře, aniž by byly ochotné přijmout odpovědnost za případné závady, zjištěné při následných kontrolách.

6. Metodika předoperačních vyšetření MZ ČR

- Dr. Hülleová negativně hodnotila přístup lůžkových zařízení k dodržování doporučeného postupu interního předoperačního vyšetření před elektivními operačními výkony, vydaného ve Věstníku MZ ČR.

V Praze dne 22. 3. 2018

Zapsala: Mgr. Zina Sladkovská

■ Ministerstvo zdravotnictví připravilo novou regulaci poukazových zdravotnických prostředků

Ministerstvo zdravotnictví v rekordním čase připravilo návrh novely zákona o veřejném zdravotním pojištění, která přináší nová pravidla pro úhradovou regulaci zdravotnických prostředků na poukaz.

Návrh nyní zamířil do meziresortního připomínkového řízení. Nové znění Ústavním soudem vloni zrušené části zákona by se tak k projednání ve vládě mělo dostat v červnu.

„V návrhu naplňujeme požadavek Ústavního soudu, aby na péči dosáhl každý pacient bez ohledu na svůj sociální status. Osobně udělám vše pro to, abychom legislativní proces stihli a novela začala platit od ledna příštího roku. Především tak velkému chaosu a miliardovým ztrátám, ke kterým by v systému veřejného zdravotního pojištění v opačném případě došlo, protože předchozí vedení ministerstva přípravy naprosto podcenilo,“ uvedl k tématu ministr zdravotnictví Adam Vojtěch. Kromě konkrétní podoby paragrafového znění novely ministerstvo připravilo i klíčovou přílohu zákona, která obsahuje kompletní kategorizaci zdravotnických prostředků hrazených na poukaz, tzv. kategoriizační strom.

Novela přináší celou řadu pozitivních změn pro pacienty. „Nové zdravotnické prostředky budou zařazovány do systému úhrad každý měsíc a nikoli jen jednou za půl roku, jako je tomu dnes. Prakticky všechny položky, které jsou dnes hrazeny ve výši 75 % z ceny, protože nemají v zákoně vlastní úhradovou skupinu, budou doplněny do kategoriizačního stromu a pacienti tak mohou dosáhnout na jejich plnou úhradu,“ vysvětlil ministr Vojtěch. Do celého rozhodovacího procesu

jsou navíc velmi intenzivně zapojeny pacientské organizace.

Cílem nové úpravy je zakotvení konkrétního nároku pacienta přímo v zákoně a dosažení nezbytné úrovně transparentnosti. Novela umožní pružné reakce na přístup nových produktů na trh a změny cenové hladiny na trhu tak, aby nedocházelo k navýšení nákladů pacienta ani systému zdravotního pojištění. Samotné zařazování zdravotnických prostředků do úhradových skupin bude administrativně velmi nenáročné. Státní ústav pro kontrolu léčiv bude ve správním řízení řešit pouze excesy, kdy dojde k chybnému zařazení produktu do nesprávné úhradové skupiny. Pro první zařazení všech dnes hrazených produktů je stanoveno přechodné období, které bude trvat cca 3/4 roku. Za účelem pravidelné každoroční aktualizace kategoriizačního stromu bude příkazem ministra zakotvena trvalá agenda Komise pro kategorizaci a úhradovou regulaci zdravotnických prostředků.

Novela byla připravena ve spolupráci se všemi dotčenými subjekty – Státním ústavem pro kontrolu léčiv, zdravotními pojišťovnami, odbornými společnostmi, pacientskými organizacemi, profesními komorami a průmyslovými asociacemi.

Ústavní soud v červnu 2017 zrušil dosavadní systém úhrad na základě návrhu skupiny senátorů, kteří kritizovali systém stanovování úhrad zdravotnických prostředků, protože pojišťovnám umožňuje, aby si fakticky samy určovaly, jestli a v jaké výši pomůcku uhradí. Podle soudu to bylo v rozporu s právem na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky na základě veřejného zdravotního pojištění. „Ačkoliv Ústavní soud dal zákonodárcům čas do konce roku 2018, můj předchůdce na nových paragrafech bohužel nezačal pracovat. Řešení tohoto akutního problému se tak po mém nástupu stalo maximální prioritou,“ uvedl ministr. Během několika dní obnovil Pracovní skupinu pro kategorizaci a úhradovou regulaci, do které byla nově zapojena také Pacientská rada MZ, Národní rada osob se zdravotním postižením a Koalice pro zdraví. Komise bude ve své činnosti pokračovat i po přijetí novely zákona a bude se nadále podílet na kultivaci kategorizace zdravotnických prostředků.

Zdroj: MZ ČR, 27. 3. 2018



■ Dlouhodobé ošetřovné

Od 1. června 2018 začne platit nová dávka ze systému nemocenského pojištění – tzv. dlouhodobé ošetřovné. Nová dávka bude poskytována nemocensky pojištěné osobě, tedy zaměstnanci, nebo osobě samostatně výdělečně činné, která nemůže vykonávat činnost z důvodu péče o osobu, která ji vyžaduje, v domácím prostředí. Opatření je koncipováno jako pokrytí doby, která následuje po propuštění z nemocnice např. po vážném úrazu nebo nemoci.

Nárok na dlouhodobé ošetřovné má pojištěnec, pečující o osobu, která potřebuje poskytování dlouhodobé péče v domácím prostředí a nevykonává v zaměstnání, z něhož dlouhodobé ošetřovné náleží, nebo v jiném zaměstnání práci, jde-li o zaměstnance. Vyžaduje se, aby ošetřovaná osoba udělila pojištěnci na předepsaném tiskopise písemný souhlas s poskytováním dlouhodobé péče. Na jeden kalendářní den potřeby poskytování dlouhodobé péče lze udělit souhlas jen jednomu pojištěnci, souhlas je možné také písemně odvolat.

Dlouhodobou péčí (§72a ZNP) pro účely dlouhodobého ošetřovného se rozumí poskytování celodenní péče ošetřované osobě spočívající v každodenním ošetřování, provádění opatření spojených se zajištěním léčebného režimu stanoveného poskytovatelem zdravotních služeb nebo pomoci při péči o vlastní osobu ošetřované osoby. Péčí o vlastní osobu se rozumí zejména péče spojená s podáváním jídla a pití, oblékáním, svlékáním, tělesnou hygienou a pomocí při výkonu fyziologické potřeby.

Definice dlouhodobé péče pro účely poskytování dlouhodobého ošetřovného zahrnuje ošetřování, provádění opatření spojených se zajištěním léčebného režimu a odkazuje i na pomoc při péči o vlastní osobu. Dlouhodobou péčí bude ošetřované osobě poskytovat pojištěnec, zpravidla laik, ne zdravotník. Dlouhodobá péče bude v domácím prostředí pojištěncem poskytována v těch případech, kdy zdravotní stav ošetřované osoby bude vyžadovat ošetřování nebo péči o vlastní osobu ošetřovaného nebo obojí. V praxi budou existovat i případy, kdy objem ošetřování může být poměrně malý, ale u ošetřované osoby bude převažovat potřeba péče o vlastní osobu. Přitom současně platí, že dlouhodobá péče by měla trvat alespoň 30 kalendářních dnů a musí být poskytována celodenně, tj. několikrát během dne, popřípadě i v noci.

Pojištěnec musí být:

- a) manželem (manželkou) ošetřované osoby nebo registrovaným partnerem (registrovanou partnerkou) ošetřované osoby,
- b) příbuzným v linii přímé s ošetřovanou osobou nebo jejím sourozencem, tchyní, tchánem, snachou, zetěm, neterí, synovcem, tetou nebo strýcem,
- c) manželem (manželkou), registrovaným partnerem (registrovanou partnerkou) nebo druhem (družkou) fyzické osoby uvedené v písmenu b), nebo
- d) druhem (družkou) ošetřované osoby nebo jinou fyzickou osobou žijící s ošetřovanou osobou v domácnosti.

Uplatňuje-li nárok na dlouhodobé ošetřovné druh (družka) podle uvedeného písm. c), je další podmínkou nároku na dlouhodobé ošetřovné, že tento pojištěnec má s fyzickou osobou uvedenou v písm. b) shodné místo trvalého pobytu, a jde-li o cizince, shodné místo hlášeného pobytu v České republice nebo obdobného pobytu v cizině, a to po dobu alespoň 3 měsíců bezprostředně předcházející dni vzniku potřeby dlouhodobé péče nebo dni prvního převzetí této péče.

Uplatňuje-li nárok na dlouhodobé ošetřovné druh (družka) nebo jiná fyzická osoba žijící s ošetřovanou osobou v domácnosti podle uvedeného písm. d), je další podmínkou nároku na dlouhodobé ošetřovné, že tento pojištěnec má s ošetřovanou osobou shodné místo trvalého pobytu, a jde-li o cizince, shodné místo hlášeného pobytu v České republice nebo obdobného pobytu v cizině, a to po dobu alespoň 3 měsíců bezprostředně předcházející dni vzniku potřeby dlouhodobé péče nebo dni prvního převzetí této péče.

Ošetřovaná osoba je fyzická osoba, u které došlo k závažné poruše zdraví, jež si vyžádala hospitalizaci, při níž byla poskytována léčebná péče alespoň 7 kalendářních dnů po sobě jdoucích. Nesmí však přitom jít o akutní lůžkovou péči standardní poskytovanou ošetřované osobě za účelem provedení zdravotních výkonů, které nelze provést ambulantně. Dále je třeba, aby zdravotní stav ošetřované osoby po propuštění z hospitalizace do domácího prostředí nezbytně vyžadoval poskytování dlouhodobé péče po dobu alespoň 30 kalendářních dnů.

Základní podmínkou nároku na dlouhodobé ošetřovné je účast na pojištění (tj. např. trvání pojištěného zaměstnání), která současně trvala alespoň po dobu 90 kalendářních dnů v posledních 4 měsících

bezprostředně předcházející dni vzniku potřeby dlouhodobé péče nebo dni prvního převzetí této péče. Je-li uplatňován nárok na dlouhodobé ošetřovné z více pojištění, musí být podmínka účasti na pojištění splněna v každém z těchto pojištění.

Podmínkou nároku na dlouhodobé ošetřovné z pojištěné činnosti, která je zaměstnáním, je dále účast na pojištění zaměstnance alespoň po dobu 90 kalendářních dnů v posledních 4 měsících bezprostředně předcházející dni vzniku potřeby dlouhodobé péče nebo dni prvního převzetí této péče. Je-li uplatňován nárok na dlouhodobé ošetřovné z více pojištění, musí být podmínka účasti na pojištění splněna v každém z těchto pojištění.

V případě poskytování dlouhodobé péče téže ošetřované osobě náleží dlouhodobé ošetřovné jen jednou a jen jednomu z oprávněných nebo postupně více oprávněným, jestliže se při téže potřebě dlouhodobé péče vystřídají. Vystřídání je možné i opakovaně.

O vzniku potřeby dlouhodobé péče (§ 72b ZNP) rozhodne ošetřující lékař poskytovatele lůžkové péče, pokud hospitalizace trvala alespoň 7 kalendářních dnů po sobě jdoucích, a to v den propuštění pacienta z lůžkové péče, jestliže vyšetřením zjistí, že zdravotní stav pacienta vyžaduje celodenní poskytování dlouhodobé péče jinou fyzickou osobou v domácím prostředí alespoň 30 kalendářních dnů. Ošetřující lékař bude ve věci rozhodovat na žádost ošetřované osoby nebo jejího zákonného zástupce, opatrovníka nebo osoby určené ošetřovanou osobou v den propuštění z hospitalizace. O vzniku potřeby dlouhodobé péče nelze rozhodnout až po propuštění z hospitalizace; **o vzniku potřeby dlouhodobé péče nemůže rozhodnout ani ošetřující lékař poskytovatele zdravotních služeb ambulantní péče.**

Pokud by došlo u ošetřované osoby v průběhu poskytování dosavadní dlouhodobé péče k nové hospitalizaci, při propuštění z této hospitalizace se již o „nové/další“ potřebě dlouhodobé péče nerozhoduje, neboť stále trvá „původní“ potřeba dlouhodobé péče. Potřeba dlouhodobé péče bude trvat i po dobu této hospitalizace, pouze nebude po tuto dobu náležet nikomu dlouhodobé ošetřovné – výplata této dávky se přerušuje, protože péče není poskytována v domácím prostředí.

Po propuštění z hospitalizace je ošetřovaná osoba, u níž bylo rozhodnuto o potřebě dlouhodobé péče, předána do ambulantní péče. Vzhledem k charakteru „zdravotní situace“ a potřeby dlouhodobé péče lze



očekávat, že ve většině případů to bude registrující poskytovatel (praktický lékař pro dospělé nebo praktický lékař pro děti a dorost). To znamená, že **další průběh** zdravotního stavu a potřebu poskytování dlouhodobé péče v domácím prostředí bude u ošetřované osoby sledovat, vyhodnocovat a **posuzovat ošetřující lékař poskytovatele zdravotních služeb ambulantní péče**. Ten také s ohledem na vývoj zdravotního stavu stanovuje termín příští lékařské kontroly, který vyznačuje na příslušném tiskopise rozhodnutí o potřebě dlouhodobé péče. V odůvodněných případech, kdy osoba s potřebou dlouhodobé péče nebude schopna dostavit se ke kontrole zdravotního stavu, zajistí návštěvnou službu.

Z definice ošetřované osoby (§ 41a odst. 2 ZNP) vyplývá, že po celou dobu trvání potřeby dlouhodobé péče musí být tato **péče v příčinné souvislosti s poruchou zdraví, která byla důvodem k hospitalizaci**, při jejímž ukončení bylo rozhodnuto o potřebě dlouhodobé péče.

Důvodem **ukončení potřeby dlouhodobé péče** (§ 72d ZNP) je zejména zlepšení zdravotního stavu, kdy další dlouhodobá péče nebo péče o vlastní osobu ošetřovaného poskytována celodenně jinou fyzickou osobou není již nutná nebo postačuje v minimálním rozsahu, to znamená, že ošetřovaná osoba nevyžaduje celodenní péči. Ošetřující lékař zdravotních služeb ambulantní péče rozhodne o ukončení potřeby dlouhodobé péče (na předepsaném tiskopise), zjistí-li lékařským vyšetřením, že potřeba poskytování dlouhodobé péče v domácím prostředí pomínula/skončila, a to kdykoli v průběhu 90 dnů po propuštění z hospitalizace, a to v den, kdy tuto skutečnost zjistil, nebo nejpozději třetím kalendářním dnem následujícím po dni tohoto vyšetření.

Ošetřující lékař rozhodne ze zákona o ukončení potřeby péče nejdéle 90. kalendářním dnem ode dne propuštění z hospitalizace, při níž potřeba dlouhodobé péče vznikla, tj. dnem skončení podpůrné doby.

Ošetřující lékař zdravotních služeb ambulantní péče rozhodne o ukončení potřeby dlouhodobé péče rovněž v případech, kdy se ošetřovaná osoba nedostaví ke stanovené lékařské kontrole nebo nepodrobí se vyšetření zdravotního stavu u určeného poskytovatele zdravotních služeb, tj. máří součinnost a znemožňuje tak, aby mohla být provedena kontrola zdravotního stavu a potřeby dlouhodobé péče.

Pokud ošetřovaná osoba nepředá ošetřujícímu lékaři příslušné tiskopisy, ošetřující lékař nevydá potvrzení o potřebě trvání dlouhodobé péče.

Pokud ošetřovaná osoba prokáže existenci vážných důvodů, pro které zmeškala termín lékařské kontroly, vydá ošetřující lékař nové rozhodnutí o potřebě dlouhodobé péče a tato potřeba dlouhodobé péče se považuje za pokračování předchozí potřeby dlouhodobé péče. Ošetřovaná osoba je povinna se po propuštění z hospitalizace dostavit k ošetřujícímu lékaři zdravotních služeb ambulantní péče ve lhůtě stanovené ošetřujícím lékařem poskytovatele zdravotních služeb lůžkové péče. Pokud se dostaví k ošetřujícímu lékaři po uplynutí této lhůty a neprokáže existenci vážných důvodů, pro které se nemohla dostavit včas, ukončí ošetřující lékař potřebu dlouhodobé péče posledním dnem lhůty, v němž se měla k němu dostavit po skončení hospitalizace.

Povinnosti ošetřujících lékařů

a) Povinnosti ošetřujícího lékaře poskytovatele zdravotních služeb lůžkové péče (§ 72f ZNP)

Ošetřující lékař poskytovatele lůžkové péče má specifické povinnosti, a to na začátku procesu posuzování potřeby dlouhodobé péče – v den propuštění z hospitalizace na žádost pacienta (oprávněné osoby) posoudit potřebu dlouhodobé péče, rozhodnout ve věci a předat mu příslušné části tiskopisu rozhodnutí o potřebě dlouhodobé péče.

Současně se mu ukládá povinnost vyznačit na rozhodnutí den přijetí a den propuštění z hospitalizace, statistickou značku diagnózy, která je příčinou potřeby dlouhodobé péče, místo trvalého nebo obdobného pobytu ošetřované osoby a stanovit termín příští lékařské kontroly, zaslat příslušné OSSZ hlášení o vzniku potřeby dlouhodobé péče. Tomuto poskytovateli se dále ukládá povinnost při propuštění z hospitalizace stanovit termín kontroly zdravotního stavu a potřeby dlouhodobé péče (nejdéle do 15 dnů ode dne propuštění) u poskytovatele zdravotních služeb ambulantní péče, do jehož péče je ošetřovaná osoba předána. Poskytovatel zdravotních služeb ambulantní péče musí být o předání pacienta/ošetřované osoby vyzooměn, aby mohl zajistit kontinuitu péče a posuzování potřeby dlouhodobé péče.

Dojde-li v průběhu poskytování dlouhodobé péče v domácím prostředí k potřebě další hospitalizace, ukládá se poskytovateli lůž-

kové péče povinnost potvrdit přijetí ošetřované osoby k hospitalizaci a dobu trvání této hospitalizace.

b) Povinnosti ošetřujícího lékaře zdravotních služeb ambulantní péče (§ 72g ZNP)

Vzhledem k tomu, že potřeba dlouhodobé péče může trvat až 90 kalendářních dnů, stanovují se „ambulantnímu“ ošetřujícímu lékaři povinnosti, které se vztahují k jeho postupu při **hodnocení průběhu potřeby dlouhodobé péče a jejím ukončení, vůči ošetřované osobě a orgánu nemocenského pojištění**.

Ošetřující lékař zdravotních služeb ambulantní péče je povinen vést evidenci ošetřovaných osob, posuzovat, zda trvá potřeba dlouhodobé péče, stanovovat termín příští lékařské kontroly, oznamovat příslušné OSSZ převzetí ošetřované osoby do své péče nebo její předání do péče jiného ošetřujícího lékaře, potvrzovat trvání potřeby dlouhodobé péče, rozhodovat o ukončení potřeby dlouhodobé péče, vést ve zdravotnické dokumentaci údaje o průběhu zdravotního stavu, odesílat OSSZ hlášení a poskytovat orgánu nemocenského pojištění potřebnou součinnost, tj. umožnit provedení kontroly na svém pracovišti a předvolat ošetřovanou osobu ke kontrole zdravotního stavu a potřeby dlouhodobé péče.

Podpůrná doba (doba poskytování dávky) činí nejdéle 90 kalendářních dnů a začíná prvním dnem vzniku potřeby dlouhodobé péče.

Výše dlouhodobého ošetřovného činí 60 % redukováného denního vyměřovacího základu za kalendářní den.

V zákoníku práce se v souvislosti s dlouhodobým ošetřovným zaměstnavateli stanoví povinnost omluvit nepřítomnost zaměstnance v práci po dobu poskytování dlouhodobé péče a povinnost zařadit zaměstnance po skončení poskytování této péče na jeho původní práci a pracoviště. V době poskytování dlouhodobé péče zaměstnanci nesmí být dána výpověď a doba poskytování dlouhodobého ošetřovného se pro účely dovo- lené navrhuje posuzovat jako výkon práce.

Pojištěnci může vzniknout **nárok na další dlouhodobé ošetřovné** nejdříve po uplynutí 12 měsíců ode dne, za který měl naposledy při téže potřebě dlouhodobé péče nárok na výplatu dlouhodobého ošetřovného.

Pojištěnec nemá nárok na dlouhodobé ošetřovné z důvodu poskytování dlouhodobé péče dítěti, jestliže jiná fyzická osoba má z důvodu péče o toto dítě nárok na výplatu peněžité pomoci v mateřství nebo má nárok



na rodičovský příspěvek. To neplatí, pokud tato jiná osoba nemůže pečovat o dítě, protože onemocněla, utrpěla úraz, nastaly u ní situace uvedené v § 57 odst. 1 písm. b) nebo c) ZNP (tedy v případě přijetí k poskytnutí lůžkové péče, v případě poskytnutí komplexní lůžkové léčebně rehabilitační péče na základě veřejného zdravotního pojištění a v případě pojištěnce, který byl přijat do zdravotnického zařízení jako průvodce nezletilého dítěte), porodila nebo jí byla nařízena karanténa.

Žádost o dlouhodobé ošetrovné budou zaměstnanci podávat, tak jako u ostatních dávek nemocenského pojištění, na předepsaném tiskopisu prostřednictvím zaměstnavatele. Pojištěnec předloží zaměstnavateli spolu s touto žádostí i tiskopis, který vydal ošetřující lékař lůžkového zařízení o potřebě poskytování dlouhodobé péče, a zároveň

připojí písemný souhlas ošetřované osoby, aby o ni pečovala osoba žádající o dlouhodobé ošetrovné. Tato žádost bude zaměstnavatelem odeslána na okresní (Pražskou) správu sociálního zabezpečení. **O potřebě celodenní péče bude rozhodovat ošetřující lékař lůžkového zařízení.**

Pro výplatu dlouhodobého ošetrovného za určité období je třeba osvědčit trvání potřeby dlouhodobé péče, a to potvrzením ošetřujícího lékaře o trvání potřeby dlouhodobé péče nebo rozhodnutím ošetřujícího lékaře anebo orgánu nemocenského pojištění o ukončení potřeby dlouhodobé péče. Rozhodnutí o vzniku potřeby dlouhodobé péče, které po dobu trvání potřeby dlouhodobé péče slouží též ošetřované osobě k prokazování trvání potřeby této péče, rozhodnutí o ukončení potřeby dlouhodobé péče a potvrzení o trvání potřeby dlouho-

dobé péče vydává na předepsaných tiskopisech ošetřující lékař.

Předepsané tiskopisy budou v dostatečném časovém předstihu před nabytím účinnosti změn připraveny pro poskytovatele zdravotních služeb k převzetí na OSSZ. Půjde o **rozhodnutí o potřebě dlouhodobé péče, rozhodnutí o ukončení potřeby dlouhodobé péče, potvrzení o trvání potřeby dlouhodobé péče** a tiskopis **hlášení**, které vydá Česká správa sociálního zabezpečení v listinné podobě a které zveřejní rovněž na svých webových stránkách.

Odkazy:

<http://www.cssz.cz/cz/nemocenske-pojisteni/davky/dlouhodobce-oseetrovne.htm>
https://www.mpsv.cz/files/clanky/31604/Zmeny_v_davkach_od_2018.pdf

Pro VOX připravil:
MUDr. Ctirad Kozderka

In memoriam MUDr. Rudolf Střítecký

V březnu t.r. zcela nečekaně odešel MUDr. Rudolf Střítecký, emeritní primář dětského oddělení v Jindřichově Hradci. Zemřel náhle 18. 3. 2018 v nedožitých 72 letech. Strávili jsme společně na dětském oddělení desítky let, a proto si dovoluji osobní vzpomínku.

Rudolf Střítecký se narodil ve Znojmě 9. 7. 1946 jako třetí z pěti dětí do rodiny uznávaného praktického lékaře. I jeho maminka byla zdravotnice a častý pobyt v tátově ordinaci jasně předurčil jeho budoucí životní cestu. Po absolvování gymnázia v Třebíči vystudoval lékařskou fakultu UJEP (dnes MU) v Brně, kde promoval v roce 1969. Již během studií měl možnost cestovat a naučil se dokonale francouzsky při návštěvách svého otce, který provozoval 4 roky lékařskou praxi v Tunisu.

1. 9. 1969 nastoupil do nemocnice v Jindřichově Hradci. Původně měl zájem o chirurgii, ale kvůli personálnímu nedostatku na dětském oddělení jej osud zavál k pediatrii, které velmi rychle zcela propadl. Již v roce 1982 se stal mladým primářem oddělení, když nahradil svého odcházejícího předchůdce MUDr. Václava Hovorku. Ruda byl zapálený pediatr, který neustále sledoval odbornou literaturu a moderní trendy. Když se pro něco nadchl, tak do toho šel naplno. Nesnášel přízemnost a průměrnost. Mnohé jeho myšlenky vyvolávaly v okolí pocit, že není nohama na zemi, a mnozí z nich pochopili totéž až o 10 nebo 20 let později. Je těžké vybrat hlavní realizované myšlenky. Ruda například ihned pochopil možnosti nastupujících výpočetních technologií pro medicínu, a proto jsme již od roku 1982 mohli přednášet o počítačovém zpracování infuzní léčby u dětí. V nově zrekonstruovaném pavilonu oddělení jsme v roce 1986 otevřeli skvěle vybavenou dětskou JIP s monitory a infuzními pumpami a sálkem na ošetřování popálenin. Ve stejném roce se otevřela nedonošenecká jednotka vybavená ventilátorem a monitory včetně transkutánního měření krevních plynů. Již v té době jsme měli na kojeneckém oddělení skutečně nadstandardní mateřský pokoj, což byla v té době věc dosti nevídaná.

Na počátku své pediatrické dráhy se Ruda věnoval hlavně dětské nefrologii, v nemocnici zavedl vyšetřování MCUG a na prvním ultrazvukovém přístroji v nemocnici se naučil vyšetřovat ledviny u dětí. V pozdější době bylo třeba zajistit vyšetřování kardiologických pacientů, a tak se vyškolil v dětské kardiasonografii. Velké úsilí věnoval získávání moderní literatury, byl jedním z prvních propagátorů medicíny založené na důkazech (EBM) a již v polovině 90. let pro nás získával přes své americké kontakty Cochrane Library na CD discích.

Já osobně jsem asi nejvíce oceňoval volnomyšlenkářskou atmosféru, která pod jeho vedením panovala na oddělení. Svoboda byla podle mne jeho hlavní životní hodnotou. Podporoval každého lékaře v jeho zájmech, podporoval jejich vzdělávání, nikomu nebránil v přístupu k 2. atestaci, což v době nesvobody nebylo běžným jevem. Zcela svobodně jsme mohli diskutovat i o politice, konečkonců dominantním prvkem Rudova primářského pracovního stolu byla busta T. G. Masaryka, a to už v dobách totality. Není proto překvapivé, že se dětské oddělení nemocnice stalo centrem protikomunistického vzdoru od prvních dnů sametové revoluce v roce 1989. Ruda se dostal do vedení Občanského fóra města a později byl i kooptován do Parlamentu – tehdy České národní rady – do doby prvních svobodných voleb v roce 1990.

Nová společenská situace dále podnítila Rudovy aktivity. Jeho víra ve vzdělanost vedla k tomu, že se velice zasloužil o vznik vysoké školy v Jindřichově Hradci. Jeho sen se naplnil v roce 1994 vznikem Fakulty managementu, dnes pod křídly VŠE. Vybudoval kontakty s americkými univerzitami, absolvoval stáže v USA a založil Institut managementu zdravotnických služeb, který vedl do posledních dnů.

S příchodem důchodového věku v r. 2008 ukončil svou kariéru primáře oddělení a dále se věnoval výukové činnosti na VŠE a provozoval i svou soukromou praxi dětského kardiologa.

Rudo, bylo mi velkou ctí strávit s Tebou naprostou většinu svého profesního života.

Čest Tvé památce!

MUDr. Miroslav Toms



Usnesení regionálních konferencí

■ Usnesení regionální konference SPLDD ČR, Praha a Středočeský kraj, 5. 4. 2018 hotel Čechie

Konference zvolila:

Mandátovou komisi ve složení: MUDr. Eva Dolistová, MUDr. Lucie Otáhalová, MUDr. Irena Deylová.

Návrhovou komisi ve složení: MUDr. Eva Vitoušová, MUDr. Ivana Nulíčková, MUDr. Milan Cabrnach, MBA.

Počet registrovaných účastníků na konferenci byl: 102 členů SPLDD

Konference bere na vědomí:

1. Zprávu o činnosti regionu Praha + Středočeský kraj, přednesenou MUDr. Hanou Cabrnachovou, MBA, a MUDr. Janem Němečkem;
2. Zprávu o hospodaření za rok 2017, přednesenou MUDr. Romanou Benešovou;
3. Revizní zprávu, přednesenou MUDr. Karlem Kopeckým.

Konference schvaluje:

Návrh rozpočtu na rok 2018, přednesený MUDr. Romanou Benešovou.

Konference bere na vědomí:

Informace přítomných hostů (zástupců VZP ČR Ing. Rostislava Zezuly a MUDr. Milana Prokopa, VOZP Ing. Markéty Benešové, OZP Petra Porebského, zástupců VV SPLDD MUDr. Ilony Hülleové a MUDr. Milana Kudyna a OSPDL MUDr. Aleny Šebkové).

Konference podporuje:

Jednání zástupců SPLDD ČR, OSPDL JEP a katedry PLDD IPVZ o navrácení oboru PLDD mezi základní obory specializačního vzdělávání a stanovení podmínek pro získání specializované způsobilosti pro výkon lékařského povolání v primární péči o děti a dorost v odbornosti 002.

Konference doporučuje:

1. VV pokračovat v jednání se zdravotními pojišťovnami o navýšení úhrad pro příští rok a prosazovat, aby se dále neprohluboval rozdíl mezi nárůstem úhrad do nemocnic a do ambulantního sektoru – primární péče.
2. VV pokračovat v jednání na téma možné výjimky z EET pro praxe PLDD, kde největší obrát je ve vazbě na prováděná očkování – plnění role ochrany veřejného zdraví.
3. VV vyjednat výjimku pro naše praxe z tzv. protipadělkové směrnice nejen pro povinná, ale i pro nepovinná očkování (přímá distribuce).

4. VV, aby usiloval o možnost navrácení rezidenčních míst pro akreditované ordinace PLDD.
5. okresním zástupcům zmapovat problematiku generační výměny a uzavírání ordinací PLDD v jednotlivých okresech.
6. oslovit mladé začínající PLDD k zapojení do práce ve SPLDD.
7. členům regionu, aby průběžně informovali o změnách svých adres elektronické pošty pro zasílání pozvánek, informací a dokumentů SPLDD na spldd.praha@gmail.com.

Konference nesouhlasí s rozšiřováním ordinací PLDD odbornosti 002 při nemocnicích.

Za návrhovou komisi:

MUDr. Eva Vitoušová, MUDr. Ivana Nulíčková, MUDr. Milan Cabrnach, MBA

■ Usnesení společné konference SPLDD ČR Libereckého a Ústeckého kraje konané dne 7. 4. 2018 v Ústí nad Labem

Konference zvolila:

Mandátovou komisi ve složení: MUDr. Látařová, MUDr. Johnová, MUDr. Svobodová

Návrhovou komisi ve složení:

MUDr. Hromádková, MUDr. Valentová, MUDr. Michalík

Konference schválila předložený program.

Konference vzala na vědomí:

- zprávu o činnosti za předchozí období přednesenou předsedkyní SVČ regionu MUDr. Balatkovou
- zprávu o hospodaření za minulé období přednesenou pokladníkem SVČ regionu MUDr. Sudkovou

Konference schválila:

- návrh rozpočtu SVČ regionu na rok 2018

Konference dále vzala na vědomí:

- vystoupení hostů, odborné přednášky

Konference přijala:

- zprávu krajského zástupce kontrolní komise SVČ regionu za uplynulé období přednesenou MUDr. Michalíkem

Konference podporuje:

- OSPDL a SPLDD, aby při jednání s ČPS o náplni vzdělávacího programu oboru pediatrie prosazovaly po kmeni 6 měsíců praxe na akreditovaném pracovišti PLDD.
- OSPDL a SPLDD v úsilí o obnovu oboru PLDD.

Konference vyzývá:

- členy SPLDD, aby v souvislosti s blížící se platností GDPR pečlivě zvažovali nabídky

různých firem k provedení auditu ordinace a následné absolvování kursů za finanční úhradu.

- členy SPLDD k větší účasti a aktivitě na akcích SPLDD a OSPDL.

V Ústí nad Labem dne 7. 4. 2018

MUDr. Hromádková, MUDr. Valentová, MUDr. Michalík

■ Usnesení jihočeské konference SPLDD konané dne 13.–14.4.2018 ve Vimperku

Konference se zúčastnilo 26 členů SPLDD.

Hosté: dr. Šebková a dr. Kozderka

Byla zvolena mandátová komise:

MUDr. Weingartová a MUDr. Diepoldová

návrhová komise: MUDr. Lukešová,

MUDr. Matějková, MUDr. Machoňová

Konference vyslechla:

- zprávu o činnosti za minulý rok – MUDr. Verdánová, MBA
- zprávu o hospodaření za předchozí období – MUDr. Čísecká
- zprávu revizní komise – MUDr. Hejnová
- informace předsedkyně OSPDL MUDr. Šebkové
- informace místopředsedy VV SPLDD MUDr. Kozderky

Konference schválila návrh rozpočtu na rok 2018.

Konference podporuje aktivity ke znovuzřízení oboru PLDD mezi samostatné základní obory ve vzdělávacím systému.

Konference podporuje snahy vedení SPLDD při prosazování oprávněných zájmů svých členů případně i formou nátlakových akcí.

Konference podporuje snahu vedení SPLDD o navýšení úhrad v segmentu primární péče o děti a dorost.

Konference požaduje pokračovat v jednáních o Metodice provádění a vykazování očkování s upřesněním postupu v dosud nedořešených situacích.

Konference vybízí své členy postupovat podle Metodického pokynu při provádění předoperačního vyšetření.

Konference žádá členy SPLDD o zvýšení aktivity ve prospěch Sdružení. Je znepokojena nízkou účastí členů na krajské konferenci. Vyzývá své členy k vytipovávání mladších členů Sdružení, kteří by mohli v budoucnu převzít funkce za starší kolegy.

Usnesení schváleno všemi přítomnými.

Zapsala: MUDr. Kateřina Lukešová



Jak na GDPR v ordinaci praktického lékaře

Mgr. Jakub Uher

■ Úvod

V první řadě je třeba uvést, že kompletní manuál pro zpracování dokumentace je umístěn na webových stránkách Sdružení (www.detskylekar.cz), a to v upravitelné verzi (včetně vzorů dokumentů), tak aby mohl být přizpůsoben podmínkám vaší konkrétní ordinace. V tištěné verzi jsem se pokusil shrnout pouze to nejpodstatnější.

Od 25. května 2018 závazně platí obecné nařízení o ochraně osobních údajů (dále jen „GDPR“), jehož pravidla se vztahují i na poskytovatele zdravotních služeb. Tedy i praktičtí lékaři se budou muset s touto věcí vypořádat, protože jako poskytovatelé zdravotních služeb jsou správci osobních údajů. Na GDPR lze nahlížet ve dvou rovinách. První a podstatnější je otázka nakládání s osobními údaji a jejich ochrana. Zde je nutno uvést, že na této věci se podle mne proti úpravě stávajícími právními předpisy prakticky nic nemění. O tom, jaká je ovšem někdy praxe, bych mohl vyprávět... Takže je zde ideální příležitost odstranit případné nedostatky a chybné postupy ve vaší ordinaci a předejít problémům, sankcím apod. Tuhle věc za vás nevyřešíme, ale pokusili jsme se poskytnout vám návod, jak to lze učinit, jaká jsou základní opatření, minimální standardy zabezpečení apod.

Druhou rovinou jsou administrativní opatření. Změna spočívá v tom, že každý správce údajů musí být schopen prokázat, že pravidla GDPR dodržuje, a k tomu musí mít zpracovánu dokumentaci. Materiál „GDPR v ordinaci praktického lékaře“ na webových stránkách poskytuje vzor takové dokumentace. Vzor byl zpracován s přihlédnutím k obvyklým podmínkám v ordinaci praktického lékaře. Pro použití ve vaší ordinaci bude zpravidla potřeba vzor individualizovat, nicméně pro tištěnou verzi jsme zpracovali a dali vám k dispozici vzorovou minimální dokumentaci, která podle mého názoru (a dle zkušeností z případů, kdy jsem pro konkrétní ordinaci dokumentaci pomáhal zpracovat) odpovídá podmínkám řady ordinací.

Kolem GDPR se objevuje celá řada nepravdivých informací (například že každá ordinace musí mít nasmlouvaného tzv. pověřence, že

pacienti budou mít právo na výmaz jejich údajů ze zdravotnické dokumentace, že je třeba od každého pacienta souhlas apod.) a také existuje spousta více či méně výhodných nabídek na zpracování dokumentace, školení apod. Právě to bylo důvodem, proč Sdružení nechalo pro své členy manuál a vzorovou dokumentaci vypracovat. Předpokládám, že většina členů bude schopna si potřebné zpracovat vlastními silami, pro ty, kteří budou potřebovat pomoci, nebo odstranit nejasnosti, uspořádalo Sdružení kurzy zaměřené na tuto problematiku. Účelem kursu není ovšem (a s tím jsem se také setkal) lékaře vystrašit a závěrem jim prodat své řešení, ale jde o pomoc při vypracování dokumentace pro vaši ordinaci a zodpovězení otázek, co lze a nelze s osobními údaji provádět. Přednášet budou přímo právníci, kteří materiál pro Sdružení připravovali.

Materiál „GDPR v ordinaci praktického lékaře“ je určen jednotlivým poskytovatelům ambulantních zdravotních služeb v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, u nichž pracuje méně než 10 lékařů. Není rozhodné, zda poskytovatelem je fyzická, nebo právnická osoba. Materiál není určen nemocnicím ani poliklinikám.

Ve středové příloze tohoto čísla Vox pediatríae naleznete vzor minimální dokumentace ke GDPR. Výslovně je potřeba upozornit, že tento vzor je zpracován dle ordinace, která provádí skutečně pouze základní činnosti poskytovatele zdravotních služeb. To znamená, že pouze poskytuje zdravotní péči, vede a archivuje zdravotnickou dokumentaci standardním způsobem, vykazuje poskytnutou péči zdravotním pojišťovnám, pracuje s účetními doklady svými či svých dodavatelů a vede dokumentaci v pracovních věcech (má zaměstnance). Lze tedy říci, že každá dokumentace ke GDPR poskytovatele zdravotních služeb – ordinace praktického lékaře bude obsahovat vždy to, co obsahuje tento vzor, ale v praxi bude často muset obsahovat i další údaje či doklady dle konkrétních podmínek a činností dané ordinace.

Protože je podle mne podstatné, aby poskytovatel nejen měl dokumentaci zpracovánu, ale také chápal (alespoň v hrubých rysech),

o čem to celé vlastně je, doporučuji vzít si k ruce toto číslo Vox pediatríae a současně i příložený vzor dokumentace a postupovat podle instrukcí. Samozřejmě optimální je práce s elektronickou verzí, ale budiž. Listinnou verzi jsem ostatně vytvořil pod nátlakem své matky, a to pouze z důvodu, že rodičům se neodmlouvá.

Přítom celkem chápou, že se vám to nechce číst, ale na druhou stranu někdo to musel napsat, já už to četl mnohokrát, takže vy to jistě alespoň jednou zvládnete také...

Doporučuji si k tomu otevřít nějakou dobrou lahvinku a půjde vám to lépe.

■ Kapitola 1

Minimální standardy zabezpečení osobních údajů

Tato část obsahuje popis minimálních standardů zabezpečení osobních údajů tak, jak vyplývají z aktuálně platných právních předpisů.

Pokud alespoň tyto minimální standardy vaše ordinace nesplňuje, tak porušuje jak stávající právní předpisy, tak samozřejmě i GDPR. To samozřejmě nebrání zpracování dokumentace, ale ta pak nebude odpovídat realitě a je vám v zásadě k ničemu. Tyto standardy tedy musí vaše ordinace splňovat.

Námi zpracované vzory, zhodnocení míry a pravděpodobnosti rizik jsou vytvořeny pouze pro situaci, kdy alespoň tyto minimální standardy splňujete. Po věcné stránce jde tedy o velmi podstatný a klíčový materiál.

Minimální standardy zabezpečení osobních údajů v ambulanci

S ohledem na různé typy a způsoby zpracování osobních údajů jsme vycházeli z následujícího:

Zabezpečení prostor zdravotnického zařízení

Přístupové dveře do prostor zdravotnického zařízení (ordinace, čekárna, sesterna) jsou uzamkatelné a neumožňují vstup mimo provozní dobu poskytovatele. Přípustnou výjimkou jsou například společné čekárny (tj. např. čekárna na chodbě polikliniky apod.). V těchto místech veřejně přístupných i mimo provozní dobu poskytovatele



(např. společné čekárny, chodby) nejsou skladovány dokumenty obsahující osobní údaje.

V prostorách zdravotnického zařízení, které jsou veřejně přístupné pouze v provozní době poskytovatele (např. vlastní čekárna, mimo provozní dobu ordinace uzamčená), je přípustné skladování dokumentace pouze v místě uzamčeném (tj. uzamčená kartotéka, uzamykatelná místnost archivu apod.), nebo musí být zajištěn stálý dohled personálu poskytovatele (např. recepční na recepci, kde je kartotéka umístěna).

V prostorách zdravotnického zařízení, kam vstupují pacienti pouze pod dohledem personálu poskytovatele (tj. ordinace, sестerna apod.) a kam nemají v době nepřítomnosti zdravotnického personálu poskytovatele přístup třetí osoby, je tedy zajištěna přítomnost personálu poskytovatele, je uzamykatelná kartotéka doporučena.

Příklad: Mám ordinaci s vlastní čekárnou a vstupní dveře do čekárny jsou mimo provozní dobu ordinace uzamčeny. Mám-li dokumentaci umístěnu v čekárně, kde není trvale přítomen zdravotnický personál, pak tato kartotéka musí být uzamykatelná. Mám-li kartotéku přímo v ordinaci, nemusí být uzamčena (pacient ani jiná cizí osoba tam nebude přítomna, aniž by byl přítomen lékař či sestra). Ale v případě, kdy lékař i sestra odchází a do ordinace pak přichází za účelem úklidu uklízečka, pak má být kartotéka uzamykatelná i v ordinaci.

Vedení a nakládání s dokumentací

Při vedení dokumentace v listinné podobě je k ní zajištěn pouze zabezpečený přístup a po vyjmutí karty pacienta z kartotéky je karta přístupná pouze lékaři a sestře, příp. další osobám podle příslušných ustanovení zákona č. 372/2011 Sb.; karta je následně ihned uložena zpět do kartotéky.

V případě elektronického vedení dokumentace je zajištěna ochrana dat prostřednictvím hesla a jednoznačné identifikace uživatele při jeho přístupu k datům. Poskytovatel používá legálně získaný, výrobcem podporovaný a aktualizovaný software (operační systém i program pro vedení zdravotnické dokumentace) a jeho výpočetní technika je vybavena alespoň základním bezpečnostním programem (antivirový software).

Veškeré nakládání se zdravotnickou dokumentací probíhá podle příslušných ustanovení zákona č. 372/2011 Sb., tj. nahlížení, pořizování kopií a výpisů je umožněno pouze oprávněným osobám.

Uchovávání dokumentace

Dokumentace v listinné podobě je uchovávána v uzamykatelné kartotéce nebo je pod stálým dohledem personálu poskytovatele. V případě elektronického vedení dokumentace jsou splněny požadavky zákona č. 372/2011 Sb.

Objednávací systém

Objednávací systém je veden tak, aby byl přístupný pouze personálu poskytovatele.

Osobní spisy zaměstnanců

Jsou uloženy na zvláštním místě a přístup k nim má pouze poskytovatel.

Veškeré další dokumenty obsahující osobní údaje jsou přístupné pouze poskytovateli, jeho zaměstnancům nebo osobám k tomu určeným.

Kapitola 2

Povinné součásti dokumentace ke GDPR

2.1. Záznamy o činnostech zpracování osobních údajů – tabulka na straně 6 vzoru dokumentace

Záznamy o činnostech zpracování jsou povinnou dokumentací, kterou musí mít každý správce osobních údajů. Jde vlastně o přehled všech kategorií osobních údajů, které správce zpracovává, a způsobů jejich zpracování. Správce, který má záznamy o činnostech zpracování, si udělá jasno o tom:

- které osobní údaje zpracovává (např. jméno, příjmení, rodné číslo, údaje o zdravotním stavu),
- jak a kde je zpracovává (např. ve zdravotnické dokumentaci),
- zda má pro zpracování nějaké oprávnění, tzv. titul (např. mu zpracování ukládá zákon, smlouva s pacientem apod.),
- za jakým účelem osobní údaje zpracovává.

Pro vás je zcela zásadní první sloupeček tabulky, kde jsou uvedeny zdroje osobních údajů. Ty uvedené v našem vzoru podle mne má vždy každá ordinace. Ale může a často bude mít i zdroje jiné (např. kamerový systém se záznamem, elektronická komunikace s pacienty, zvlášť vedené adresáře pacientů, klinické či případové studie apod.).

Další případy zpracování jsou dostupné v elektronické verzi manuálu (ale ani tam nejsou samozřejmě uvedeny všechny, které mohou existovat).

Ostatní sloupečky tabulky jsou pro dané zdroje údajů předdefinovány pro obvyklou ordinaci. Ale to neznámá, že platí beze zbytku pro každou ordinaci.

V praxi se bude lišit určitě často údaj ve sloupečku „Forma zpracování“. Ve vzoru máme uvedenu jak listinnou, tak elektronickou formu zpracování a to u všech zdrojů údajů. Pokud ovšem ordinace vede například zdravotnickou dokumentaci pouze v listinné podobě, pak by měla být uvedena pouze forma listinná.

Tato tabulka je zcela zásadní a její obsah musí odpovídat poměrům ve vaší ordinaci. Jde vlastně o strukturovaný popis všeho, co se nějak dotýká osobních údajů zpracovávaných ve vaší ordinaci. Další části materiálu „GDPR v ordinaci praktického lékaře“ vycházejí z tabulky, a proto je opravdu důležité, aby tabulka odpovídala realitě.

Pokud máte jiné zdroje osobních údajů, než jsou uvedeny v prvním sloupečku tabulky, budete muset pracovat s elektronickou verzí manuálu. Tištěný vzor je použitelný pouze pro toho, kdo má pouze zdroje uvedené v tabulce. V tištěné verzi lze provést maximálně úpravu formy zpracování (elektronická, listinná) apod.

2.2. Rizika pro práva a svobody subjektů údajů – tabulka na straně 5 vzoru dokumentace

Každý správce osobních údajů musí v určité míře zhodnotit, jaká rizika přináší zpracování osobních údajů, které provádí, pro práva a svobody. V našem případě provádíme jen základní zhodnocení a není povinnost provádět složitější posouzení vlivu na ochranu osobních údajů (proč tomu tak je, vysvětluje právní rozbor této otázky, který je součástí vzoru dokumentace na straně 9). Tabulka je povinnou součástí dokumentace správce osobních údajů.

Ve žluté části tabulky najdete:

- v prvním sloupci zdroje údajů. Údaje kopírují údaje z tabulky záznamy o činnostech zpracování osobních údajů (viz výše).
- ve druhém sloupci hrozby. Jde o standardní obecně uznávanou klasifikaci toho, co se s osobními údaji může stát:
 - narušení důvěrnosti znamená, že se s údaji seznámil někdo, kdo k tomu neměl oprávnění;
 - narušení integrity znamená, že údaje byly pozměněny či upraveny;
 - narušení dostupnosti znamená, že údaje sice existují, nelze je ale použít



(např. poškozený počítač, odcizená karta pacienta);

- ztráta údajů znamená, že údaje byly nenávratně ztraceny (smazaný pevný disk počítače, požár apod.).
- ve třetím sloupci zhodnocení míry pravděpodobnosti, s jakou příslušná hrozba může ve vztahu k příslušnému zdroji informací nastat. Zhodnocení je provedeno na stupnici 1 až 5, kde 1 znamená nejnižší pravděpodobnost a 5 nejvyšší pravděpodobnost.

Příklad:

Hodnota 1 v řádce „narušení integrity osobních údajů“ u položky „zdravotnická dokumentace“ znamená, že je velmi nízké riziko, že dojde k pozměnění údajů ve zdravotnické dokumentaci. Proč tomu tak je? Protože změny ve zdravotnické dokumentaci musí každý poskytovatel podle zákona provádět výlučně tak, aby byl patrný stav před provedenou změnou. Zdravotnická dokumentace je umístěna trvale v ordinaci, přístup k ní mají jen oprávněné a poučené osoby. Není proto důvod se obávat, že by došlo k narušení její integrity.

Hodnoty, které jsme předepsali do třetího sloupce tabulky, vycházejí z toho, že vaše ordinace splňuje minimální standardy zabezpečení osobních údajů v ambulanci – pokud byste některý předpoklad nesplňovali, bylo by nutné hodnoty rizika přiměřeně zvýšit. Protože splnění minimálních standardů je základní podmínkou souladu s GDPR, není důvod v těchto hodnotách cokoliv měnit.

Příklad: *Jedním z minimálních předpokladů je, že karta po vyjmutí z kartotéky je přístupná jen zdravotnickým pracovníkům, kteří poskytují dotčenému pacientovi zdravotní služby. I proto je v tabulce hodnoceno riziko narušení důvěrnosti zdravotnické dokumentace jako relativně nízké (hodnota 2). Jestliže ale ve vaší ordinaci sestra ráno připraví karty objednaných pacientů a položí je volně v čekárně na stůl, je zřejmé, že riziko, že se některý pacient do těchto karet podívá, je velmi vysoké (hodnota by v takovém případě musela být nejméně 4, spíše 5).*

V modré části tabulky jsou nejdůležitější práva a svobody, která mohou být zpracováním osobních údajů dotčena. Čísla v modré části tabulky představují význam konkrétního práva na stupnici 1 až 5. Obsah modré

části jsme vytvořili na základě odborné právní úvahy a není třeba jej měnit.

Čísla v bílé části tabulky představují zhodnocení závažnosti dopadu konkrétní realizované hrozby do konkrétního práva subjektu údajů na stupnici 1 až 5.

Příklad: *Hodnota 5 v řádce „narušení důvěrnosti osobních údajů“ u položky „zdravotnická dokumentace“ ve sloupci „právo na soukromí“ znamená, že pokud se někdo neoprávněný dozví údaje o zdravotním stavu pacienta ze zdravotnické dokumentace, bude to mít zcela zásadní dopad do pacientova soukromí. Ve stejném řádku je ve sloupci „právo na život“ hodnota 1. To znamená, že únik informací ze zdravotnické dokumentace bude zpravidla znamenat velký zásah do soukromí pacienta, ale na životě jej to neohrozí. Pokud by se ale údaje ze zdravotnické dokumentace ztratily nebo byly pozměněny, zásah do práva na život může být závažnější: v důsledku chybějících údajů může být podán nesprávný lék apod. Proto jsou hodnoty v řádce „narušení integrity“ či „ztráta“ ve sloupci „právo na život“ významně vyšší (hodnota 3).*

Čísla v bílé části tabulky jsme vytvořili na základě odborné úvahy a není třeba je měnit. Pokud splňujete minimální standardy zabezpečení, což musíte, tak v tabulce neprovádějte žádné změny.

2.3. Základní zhodnocení rizik – tabulka na straně 7 vzoru dokumentace

Tato tabulka přebírá údaje z předchozích dvou tabulek a vyhodnocuje je. Čísla představují číselné zhodnocení míry rizika na stupnici od 0 do 125. Čím je číslo vyšší, tím je míra rizika zpracování pro práva a svobody vyšší. Tabulka míru rizika vyjadřuje i barevně.

Obecně lze říci, že hodnota vyšší než 50 je nepřijatelná. Tabulka obsažená ve vzoru neobsahuje žádné nepřijatelné riziko. Je tomu tak proto, že zhodnocení předpokládá, že ordinace splňuje minimální základní standardy zabezpečení vyplývající z platných právních předpisů (viz kapitola 1) a neprovádí žádná riziková zpracování – hodnotíme pouze zpracování vyplývající z předchozích dvou tabulek. Pokud odpovídají předchozí dvě tabulky, tak na tabulce není potřeba nic měnit.

V elektronické verzi manuálu na webu jsou v dalších příkladech zpracování uvedeny i ty příklady, kde vychází míra rizika jako nepřij-

pustná (například zasílání údajů o zdravotním stavu – např. výpisu z dokumentace či kopie části dokumentace – běžným nešifrovaným e-mailem).

2.4. Směrnice upravující technicko-organizační opatření – strana 1 vzoru dokumentace

Jedná se o vzor vnitřní směrnice, kterou správce osobních údajů upravuje ochranu osobních údajů. Vzorek směrnice odpovídá splnění minimálních standardů zabezpečení osobních údajů. Směrnice určuje práva a povinnosti pracovníků správce osobních údajů ve vztahu k ochraně osobních údajů. Upravuje též konkrétní režim na pracovištích, způsoby zabezpečení (fyzického i elektronického) atp.

Jde opět o vzor, který nabízí možnost individualizace, takže lze opět doporučit úpravu v elektronické verzi manuálu. Pokud například vůbec nevedu dokumentaci v elektronické podobě, je příloha č. 2 směrnice (Plán eliminace rizik při vedení dokumentace v elektronické podobě) dosti nadbytečná... Se směrnicí je třeba seznámit všechny zaměstnance a pochopitelně je potřeba také tuto směrnici dodržovat.

2.5. Právní rozbor – strany 8 a 9 vzoru dokumentace

Právní rozbor odůvodňuje, proč jste neustanovili pověřence pro ochranu osobních údajů a proč jste neprovedli posouzení vlivu na ochranu osobních údajů (tzv. DPIA – Data Protection Impact Assessment). Tyto právní rozbor jsou povinnou součástí dokumentace správce osobních údajů. Při případné kontrole je budete povinni předložit Úřadu pro ochranu osobních údajů jako odůvodnění svého postupu ohledně pověřence a DPIA.

2.6. Informace o zpracování pro pacienty – strana 4 vzoru dokumentace

Tuto informaci je třeba umístit ve zdravotnickém zařízení (v čekárně) na viditelném místě. Pokud provozujete webové stránky, je třeba informaci zpřístupnit i na nich. Přebíráte-li do své péče nového pacienta, je výhodné (nikoli ovšem povinné) mu informaci v písemné formě poskytnout a nechat si potvrdit převzetí.

Jako správce osobních údajů musíte prokazatelně informovat subjekty údajů (zejména pacienty, osoby nahlízející do zdravotnické dokumentace a zaměstnance) o tom, které osobní údaje zpracováváte a za jakým úče-



lem, a také o tom, jaká práva mají. K tomu slouží informace o zpracování osobních údajů.

Vzorová informace (jak v dokumentaci, tak na přiloženém letáku pro vyvěšení do čekárny) obsahuje obvyklá zpracování, k nimž dochází v běžné ambulanci praktického lékaře. Účely těchto obvyklých zpracování jsou v informaci již předepsány. Stejně tak jsou již obsaženy – předepsány obvyklé právní tituly: splnění právní povinnosti a splnění smlouvy.

Zde lze konstatovat, že naprostá většina ordinací nemusí na této informaci nic měnit.

Pokud by ale byla prováděla jiná zpracování údajů, k nimž je zapotřebí souhlas (např. zpracování za účelem marketingu, monitorování obchodních či společenských zvyklostí svých pacientů apod.), nepoužívejte tuto informaci, ale vzorový souhlas se zpracováním – je k dispozici v elektronické podobě manuálu.

Stejně tak, pokud by například bylo prováděno zpracování použitím kamerových systémů se záznamem, bylo by třeba do informace v bodu III. doplnit další právní základ např. slovy: „náš oprávněný zájem na ochraně zdraví a života našich pracovníků a ochraně našeho majetku před poškozením, zničením a ztrátou“.

Zveřejněním, popř. předáním této informace pacientům splníte svoji informační povinnost správce osobních údajů ohledně zpracování osobních údajů ve zdravotnické dokumentaci, v objednávacích systémech, prostě všude tam, kde údaje pacientů můžete zpracovávat bez jejich souhlasu.

Pokud byste ale chtěli zpracovávat osobní údaje se souhlasem (např. marketingové účely nebo klinická studie), musí vám dotčený pacient poskytnout souhlas. Jeho vzor najdete v elektronické verzi manuálu. I souhlas obsahuje poučení o tom, kterého zpracování a kterých osobních údajů se týká. Toto poučení se však vztahuje jen k těm zpracováním, jichž se týká souhlas. Může se tak stát, že stejnému pacientovi předložíte jak informaci, tak souhlas.

2.7. Informace o zpracování pro zaměstnavatele – strana 10 a 11 vzoru dokumentace

Jako správce osobních údajů musíte prokazatelně informovat zaměstnance o tom, které osobní údaje zpracováváte a za jakým účelem, a také o tom, jaká práva mají. K tomu slouží informace o zpracování osobních údajů. Doporučujeme mít od zaměstnance potvrzeno, že byl s touto infor-

mací seznámen. Na straně 11 je ve vzorové dokumentaci upravena možná forma potvrzení seznámení zaměstnance nejen s touto informací, ale rovněž i se zásadami ochrany osobních údajů ve vaší ordinaci.

2.8. Dokumentace případů porušení zabezpečení osobních údajů – strana 12 vzoru dokumentace

Jako správce osobních údajů musíte vést dokumentaci všech případů porušení zabezpečení osobních údajů a některá porušení oznámit Úřadu pro ochranu osobních údajů.

Kapitola 3 Vzory týkající se problematiky GDPR

3.1. Vzorová smlouva o zpracování osobních údajů

Jako poskytovatel zdravotních služeb jste vždy správcem osobních údajů, málokdy však budete pouhým zpracovatelem. Může se však stát, že využijete služby některého zpracovatele (například zpracování mezd externím „účetním“).

Vztah správce – zpracovatel obecně řečeno vzniká tehdy, pokud správce potřebuje provádět určité zpracování osobních údajů, ale neprovádí je sám a najímá si na to externího dodavatele.

Mezi správcem a zpracovatelem musí být uzavřena písemná smlouva, jejíž vzor je součástí tohoto materiálu. Lze předpokládat, že návrh smlouvy vám zpravidla předloží zpracovatel (a nikoliv naopak), i přesto může být výhodné, pokud budete mít představu, jak taková smlouva může vypadat.

Již zmíněným příkladem zpracování údajů zpracovatelem je mzdová agenda. Pokud mzdovou agendu nevykonáváte sami, ale najímáte si za tím účelem službu externí mzdové účtárny (tedy zpracování mezd neprovádějí vaši zaměstnanci ani vy sami, ale externí dodavatel), je tento externí dodavatel v rozsahu osobních údajů zpracovávaných v rámci mzdové agendy tzv. zpracovatelem osobních údajů.

Jiným příkladem bude služba cloudového úložiště. Pokud vedete zdravotnickou dokumentaci elektronicky, můžete na základě smlouvy s dodavatelem ukládat data tvořící zdravotnickou dokumentaci nikoliv na lokální disk svého počítače, ale na servery tohoto dodavatele. V tomto případě budete stále správcem osobních údajů, dodavatel cloudových služeb pak zpracovatelem.

Zpracovatelem ale bude zpravidla i dodavatel vašeho ordinačního softwaru, pokud vám současně poskytuje servis (např. zajišťuje zálohování, přistupuje do vašeho počítače osobně či vzdáleně a provádí operace s daty atd.).

Dalším příkladem zpracovatele, s nímž musíte mít uzavřenu písemnou smlouvu o zpracování osobních údajů, je dodavatel služby zpracování dávek pro zdravotní pojišťovnu. Vzor je zpracován dle ustanovení čl. 28 nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES, které stanoví: „Zpracování zpracovatelem se řídí smlouvou nebo jiným právním aktem podle práva Unie nebo členského státu, které zavazují zpracovatele vůči správci a v nichž je stanoven předmět a doba trvání zpracování, povaha a účel zpracování, typ osobních údajů a kategorie subjektů údajů, povinnosti a práva správce ... Pokud má být zpracování provedeno pro správce, využije správce pouze ty zpracovatele, kteří poskytují dostatečné záruky zavedení vhodných technických a organizačních opatření tak, aby dané zpracování splňovalo požadavky tohoto nařízení a aby byla zajištěna ochrana práv subjektu údajů.“

Níže uvedená smluvní ujednání, která je vždy třeba přizpůsobit konkrétním podmínkám, mohou být zahrnuta v samostatné smlouvě, ale mohou být též součástí smlouvy jiné, např. smlouvy mandátní či smlouvy o spolupráci.

Uzavřené smlouvy se zpracovateli jsou součástí dokumentace GDPR.

3.2. Vzorová dokumentace případů porušení zabezpečení

Jako správce osobních údajů musíte vést dokumentaci všech případů porušení zabezpečení osobních údajů a některá porušení oznámit Úřadu pro ochranu osobních údajů.

Co je porušení zabezpečení osobních údajů?

Může se jednat o celou řadu situací, např.:

- do zdravotnické dokumentace nahlédne neoprávněná osoba, např. jiný pacient, uklízečka apod.
- počítač se zdravotnickou dokumentací se rozbije a data v něm uložená budou zničena
- váš výpočetní systém bude napaden hackery, jimž se podaří prolomit veškerou



ochranu a zmocnit se všech údajů o vašich pacientech,

- ztratíte mobilní telefon, v němž budou uloženy kontakty na pacienty i objednáci diář,
- při povodni bude zničen archiv zdravotnické dokumentace,
- do telefonu sdělíte údaj o zdravotním stavu osobě, která se vydávala za vašeho pacienta,
- váš počítač začne sám od sebe rozesílat údaje o pacientech všem osobám, jejich elektronické adresy jsou uloženy ve vašem poštovním programu,
- lidé v čekárně slyšeli diagnózu, kterou sděloval lékař pacientovi v ordinaci,
- zdravotní sestra přečetla pacientovi výsledky jeho krevních testů v čekárně před ostatními pacienty apod.

Pokud k nějakému podobnému případu dojde, je třeba jej především zaznamenat. Záznam musí obsahovat

- Popis případu. To je v podstatě vylíčení toho, k čemu došlo. Např.: „Zaměstnanec správce v rozporu se svými povinnostmi po skončení ordinací doby zanechal na stole

v ordinaci volně položené zdravotní karty 2 pacientů, ordinaci opustil a zamkl.“

- Účinky porušení zabezpečení. Zde je třeba stručně popsat, jaký dopad na osobní údaje incident měl. Např.: „Jiný zaměstnanec správce při úklidu ordinace předmětné zdravotní karty společně s dalšími listinami považoval za odpad a vložil je do nádoby na tříděný odpad, která se nachází ve zdravotnickém zařízení. Druhý den byly všechny karty nalezeny a vráceny do kartotéky.“
- Přijatá opatření. Je třeba stručně uvést, co jste udělali pro to, aby k podobnému problému již nedošlo. Např.: „Zaměstnanci správce byli opakovaně poučeni o pravidlech nakládání se zdravotnickou dokumentací.“
- Oznámeno ÚOOÚ. Sem zapíšete poznámku, zda jste incident oznámili Úřadu pro ochranu osobních údajů (ANO), nebo neoznámili (NE) s krátkým zdůvodněním. Např.: „NE. Do zdravotnické dokumentace nikdo nenahlížel, karty byly nepoškozené nalezeny, neopustily přitom zdravotnické zařízení. Riziko pro práva a svobody fyzických osob bylo zanedbatelné.“

Oznámení porušení zabezpečení ÚOOÚ

Zatímco dokumentaci musíte vést o každém porušení zabezpečení, oznamovat Úřadu pro ochranu osobních údajů je třeba jen takové případy, které představují reálné riziko pro práva a svobody fyzických osob. V elektronické verzi manuálu je rozvedeno podrobněji, zde lze pouze uvést, že oznamovat by se měly pouze závažnější incidenty. V elektronické verzi je rovněž vzor oznámení ÚOOÚ. Lhůta pro oznámení je 72 hodin od doby, kdy se o porušení bezpečnosti dozvíte.

Oznámení porušení zabezpečení subjektům údajů

Protože jste ambulantní poskytovatel, který nezpracovává osobní údaje v takovém rozsahu, aby to mohlo znamenat vysoké riziko pro práva a svobody fyzických osob, nemusíte porušení zabezpečení oznamovat subjektům údajů (tedy pacientům, zaměstnancům apod.).



13.–15. 9. 2018 | CUBEX CENTRUM PRAHA

Vážení přátelé, kolegyně a kolegové,

příběhy dětských pacientů začínají u praktických dětských lékařů.

Proto jsme pro 13. kongres českých pediatriů a sester, který se uskuteční **13.–15. září 2018 v Praze**, připravili jedenáct symposií s příběhy závažně nemocných dětí. Každé symposium zahájí jeden praktický dětský lékař (PLDD), pokračovat bude dětský lékař z nemocnice (DL) a specialista z dětského centra, kteří nám ukáží, jak se společně a stejnou měrou zasloužili o záchranu dětí. A budeme-li dobře naslouchat, naučíme se na jejich práci a osudech dětí mnoho ze současné medicíny.

Kongres přinese i symposia o nových diagnostických metodách a léčbě, o novorozenecké intenzivní péči i o novinkách v praktickém dětském lékařství.

V úvodní plenární přednášce poodhalí prof. Cyril Höschl tajemství osobnosti a tvorby v hudbě, další plenární řečníci přiblíží mimo jiné příčiny a důsledky světové epidemie dětské obezity i úžasné výsledky protinádorové léčby u dětí.

Pokud přijedete, poznáte letošního nositele Brdlíkovy ceny za celoživotní přínos české pediatrii a setkáte se s předními osobnostmi pediatrie na sekcích „meet-the-expert“ i s výsledky práce mladých pediatriů.

Poznejte s námi **nejmodernější a nejnovější pražské kongresové centrum CUBEX**, vzdálené pouhých 7 minut metrem z centra Prahy.

Těším se na setkání s Vámi i s Vaší sestřičkou



Jan Lebl

prof. Jan Lebl
prezident kongresu

Jménem organizačního a programového výboru



Reakce na článek dr. Soukupa ve VOX paediatricae č. 2 ročník 18, s názvem České ambulantní pediatrii chybí základní pokora některých poslanců a kliniků

Dovoluji si tímto reagovat na některé nepřesnosti ve shora uvedeném článku.

Dr. Soukup např. zmiňuje, že měl tu čest být při založení EAP (The European Academy of Paediatrics), ta byla ovšem založena již v roce 1961, takže Soukup mohl být sotva při tom. Současným prezidentem EAP je Tom Arne Stiris (Norsko), na webové stránce https://en.wikipedia.org/wiki/European_Academy_of_Paediatrics je přehled jednotlivých pediatrických subjektů sdružených v EAP, je tam uvedena mimo jiné i Czech Pediatric Society a Slovak Pediatric Society, OSPDL ovšem nikoliv. Soukup dále uvádí, že ČR byla jedinou zemí, kde byla založena Odborná společnost praktických dětských lékařů – OSPDL (ta je zařazena do České lékařské společnosti JEP), a že tato společnost je největší na světě. To určitě platí, protože nikde jinde na světě samostatná odborná společnost dětských praktiků neexistuje, není k tomu důvod. **Odborné aktivity totiž vyvíjejí dětské praktiky v zahraničí v rámci svých profesních organizací, nejbližší je nám Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ) v SRN.** Tato organizace je analogií našeho Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost. Tedy tvrzení, že v SRN něco takového jako u nás vzniklo až o mnoho let později, je samozřejmě nesmysl, BVKJ vznikl totiž již v roce 1970 ze sekce Německé pediatrické společnosti (DGKJ) a od samého začátku se v jeho rámci řešily i odborné problémy. V roce 2017 mělo profesní sdružení BVKJ asi 12 000 pediatriů, většinou dětských praktiků. BVKJ je začleněn do zastřešující organizace **Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ)**, založena 1988. Zakládajícími členy byly Německá pediatrická společnost, BVKJ a Německá společnost sociální pediatrie (DGSPJ). V této skupině jsou dále zastoupeny např. profesní organizace pediatrické ošetrovatelské péče, dětské chirurgové, sdružení dětských nemocnic a nemocničních dětských oddělení v SRN.

Omlouvám se, že uvádím tyto zdánlivě zbytečné podrobnosti, je to ale proto, že Česká pediatrická společnost se již před mnoha lety snažila vytvořit podobnou zastřešující

organizaci, jako je DAKJ, zájem jeví i naši neonatologové, sociální pediatrii, dorostoví lékaři, dětské chirurgové, ale zájem ze strany našich praktických pediatriů byl bohužel minimální.

Tvrzení, že SPLDD patří k nejsilnějším a nejlépe organizovaným uskupením ambulantních dětských lékařů na světě – no při vši účtě k tomu, co dosud SPLDD dokázalo, zde je přání otcem myšlenky!

Časopis vydávaný našimi praktiky Vox paediatricae má skutečně velmi dobrou úroveň a je veden zcela profesionálně, má logicky odpovídající respekt. Přesto by si stále mohl brát za vzor časopis pediatrických praktiků v SRN **Kinderarzt**, který autor tohoto textu dostává jako korespondující člen DGKJ do schránky každý měsíc.

V dalším textu Soukup uvádí, že „**způsob, jakým došlo v roce 2017 ke zrušení samostatného oboru PLDD v ČR, vede do historie evropské pediatrie**“. Ve skutečnosti do historie evropské pediatrie vede spíše zkrácené a oddělené curriculum PLDD, které nemá ve světě obdoby! Dále Soukup uvádí, že „**malá část klinické pediatrie dehonestuje naprosto zbytečně ambulantní českou pediatrii, místo aby s ní spolupracovala**“. Takže jaká je vlastně realita v rámci poprovočního postgraduálu v evropské/světové pediatrii? **Nikde v Evropě ani jinde na světě neexistují dvě rozdílná samostatná curricula, našimi PLDD dokonce podporované curriculum co nejkratší! Nikde ve světě také neexistují dvě různé atestace, když se někdo má stát po ukončení postgraduálu pediatrem.**

O deklarované dehonestaci pediatrických praktiků ze strany nemocničních pediatriů může být sotva řeč, spíše pronikly do médií formulace, co vše neumějí nemocniční pediatrii, ale umějí jen a pouze PLDD. Zajímavé bylo i sdělení ze strany PLDD „my nejsme pediatrii, my jsme praktičtí lékaři pro děti a dorost“! Nekonečným diskusím o nutnosti existence nezávislého oboru PLDD nerozumějí ani starší, již dávno atestovaní praktičtí pediatrii.

Naši praktici prosadili velmi úspěšně zájmy svého sdružení, především na úrovni

resortu MZ ČR a dalších resortů, vedení PLDD pro své kolegy doslova vybojovalo řadu z profesního hlediska důležitých věcí. Ten dlouholetý konflikt s nemocničními pediatrii přece vznikl prosazením odděleného, zkráceného curricula praktiků se zvláštní atestací, což mělo především zabránit přístupu nemocničních pediatriů do privátní primární péče. Zkrácené curriculum PLDD vedlo k tomu, že po jeho ukončení mohl lékař pracovat pouze jako PLDD v primární péči, ale nemohl nastoupit ani na malé dětské lůžkové oddělení, musel by si doplnit v postgraduálu řadu věcí, než by mohl být zařazen jako plnohodnotný sekundář oddělení. Opačně, i přes delší curriculum Dětského lékařství nemohli tito absolventi nastoupit do primární péče, ale museli být napřed poměrně dlouho školeni na akreditovaných pracovištích praktiků a skládat další zkoušku z praktického dětského lékařství. **Bohužel, tato světová anomálie nakonec nevyřešila v ČR nedostatek pediatriů v primární péči.**

Dle Soukupa „**špičkou umu až na hranici sabotérství bylo v průběhu tažení proti oboru PLDD předložení dvou zahraničních dopisů, adresovaných panu prof. J. Jandovi od jednoho německého a jednoho rakouského pana profesora, pravděpodobně známých prof. Jandy**“. Tak tady je třeba se rázně ohradit proti těmto formulacím: Janda požádal nikoliv jménem svým, ale jménem České pediatrické společnosti zahraniční pediatrické společnosti, aby se vyjádřily ke dvěma odlišným pediatrickým curriculum v ČR. Kromě německé a rakouské strany jsme získali názory kolegů ze Slovenska, Nizozemska, Spojených arabských emirátů a EPA (European Paediatric Association/ UNEPSA). Tito zahraniční kolegové potvrdili, že nikde ve světě neexistují dvě oddělená pediatrická curricula s různou dobou trvání a dvěma zkouškami. Stejně tak se musím ohradit proti tvrzení, že jsem jako autor článku v Journal of Pediatrics „**ohýbal**“ informace o české ambulantní pediatrii. Kolega Soukup asi celý text pozorně nečetl, soudný čtenář si může udělat názor sám. V článku **Short Review of Child Health**



Care in Former Czechoslovakia and Czech Republic since 1993, jsem úroveň primární péče v ČR především chválil. Uvedl jsem ovšem i problém s odděleným popromotním curriculum a nechutí PLDD podílet se na pohotovostních pediatrických službách a upozornil na omezené vybavení ordinací praktiků. Je tam v textu ale i formulace: „**In general the majority of PCP tries to keep a solid level of their services despite the fact that their office equipment does not meet the level of their colleagues in Western Europe...**“ Opakovaně jsem prosil PLDD, aby konkrétně uvedli, co v článku nebylo v pořádku, dodnes jsem odpověď nedostal.

Dále Soukup uvádí, že PLDD se nikdy neuchylovali při podpoře samostatného oboru PLDD „**k verbální nebo tiskové kritice**“ a k vymýšlení. Nemá smyslu se vracet k situaci před sloučením oborů, aktivity PLDD jsou dobře známy (petiční akce rodičů, kteří vůbec nevěděli, o co vlastně jde, masivní lobbing na všech úrovních, hlavně u poslanců a v Senátu. Přitom hlavním argumentem bylo, že společné curriculum povede ke zhoršení péči o děti a dorost, byl zde i úžasný marketingový tah, že sloučení oborů ohrozí kapitaci pojišťoven pro PLDD.

Soukup správně uvádí, že pediatrické curriculum dle EAP je pětileté – běžně praktikované v SRN a Švýcarsku, ale dokonce šestileté v Rakousku. Je skutečně otázkou, zda fakt, že pediatrické curriculum ve srovnání s praktiky pro dospělé je delší, povede ke snížení zájmu o pediatrii. Tedy že absolventi fakult budou hledat jednodušší cestu směrem k praktikům pro dospělé. Na druhé straně společné curriculum může ovšem nabídnout větší flexibilitu – nemocniční pediater bez větších problémů přejde do primární péče, a naopak ti, kteří zjistí, že privátní praxe znamená pro ně neúměrnou zátěž, mohou pracovat v nemocnici.

Takové přesuny dosavadní rozdělená curricula neumožňovala, stejně to neumožňovalo PLDD nadstavbové vzdělání v pediatrických subspecializacích, které je v zahraničí zcela běžné.

Je zřejmé, že za současného stavu existuje v ČR řada dětských lůžkových oddělení, kde jsou schopní primáři, zástupci, sekundáři, je tam i solidní zázemí laboratorní a zobrazovací metod, ale to, co chybí, jsou pacienti. Hustá síť lůžkových oddělení je historicky daná tím, že ještě v 60. letech se rodilo v Čechách, na Moravě a ve Slezsku asi 200 000 dětí ročně, před několika lety jsme se dostali dokonce pod 100 000, našťastí počet novorozenců stoupá, ale k těm 200 000 máme daleko. Přesto se počet lůžkových oddělení redukoval v posledních letech minimálně. Ve srovnání s Rakouskem (počet obyvatel se blíží 9 milionům) je v zemi asi polovička lůžkových dětských oddělení ve srovnání s ČR. **Při postupné redukci málo využitých lůžkových oddělení by zde byla řada pediaterů, kteří budou mít zájem o primární péči, pokud jim v tom nebude bránit dosavadní rigidní systém.**

Povzbudivý je v současnosti fakt, že konečně dochází ke konsensu při přípravě společného curricula (zatím alespoň tzv. kmene). A doufáme v rozumnou dohodu při další přípravě specializační části curricula – **tedy nikoliv rozštěpení na curriculum praktiků, resp. nemocničních pediaterů.** Je třeba vnímat současnou situaci v zahraničí, kde postgraduál samozřejmě končí pouze jednou atestací. Opakované deklarace našich praktiků, že si zahraničí chce z jejich curricula brát příklad, není realitou! Jen se i tam zdůrazňuje, že je třeba akcentovat vzdělání v oblasti ambulantní pediatrie, ale nikoliv dle vzoru našich PLDD.

Přece si přejeme, aby se všechny subjekty aktivní v oblasti péče o děti a dorost snažily dosáhnout optimální úrovně péče odpovídající evropským/světovým standardům. A to jak v primární, tak i v sekundární a terciární péči. A budme rádi, že se v ČR udržel systém primární péče v rukou pediaterů, ten prosadili už dávno před rokem 1989 „otcové“ české a slovenské pediatrie, především profesor Houštěk! Bývalí členové výboru ČPS vzpomínají na historické setkání ve Lnářích po roce 1989, kde **ČPS jasně deklarovala nutnost zachování primární péče o děti a dorost našimi pediatri, a nikoliv lékaři typu GP. A také poukázala na nesmyslnost snahy hygieniků zajišťovat národní očkovací program. Stejně tak ČPS pomohla po roce 1989 ustanovit profesní organizaci SPLDD za pomoci zahraničních praktiků, které pozval do ČR autor tohoto textu** (a byl za to pak dokonce oceněn ze strany praktiků). **Myslíme, že i tato fakta jsou důkazem vztahu ČPS k primární pediatrické péči v ČR.**

Pokrok při hledání společného curricula je nadějí, že budeme společně řešit současný problém nedostatku pediaterů v primární péči, ale také problém lůžkové péče. Dovolil bych si ukončit text formulací uveřejněnou v otevřeném dopisu, který byl směrován k PLDD již v lednu 2015: **Hledejme proto vše, co nás spojuje, a respektujme to, co nás rozděluje. Společným zájmem je zdraví populace dětí a dorostu.**

Prof. MUDr. Jan Janda, CSc.,
čestný člen Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost



PRACOVNÍ PŘÍLEŽITOSTI VE MĚSTĚ CHEMNITZ

Pro zdravotní úřad hledáme na dobu neurčitou na plný nebo částečný úvazek:

LÉKAŘE / LÉKAŘKY PRO DĚTI A DOROST

referenční číslo: 53/03

Těšíme se na Vaši přihlášku, uveďte prosím referenční číslo.

Další informace:

Tel.: +49 371 488-1132 nebo -1121

a na stránkách www.chemnitz.de/jobs





Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Alena Šebková
předsedkyně OSPDL ČLS JEP

Vážené kolegyně, vážení kolegové, celoročně na tomto místě dostáváte informace o činnosti naší odborné společnosti. Tentokrát si dovoluji jakousi bilanci, byť není konec ani začátek roku, ale bilancuje vlastně i naše profesní organizace – prostřednictvím konferencí SPLDD. Všem regionálním zástupcům děkujeme za pozvání. Ráda bych se zúčastnila všech, ale dostávám se někdy do kolize termínů, takže to ne vždy vychází. Ale doufám, že to chápete, a jsem ráda, že mám výborného „sparingpartnera“, místo-předsedu společnosti Zdeňka Zímu, který se účastní tam, kde já nemohu.

Výbor OSPDL ČLS JEP pracoval v loňském roce ve stejném složení – Alena Šebková (předsedkyně), Zdeněk Zíma (místopředseda), Yveta Tomanová (vědecký sekretář), Eva Svobodová (pokladník), Hana Cabrnachová (členka výboru a vedoucí katedry PLDD). Stejně tak se nezměnilo složení revizní komise (Jarmila Aronová – předsedkyně, Helena Letáková, Petra Haasová). Stabilizovaný zůstal i kádr regionálních zástupců OSPDL – Alena Hanzlová (Praha), Bohuslav Procházka (Střč), Pavla Hromádková (Seč), Daniela Verdánová (JČ), Marie Kmoníčková (VČ), Jana Tomčalová (ZČ), Pavla Tvrdonová (SM), Denisa Mendelová (JM). Všem jmenovaným za jejich práci velmi děkuji.

■ „OBOR“

Když jsme varovali před nesystematickým zrušením oboru PLDD a upozorňovali jsme na možná negativa, nebyli jsme bráni v potaz. Naopak jsme byli znevěrohodnováni, obviňováni z nejrůznějších manipulací, byla nám dávana za vzor v primární péči o děti a dorost v tomto směru nedokonalá Evropa. Jak to tedy vypadá po zrušení oboru? Akreditační komise pro nový obor pediatrie se sešla v loňském srpnu a nyní v polovině dubna. Dohoda na společném vzdělávání je velmi svízelná, ne-li nemožná. V současnosti je odpovídán a měl by být schválený pediatrický kmen, kde ve

30 měsících by měl být pobyt na akreditovaném pracovišti PLDD 3 měsíce. Jak bude vypadat specializační část, tedy zbývajících 24 měsíců, dosud nevíme. Z toho plyne nejistota pro mladé kolegy, kteří se sice do oboru pediatrie hlásit mohou, ale co s nimi bude dál, nevědí. Tak se budou hlásit jinam – jedno riziko. Pokud budou chtít přeci jen dělat pediatra, pak mají možnost pravděpodobně jen tehdy, pokud budou chtít zůstat v nemocnici. Pro primární péči, tak jak se to nyní jeví, je primáři DO budoucna chtít vzdělávat zřídka – druhé riziko. A do třetice – je velkou otázkou, zda se podaří naplnit 80 rezidenčních míst pro pediatrii, když PLDD o rezidenta žádat nemohou. Potřebnost PPP nebude ve společném oboru reflektována. Je tady namístě se zeptat všech, kteří pro zrušení oboru PLDD horovali: Jak tato situace zlepšuje vstup mladých lékařů do primární pediatrické péče (PPP)?

V současné době jsme skutečně dospěli ke „krizi“ – skloňuje se náš věkový průměr, hrozí lokální nedostatky PLDD, a tedy chybění péče o děti. Všichni se nyní diví! Proč? Varovali jsme před vznikem této situace již krátce po roce 2000. Kdo se o primární péči staral? Prakticky pouze my, bez podpory. Nyní by měl vzniknout kvalifikační kurs pro dětské lékaře. Praxe tříměsíční – pro mne osobně naprosto nepodkořitelná, a rozhodně skutečně „krizová“, a potřebné kursy na IPVZ (očkování, management praxe, posudková problematika...) Pokud bude kurs zaveden opět nesystémově, lze očekávat, že určitá část ordinací se „zasytí“, ale co to může udělat s některými dětskými odděleními? Jsou asi některá zbytná, ale i zde je nutné plánovat potřebnost.

Zrušením oboru došlo k popření definovaných kompetencí v zákonech, kde figuruje PLDD, krajské úřady nevědí, na co mají vydávat registrace, začínají vznikat ordinace při nemocnicích, které nesplňují požadavek sítě primární péče. Dočkáme se opět sociálního systému „odkladiště doktorů na obvod“, kolování lékařů, včetně neatestova-

ných, místo jednoho, který zná problematiku celé rodiny?

Varovali jsme před možností zániku PLDD jako lékaře primární péče, před rozpadem systému poskytované primární péče o děti a dorost u nás, před tím, že se může stát pediatr pouze specialistou. Opět nikdo nenaslouchal. A pak se v návrhu pediatrického kmene objeví místo PLDD pojem „registrující ambulantní pediatr“ !!! Pojem zcela nový!!! I před vznikem samostatného oboru existovala odbornost 002, tedy PLDD, a 301, tedy ambulantní pediatr. Na co tedy nový pojem? OSPDL vznesla zásadní připomínku, stejně jako proti navrženým podmínkám pro akreditované pracoviště. Systém vzdělávání ve společném oboru se jeví, bohužel, že bude „nastavený“ pro lékaře, kteří do PPP přejdou „někdy“, než pro mladé lékaře, kteří s dostatečnou praktickou erudicí vstoupí do své ordinace a povedou minimálně celou generaci dětí...

Je tedy možné být ještě optimisty? Já říkám, že možná mírnými... Současný ministr zdravotnictví je asi první, který jasně a nahlas hovoří o potřebě kvalitní primární péče jako základu zdravého zdravotního systému. Na rozdíl od mnohých jiných pouze nehovoří, ale koná. Vznikla Rada poskytovatelů, kde mají PLDD zastoupení v osobě předsedkyně profesní organizace Ilony Hülleové. A vznikla jakási „rada primární péče“, což je uskupení, ve kterém za PLDD je zastoupena jak odborná společnost (Alena Šebková), tak profesní organizace (Ilona Hülleová), tak katedra PLDD (Hana Cabrnachová). Společně se zástupci všeobecných praktiků, mladých lékařů, zdravotních pojišťoven, ministerstva zdravotnictví, atd. Pracujeme na reformě primární péče. Tady se nám naslouchá, tady se zdá, že se skutečně koná. A doufejme, že bude naplněn i kýžený výsledek.

O stavu po zrušení oboru PLDD informovala předsedkyně OSPDL i předsedu ČLS JEP. Některými informacemi byl poněkud nemile překvapen a zdá se, že i on vnímá negativa zrušení jediného lékařského oboru.



A tak nás zase čeká těžká práce – náprava toho, co jiní nadrobili...

■ Vzdělávání

Vzdělávání lékařů je hlavní úkol odborné společnosti. Slýchám hlasy, že už toho mnozí mají dost, že už nelze navyšovat množství seminářů. Souhlasím, i když kacířsky musím podotknout, že mám pocit, že na akcích vidím hodně stále stejných tváří...

Přesto neplánujeme nějak systémově zvyšovat množství akcí. V současné době existuje jakýsi ustálený systém: školení školitelů, tedy lékařů, kteří vzdělávají mladé, systém pátečních seminářů, jarní cyklus Pediatrická akademie a podzimní Respirační akademie. Doplněkem jsou jednorázové akce – Kongres primární péče, Mezioborová konference PLDD. Akcí, která doufám, že si tradici získá, je Zdravotnické fórum. Původně vzdělávací konference se minulý rok stala skutečně fórem lékařů i nelékařů, kteří diskutovali nad závažným tématem, týkajícím se PLDD nejen medicínsky. V loňském roce to byl nový obor paliativní dětské péče. Na základě odborných sdělení se na tomto fóru i zástupci ministerstev účastní panelové diskuse a výstup z tohoto fóra by měl být přispěním k řešení závažného problému. Letos bych vás ráda pozvala na ZF Syndrom CAN (tedy syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte). Bude se konat 9. 6. 2018 v Praze a velmi si vážím toho, že osobní záštitu nad tímto fórem převzal ministr zdravotnictví Adam Vojtěch.

■ Očkování

Očkování je pro nás téma velké a samo o sobě si zaslouží více prostoru. Informace ale probíhají od podzimních Managementů SPLDD přes informace e-mailové po jarní cyklus Pediatrických akademií. Veřejnost dostává v poslední době více pozitivních informací, předsedkyně OSPDL se zúčast-

nila již dvou tiskových konferencí s tímto tématem, v plánu jsou další + další aktivity. I zde je nutné vyzvednout osobní podporu očkování od ministra zdravotnictví.

■ Publikační činnost

V loňském roce OSPDL začala vydávat elektronický čtvrtletník Newsletter OSPDL. Médium obsahuje jak informační, tak odborný materiál a úspěšně vkročilo do života naší společnosti. Doufám tedy, že tento trend bude pokračovat.

Spolupracujeme nadále nad časopisem VOX pediatriae. Plánujeme další brožurku z edice OSPDL. A ráda bych na tomto místě poděkovala spoluautorům knihy Kazuistiky (nejen) z pediatrické praxe II. Kniha vyšla v únoru a stejně jako „jednička“ obsahuje příběhy z praxí PLDD a spolupracujících lékařů. Knižka bude k dostání na akcích OSPDL, případně ji bude možné elektronicky objednat.

■ Spolupráce

Prvotní spolupráce náleží, samozřejmě, naší partnerské organizaci, SPLDD ČR.

Spolupracujeme s kolegyněmi ze zahraniční komise, především Gabrielou Kubátovou a Veronikou Jilichovou Novou – i jim za jejich práci děkuji.

Nadále trvá mezioborová spolupráce. S ČPS ČLS JEP se sice příliš neshodneme na společném programu vzdělávání, ale spolupracujeme na pořádání kongresu Pediatrie 2018 a světlo světa snad už spatří velmi těžce se rodící doporučení pro podávání vitamínu D.

Nadále spolupracujeme na poli paliativní dětské medicíny, s dětskými psychiatry, rýsuje se spolupráce s gynekology „dětskými“ i dospělými a s Českou společností pro aterosklerózu.

Nadále spolupracujeme s patientskými organizacemi – dostaly prostor v Newsletteru, společně se setkáváme a domlouváme

další formy spolupráce, jak na poli edukace rodičů, tak lékařů. Materiály, které mají tyto organizace k dispozici, mohou být velkým pomocníkem pro naše ordinace.

Kromě zmíněné spolupráce s ministerstvem zdravotnictví se podílíme i na jednáních s MŠMT či MPSV.

■ Čestné členství OSPDL ČLS JEP

Za práci pro OSPDL a podporu oboru rozhodl výbor OSPDL ČLS JEP ocenit některé kolegy. V loňském roce tedy obdržel medaili ČLS JEP doc. MUDr. Ivan Novák, CSc., čestné členství OSPDL ČLS JEP doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc., MUDr. Jiří Liška, CSc., MUDr. Olga Roškotová, MUDr. Tomáš Soukup, MBA. Velmi si vážíme práce a postojů těchto kolegů. Děkuje.

■ Výhled do budoucna

Je nasnadě, že fungování primární péče o děti a dorost je zásadní v systému zdravotnictví ČR. V současné době na základě stávající situace se ale obávám, že fungování v rámci společného oboru pediatrie nesplní náročné požadavky na moderní primární péči. Stejně tak to není možné bez existující podpory státu. Je nutná podpora a rozšiřování sítě akreditovaných pracovišť, zlepšení podmínek pro školitele, podmínek pro rozvoj dalšího vzdělávání PLDD. Nutné je řešit financování primární péče, podpořit rozvoj rychlé diagnostiky, potřebných nových kódů atd. OSPDL nadále musí zůstat garantem odbornosti nejen v kontinuálním, ale i pre- a postgraduálním vzdělávání.

OSPDL ČLS JEP a SPLDD ČR musejí být jasnými a vážně branými partnery státní správy i zdravotních pojišťoven.

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

a OSPDL ČLS JEP

si vás dovoluji pozvat na odborné semináře v roce 2018. Semináře se konají vždy první čtvrtek v měsíci v Lékařském domě, Sokolská 31, Praha 2, stanice metra „C“ I. P. Pavlova, od 16:30. Vzdělávací akce mají charakter postgraduálního vzdělávání a jsou garantovány ČLS JEP ve spolupráci s ČLK (ohodnoceny kredity) jako akce kontinuálního vzdělávání.

Odborný garant: MUDr. Alena Hanzlová, MUDr. Bohuslav Procházka

7. června 2018

Pediatrické aspekty poruch příjmu potravy

Doc. RNDr. Hana Krásničanová, CSc.

Pediatrická klinika 2. LF UK a FN Motol



OSPDL ČLS JEP



Vyšetření dýchacích svalů – důležitá součást komplexního zhodnocení poruch dýchání u dětí

Mgr. Kateřina Neumannová, Ph.D.

Katedra fyzioterapie, Fakulta tělesné kultury Univerzity Palackého, Olomouc

Poruchy dýchání mohou vznikat na podkladě různé etiologie a provázejí nejen onemocnění dýchacího systému, ale jsou často přítomné například u onemocnění kardiovaskulárního systému, u pacientů s neurologickými onemocněními i u pacientů s funkčními a strukturálními poruchami pohybového systému. Ošetřující lékaři se mohou u svých pacientů setkávat s tím, že i když má pacient maximálně možnou a účinnou terapii, tak si nadále stěžuje na pocit nedostatečného nádechu, pocit, že nestačí s dechem, nedaří se mu dobře odkašlat, zadýchává se při pohybových aktivitách apod. Důvodem může být nejen vlastní onemocnění, ale také snížená síla dýchacích svalů, slabost i jejich únava. Proto by v případě přetrvávajících subjektivních poruch dýchání a poruch expektorace měla být cíleně vyšetřena síla dýchacích svalů, jejich únava i index dechové práce.

■ Poruchy dýchacích svalů

Slabost dýchacích svalů není rychle reverzibilní a vyskytuje se u pacientů se svalovou hypotrofií a atrofií, myopatií, denervací nebo u pacientů, u kterých je příliš krátká klidová délka svalových vláken (např. astma) anebo příliš dlouhá klidová délka svalových vláken (např. obezita). Pro únava dýchacích svalů je typické, že není udržena požadovaná síla kontrakce svalu. Při svalové zátěži dochází k reverzibilní ztrátě schopnosti svalu uskutečnit sílu nebo rychlost kontrakce. Únavě dýchacích svalů brání velká funkční rezerva, která je založena na zapojování různých typů svalových vláken a na střídání funkčních skupin dýchacích svalů. Únava dýchacích svalů se může vyskytovat u pacientů při náhlém zvýšení odporu dýchacích cest při akutní exacerbaci onemocnění (např. astma), u nemocných s chronickou slabostí dýchacích svalů, u předčasně narozených dětí, u pacientů s vysokými elastickými a proudovými odpory dýchacích cest. Dysfunkce dýchacích svalů může být spojena s hypoventilací, chronickou respirační insuficiencí, dušností a neefektivní expektorací.

■ Vyšetření dýchacích svalů

U pacientů s poruchami dýchání je důležité vyšetřovat dýchací svaly, a to nejen jejich dechovou funkci, ale i funkce ostatní. Kromě stabilizační funkce dýchacích svalů je vhodné vyšetřit i jejich funkci v zapojení do pohybu trupu a pohybu končetin, neboť jejich poru-

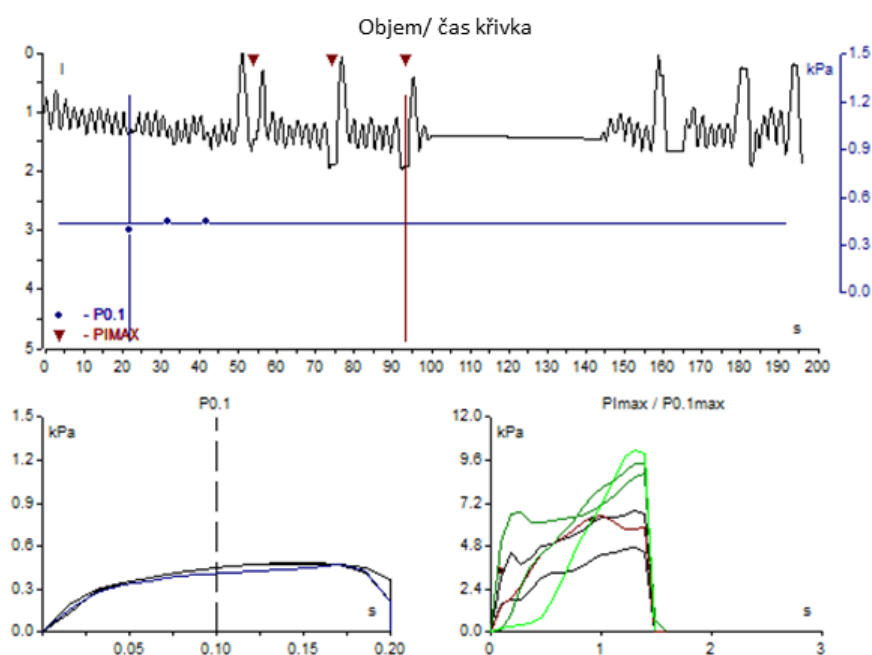
šená stabilizační funkce i snížená svalová síla pro pohyb končetin a trupu může zvyšovat i intenzitu subjektivních dechových obtíží. Na aspektní vyšetření dechového vzoru, během něhož pozorujeme aktivaci svalů nádechových a výdechových, hodnotíme dechový vzor a posuzujeme délku nádechu a výdechu, by mělo navazovat přístrojové vyšetření síly dýchacích svalů. Nejčastěji pro posouzení síly dýchacích svalů v klinické praxi využíváme neinvazivní typ vyšetření, při kterém je zhodnocen maximální nádechový ústní (nosní) tlak (PI_{max}) a maximální výdechový ústní tlak (PE_{max}). Pro vyšetření PI_{max} je pacient instruován, aby pomalu dlouze vše vydechnul a silně rychle nadechnul. Naopak pro zhodnocení PE_{max} je pacient vyzván, aby se pomalu dlouze a maximálně nadechnul a co nejsilněji vydechnul. Naměřené hodnoty se porovnávají s hodnotami norem, na jejichž podkladě je možné zhodnotit, zda je síla dýchacích svalů dostatečná, nebo snížená (obr. 1 a 2). Současně s tímto vyšetřením je žádoucí také zhodnotit okluzní ústní tlak ($PO.1$), respirační kapacitu ($PO.1/PI_{max}$) a index dechové práce (TT_{mus}). Okluzní ústní tlak je měřen 100 ms po iniciaci klidového nádechu. Vyšší hodnoty než stanovená norma ($PO.1 \leq 0,2$ kPa) ukazují na zvýšenou neuromuskulární aktivaci respiračního systému, která představuje zvýšenou aktivitu nádechových svalů pro dosažení klidové ventilace. To klade vyšší nároky na nádechové svaly, které podléhají únavě. Pacient pak subjektivně udává vyšší percepci dušnosti. Jsou-li hodnoty respirační kapacity

vyšší než 3 %, je u takto nemocných zvýšené riziko respiračního selhání. Pro všechna uvedená vyšetření je však nutná spolupráce pacienta. U dětí je možné toto vyšetření dle schopnosti spolupráce provádět přibližně od 5–6 let věku.

■ Terapie

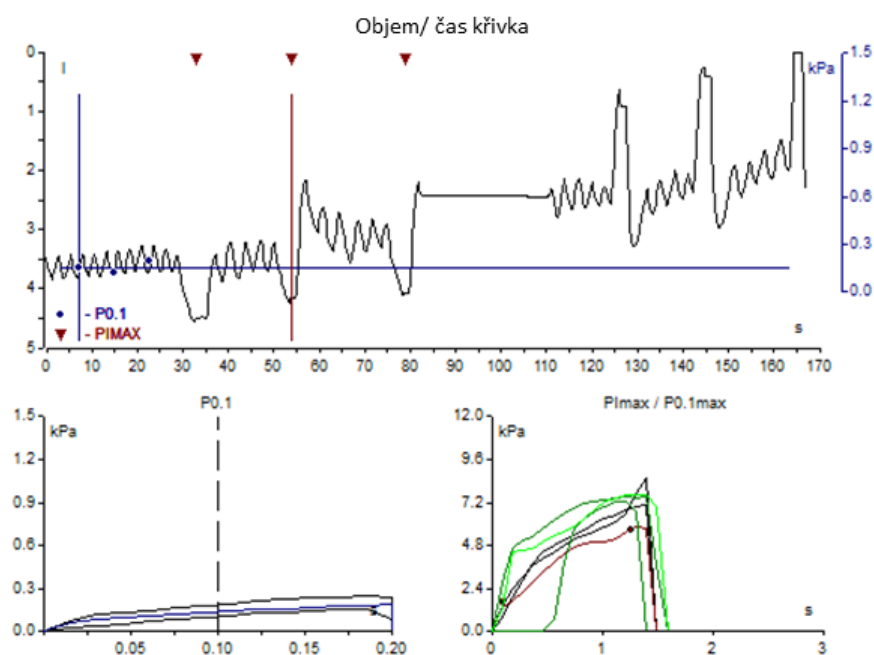
Při potvrzení nedostatečné síly nebo únavy dýchacích svalů je možné pacientům indikovat rehabilitační léčbu zaměřenou na techniky respirační fyzioterapie. Současně je vhodné pacientům dle výsledků vyšetření a subjektivních obtíží předepsat dechový trenažér, jehož používání bude pacient trénovat s fyzioterapeutem během rehabilitační léčby.

U pacientů je rehabilitační léčba nejčastěji cílena na reedukaci dechového vzoru (např. cvičení na zvýšení rozvíjení hrudníku, aktivace bráněného dýchání, neurofyziologická facilitace dýchání), podporu vzpřímeného držení těla (např. dynamická neuromuskulární stabilizace, senzomotorická stimulace, akrální koaktivační terapie, cvičení dle R. Brunkow), na cílený trénink dýchacích svalů (silový, koordinační a vytrvalostní) a na zvýšení tolerance zátěže (pohybový trénink – vytrvalostní a silový). U pacientů s neefektivní expektorací jsou do terapie zařazovány také drenážní techniky (techniky pro podporu hygieny dýchacích cest – autogenní drenáž, aktivní cyklus dechových technik, dechové trenažery s vibrací). Pro cílený trénink dýchacích svalů se nejčastěji

Funkční analýza z respirační pumpy: $P_{0.1}$, PI_{max} , PE_{max} 

Parametr	Jednotka	Naměřená hodnota
VT	l	0,41
P0.1	kPa	0,39
PI _{max}	kPa	6,23
PE _{max}	kPa	9,81
TT _{mus}		0,15

Obr. 1 Vyšetření síly dýchacích svalů u pacientky s bronchiálním astmatem (10 let, výška 142 cm, hmotnost 32 kg, dušnost během pohybových aktivit – běh, jízda na kole, sportovní aerobik): síla dýchacích svalů dosahuje hodnot normy, je zvýšen index dechové práce, je zvýšen parametr P0.1

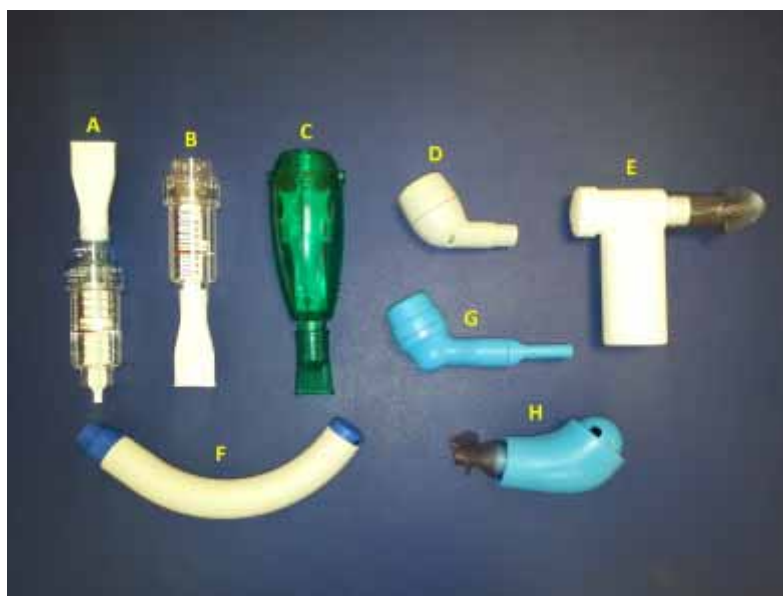
Funkční analýza z respirační pumpy: $P_{0.1}$, PI_{max} , PE_{max} 

Parametr	Jednotka	Naměřená hodnota
VT	l	0,42
P0.1	kPa	0,14
PI _{max}	kPa	5,70
PE _{max}	kPa	6,83
TT _{mus}		0,09

Obr. 2 Vyšetření síly dýchacích svalů u pacientky s bronchiálním astmatem (14 let, výška 165 cm, hmotnost 55 kg, dušnost během pohybových aktivit – běh, volejbal): síla dýchacích svalů je snížena – PI_{max} dosahuje 81,5 % náležité hodnoty normy, PE_{max} dosahuje 72,6 % náležité hodnoty normy, index dechové práce i parametr P0.1 jsou v normě



Obr. 3 Přístroj CoughAssist



Obr. 4 Dechové trenažéry

A – Threshold PEP, B – Threshold IMT, C – Acapella, D – PARI O-PEP, E – POWERbreathe Medic, F – RC-Cornet, G – Shaker Classic, H – Shaker Deluxe

v klinické praxi využívají dechové trenažéry Threshold inspiratory muscle trainer (IMT), Threshold positive expiratory pressure (PEP), Threshold expiratory muscle strength trainer – EMST150. Na těchto trenažérech se nastaví adekvátní odpor, proti kterému pak probíhá dechový trénink. U pacientů s neefektivním kašlem se pro usnadnění expektorace využívají nejčastěji dechové trenažéry s vibrací – PARI O-PEP, Shaker Classic, Shaker Deluxe, Shaker Plus, RC-Cornet a Acapella. Tyto dechové trenažéry slouží také k prevenci bronchokollapsu. Pro lepší stabilizaci dýchacích cest během výdechu lze použít i výdechové trenažéry Threshold PEP a PARI PEP S-system. U pacientů s výrazným oslabením dýchacích svalů, které vede k neefektivní expektoraci, stagnaci bronchiální sekrece, opakovaným infekcím horních i dolních cest dýchacích, zvýšenému riziku vzniku bronchiálních zátek a plicní atelektázy, je vhodné indikovat přístrojovou asistenci pro expektoraci pomocí mechanické insuflace/exsuflace. Pro tento typ léčby je v České republice dostupný přístroj CoughAssist (obr. 3). Indikace pro dlouhodobou domácí léčbu poruch expektorace pomocí přístroje CoughAssist je specifikována v doporučeném postupu České pneumologické a ftizeologické společnosti a České společnosti dětské pneumologie.

Dechové pomůcky Threshold IMT, Threshold PEP, POWERbreathe Medic, PARI O-PEP, RC-Cornet Shaker Classic, Shaker Deluxe a Shaker Plus může nemocnému předepsat ošetřující lékař (pediatr, alergolog, pneumolog, neurolog, rehabilitační lékař) 1× za dva roky a po schválení revizním lékařem je možná 75% úhrada pomůcky zdravotní pojišťovnou (obr. 4).

■ Závěr

Komplexní léčba poruch dýchání zahrnující i cílenou léčbu dysfunkce dýchacích svalů pomocí technik respirační fyzioterapie může napomoci snížit subjektivní vnímání dechových obtíží, usnadnit expektoraci a minimalizovat až zcela eliminovat dechový diskomfort pacienta během běžných denních činností i během pohybových aktivit.

■ Literatura

1. Chlumský J. Plicní funkce pro klinickou praxi. Praha: Maxdorf, 2014
2. Koblížek V, Kolek V, Zatloukal J. Anamnéza a fyzikální vyšetření v pneumologii. In Kolek V et al. Pneumologie. Praha: Maxdorf, 2014, s. 19–30
3. Neumannová K, Doušová T, Sedlák V, Zatloukal J, Kos S, Zatloukal J. Doporučený postup ČPFS a ČSDP pro dlouhodobou domácí léčbu poruch expektorace pomocí

přístroje CoughAssist. Čes. slov. neurol. neurochir. 2017;80(4):480–484

4. Neumannová K, Zatloukal J. Ovlivnění poruch dýchání pomocí tréninku dýchacích svalů. Rehabil. Fyz. Léč. 2011;18(4):188–192
5. Neumannová K, Zatloukal J, Koblížek V. Doporučený postup plicní rehabilitace. [online]. Dostupné na: <http://www.pneumologie.cz/guidelines/>
6. Kandus J, Satinská J. Stručný průvodce lékaře po plicních funkcích. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001
7. Paleček F. Patofyziologie dýchání. Praha: Karolinum, 2001
8. Smolíková L, Máček M. Respirační fyzioterapie a plicní rehabilitace. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010
9. Troosters T, Pitta F, Decramer M. Respiratory muscle assessment in pulmonary rehabilitation. In Dooner CF, Ambrosio N, Goldstein R (eds.). Pulmonary rehabilitation. New York: Edward Arnold, 2005, s. 69–79

e-mail: kacaneumannova@gmail.com



Možnosti respirační fyzioterapie u pacientů s chronickou respirační problematikou v dětském věku

Mgr. Jana Zelenková

Pediatrická klinika 2. LF UK a FN Motol

Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. LF UK a FN Motol

Mezi nemocné, u kterých se v časném či pozdějším stadiu onemocnění objevují příznaky ukazující na postižení respiračního traktu, řadíme nejen děti s primárně respiračním onemocněním, ale i pacienty s neurologickým či neuromuskulárním postižením. Fyzioterapeutické možnosti ovlivnění jednotlivých respiračních symptomů se odvíjejí od klinického nálezu u konkrétních pacientů. Cílem tohoto článku je představit a shrnout lékařům soudobé možnosti ovlivnění jednotlivých symptomů pomocí technik respirační fyzioterapie.

■ Úvod

Respirační fyzioterapie by u dětských pacientů s **primárním respiračním onemocněním**, jako jsou např. vrozené vady, cystická fibróza (CF), primární ciliární dyskineze (PCD), bronchopulmonální dysplazie (BPD) či chronická bronchitida, v dnešní době měla být samozřejmou součástí péče. Je ovšem třeba nezapomínat na neméně důležitou skupinu pacientů, u nichž je respirační postižení důsledkem jiného základního onemocnění. Se zkvalitňováním péče a prodlužující se délkou života pacientů s **neurologickým či neuromuskulárním deficitem** (pacienti s Duchenneovou muskulární dystrofií, spinální muskulární atrofií, dětskou mozkovou obrnou, s tumory CNS či pacienti se spinální lézí) vystupuje na povrch otázka péče o jejich respirační systém. Ten je sekundárně negativně ovlivněn slabostí inspiračních či expiračních svalů, popř. možným vznikem aspirací při dyskoordinaci jednoho z nejsložitějších pohybových procesů v lidském těle – souhry dýchání, sání a polykání. Při podcenění příznaků může dojít k nevratnému postižení dýchacích cest a plic s postupným rozvojem chronické respirační insuficience [1].

■ Respirační fyzioterapie v domácím prostředí

Respirační fyzioterapie je jednou z konzervativních metod, díky které jsme schopni pokles plicních funkcí u výše zmiňovaných pacientů zpomalit a zvýšit tak jejich kvalitu života. Základem fyzioterapeutické péče o tyto pacienty je domácí péče, proto ne-

postradatelnou složkou naší práce je opakovaná edukace a spolupráce s rodinnými příslušníky a pacienty samotnými. Z důvodu prevence vzniku nevratných změn v plicním parenchymu je u těchto pacientů zásadní včasné zahájení terapie [2].

■ Cíl fyzioterapie

Cíl terapie je u každého pacienta individuální a je stanovován podle klinických symptomů doprovázejících jednotlivá onemocnění. Mezi cíle fyzioterapeutické intervence řadíme zlepšení clearance dýchacích cest, zefektivnění expektorace, prevenci vzniku atelektáz a bronchiektazií, prevenci snižování plicních funkcí, zlepšení a udržení mobility hrudního koše a v neposlední řadě i prevenci vzniku deformit hrudního koše. Pro přehlednost bude následující text rozdělen na nejčastější a nejdůležitější klinické symptomy doprovázející výše zmiňovaná onemocnění, a to i přes to, že u některých pacientů nacházíme kombinaci více z nich.

■ Symptomy a možnosti jejich ovlivnění

1. Retence bronchiálního sekretu

Jedním z nejčastějších symptomů, který se vyskytuje u pacientů s primárně respiračním onemocněním, je **retence bronchiálního sekretu**. Příčiny zvýšené retence mohou být různé (narušená mukociliární clearance, zvýšená viskozita hlenu, popř. narušená schopnost expektorace, které bude věnována samostatná část). Fyzioterapeutická léčba se u těchto pacientů skládá z několika složek. První z nich je **inhalační** (nejčastěji

mukolytická) **léčba**, která je předepisována ošetřujícím lékařem. Výhodou inhalačního podání medikace je snížení systémových nežádoucích účinků, pro její dostatečnou efektivitu v místě chtěného účinku (např. u pacientů s CF v periferních dýchacích cestách) je nutné především kvalitní provedení. To se odvíjí nejen od výběru léčiva a jeho dávky, ale i od typu a kvality inhalátoru a nebulizátoru, velikosti inhalovaných částic, kvality samotného provedení inhalace a v neposlední řadě také compliance pacienta [3]. Je dokázáno, že např. u pacientů s CF je compliance a adherence k inhalační léčbě pouze 40–57 % [3], zejména vzhledem k její časové náročnosti (3× denně 10–15 minut podle typu inhalátoru a množství inhalované látky). Již z tohoto důvodu je zapotřebí opakovaná edukace, instruktáž a kontrola inhalační techniky. Pro zlepšení kvality inhalace je možné trénovat délku nádechu, jeho rychlost a sílu nádechových svalů. K tomu lze využít nádechové trenažéry (Tri Flo, Clini Flo, Coach for kids 2000, Threshold IMT, nádechový trenažér PowerBreath). Podstatnou součástí fyzioterapeutické léčby u pacientů s primárně respiračním onemocněním jsou takzvané **techniky airway clearance** (ACT, techniky hygieny dýchacích cest). Ty se skládají z několika samostatných metod a jsou voleny vždy podle věku, schopnosti, spolupráce a aktuálního stavu pacienta. U **nespolupracujících pacientů** volíme techniky, díky kterým jsme schopni změnou proprioceptivního aferentního vstupu manuálním kontaktem na hrudníku dítěte měnit stereotyp a hloubku dýchání a rychlost průtoku vzduchu. Tím dochází



Obr. 1 Nádechové trenažéry



Obr. 2 Výdechové trenažéry s kontinuálním výdechovým přetlakem

k posunu bronchiální sekrece v dýchacích cestách. Mezi tyto metody patří např. respirační handling, neurofyzilogická facilitace dýchání, popř. asistovaná autogenní drenáž a další.

U **pacientů spolupracujících** lze využít techniky, při kterých dítě samo skrze modulaci délky, rychlosti, a tím i průtoku vzduchu v dýchacích cestách mobilizuje a posunuje sputum z dýchacích cest. Na tomto principu jsou založeny techniky respirační fyzioterapie – autogenní drenáž a aktivní cyklus dechových technik (cvičební cyklus s cílem zvýšit pružnost hrudníku, snadno odstranit sputum pomocí silového výdechu a odpočinout si díky fázi kontrolovaného dýchání) [4]. Výše zmiňované techniky pracují se změnou výdechového průtoku v dýchacích cestách (airflow). Další z možností, jak ovlivnit retenci bronchiální sekrece, je změna odporu v dýchacích cestách dodáním pozitivního výdechového přetlaku, tzv. **PEP** (positive expiratory pressure). Pomůcky využívající PEP systém můžeme rozdělit na dvě základní skupiny: PEP systém s kontinuálním výdechovým přetlakem a PEP systém s oscilačním výdechovým přetlakem. Obě skupiny jsou založeny na principu zařazení pozitivního výdechového přetlaku do dýchacích cest při aktivním výdechu pacienta přes vybranou pomůcku. To zpomalí předčasně uzavírání dýchacích cest, zajistí efektivnější clearance a zlepší provzdušnění jednotlivých částí plic, konkrétně i těch, které by bez PEP systému nebylo možno dostatečně provzdušnit, např. při atelektáze. Mezi pomůcky s **kontinuálním výdechovým přetlakem** patří pomůcky Thera PEP, Pari S System a Threshold PEP. U nejmenších dětí lze také využít pomůcku Magic Ball.

Z pomůcek s oscilačním výdechovým přetlakem můžeme zmínit např. Pari O PEP (dříve

nazývaný Flutter), Shaker Classic, Shaker Medic, Acapella a opět u menších dětí oblíbenou pomůcku RC Cornet. Kombinace přetlaku a vibrace v dýchacích cestách vede k otevření bronchů (snížené riziko jejich kolapsu) a zlepšení mobilizace sekrece z dýchacích cest. Díky vibracím vytvářeným při aktivním výdechu přes vybranou oscilační pomůcku dochází ke změně viskoelasticity sputa, což je velice vítané zejména u pacientů s CF. Pacient je poté schopen efektivněji odstranit sputum z dýchacích cest [4]. Zvláštní postavení mezi výdechovými trenažéry má Acapella Choice. Tato pomůcka je určena pro nemocné, jejichž svalová síla dýchacích svalů je sice oslabena, ale přesto jsou schopni dosáhnout jemně vibrační, spíše chvějivé intenzity výdechu 10 l/min při alespoň tříteřinové délce výdechu. Výhodou této pomůcky je její snadné čištění, což je podstatné pro všechny nemocné ohrožené chronickou kolonizací dýchacích cest.

Výběr pomůcky je individuální podle věku a schopnosti spolupráce dítěte a je vhodné jej konzultovat s ošetřujícím fyzioterapeutem specializovaným na problematiku respirační fyzioterapie.

2. Porucha expektorace

Dalším problémem, se kterým se setkáváme u pacientů, ať již s primárně respiračním onemocněním, či neurologickým onemocněním doprovázeným respiračními komplikacemi, je **porucha expektorace**. Narušená schopnost expektorace je závažným stavem, který v některých případech může být i život ohrožující. Kašel jako jeden z hlavních fyziologických obranných mechanismů chránících vstup do dýchacích cest se skládá ze dvou fází – nádechové a výdechové. Narušením kterékoliv z těchto fází může dojít ke vzniku neefektivní expektorace s možným rizikem

vzniku aspirace, atelektázy, popř. až respiračního selhání [5].

Pokud vlivem nedostatečné síly nádechových a výdechových svalů již nejsou k odstranění bronchiálního sputa dostatečně efektivní výše zmiňované techniky (autogenní drenáž, techniky s využitím PEP systému dýchání atd.), je potřeba přistoupit k technikám mechanicky asistovaného kašle, podporujícího nádechovou i výdechovou fázi. U dětských pacientů se jedná zejména o pacienty s diagnózou spinální muskulární atrofie, Duchenneovy muskulární dystrofie, pacienty se spinální lézí, s tumorem CNS či s dětskou mozkovou obrnou. V České republice je od roku 2012 pro tyto účely dostupný přístroj Cough Assist E70 [6]. Principem **mechanické insuflace a exsuflace** za pomoci tohoto přístroje je dodání pozitivního tlaku do dýchacích cest (fáze insuflace), který je následován přepnutím do negativních tlakových hodnot (fáze exsuflace). Prudká změna tlaku do negativních hodnot simuluje přirozený kašel. Cílem léčby pacientů pomocí přístroje Cough Assist E70 je minimalizace negativních důsledků narušené schopnosti expektorace, její zefektivnění a zkvalitnění jejich života [6]. Studiemi byl prokázán pozitivní efekt u dětských pacientů s SMA, DMD, DMO, traumatickým poškozením míchy [1, 5, 7, 8, 9]. Prokazatelně se snížil počet hospitalizací a zvýšila se kvalita života. Indikace přístroje pro dlouhodobou domácí léčbu je stanovována na základě mezioborového konsensu (pneumolog, popř. dětský pneumolog, neurolog a fyzioterapeut). Indikace je stanovena na základě přesně stanovených kritérií (anamnesticky zjišťovaná frekvence a charakter kašle, infekce horních a dolních dýchacích cest, poruchy polykání, výskyt aspirací, u spolupracujících pacientů spirometrické vyšetření VC, FEV₁,



Obr. 3 Výdechové trenažéry s oscilačním výdechovým přetlakem

FVC_{ex}, PEF, vyšetření maximálního nádechového a výdechového ústního, popř. nosního tlaku, SpO₂, únava dýchacích svalů). U nespolupracujících pacientů jsou indikační kritéria modifikována (více informací na www.detskapneumologie.cz). Použití mechanické insuflace/exsuflace je vždy indikováno odborným lékařem ze specializovaného pracoviště, nastavení a vlastní terapii provádí fyzioterapeut, který zaškolí pacienta, rodinné příslušníky a ošetřující personál [6].

3. Snížená mobilita hrudního koše

Funkce formuje orgán. Víme tedy, že ruku v ruce s chronickým onemocněním dýchacích cest jde i ovlivnění mobility hrudníku patologickým dechovým stereotypem. Úkolem fyzioterapeuta je zabránit tomuto negativnímu jevu, popř. jej snížit na minimum. Většina pacientů s chronickým dechovým onemocněním vykazuje určité specifické posturální a kineziologické odchylky. K nejčastějším patří protrakce ramen, zvětšená hrudní kyfóza, zvýšená rigidita hrudníku, opakované blokády costovertebrálních skloubení, blokády krční páteře, bolest šíje způsobená přetížením auxiliárních inspiračních svalů, úponové bolesti auxiliárních expiračních svalů přetížených při častém kašli atd. Fyzioterapeutických technik, díky kterým lze mobilitu hrudníku navrátit, popř. ulevit pacientovi od bolesti, je velké množství a je na zkušenostech fyzioterapeuta a preferencích pacienta, kterou si zvolí – pro přiblížení: techniky měkkých tkání, mobilizační techniky, dynamická neuromuskulární stabilizace, Vojtova metoda reflexní lokomoce, prvky jógy a jiné.

U pacientů s neuromuskulárním deficitem je situace ještě složitější. Mobilita hrudního

koše je sekundárně ovlivněna nejen sníženou svalovou silou inspirační a expirační, ale také svalovou silou autochtonní muskulatury krku a trupu. Tím často dochází ke vzniku závažné skoliózy. U těchto pacientů může být metodou volby v České republice Vojtova metoda reflexní lokomoce. U závažnějších forem skoliózy je indikováno její spondylochirurgické operační řešení. To je zvažováno v případě, že je progresse skoliotické křivky nad 40–50 ° [10].

■ Závěr

Respirační fyzioterapie je soubor technik, které lze využít u pacientů nejen s primárně respiračním chronickým onemocněním, ale i u pacientů s neurologickým či neuromuskulárním deficitem, jenž vede mimo jiné k oslabení nádechového a výdechového svalstva. Výběr metody a dechové techniky, popř. pomůcky využívané pro zlepšení efektivity očisty dýchacích cest se individuálně odvíjejí od aktuálního věku, stavu a spolupráce dítěte. Výběr by měl být v rukou fyzioterapeuta specializovaného na respirační problematiku. Výše zmiňované techniky u pacientů vedou k prevenci plicních komplikací a pomalejšímu poklesu dechových funkcí, a mohou tak zvýšit kvalitu jejich života. Základem pro indikaci a správný výběr pomůcek je spolupráce dětského pneumologa a fyzioterapeuta. Pro dlouhodobou práci s rodinou pacienta a zvýšení compliance a adherence k léčbě je vhodná i spolupráce s psychologem.

■ Referenční seznam:

1. Buu MC. Respiratory complications, management and treatments for neuromuscular disease in children. *Curr Opin Pediatr*. 2017 Jun;29(3):326–333. [online]. [cit.

2018-03-21]. Dostupné z: <http://Insights.ovid.com/crossref?an=00008480-201706000-00013>

2. Daniels T, Morrison L, Harnett N, Lewis S. Standards of Care and Good Clinical Practice for the Physiotherapy Management of Cystic Fibrosis. [online]. 2017. [cit. 2018-03-20]. Dostupné z: www.cysticfibrosis.org.uk
3. Agent P, Parrott H. Inhaled therapy in cystic fibrosis: agents, devices and regimens. *Breathe*. 2015;11(2):110–118. [online]. [cit. 2018-03-21]. doi: 10.1183/20734735.021014. ISSN 1810-6838. Dostupné z: <http://breathe.ersjournals.com/cgi/doi/10.1183/20734735.021014>
4. Smolíková L in Kolář P. Rehabilitace v klinické praxi. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1
5. Gauld LM. Airway clearance in neuromuscular weakness. *Dev Med Child Neurol*. 2009;51(5):350–355. [online]. [cit. 2018-03-21]. doi: 10.1111/j.1469-8749.2008.03198.x. ISSN 00121622. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1469-8749.2008.03198.x>
6. Neumannová K, Doušová T. Doporučený postup pro indikaci dlouhodobé domácí léčby pomocí mechanické insuflace/exsuflace s využitím přístroje CoughAssist. [online]. 2016. [cit. 2018-03-20]. Dostupné z: www.pneumologie.cz/upload/1475589036.pdf
7. Lacombe M, Del Amo Castrillo L, Boré A et al. Comparison of three cough-augmentation techniques in neuromuscular patients: mechanical insufflation combined with manually assisted cough, insufflation-exsufflation alone and insufflation-exsufflation combined with manually assisted cough. *Respiration*. 2014;88(3):215–222. [online]. [cit. 2018-03-21]. doi: 10.1159/000364911. ISSN 0025-7931. Dostupné z: <https://www.karger.com/Article/FullText/364911>
8. Bach JR, Niranjana V, Weaver B. Spinal muscular atrophy type 1: A noninvasive respiratory management approach. *Chest*. 2000;117(4):1100–1105. [online]. [cit. 2018-03-21]. doi: 10.1378/chest.117.4.1100. ISSN 00123692. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0012369215328130>
9. He YL, Liao DL, Kang HY et al. Comparison of mechanical insufflation-exsufflation and percussors in the treatment of lung infections for children with cerebral palsy. *J Pediatr Resp Dis*. 2013;9(2):40–47
10. Šafářová M in Kolář P. Rehabilitace v klinické praxi. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1



Možné důvody neúspěchu fyzioterapeutických intervencí funkčních poruch u dětí a mladistvých

Mgr. Roman Koubík

Sportovní a traumatologická fyzioterapie, Fyziomotion, Brno

Množství dětí a mladistvých odeslaných přímo lékaři nebo přivedených rodiči do rehabilitačních ambulancí není zrovna malý. Spíše naopak, a navíc v posledních letech stále roste a roste. Tyto mladé pacienty trápí jak funkční, tak i strukturální poruchy pohybového aparátu a subjektivní potíže z nich vyplývající.

Mezi obvyklé diagnózy patří nejčastěji klasické VDT (vadné držení těla), ploché nohy nebo už přímo lumbalgie a cervikalgie s cefalgií. Občas se na žádankách objevují i ty, které souvisejí s růstem „vylepšeným“ o neadekvátní zátěž, jako třeba Morbus Osgood-Schlatter nebo Morbus Haglund-Sever. Vzácností jsou naopak chronicky vznikající degenerativní strukturální poruchy, ale i přesto jsem měl minulý týden v ordinaci patnáctiletého chlapce s dvojnásobným výhřezem meziobratlových plotének v oblasti bederní páteře (diagnostikováno už na MRI).

Nejčastějším důvodem návštěv rehabilitačních ambulancí mladistvými jsou ale funkční poruchy pohybového aparátu. Ty často nezpůsobující mladým pacientům zatím žádné subjektivní problémy. Což je samozřejmě pro pacienta pozitivní. Pro naši práci s ním a úpravu objektivních problémů pohybového aparátu je to naopak spíše negativní faktor. Pacientům v těchto případech chybí motivace k aktivní spolupráci a fyzioterapeut se tak musí stát i psychologem. Při práci s mladšími dětmi dokonce spíše „kamarádem“ na hraní.

Funkční poruchy pohybového aparátu jsou plně reverzibilní, nezanechávají po svém odstranění na zasažené tkáni žádné následky. Jejich dlouhotrvající přítomnost však vede k neadekvátnímu rozložení zátěže kladené na určité části našeho hybného systému, a tím i následnému postupnému vzniku strukturálních degenerativních poruch v těchto přetěžovaných tkáních. Proto je vhodné vzniku těchto funkčních poruch



předcházet, nebo se je alespoň pokusit odstranit co nejdříve po jejich vzniku.

Funkční porucha se v našem těle nevyskytuje samozřejmě pouze jedna a nepostihuje izolovaně jeden typ tkáně. Svalové spasmy, trigger pointy, funkční kloubní blokády a změny funkčnosti fascií dávají dohromady ucelené klinické obrazy označované také jako svalové dysbalance nebo výše zmíněné vadné držení těla. Nad tím vším pak navíc bdí náš nervový systém.

Je mnoho možností a přístupů, jak tuto problematiku řešit a ovlivňovat. Z mého pohledu nevede valná většina z nich k dlouhotrvajícím dobrým výsledkům. Za pravdu mi v tomto případě může dávat obrovské množství lidí trpících chronickými potížemi pohybového aparátu. A to i těch mladších. Ani nedokážu spočítat, kolik už jsem viděl 20–25letých pacientů s chronickými potížemi. I mladších. Proč se tedy spousta lidí s problémy s pohybovým aparátem stále léčí, ale vlastně nikdy nevyлéčí?

U velkého množství z nich není chybou hledat prapůvodní příčiny potíží právě už v dětství. Takové dítě po narození je ve své podstatě vrcholový sportovec v přípravě na

mistrovství světa. Jeho tréninkovým cílem je porazit nejnáročnějšího soupeře, který existuje. Gravitaci. A tak trénuje, seč mu síly stačí. Ve třech měsících už slaví první vítězství a dokáže zvedat své těžké buclaté nožičky navzdory té nelítostné gravitaci. To ho nezastaví, ba naopak trénuje dál a dál. Za chvíli je schopné se otočit, lézt po čtyřech, sednout si do vzporu o jednu ruku, nakračovat a stoupat si, a přesto mu to nestačí! V jednom roce už udělá dřep, který svou kvalitou a technikou zahanbí většinu dospělých silových sportovců. Chůze, a dokonce i běh, následují v těsném závěsu.

Dětský pohybový aparát se adaptuje a sílí. Malé děti mají opravdu obrovskou relativní sílu. Drtivá většina dospívajících a dospělých by si o takové relativní síle mohla nechat zdát. Někde na cestě mezi tím dvouletým dítětem a dvanáctiletým chlapcem s hyperlordózou v oblasti bederní páteře a odstávajícími lopatkami se něco pokazilo. Náš pohybový aparát se adaptuje na zátěž a umí to opravdu hezky. Stejně tak se ale umí „adaptovat“ na nedostatek zátěže. Takový půlroční pobyt na vesmírné stanici udělá s funkcími a trofikou našich svalů, kloubů a kostí úplné divy. Proto tam také mají astronauti cvičební stroje a každý den na nich cvičí. Naše děti sice netráví čas ve vesmíru, ale zato je vyháníme do jiného prostředí, kde také přicházejí o tu potřebnou stimulaci pohybového aparátu. Do škol.

Dlouhodobé sezení je pro pohybový aparát jednoznačně škodlivé. Některé svaly se stahují, jiné naopak slábnou a většina z nich nakonec udělá obě. Kromě vlastní svalové tkáně trpí také náš mozek. Náročné pohybové vzory, které ho stimulovaly, se vytrácejí z běžného dne a začíná nastupovat pohybová chudost a jednotvárnost. Sezením opravdu dobrou koordinaci dílčích pohybů a komplexních pohybových vzorců děti nezískají. Kdyby docházelo k dostatečnému stimulu mimo školní prostředí, kde se samozřejmě děti nemohou učit číst a psát při děláni kotrmelců, nebyly by potíže až



tak výrazné. Bohužel ale k němu většinou nedochází.

Nedostatečná stimulace vede k nedostatečnému rozvoji. Relativní síla se rapidně zhoršuje. Dokázat pracovat s vlastním tělem v prostoru a vlastně ho jen „unést“ a kvalitně ovládat začíná být velký problém, ze kterého se už pak člověk nemusí dostat. Tříměsíční dítě udrží stabilní páteř při zvednutých a pohybujících se dolních končetinách ve vzduchu. Průměrný sedmnáctiletý mladík se při pokusu o totéž zlomí v trupu jak luk.

■ Problematika pasivních terapeutických vstupů

Pokusit se následně napravit škody na pohybovém aparátu, které vznikly v důsledku pasivity, pasivními fyzioterapeutickými zásahy je už z logiky věci odsouzeno k neúspěchu. Přesto to je někdy jediná předepsaná léčba.

Magnetoterapie, ultrazvuk, středně- a nízkofrekvenční proudy jsou těmi nejčastějšími používanými pasivními procedurami z řad fyzikální terapie. Měkké a mobilizační techniky jsou pro změnu pasivními zásahy z technik manuální medicíny. V neposlední řadě pak nesmíme zapomínat na – opět pasivní – rehabilitační pomůcky. U dětí opravdu velmi často využívané vložky do bot a v posledních letech například i kineziologické tejpky.

Všechny tyto techniky, pomůcky a procedury mají jistě své opodstatnění a využití. Kvalitní aktivní pohybová stimulace pohybového aparátu je ale vždy základ. To ostatní může být vhodný doplněk. Mělo by však opravdu jít o doplněk terapie, ne o její základ.

Aplikace ultrazvukové terapie na svaly v oblasti přechodu krční a hrudní páteře může mít samozřejmě účinek. Napětí těchto svalů se sníží, primární příčinu jejich stažení tím ale rozhodně nemusíme vyřešit. A v drtivé většině případů ji tím opravdu nevyřešíme. Stejně tak pouhé nošení vložek do bot není samospásnou léčbou plochonoží. Nepracují hluboký stabilizační systém páteře se přece také neléčí dlouhodobým zavřením pacienta do korzetu nebo bederního pásu. Tím stimuly pro špatně pracující pohybový aparát naopak ještě snížím. Funkčnost pohybového aparátu by byla po dlouhodobém nošení bederního pásu (tedy pasivní pomůcky) u takového pacienta samozřejmě horší.

Na přechodnou dobu v rámci zabránění dekompenzace stavu mohou a mají i tyto

pasivní podpůrné prostředky v terapii svoje místo. Opět by to ale neměl být základ terapie, nebo dokonce její jediná součást. Stimulování svalové aktivity, zvětšování svalové síly a elasticity a v neposlední řadě nácvik kvalitních pohybových stereotypů. To by měl být základ kvalitní terapie věnující se nápravě propadlých kleneb chodidel. Z hlediska biomechanického přístupu k pohybovému aparátu je plochonoží navíc často vnímáno pouze jako symptom globálnější funkční poruchy. A tak by k němu mělo být přistupováno, pokud nám jde o léčbu kauzální, a nikoliv pouze symptomatickou. Tím se dostávám k možným důvodům neúspěchu fyzioterapeutických intervencí i při využití aktivních přístupů.

■ Nástrahy aktivní pohybové terapie

Kromě čistě pasivních přístupů může být častým problémem zapříčiňujícím neúspěch terapie také neadekvátně nastavená aktivní pohybová fyzioterapeutická práce. Dochází často k jednomu ze dvou možných extrémů. Tím prvním je nedostatečná pestrost, šíře a intenzita pohybové zátěže. Typickým příkladem je už výše zmíněná rehabilitace špatně pracujících chodidel. Rozhodně se nestačí zaměřit na pouhé aktivování, popřípadě posilování svalů v oblasti chodidla. To nepovede ke kvalitnímu a hlavně stálému výsledku. Je potřeba pracovat aktivně na všech strukturách, které mají na tento problém z biomechanického hlediska vliv. Což bude určitě alespoň celá dolní končetina a spodní trup. Je sice hezké, že pacient zvládne cvičit „píďalku“ s chodidlem, ale jestli nebude mít při chůzi dostatečně aktivní a silné hýždě, může se s hezkou klenbou na chodidlech rovnou rozloučit. Takový běh pak vyžaduje ještě větší úroveň síly. Klasická izolovaná cvičení s chodidly tedy nestačí. Navíc pokud jsou prováděna jen v sedě.

Cvičení není dostatečně komplexní (oblast kyčlí a spodního trupu je při něm neaktivní) a rozhodně není ani dost intenzivní, jak z hlediska stimulace svalové síly, tak i z hlediska funkční spolupráce a koordinace jednotlivých tělních segmentů mezi sebou. Pouhým izolovaným cvičením chodidla v sedě není možné natrénovat dobrou práci dolních končetin v chůzi.

Může nastat ale i druhý extrém. Momentální stav pohybového aparátu nestačuje ke cvičení základních pohybových vzorců s vlastní vahou těla v gravitačním poli.

Stabilní klek na čtyřech je sice jednoduchý pro malé dítě, ale ten dvanáctiletý chlapec se v něm už neudrží. Natož aby se začal dynamicky hýbat a lézt. V takovém případě by trénink obsahující lezení po čtyřech nevedl ke zlepšení, ale naopak ke zhoršení stavu pohybového aparátu. Jde především o kvalitu a stabilitu pohybu, intenzita na prvním místě není. Někdy i vlastní váha těla mladistvého pacienta může být za hranou jeho maximálně zvládnutelné intenzity. V tomto případě je třeba se pokusit zachovat trénink požadovaného pohybového vzoru a ubrat na jeho intenzitě. K tomu jde s velkým úspěchem použít různé cvičební pomůcky od pružných gum a míčů po lehké činky. Místo v kleče na čtyřech se bude trénovat v leže na zádech. Náš modelový pacient už při cvičení nemusí držet váhu celého svého těla. My s ním však přesto můžeme trénovat aktivitu svalů důležitou jak pro vzpor (s míčem nebo činkou), tak i pro dynamickou práci končetin v předozadním směru (s odporovou gumou). Jakmile to zlepšující se stav pohybového aparátu dovolí, můžeme se navrátit do pozice v kleku na čtyřech a cvičit přímo v ní. Podmínkou je zde samozřejmě kvalitní stabilizace všech segmentů pohybového aparátu.

Činky, míče a odporové gumy mají tedy místo i v rehabilitaci mladistvých a dětí. Nemusejí pro ně znamenat nadměrnou zátěž. Naopak tou už pro ně může být do určitých pohybových vzorců jejich vlastní tělo a použitím jiných poloh a pomůcek dojde ke snížení zátěže.

Aktivní pohybová rehabilitace tedy musí být stále dobře nastavená. Je důležité nebát se postupné progresy zátěže, ale zároveň poznat, kdy je vhodné její intenzitu snížit. Regrese zátěže, například pomocí pomůcek, není chybou, pokud je třeba. Jinak se opět nedostávají dobré výsledky. Pasivní léčebné prostředky zcela jistě není třeba úplně zatracovat. Je třeba je však předepisovat a aplikovat s mírou a uvědomovat si jejich doplňkovou roli v komplexním procesu nápravy funkčních poruch pohybového aparátu. A to nejen u dětí a mladistvých.



Mozek v plamenech

Příběh dvanáctileté pacientky s náhle vzniklou změnou chování

MUDr. Tereza Veliková

rezident v oboru PLDD, Dětské oddělení, Krajská nemocnice T. Bati, a.s., Zlín

Anti-NMDAR encefalitida patří mezi relativně novou nozologickou jednotku. V současné době je na základně patofyziologického mechanismu řazena mezi autoimunitní encefalitidy s velmi pestrými, postupně se rozvíjejícími symptomatologiemi. Diagnostika tohoto onemocnění je poměrně obtížná v případech, že na toto onemocnění cíleně nepomýšlíme. Smyslem tohoto článku bylo poukázat na problematiku tohoto onemocnění, jelikož i pro nás bylo prvotní setkání s touto diagnózou překvapivé a ve všech směrech poučné. V případě, že by čtenáře tohoto článku zajímalo, jaké pocity prožívá pacient v průběhu tohoto onemocnění, doporučuji k přečtení memoáry Susannah Cahalanové *Mozek v plamenech, můj měsíc šílenství*, která coby čtyřiatřicetiletá redaktorka New York Postu toto onemocnění prodělala.

Kazuistika pojednává o příběhu dvanáctileté dívky, která byla přijata na dětské oddělení pro náhle vzniklou změnu chování. Osobní anamnéza pacientky je bez pozoruhodností. Prodělala běžná dětská infekční onemocnění, doposud byla hospitalizována pouze jednou pro drobnou popáleninu v obličeji, bez pravidelné dispenzarizace ve specializované ambulanci, bez psychologické či psychiatrické péče. Rodinná anamnéza s psychiatrickou zátěží. Bratranec otce spáchal suicidium medikamenty. Dívka pochází z úplné rodiny, v čase přijetí na oddělení ukončila 6. třídu základní školy s podprůměrným prospěchem, udává běžnou zájmovou činnost. V období letních prázdnin pobývala s mladší sestrou u prarodičů. Po návratu domů začali rodiče pozorovat **nezvyklé, náhle vzniklé změny v chování**. Zpočátku stav imituje obraz „špatné nálady“, které předcházelo zabavení mobilního telefonu rodiči z důvodu podezřelé komunikace s osobou arabského jména. S odstupem se objevují vulgarismy, posléze dívka přestává komunikovat s okolím, trpí samomluvou, opakovaně používá nesmyslný výraz „rimpim-“.



dimpimpim“. Jsou pozorovány chaotické pohyby po domě, působí malátně, v noci trpí nespavostí provázenou neklidem s neobvyklými pohyby končetin. Vše vyústí v brachiální agresivitu. Výše uvedené se děje v poměrně krátkém časovém intervalu jednoho týdne. Události vedou rodiče k návštěvě (v té době zastupující) praktické lékařky pro děti a dorost. PLDD dívku odesílá k celkovému došetření stavu na dětské oddělení Krajské nemocnice T. Bati ve Zlíně. Zde je dívka přijata v dopoledních hodinách. Klinické vyšetření je značně limitováno výraznou nespuprací pacientky. Vstupní laboratoř (KO+dif., základní biochemie, koagulace, M+S, toxikologický screening) je bez hrubé patologie. Vyšetření očního pozadí, indikované k vyloučení nitrolební hypertenze, bylo opět limitováno nespuprací pacientky. Dle popisu se papila pravého oka jevila neostrými okraji, bez zjevné prominence. Pacientku přijímáme k observaci na oddělení dětské jednotky intenzivní péče. V odpoledních hodinách je dívka výrazně agitovaná s tendencí k chaotickému pohybu po oddělení, euforické la-

dění je střídáno dysforií, při pokusu o zklidnění ošetřujícím personálem se u pacientky objevuje tendence ke slovní i brachiální agresivitě, vše vyústí poraněním ošetřující lékařky. Pacientku je nutno kurtovat. K tomuto úkonu je zapotřebí čtyř dospělých osob a adekvátní dávky antipsychotik, levomepromazin, v celkové denní dávce 150 mg. Vzhledem k výše uvedenému je indikováno akutní konzilium dětského psychiatra, který ve vzorci chování a myšlení pacientky shledává **projevy akutní psychózy s manickou fází**. Následující den dochází k rozvoji kvantitativní poruchy vědomí. Při klinickém vyšetření je povšechně naznačena zvýšená svalová rigidita, objevují se orofaciální dyskinetické pohyby, pacientka je febrilní, po celou dobu však spontánně ventilující, oběhově kompenzována. V kontrolní laboratoři je zachycena elevace svalových enzymů (myoglobin 347 µg/l, kreatinkináza 26,34 µkat/l). V korelátu s klinickým stavem pacientky, elevací svalových enzymů a anamnézou medikace antipsychotiky je vysloveno podezření na **částečný rozvoj maligního neuroleptického syndromu**. Na základě dostupných literárních údajů je zahájena symptomatická terapie plnou parenterální rehydratací, v medikaci jsou ihned vysazena všechna antipsychotika (dříve označována pojmem neuroleptika). Přečasná fáze útlumu vědomí ustupuje a opět dochází k rozvoji psychomotorického neklidu se stereotypními pohyby rukou, pacientka je desorientovaná, odpovídá intermitentně jednoslovně. Po celou dobu je kardiopulmonálně kompenzována, dále již afebrilní, kontrolní laboratorní vyšetření svalových enzymů bez výrazného posunu (myoglobin 104...76 µg/l, CK 35,24...36,11 µkat/l). Zobrazovací vyšetření CNS a provedení lumbální punkce k vyloučení možného neuroinfektu či ložiskové patologie CNS se bohužel, vzhledem k výraznému neklidu pacientky, na našem pracovišti realizovat nedaří. Stav pacientky konzultujeme s vyšším pracovištěm.



Z důvodu vyčerpání diagnostických a terapeutických možností našeho pracoviště je pacientka v ranních hodinách, po třech dnech hospitalizace, přeložena na Psychiatrickou kliniku FN Brno s pracovní diagnózou akutní psychóza, komplikovaná rozvojem suspektního maligního neuroleptického syndromu. Zde je pacientka opět aktivně negativistická s tendencí manipulace s invazivními vstupy, perorální příjem je prakticky nulový s nutností parenterální suplementace. Zvýšená svalová rigidita již popisována není, nadále jsou pozorovány stereotypní pohyby v orofaciální oblasti a na dolních končetinách, zejména vlevo, svalové enzymy v laboratoři již s poklesem. Dívku je nadále nutno kurtovat, medikovat antipsychotiky (*olanzapin*) a antiepileptiky (*clonazepam*). Dle dokumentace klinický stav nejvíce odpovídá katatonnímu syndromu. Po konzultaci s dětskými neurology je pacientka po třídním pobytu přeložena k vyloučení organické etiologie, vč. limbické encefalitidy, na Kliniku dětských infekčních nemocí Fakultní dětské nemocnice v Brně. Vstupní laboratorní vyšetření jsou opět bez hrubé patologie, hladina svalových enzymů již se signifikantním poklesem, v tuto chvíli diagnóza maligního neuroleptického syndromu je již velmi nepravděpodobná. Zobrazovací vyšetření (MR CNS, UZ břicha, RTG S+P) taktéž nepřináší rozuzlení podivného, měnlivého, rychle progredujícího neurologického stavu u pacientky. Do obdržení kompletních laboratorních výsledků vyšetření séra a likvoru je pacientka empiricky zajištěna stran potenciálního neuroinfektu kombinací antivirotik a antibiotik (*aciclovir*, *ceftriaxon*). Průlom nastává při obdržení výsledků vyšetření mozkomíšního moku (dále jen CSF). Výsledky biochemického a cytologického vyšetření CSF prokazují přítomnost serózního zánětu, s obrazem monocytární pleocytózy, vysokého počtu oligoklonálních pásů (CSF-OP 11). Mikrobiologické vyšetření CSF na přítomnost neurovirů či neuroboreliózy je však negativní. Klíčový moment pro stanovení definitivní diagnózy nastává při obdržení pozitivního výsledku přítomnosti tzv. paraneoplastických protilátek v CSF i séru. Konkrétně se jedná o průkaz protilátky proti N-methyl-D-aspartátovému receptoru nepřímou imunofluorescenční metodou s párovou pozitivitou v séru i v CSF. Pro rodiče těžce pochopitelná a nečekaná změna chování u jejich dvanáctileté dcery je konečně

pojmenována diagnózou **anti-N-methyl-D-aspartátová encefalitida** (dále jen anti-NMDAR encefalitida). Dle doporučeného terapeutického protokolu je u pacientky zahájena terapie první linie imunosupresivy: **intravenózní imunoglobuliny v dávce 0,4 g/kg/den**, pět aplikací v kombinaci s terapií **methylnprednisolone 1000 mg/den**. Vzhledem k tíži klinického stavu byla nutností adjuvantní symptomatická terapie antiepileptiky, antipsychotiky, suplementace iontů a vitaminů skupiny B a C, plná parenterální výživa aj. Vše v kombinaci s intenzivní ošetrovatelskou a lékařskou péčí. Vzhledem k poměrně časté incidenci anti-NMDAR encefalitidy s malignitami, zejména ovariálním teratomem u žen ve fertilním věku, je součástí terapeutického protokolu onkologický screening zahrnující ultrazvukové vyšetření břicha, RTG zobrazení hrudníku, magnetickou rezonanci malé pánve. U naší pacientky byla všechna zobrazovací vyšetření s negativním nálezem. Elektroencefalograficky je zobrazen charakteristický EEG vzorec, tzv. extreme delta brush. Tento záznam spolu s neparaneoplastickou etiologií protilátek patří mezi jeden z negativních prognostických faktorů. Klinická odezva na terapii první linie je minimální. Stav katatonního stuporu s orofaciálními dyskinezemi jsou střídány stavy výrazné agitovanosti s psychomotorickým neklidem a autoagresí. I přes eskalaci jednorázových či kontinuálních dávek antikonvulziv či celkových anestetik je pacientka prakticky neutulitelná, přidává se insomnie. Vzhledem k závažnosti klinického stavu je na základně mezioborového konzilia rozhodnuto o zahájení terapie druhé linie obnášející šest aplikací **cyklofosfamid v dávce 750 mg/m²/měs. v kombinaci s pokračující kortikoterapií**. Záhy po podání první dávky cyklofosfamidů dochází k nepatrnému klinickému zlepšení v podobě poklesu svalové rigidity zejména v akrální oblasti horních končetin. Uvažováno je i o tzv. „odloženém“ efektu již podané terapie IVIG. Zhruba po dvou měsících intenzivní léčby se do popředí dostává psychiatrická symptomatologie onemocnění. Dominuje emoční inkontinence, kdy epizody neadekvátního smíchu či křiku jsou střídány epizodickou lakrimací, semimutistický projev trvá, ojediněle s vulgarismy, dochází k alteraci recentní paměti, vše imponuje až obrazem organického psychosyndromu či deliria. Po celou dobu u pacientky

není vyjádřena porucha vegetativních funkcí či epiparoxysmální aktivita. Efekt nastavené terapie je však nedostatečný. Z tohoto důvodu je přistoupeno k další eskalaci terapie a pacientka je zařazena do biologické léčby **rituximabem v dávce 375 mg/m²/týden** (6 dávek). Na této léčbě se klinický stav dívky postupně zlepšuje. Při intenzivní rehabilitaci je pacientka postupně vertikalizována, jsou pozorovány první samostatné krůčky, perorální příjem je obnoven *ad integrum*, postupně odeznívá infantilní chování i porucha recentní paměti, vegetativní funkce bez alterace, bez epiparoxysmálních projevů. Dívka začíná být do velké míry soběstačná, komunikující, bez motorického deficitu, občasná excesy v chování zvládá korigovat matka. Před propuštěním je provedena kontrolní magnetická rezonance CNS s normálním nálezem, v CSF i séru pozitivita anti-NMDAR protilátek stále přetrvává. Na doporučení lékařského týmu je pacientka přeložena ke komplexní lázeňské terapii a po neuvěřitelných **145 dnech hospitalizace** je pacientka propuštěna do domácí péče. Dívka je nadále sledována cestou pravidelné ambulantní péče. Dle aktuálních informací je pacientka bez neurologického či psychiatrického deficitu, plně zapojena do každodenního života. Kontrolní EEG záznam již s normalizací, nicméně pozitivita anti-NMDAR protilátek v CSF i séru stále přetrvává. Vzhledem k vysokému riziku relapsu je nadále pacientka zajištěna imunosupresivní terapií **azathioprinem v dávce 1-1,5 mg/kg/den**. I přes úpravu klinického stavu pacientky *ad integrum* je prognóza naší pacientky stále nejistá.

Anti-NMDAR encefalitida (tj. encefalitida s protilátkami proti N-methyl-D-aspartátovému receptoru na postsynaptické membráně) patří mezi relativně novou nozologickou jednotku s velmi pestrými klinickými symptomy. Již ve 2. polovině 20. století byla pozorována jistá spojitost mezi pacienty onkologicky a neurologicky nemocnými. Průlom nastal v roce 2007, kdy profesor Dalmau a kolektiv prokázal přítomnost protilátek proti N-methyl-D-aspartátovému receptoru v séru a likvoru u několika pacientek trpících psychiatrickými a neurologickými symptomy s progresí poruchy vědomí vyžadující UPV. U stejných pacientek byla zároveň prokázána přítomnost maligního procesu (ve většině případů se jednalo o ovariální teratom) [2]. Anti-NMDAR encefalitida je



na základě patofyziologického mechanismu dnes řazena mezi autoimunitní encefalidity. Vzhledem k relativně nízkému počtu doposud zdokumentovaných pacientů incidence tohoto onemocnění není přesně známa. Nejrizikovější skupinou jsou zejména ženy ve fertilním věku, nicméně jedná se o problematiku dětského i dospělého věku. U více než poloviny pacientů začíná onemocnění nespecifickou prodromální fází připomínající „vírozu“. Pacienti trpí bolestmi hlavy, subfeбриemi, nevolnostmi, zvracením, katarom horních cest dýchacích. Po několika dnech až týdnech se začíná objevovat první psychiatrická symptomatologie charakteru paranoidních myšlenek, sluchových či zrakových halucinací, klinický stav může imitovat rozvoj akutní psychózy. U dětí bývá prvním příznakem změna v chování s agresí, psychomotorický regres či zmatenost. V této chvíli může klinický nálezu u pacienta vést k hospitalizaci na psychiatrickém oddělení. Součástí diferenciálnědiagnostické rozvahy těchto – v úvodu „psychiatrických“ – pacientů je zásadní znalost tohoto onemocnění, jelikož management léčby je diametrálně odlišný. K psychiatrickým příznakům se u většiny pacientů přidávají symptomy neurologické. Nejčastěji se jedná o epileptické paroxysmy generalizované tonicko-klonické s možnou progresí do epileptického statu, méně často se jedná o komplexní parciální záchvat. Dále jsou popisovány extrapyramidové příznaky charakteru orofaciálních dyskinezí, choreo-atetoidních pohybů, stereotypních pohybů končetin, katatonie aj. U dětí mohou být extrapyramidové příznaky prvním projevem onemocnění [2]. Škála klinických projevů anti-NMDAR encefalidity je široká. Mezi další klinické příznaky patří postižení kognitivních funkcí, paměti, řeči, nestabilita autonomního nervového systému vedoucí k arytmií a centrální hypoventilaci vyžadující hospitalizaci na jednotce intenzivní péče. Diagnostika anti-NMDAR encefalidity je velmi obtížná v případě, že na toto onemocnění nepomýšlíme, jelikož veškerá laboratorní či zobrazovací vyšetření jsou nespecifická s výjimkou cíleného vyšetření mozkomíšního moku a séra na přítomnost protilátek proti N-methyl-D-aspartátovému receptoru. Klinické vyšetření ve většině případů přináší rozmanité neurologické či psychiatrické symptomy. Základní laboratorní a zobrazovací vyšetření jsou ve většině případů nespecifická. Zhruba u poloviny pa-

cientů magnetická rezonance mozku zobrazí diskrétní, nespecifické abnormality charakteru zvýšení signálu na T2-v.o. a FLAIR sekvenci. Přínosem tohoto vyšetření je zejména vyloučení ložiskové patologie CNS. EEG záznam obvykle znázorňuje difúzní zpomalení základní aktivity. U 25 % pacientů může zachytit epileptiformní grafoelementy, nicméně charakteristický EEG vzorec, tzv. extreme delta brushes, je popsán pouze u cca 30 % pacientů [1]. Tento EEG nálezu patří mezi negativní prognostický faktor predikující prodlouženou nemocniční péči. Biochemická a cytologická analýza mozkomíšního moku u většiny pacientů signalizuje probíhající závažný proces. Lymfo-monocytní pleocytóza bývá zejména v počátku onemocnění, později bývá častěji prokázána intratekální syntéza protilátek ve třídě IgG a přítomnost oligoklonálních pásov [1]. Zásadní v diagnostice anti-NMDAR encefalidity je pozitivní výsledek přítomnosti specifických protilátek proti N-methyl-D-aspartátovému receptoru v séru a mozkomíšním moku. Klinické zlepšení či naopak relaps koreluje s titrem těchto protilátek, zejména v CSF. Anti-NMDAR encefalida je poměrně často sdružena s přítomností maligního procesu, zejména ovariálního teratomu. Nejrizikovější skupinou jsou ženy ve fertilním věku. U mužů a dětí ve věku pod 12 let je incidence maligního procesu méně pravděpodobná. Součástí komplexní diagnostiky by měl být onkologický screening zahrnující ultrazvukové vyšetření břicha (scrota), magnetickou rezonanci břicha a malé pánve. Symptomatická terapie je vzhledem k rozmanitým klinickým příznakům vyžadujícím adekvátní terapii samozřejmostí. V případě průkazu paraneoplastické etiologie protilátek je na místě kauzální onkologická léčba. Zásadní pro prognózu pacientů je zejména zahájení včasné a dostatečně agresivní imunoterapie. K terapii první linie patří vysoké dávky kortikosteroidů, intravenózní imunoglobuliny, ojediněle i s nutností plazmaferézy. Při nedostatečné klinické odpovědi následuje terapie druhé linie, zahrnující léčbu rituximabem či cyklofosfamidem. Finální podoba léčby je však ovlivněna zejména aktuálním stavem pacienta, jeho průběžnou klinickou odpovědí na nastavenou léčbu a zkušenostmi daného pracoviště s léčbou pacientů s anti-NMDAR encefalitou. Dodržení výše uvedených terapeutických zásad vede k lepší prognóze

pacientů s minimálním funkčním deficitem a menšímu riziku relapsu.

Závěrem bych chtěla poděkovat Klinice dětských infekčních nemocí a Klinice dětské neurologie Fakultní nemocnice Brno za ukázkovou mezioborovou spolupráci v péči o naše dětské pacienty. Diagnostika anti-NMDAR encefalidity, velmi náročná terapie a management péče o tuto pacientku je zejména zásluhou těchto pracovníků a pro nás poučením, že ne vždy prvotně „bláznivě“ vypadající pacient je skutečně člověk s psychiatrickou diagnózou. Otázkou k zamyšlení zůstává, kolik v současné době psychiatricky dispenzarizovaných pacientů by mohlo tímto onemocněním trpět...

Literatura

- [1] De Bruijn MA, Titulaer MJ. Anti-NMDAR encephalitis and other glutamate and GABA receptor antibody encephalopathies. *Handb Clin Neurol*. 2016;133:199-217. doi: 10.1016/B978-0-444-63432-0.00012-8.
- [2] Krýsl D, Eliáš M. Autoimunitní encefalidity. *Čes. slov. neurol. neurochir*. 2015;78(1):7-23. [online]. [cit. 2018-04-17]. Dostupné z: <http://www.csnn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/autoimunitni-encefalidity-50963>
- [3] Krýsl D, Marusič P. Autoimunitní limbické encefalidity. *Neurol. praxi* 2012;13(3):160-164. [online]. [cit. 2018-04-17]. Dostupné z: https://www.neurologiepraxi.cz/artkey/neu-201203-0010_Autoimunitni_limicke_encefalidity.php
- [4] Kliegman R, Behrman RE, Nelson WE (eds.). *Nelson Textbook of Pediatrics*. Edition 20. Philadelphia, PA: Elsevier, 2016. ISBN 978-1-4557-7566-8.



EBV jako spouštěcí faktor

Kazuistika

MUDr. Klára Vitoušová
PLDD Brandýs nad Labem

Osmiletý chlapec přichází do ordinace pro nebolestivé zvětšení lymfatických uzlin v oblasti za pravým kývačem. Velikost uzlin se pohybuje mezi 2–3 cm, palpačně tužší, v paketech, bez zarudnutí kožního krytu. Jiné uzliny na těle hmatné nejsou. V hrdle nález charakteru faryngitidy, tonzily bez povláčků, játra ani slezina nezvětšeny. Teplotu neměl, nic ho nebolí, jen se cítí unavený. Maminka udává, že byl před několika dny v kontaktu s osobou, u níž byla prokázána infekční mononukleóza. Za poslední měsíce byl zdravý, rodiče jen popisují výsev girlandovitého exantému na kůži, který spontánně vymizel. Chlapci byly provedeny odběry a výtěr z tonzil. Z výsledků střední elevace parametrů zářet, CRP 46 mg/l, FW 12/66, v biochemii hypoglykémie 2,6 mmol/l, jaterní enzymy v normě, zvýšený ferritin 196 µg/l (norma do 142). V krevním obraze mírná trombocytopenie $140 \times 10^9/l$, v diferenciálním rozpočtu 12 % tyčů, ostatní elementy v normě. Sérologicky prokázány jen anamnestické protilátky proti EBV, konkrétně VCA IgG 427 U/ml, EBNA IgG 178 U/ml, IgM negativní. Hladina celkového IgG zvýšená – 18,8 g/l (norma 5,7–14,7). Ve výtěru z tonzil jen normální flora. Zajištěn Oспенem na 10 dní. Dále již uvádím laboratorní hodnoty bez jednotek.

Za 10 dní přichází za kontrolu, klinicky je zcela bez potíží, CRP < 8, hrdlo klidné, lymfadenopatie v regresi, játra ani slezina nehmatné. V kontrolních odběrech začíná však být patrná elevace transamináz – AST 1,07, ALT 1,32, glykémie v normě. V krevním obraze mírný vzestup hladiny trombocytů na 145, v diferenciálním rozpočtu dominují monocyty 12 %, lymfomonocyty 0, ostatní počty elementů v normě. Z léčby doporučujeme hepatoprotektiva a dietu s nízkým obsahem tuku.

Asi za deset dní telefonuje matka, že měl chlapec opět teplotu, při té příležitosti zmiňuje, že navštívila léčitelku, která chlapce vyšetřila a se závěrem, že má v těle Borrellii, zakázala konzumaci mléčných výrobků. Pro další radu se obrátili ještě na homeopata, který doporučil jakousi bylinnou tinkturu značky Joalis, jejíž složení neznáme. Pro

recidivu teploty tedy chlapce opět vyšetřujeme.

Cítí se dobře, potíže neudává, jen má menší chuť k jídlu. Teplotu kolem 38 °C naměřili jen jednorázově. V objektivním nálezu krční lymfadenopatie regreduje, v obličejí bledší kolorit kůže. V odběrech však pozorujeme známky progredující jaterní léze – AST 2,69 µkat/l, ALT 2,17 µkat/l, v krevním obraze rozvoj **leukopenie a progresie trombocytopenie** – leukocyty 3,9, trombocyty 62, monocyty 18 %, lymfomonocyt 2 %, četné lymfocyty s plazmatickou reakcí. Celkové IgG stále zvýšené – 18,8, ferritin též – 175, ostatní v normě. Sérologicky EBV-VCA IgM je stále negativní, VCA IgG > 750 U/ml, EBNA-IgG 312 U/ml. Z laboratoře hodnoceno opět jako **anamnestické protilátky, bez známek aktivity infekce**.

Další kontrolu s odběry provádíme vzhledem ke zvyšujícím hladinám transamináz v odstupu jen několika dní. Celkový stav pacienta je zlepšen, cítí se dobře, není unavený a má dokonce i chuť k jídlu, což zcela nekoreluje s laboratorními nálezy. Dochází totiž k další progresi jaterní léze – AST 4,57, ALT 4,18, CRP 11. Panel hepatitid negativní, včetně hepatitidy E, CMV negativní. V krevním obraze pozorujeme výraznou progresi trombocytopenie a v diferenciálním rozpočtu značnou monocytózu – leukocyty 4,2, Hct 0,332, Hb 115, trombocyty 87, monocyty 19 %. Objektivně anikterický, poprvé jsou **hmatná játra i slezina** + 1–2 cm pod obloukem. Objednáváme tedy UZ břicha – termín dostáváme za tři dny. Z léčby doporučujeme hepatoprotektiva, oštropestřec, dietu s omezením tuku a samozřejmě NEPODÁVAT bylinné tinktury, u kterých neznáme složení a mohly by mít potenciálně vliv na progresi jaterního poškození.

Další kontrolu stavu provádíme za tři dny, před plánovaným zobrazením břicha. Chlapec se cítí dobře, nemá potíže, nezvrací, stolice v normě, afebrilní, není unavený, bez bolesti břicha, normální stolice. Objektivně jsou stále hmatné drobné uzliny podél kývačů bilaterálně. Dochází k dalšímu zvětšení sleziny i jater – tj. cca 2–3 cm pod oblouk žeberní. Matka bylinné tinktury i přes naše

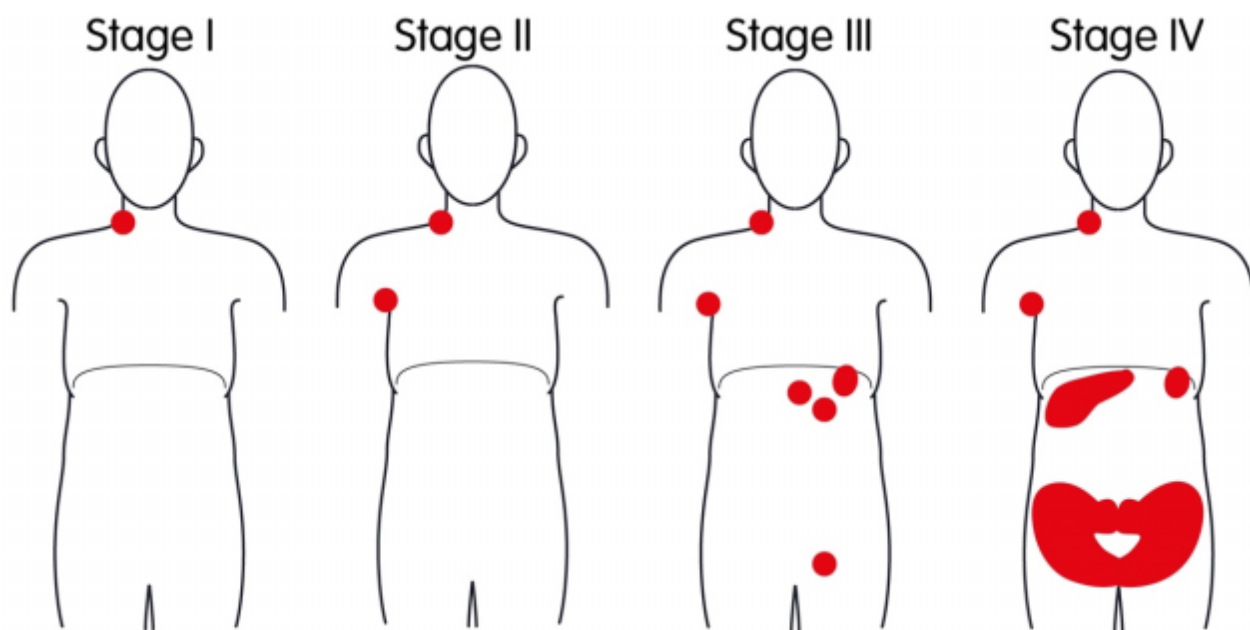
doporučení zatím nevysadila. Laboratorně dochází opět ke zhoršení parametrů jaterních enzymů – **AST 6,63, ALT 8,07**. Krevní obraz s mírnou leukopenií 4,3, trombocyty vystoupaly na 113, v diferenciálním rozpočtu 16 % monocytů. Koagulace s výrazně prodlouženým **APTT 88,4** (norma do 34,8). Moč chemicky i sediment v normě. Vzhledem k etiologicky nejasné progredující jaterní lézi s hepatosplenomegalií, trombocytopenií a leukopenií, kdy nelze jednoznačně vyloučit ani poškození jater onou bylinnou tinkturou, odesíláme chlapce k hospitalizaci na kliniku.

Během hospitalizace byla provedena dvakrát ultrasonografie břicha, v prvním s nálezem hepatosplenomegalie, v **játrech popsáno několik hyperechogenních ložisek**, v druhém (s odstupem několika dní) již struktura jater bez ložisek, lymfadenopatie v oblasti hilu obou orgánů i retroperitoneálně stacionární v obou vyšetřeních. RTG hrudníku bez patologie. Další průběh hospitalizace byl bez komplikací, pacient byl po celou dobu afebrilní, bez subjektivních stesků.

Laboratorně postupný spontánní pokles hodnot transamináz – hodnoty při propuštění: AST 2,5, ALT 5,74. Nově zjištěno vyšší LDH 6,6, ostatní jaterní parametry v normě. Trvají lehce prodloužené koagulační časy, bez známek krvácení. Opětovaně provedena sérologie, kde patrné známky anamnestické EBV infekce, poprvé však **mírně zvýšené titry anti-VCA IgM**.

Do domácí péče byl chlapec propuštěn po deseti dnech se závěrem: Infekční mononukleóza, etiologicky EBV – postakutní fáze, generalizovaná lymfadenopatie, parainfekční leuko- a trombocytopenie, hepatosplenomegalie v rámci základní diagnózy.

Při prvních kontrolních odběrech po hospitalizaci znovu klesá hladina trombocytů na 109 a v objektivním nálezu trvá mírná hepatosplenomegalie. Pro kolísající hladiny v krevním obraze a sérologicky nepřilíš přesvědčivou EBV primoinfekci raději odesíláme k odbornému vyšetření na **hematologii FN Motol** k vyloučení hematologické etiologie nálezů. Tam první výsledky víceméně stejné, navíc bylo doplněno vyšetření PCR



Obr. 1 Staging Hodgkinova lymfomu

EBV v krvi s pozitivním nálezem. Leukopenie i trombocytopenie tedy posuzovány jako **parainfekční projevy**. Dále zván na kontroly na specializované pracoviště každé dva měsíce.

Během následujících tří měsíců dochází postupně **ke zmenšení velikosti jater i sleziny** na velikost cca +1 cm, tento stav nadále stacionární. Hodnoty trombocytů kolísají trvale 90–180, již bez leukopenie. Hodnoty transamináz klesají, ale ještě za čtyři měsíce nedosahují normy, kolísají kolem 1 μ kat/l. Chlapec navštěvuje naši ordinaci minimálně jednou měsíčně, vždy pro **subfebrilie až febrilie** s elevací CRP až k hodnotám kolem 160, někdy s chudým klinickým nálezem, jindy s prokázanou sinusitidou či bronchopneumonií. Opakovaně zachycen makulózní exantém na různých částech těla. Po celou dobu trvá mírná krční lymfadenopatie a hepatosplenomegalie. CRP několikrát i bez ATB spontánně pokleslo. Několikrát zachycena zvýšená hladina celkového IgG, IgA a ferritinu.

V rámci dispenzarizace ve FN Motol byl opakovaně proveden RTG hrudníku i UZ břicha s normálními nálezy. Všechny laboratorní odchylky i častá nemocnost stále přičítána prodělané EBV infekci.

Více než půl roku od začátku obtíží přichází chlapec opět s horečkou a CRP více než 160, opět bez klinické symptomatologie. Vzhledem k opakovaným horečkám bez prokázané hematologické etiologie odesíláme

k hospitalizaci k vyloučení syndromu periodických horeček.

Za hospitalizace ve FN Královské Vinohrady vyloučen infekční fokus, vyšetřeny i metabolické vady – vše negativní. Opět proveden UZ břicha, kde stále splenomegalie, avšak poprvé **ve slezině popsána mnohočetná ložiska**. Na RTG hrudníku **za srdcem patrný stín**, který byl hodnocen jako cévní struktury. V krevním obraze ovšem došlo opět k výraznému pokles leukocytů na 2,2, normocytární anémie Hb 84, trombocytopenie 117. Na základě těchto nálezů byl chlapec přeložen na hematologii FN Motol.

Při příjmu CRP 100, transaminázy zcela v normě, vyšší LDH 5,5, renální parametry v normě, trvá vyšší IgG a IgA a ferritin – 185. V krevním obraze leukopenie 2,7 s mírnou trombocytopenií 142, mikrocytární anémie, Hb 95. Na UZ břicha popsána **extrémní splenomegalie**, ložiska ve slezině, lymfadenopatie v hilu i retroperitoneu, mírná hepatomegalie. Indikována tedy aspirace kostní dřeně, kde nález v normě, **bez leukemických buněk**. Zajímavé je, že toho času byl pacient subjektivně stále zcela bez potíží. Dle matky byl unavený, ale chuť k jídlu měl, nezhubl. Noční pocení negovali. Indikována tedy biopsie uzliny, kde histologicky prokázán **KLASICKÝ HODGKINŮV LYMFOM, EBV pozitivní**. Dále byl doplněn staging na základě MR/PET s výsledkem – **stadium IV.Bs**, tj. diseminovaný lymfom s postižení, uzlin na obou stranách bránice, postižení sleziny a levé plicé.

■ Hodgkinův lymfom

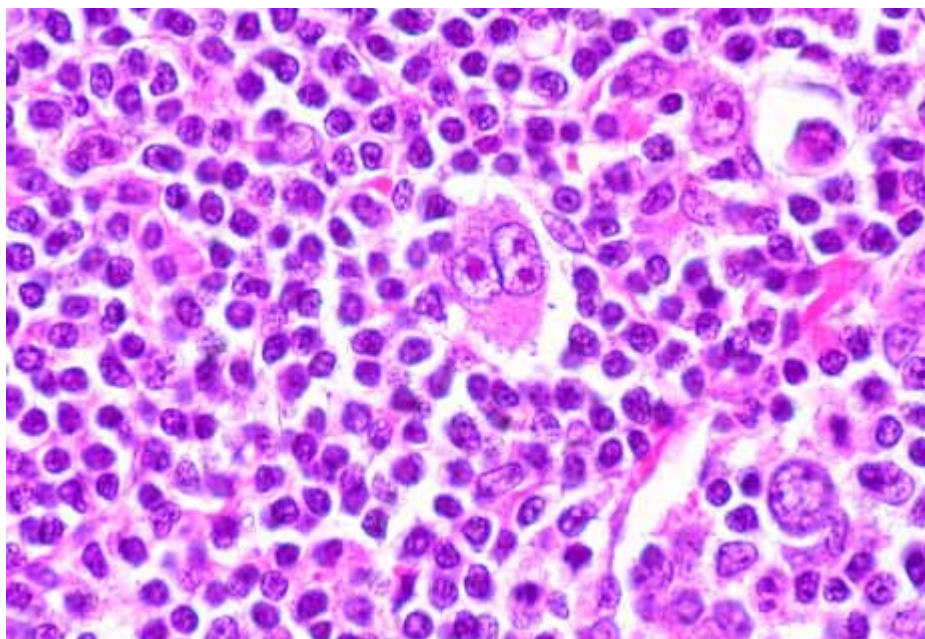
Jedná se o lymfoproliferativní onemocnění, tvořící 1 % zjištěných nádorových onemocnění. Typicky se vyskytuje u dětí starších deseti let, raritně u mladších pěti let, přičemž převažují chlapci nad dívkami. Až u 1/3 pacientů bývá prokázána DNA EBV v krvi. Histologicky jsou nacházeny typické Reedové-Sternbergovy buňky, obklopené množstvím lymfocytů v germinálním centru uzliny (obrázek 1).

V klinickém obraze dominuje nebolestivě zvětšení mízní uzliny až celých paketů uzlin. V pokročilých stádiích dochází k diseminaci pod bránici a do parenchymových orgánů (plicé, játra, slezina, kosti). Při postižení hilových uzlin může být první projev abnormální, například dušnost nebo syndrom horní duté žíly. V léčbě se uplatňuje nejčastěji kombinace radio- a chemoterapie.

Prognóza závisí na stupni diseminace a také na přítomnosti tzv. „B-symptomů“, tj. horečka, noční pocení, úbytek na váze, které prognózu značně zhoršují. Stadia I–II jsou téměř 100% vyléčitelná.

■ Další malignity asociované s EBV

1. **Burkittův lymfom** – endemický výskyt v Africe (EBV asociovaný) a sporadický výskyt jinde po světě (EBV asociace se předpokládá). Postihuje čelistní kosti, ale i břišní a pánevní orgány, méně často CNS.



Obr. 2 Reedové-Sternbergova buňka

2. **Nazofaryngeální karcinom** – vyskytující se v jižní Číně a JV Asii. Laboratorně dominuje zvýšené IgA-VCA v séru, tvoří až 1/4 všech nádorů v Číně.
3. **X-vázaný lymfoproliferativní syndrom** – je X-vázané dědičné onemocnění způsobené mutací genu SH2D1A. Tato mutace vede k nekontrolovaným reakcím cytotoxických T lymfocytů na virus EBV. Poškozena je funkce molekuly, která ovlivňuje spolupráci T a B lymfocytů. Postižení jedinci jsou zdraví až do prvního kontaktu s EBV, který může vyústit ve tři různé reakce – infekční mononukleózu, avšak s těžkými, často fatálními následky, nebo právě v lymfoproliferativní syndrom postihující především B-linii. Poslední možnou variantou je hypogamaglobulinémie.
U jednoho pacienta se v průběhu času mohou vyskytnout i všechny tři stavy. Celková prognóza není příznivá, 70 % chlapců umírá do 10 let života.
4. **Vlasatá leukoplakie jazyka** – typicky se vyskytující u HIV pozitivních pacientů.

■ Virus EBV

Jak již bylo řečeno výše, byla jasně prokázána souvislost mezi EBV infekcí a Hodgkinovým lymfomem, a to na základě DNA EBV nalezené v nádorových buňkách Reedové-Sternberga.

Ve skutečnosti jde o původní B lymfocyty, které byly napadeny virem EBV, jenž má

schopnost změny genetické informace lymfocytu a u vnímavého jedince i následně maligní transformace. Je diskutován i podíl vnějších podmínek na rozvoji malignity, možná hrají roli i genetické faktory a jistě aktuální stav imunity. V Dánsku se dle studie z roku 2015 rozvinul u 1 z 800 adolescentů Hodgkinův lymfom do 4 let po primoinfekci EBV, která proběhla pod obrazem infekční mononukleózy.

■ Jak to dopadlo s naším pacientem

Chlapec zahájil léčbu ihned po stanovení diagnózy. Byl zvolen mezinárodní léčebný protokol EuroNet-PHL-C1. Léčba trvala celkem 6 měsíců, přičemž vedlejší účinky byly naštěstí zaznamenány minimální, nyní je dva roky a čtyři měsíce v remisi. Za tuto dobu prodělal jedenou spálu, jinak jen běžné virózy. Byla u něj nově zjištěna alergie na plísň. Je sledován pro menší vzrůst, ale doposud v rodičovské predikci.

Pacient opakovaně navštěvuje naši ordinaci, je kontrolně odebírána a výsledky jsou následně konzultovány s klinikou, se kterou máme dosud výbornou spolupráci. Šest měsíců po léčbě, dle dohody s ošetřujícím hematologem, očkovan IPV, bez reakcí.

■ K zamyšlení na závěr

- Rodiče udávali anamnézu několik měsíců trvajícího **gírlandovitého exantému, a to již v předchorobí.**

- Opakovaně byla prokázána **elepace celkového IgG, IgA a ferritinu** téměř od začátku potíží až do konečné diagnózy.
- Laboratorně dominovala po celou dobu perzistující a kolísající **trombocytopenie.**
- Klinicky **lymfadenopatie a hepatosplenomegalie.**

Diagnóza byla stanovena po osmi měsících od počátku prvních příznaků. Více než šest měsíců od prvního vyšetření na nejvyšším specializovanějším pracovišti. Co jsme přehlédli? Bylo možné diagnostikovat dřívější stadium? Hrála nějakou roli v tíži jaterní léze ona bylinná tinktura? To jsou otázky, na které neznáme jednoznačnou odpověď. Nicméně všechny výše zmínované nálezy jsou citovány v četných studiích jako **typické příznaky předcházející nebo doprovázející Hodgkinův lymfom.** Klinické symptomy jsou bohužel často nespecifické.

Nezbývá tedy než být stále obezřetní a mít oči na stopkách. Bohužel nestačí „spokojit se“ s tím, že je pacient již sledován na specializovaném pracovišti. I přes všechny moderní vyšetřovací metody jsme stále jsme na medicínu krátkí.

V případě EBV skýtá jistou naději vyvíjená vakcína, jejíž testování je aktuálně ve třetí fázi klinických studií. Principiálně by měla bránit samotnému vstupu EBV do B lymfocytu.

Pravděpodobně nezabrání EBV infekci jako takové, ale snad výrazně sníží riziko rozvoje těžších průběhů charakteru infekční mononukleózy, která dle výše zmíněné dánské studie předpokládá vyšší riziko rozvoje malignity po prodělání těžšího průběhu EBV infekce. Očkování by tedy mělo minimálně snížit riziko malignit. Schéma vakcinace je dle studií zatím cíleno na začátek pubertálního období, tedy očkování „EBV-naivních“ subjektů (dle studie asi 40 % studentů ve věku 12 let, kteří jsou séronegovní). V endemických oblastech výskytu např. Burkittova lymfomu by se očkování zahajovalo do 1 roku věku. Dále pak očkování séro-negativních imunosuprimovaných pacientů, především HIV pozitivních.

Vakcína proti EBV je pro nás jistě nadějí na snížení výskytů všech malignit asociovaných s EBV.

Do té doby, než se začne užívat v praxi, nám však zbývají jen ty „oči na stopkách“.



Ze světa odborné literatury...

■ Astma a atopická dermatitida u dětí narozených před termínem

Jedná se o děti sledované do 7 let věku, které se narodily mezi 32.–37. týdnem gestačního věku nebo dokonce před tímto termínem. Hospitalizace pro astma byla nejčastější u dětí pod 32. týdnem věku. Hospitalizace pro atopickou dermatitidu byla uváděna nejčastěji u termínových dětí. Mužské pohlaví, kouření matky, gestační diabetes a ventilační terapie zvyšovaly pravděpodobnost nutnosti medikace astmatu. Také nejčastěji přispívají k hospitalizaci pro atopickou dermatitidu.

Eur J Pediatr. 2016;175:799–808

■ Trvalé velké podávání paracetamolových čípků pro léčbu teploty v dětském věku ve Francii

V práci diskutovali vhodnosti podávání paracetamolových čípků při léčbě teploty u dětí. Snažili se srovnávat léčebné užívání a užívání doporučované. Provedli studii v letech 2007–2008. Pomocí dotazníků bylo zahrnuto 6 225 dětí s akutní horečkou, průměrný věk 4 roky, kterým rodiče podali nebo zdravotníci profesionálně předepsali či doporučili paracetamol. Z dotazníků vyplynulo, že 27 % rodičů ho podalo a 19 % zdravotníků ho doporučilo nebo předepsalo ve formě čípků, a to u dětí ve věku 2–5 let. Přitom 84 % dětí, které dostaly čípky, nezvracelo. Čípky byly doporučovány nezávisle na věku nebo na přítomnosti gastrointestinálních potíží. Není jasné, proč do léčby teploty ve Francii nevstoupila určitá racionalita směrem k tabletám nebo sirupům. Důležitou věcí ovlivňující plazmatickou hladinu nebo resorpci přitom je doba defekace a uložení v oblasti rekta. Zcela zásadní je uložení v proximální, dokonale venózně zásobené oblasti, která není v distální partii rekta. Proto také kontrolovali čas plazmatické koncentrace ve srovnání s orálním užíváním. Z přiložené tabulky vyplývá, že čípky dávají rodiče dokonce ještě mezi 6–12 lety ve 13 %, tablety v 10 % a sirup ve 39 %. Závěrem sdělují, že podání čípků u starších dětí, školáků, je již anekdotální.

Eur J Pediatr. 2016;175:987–982

■ Pediatrické prehospitalizační emergentní intervence v Belgii

Ve studii bylo analyzováno 254 812 emergentních intervencí včetně 15 294 pediatrických. Zjistili, že intravenózní infuze dostávalo méně dětí než u dospělých (52 % vs. 77 %), intraoseální infuze ale byly použity častěji u dětí (1,3 vs. 0,8 %). Endotracheální intubace byla u dětí řídká (2,1 %), stejně jako kardiopulmonální resuscitace (1,2 %). Respirační problematika byla v popředí u kojenců do jednoho roku. Prevalence traumatu jako příčiny emergentního zásahu se dostává do popředí u 11–15letých (47 %).

Eur J Pediatr. 2016;175:921–930

■ Efekt transfuze červených krvinek na mikrocirkulaci anemických dětí

Transfuze červených krvinek může sice zlepšovat, ale i dočasně redukovat mikrocirkulaci. U 19 anemických pediatrických pacientů (průměrná hodnota Hb byla 72 g/l) byla vizualizována buková mikrocirkulace a celková hustota cév. Onkologičtí nebo hematologičtí pacienti dostávali transfuzi červených krvinek. Po transfuzi se hodnota Hb zvýšila na 80 g/l a celková cévní denzita se také signifikantně zvýšila spolu se souhlasným poklesem velocity cév. Se souhlasným vzestupem Hb po transfuzi se signifikantně zlepšila tkáňová perfuze. Je jasné, že po transfuzi se mikrocirkulace zlepšuje, ale přitom se stále liší od kontrol. Je patrná tendence ke zlepšení tkáňové perfuze. Tento pozitivní efekt na periferní perfuzi je dán především zvýšenou viskozitou. Druhotný pozitivní efekt z podání časně transfuze vede k sekundárnímu zlepšení mikrocirkulace.

Eur J Pediatr. 2016;175:793–798

■ Podávání levotyroxinu u školních dětí s kongenitální nebo získanou hypotyreózou závisí na věku

Potřeba podávání levotyroxinu je vyšší u kongenitální než získané hypotyreózy, ale neliší se podle tíže onemocnění. Byly porovnávány děti se získanou nebo kongenitální hypotyreó-

zou, které měly nedetekovatelné fT4 v době diagnózy – celkem 8 děvčat s kongenitální hypotyreózou až atyreózou a 8 děvčat se získanou hypotyreózou zapříčiněnou autoimunním onemocněním. Průměrná dávka levotyroxinu podaná při hodnotách TSH pod 5 mU/l byla při zjištění těchto hodnot TSH 3,2 µg/kg/den, později 2,4 µg/kg/den. V obou skupinách dávka nutná dávka levotyroxinu klesala o 0,5 µg/kg/den v každé 4leté periodě. Je patrné, že požadavek dodání levotyroxinu je podobný u školních dětí s kongenitální nebo získanou hypotyreózou a klesá s věkem. U kongenitální hypotyreózy se při včasné léčbě vysokou dávkou levotyroxinu se ve školním věku neobjevuje pituitární rezistence k tyroxinu. Léčba prakticky sestává z dodávky levotyroxinu na začátku terapie v dávce 10–15 µg/kg/den. Požadavky v obou skupinách klesají s věkem.

Eur J Pediatr. 2016;175:869–872

■ Podávání probiotik u dětí s cystickou fibrózou

Probiotika by mohla být užitečná u cystické fibrózy, mohla by ovlivňovat její gastrointestinální i respirační symptomy. Ukázalo se, že probiotická suplementace signifikantně zlepšila gastrointestinální symptomy a vedla k dobré mikrobiální bilanci. Důkazy pro tento efekt probiotik jsou limitované a jsou nízké kvality. Fekální kalprotektin a rektální oxid dusnatý jsou zánětlivé markery, které se zvyšují u CF. Schopnost redukovat intestinální dysbiózu je jedním z nejdůležitějších mechanismů probiotik. Jsou popisovány velmi dobré efekty zvláště z hlediska stolice u dětí s CF.

Eur J Pediatr. 2016;175:1255–1266

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



Aktuality...

Ministr zdravotnictví Vojtěch: Postranní lobbing na mě platit nebude

Pane ministře, začneme tématem eHealth, kterému se náš portál dlouhodobě věnuje. Na konferenci o elektronickém zdravotnictví, které jste se minulý rok účastnil, jste pochvalně hovořil o telemedicině a pilotním projektu olomoucké fakultní nemocnice. Máte konkrétnější představu, jak byste mohl telemedicínu podpořit? Třeba rozšířit ji do dalších nemocnic zřizovaných ministerstvem zdravotnictví (MZ)?

Je pravda, že národní telemedicínské centrum, které funguje ve FN Olomouc, je takovou první vlaštovkou. Uchopili to systematicky a neznám žádnou jinou nemocnici, kde by na tom takto pracovali. Je to zásluha hlavně profesora Táborského, šéfa kardiologické společnosti, a jeho týmu. Mají za sebou velmi dobré výsledky v rámci pilotních projektů financovaných z evropských fondů. Např. v případě chronických onemocnění selhání srdce, kdy pacienti sledují na dálku, se o 50 % snížila mortalita a o 30 % potřeba hospitalizace. Je však třeba najít způsob, jak to dlouhodobě udržet. Co nás teď čeká – musíme najít úhradový mechanismus od zdravotních pojišťoven z veřejného zdravotního pojištění. To znamená určit hrazené výkony, které se vytvoří právě na tyto telemedicínské projekty, aby tam byla dlouhodobá udržitelnost z hlediska financování. Jednáme o tom s profesorem Táborským a on zase jedná s VZP. Když se to podaří, tak to bude motivace pro další nemocnice se zapojovat. Ta ekonomická motivace je vždy nejsilnější. Na výsledcích je prokazatelně vidět, že telemedicina smysl má. Zejména u chronických pacientů. Z mého pohledu to je budoucnost, protože počet chronických pacientů se bude neustále zvyšovat a nebude v lidských silách stále navyšovat kapacity nemocnic apod. Takže možnost sledovat pacienty na dálku, a odlehčit tak pacientům i lékařům, považuji za budoucnost.

Na zmiňované konferenci se hovořilo také o tom, že tahounem elektronizace zdravotnictví by mohly být zdravotní pojišťovny. Může je MZ pod vaším vedením nějak motivovat, změnit legislativu, dát jim větší prostor apod.?

Pokud budou mít pojišťovny ekonomickou motivaci a např. u té telemedicíny by jim to zároveň i snižovalo náklady, pak i pro ně to bude výhodné. Do budoucna to bude hodně záležet na tom, jak bude nastaven úhradový mechanismus, a můj cíl je posílit pojišťovny, aby měly větší možnost promítat ekonomickou motivaci do elektronizace. Např. pokud by nemocnice zaváděly objednávkové systémy – mohly by se bonifikovat. Zdravotní pojišťovny by do budoucna mohly bonifikovat poskytovatele péče za elektronizaci a zefektivnění a tím je motivovat.

Pokud ještě zůstaneme u eHealth, momentálně nejskloňovanějším tématem jsou povinné elektronické recepty. Kritici uvádějí, že MZ, resp. SÚKL situaci nezvládl. Třeba tím, že současný systém neobsahuje důležité funkcionality. Např. varování před nežádoucími interakcemi či lékový záznam, který by byl viditelný pro všechny lékaře u daného pacienta. Za jak dlouho, myslíte, se tento nedostatek podaří napravit?

Věřím, že rychle. Pracuji na tom od svého nástupu. Založili jsme expertní skupinu, která má za úkol připravit novou legislativu. Máme

legislativní plán, že v květnu to půjde do legislativní rady vlády. V tomto roce chceme lékový záznam připravit a schválit v rámci novely zákona o léčivech, aby byl v příštím roce v eReceptu implementován. Kritika je v tomto případě oprávněná, mělo to být připraveno již dávno. Celý ten projekt se v minulosti potýkal s různými potížemi a pak se to „honilo“ na poslední chvíli. Bohužel, představuje jeden z příkladů, jak státní správa neumí elektronizaci uchopit. I proto jsem prosadil odložení sankcí za nepředepisování eReceptu. Ale samotný projekt je na správné cestě. Vždy, když je něco nového, tak to budí nevoli.

Pokud se bavíme o povinné e-preskripci, má MZ již čísla, kolik lékařů na přelomu roku skončilo se svou praxí? Nehrozí, že by se kvůli tomu omezila dostupnost péče, jak často zaznívá od České lékařské komory?

Myslím, že právě ty katastrofické scénáře se nenaplnily. MZ čísla má a v zásadě počet lékařů, který skončil před nástupem eReceptu, nevybočuje z předchozích let. Naopak je nižší než před dvěma lety. Z dat navíc nevyplyvá, že by ukončení lékařských praxí nějak souviselo s eReceptem. Je pravdou, že více lékařů končí než přichází. Ale lékařská populace prostě stárne a počet mladých lékařů není dostatečný. Ale to je strukturální problém, který se měl řešit už před 10 lety. My o této problematice jednáme s ministerstvem školství, s lékařskými fakultami a univerzitami, aby se navýšila kapacita. Ale na to samozřejmě musíme sehnat peníze.

Pokud se podíváme do programového prohlášení vlády, je zde celá řada věcí, které by naše zdravotnictví posunuly vpřed. Mohl byste říci, která z nich je vaše největší priorita?

Těch věcí je celá řada. Na některých jsme už začali pracovat. A moje velká priorita – primární péče, podívat se na roli praktických lékařů, která dnes není úplně dobrá ve srovnání se státy na západ od nás. Tam mají praktici mnohem silnější úlohu, jsou aktivnější a tvoří základ zdravotnictví. U nás tomu úplně tak není. Vytváříme tedy novou koncepci primární péče – rozšíření kompetencí praktiků, aby mohli předepisovat léky, které dosud nemohou, aby mohli provádět vyšetření a neposílat pacienta zbytečně ke specialistovi. Cílem je, aby pro pacienta byl praktik tím prvobodem, když vstupuje do zdravotního systému, a mohl ho obsloužit co nejvíce. A specialisté by řešili jen závažné případy.

V programovém prohlášení se hovoří o větší konkurenci zdravotních pojišťoven ku prospěchu pacientů. Jak by k tomu mělo dojít?

Myšlenka je taková – sjednotit postavení zdravotních pojišťoven. Chceme upozadit monopolní postavení VZP, aby všechny pojišťovny byly na stejné rovině a měly možnost si konkurovat. Na to navazuje i myšlenka o vytvoření dvousložkového pojistného. Přidat zde nominální složku, která bude nástrojem pro možnou konkurenci. Pojišťovny si pak budou moci cenově konkurovat – co nabídnou za služby, jak složku nastaví. Nedělám si však iluze, že by se to podařilo prosadit za jedno volební období.

Jinde se však v programu vlády píše o snižování počtu pojišťoven. Nejedná se o protimluv se záměrem zvýšit jejich konkurenci?

Jsou na to různé názory. Já bych se nevydal cestou násilného snížení. Je možné, že k tomu dojde přirozeným vývojem. Je možné, že pokud se nastaví konkurenční prostředí, tak to nějaké pojišťovny nemusejí



zvládnout a nepřežijí. Mně jde o to, aby byly jasné podmínky, struktura a nikdo nebyl zvýhodňován.

V minulosti jste se několikrát vyjádřil, že by se při tvorbě úhradové vyhlášky měl vrátit důraz na dohodu pojišťoven a poskytovatelů péče. Po více jak dvou měsících ve funkci – trvá tento váš plán a je možné tento přístup očekávat už při letošním vyjednávání?

Apeloval jsem na všechny, ať nepočítají s tím, že si bokem něco vylobbují navíc, a že se mají skutečně dohodnout. Je absurdní, že se některé segmenty nemohly domluvit 15 let – to není úplně v pořádku. Zákon počítá s tím, že nejdříve dojde k dohodě a pak sekundárně, pokud k té dohodě z nějakých objektivních důvodů nedojde, nastoupí úhradová vyhláška. Řekl jsem jasně, že na mě nebude platit postranní lobbing a na MZ mají přinést dohody. Není možné a je utopické, aby všichni poskytovatelé dostávali stejnou úhradu za péči. Pojišťovny by měly sledovat i kvalitu péče a podle toho diferencovat úhrady. Všichni neposkytují péči stejně dobře. A to by se mělo promítnout i do úhrad.

Pokud ano – jak aktivní moderátor v dohodovacím řízení budete? Není totiž možné očekávat, že se najednou zvládnou všichni dohodnout, když to v minulosti nešlo.

Ono to ani nešlo, protože často bylo už na začátku rozhodnuto. Třeba, že celý nárůst prostředků půjde do lůžkových zařízení. Řekl jsem to hned na začátku, i kdyby k dohodě nedošlo, tak chci, aby pro příští roky byly nárůsty rovnoměrné. Nejen do lůžkové, ale i do primární nebo domácí péče. I do dalších segmentů, které byly v posledních letech opomíjeny a nebylo to v pořádku. To je poměrně dobrá půda, aby k dohodě tentokrát došlo.

Pravděpodobně všichni přijdou s nataženou rukou a budou chtít přidat peníze. Dá se říci, kdo bude mít přednost? Bude to plošně státní vs. soukromí poskytovatelé? Nebo bude kladen důraz na efektivitu či transparentnost, třeba díky dobrovolné elektronizaci?

Pokud by segmenty poskytovatelů přišly s tím, že by dobrovolně elektronizovaly, tak je namístě, aby k nějaké bonifikaci došlo. To je něco, co si zaslouží motivovat. Protože elektronizace samozřejmě něco stojí, ale zároveň se tím i zkvalitňuje a zefektivňuje péče. Tak by to mělo být i do budoucna, ne bavit se pouze v „primitivní“ rovině, jestli navýšíme o 3, 5 nebo 10 procent, ale platit za přidanou hodnotu. Za něco, co je navíc i pro pacienta.

Na závěr ještě dotaz na problém, který trápí pacienty a lidé nám často o tom píší. Množí se případy, že nemohou sehnat praktického lékaře, zubaře či ambulantního specialistu. Pojišťovny jim příliš neporadí, lidé nevědí, kam se obrátit, a tápou. Co byste jim doporučil?

Ať se obrátí na MZ a my se obrátíme na pojišťovny. My jsme otevřené ministerstvo. Pojišťovny jsou odpovědné za časovou a místní dostupnost péče. A to budeme kontrolovat. Je pravda, že v některých lokalitách ani ten lékař není, a to nikoli jen kvůli penězům. Lékaři jsou koncentrováni ve městech a mladí do odlehlých oblastí nechťejí. MZ má program na otvírání praxí pro lékaře – dotace na ordinaci, plat sestry apod. Máme vytípané odlehlé oblasti. Také jsme představili obdobný program pro stomatology. V tomto směru se MZ snaží pokrýt tuto síť. Situace není úplně jednoduchá a musíme se snažit lékaře motivovat. Je to však komplexnější problém. Pokud by mladý lékař šel do odlehlé oblasti i s rodinou, chce, aby tam byla škola, školka, kulturní vyžití – v tomto případě to už není jen o těch penězích.

Zdroj: K. Bártová, ozdravotnictví.cz, 13. 3. 2018

V Česku je 70 případů spalniček, počet nakažených zřejmě poroste

V Česku bylo do minulého týdne nahlášeno 70 případů spalniček. Více než polovina z nich pak v Praze. Případy jsou evidovány i v dalších sedmi krajích. Vzhledem k propuknutí epidemie spalniček v celé Evropě se dá i v Česku předpokládat nárůst nemocných.

V Praze bylo dohromady zatím nahlášeno 48 případů. Ve Středočeském kraji pak dalších 10 případů. Pět případů nahlásil Liberecký kraj. Spalničky se objevily i v Jihomoravském kraji, který hlásí tři případy, a v Pardubickém, který hlásí dva případy. Po jednom případě eviduje spalničky i Plzeňský a Královéhradecký kraj.

„Na letošní zvýšené nemocnosti spalničkami se výrazně podílí import z Ukrajiny, odkud pochází zatím 21 případů. Dále se jedná o nákazu vzniklou buď v epidemiologické souvislosti s již potvrzeným onemocněním spalničkami, anebo jde o výskyt spalniček u osob, kterým byla podána pouze jedna dávka vakcíny nebo které nebyly očkovány vůbec. Nutno poznamenat, že z celkového počtu 70 případů spalniček nebylo proti této infekci očkováno 39 osob,“ uvedla hlavní hygienička ČR Eva Gottvaldová.

Lékaři hlásí největší počet nakažených u dětí od jednoho do čtyř let. Spalničkami se však mohou nakazit i dospělí.

Jedním z důvodů zvýšeného výskytu spalniček může být klesající proočkovanost české populace, která se v současnosti pohybuje kolem 90 procent, uvedl náměstek ministerstva pro zdravotní péči Roman Prymula. Očkování proti spalničkám je v Česku povinné pro děti.

Imunita daná očkováním však může přibližně po třiceti až čtyřiceti letech postupně slábnout.

Zdroj: www.novinky.cz, 12. 4. 2018

Stát odškodní děti za újmu po očkování, navrhuje ministr zdravotnictví

Děti, kterým povinné očkování přineslo závažné zdravotní komplikace, se možná dočkají odškodnění. Ministr zdravotnictví Adam Vojtěch (ANO) chce prosadit finanční kompenzace po případných negativních důsledcích očkování, tak jak to funguje v některých evropských zemích či USA.

„Pokud stát ukládá zákonem povinnost očkování, měl by přijmout i odpovědnost a zajistit odškodnění dětí v případě, že dojde k poškození jejich zdraví způsobenému očkováním. Je to praxe i v ostatních státech,“ řekl Právu Vojtěch.

Odškodnění by podle něj poskytovalo samo ministerstvo. „Přizná-li ministerstvo nárok na náhradu, bude třeba nahradit újmu do šesti měsíců od uplatnění nároku, případně by následně bylo možné domáhat se odškodnění soudem,“ doplnil.

Takových případů je podle Vojtěcha, navzdory často šířeným mýtům o nebezpečnosti očkování, velmi málo.

Není to poprvé, co odškodňování následků očkování politici řeší. V uplynulém volebním období navrhl změnu zákona o specifických zdravotních službách poslanec STAN Jan Farský, Sněmovna jeho pozměňovací návrh ale odmítla.

Farský iniciativu ministerstva vítá. „Je to věc, která je v západních kulturách běžná, a to i v zemích, kde není očkování povinné. Stát



tím, že nese zodpovědnost za očkování, zvyšuje důvěru v něj," řekl Právu Farský, který se inspiroval Německem.

Děti s následky po očkování se mohou dočkat odškodnění například i v Rakousku, Británii a v USA. Podmínkou je ale prokázaný vztah mezi očkováním a následkem.

Podle něj by důkazní břemeno měl nést stát, nikoliv rodiče dítěte. „Stát by měl prokázat, že on udělal všechno správně. Když vyžaduje povinnost, měl by mít i odpovědnost," souhlasí Farský s ministrem.

Mýtus o autismu

Podobný názor vyjádřila i ombudsmanka Anna Šabatová, podle níž by stát měl nést odpovědnost za případné negativní důsledky očkování.

O možných negativních důsledcích povinného očkování se vedou spory. Odpůrci očkování se děsí, že vakcinace může u malých dětí vyvolat závažné choroby, například autismus. Podle odborníků nebyla ale souvislost očkování s autismem prokázána. Lékaři říkají, že navzdory masově šířeným mýtům je očkování bezpečné, u některých dětí může ale například vyvolat nepříznivé vedlejší účinky, například alergickou reakci.

Podle lékařů jsou však tyto následky zanedbatelné v poměru s pozitivním účinkem povinného očkování, díky němuž se podařilo některé dětské nemoci téměř vymýtit.

Nyní zdravotníci řeší epidemii spalniček, která by podle některých názorů mohla být důsledkem antiočkovací hysterie.

„Skutečně by jich mělo být v řádu jednotek, může to být například ochrnutí," podotkl Vojtěch. „Bude se to posuzovat na základě zdravotnické dokumentace, případně bude nutné posouzení znalcem," dodal.

Očkování je i podmínkou přijetí dítěte do mateřské školky. Lidové noviny napsaly, že někteří lékaři nahlašují rodiče, kteří nechťejí své děti nechat očkovat, na OSPOD neboli sociálku jako podezření ze zanedbání péče.

Odpůrci se ale mohou opřít o verdikt Ústavního soudu, který v roce 2016 uznal, že povinné očkování u dětí lze v některých případech odmítnout s odkazem na svobodu svědomí.

Zdroj: www.novinky.cz, 19. 4. 2018

INZERCE

512 1-18

Společnost **Elis a Elis s.r.o. nabízí: Zpracování ocenění** lékařských praxí fyzických a právnických osob všech odborností.

Transformace lékařských praxí z fyzické osoby na osobu právnickou. Tel: 602 437 166, e-mail: poradce@mybox.cz, www.elis-dane.cz

513 1-18

Přenechám velmi výhodně zavedenou a dobře vybavenou **praxi PLDD v Odrách**. Kontakt tel. 739 783 168.

514 1-18

Prodám dobře zavedenou **ordinaci** praktického lékaře pro děti a dorost v **Praze 6**. Telefon 721 136 314.

515 2-18

Prodám levně **praxi PLDD v Jihlavě**, možný i horizont 2 let. Telefonní číslo 776 191 450.

516 2-18

Prodám přístroj **Quick read go** na stanovování CRP za **5 000 Kč**. Byl zakoupen v r. 2014, pořizovací cena 39 900 Kč. Všechny potřebné doklady mám k dispozici, poslední úspěšná externí kontrola kvality v 11/2017. Kontakt: j.kotowska@seznam.cz

517 2-18

Hledám zástup do ordinace PLDD na jeden den v týdnu a během dovolené. **Okres Český Krumlov**. Kontakt: pediatrieck@gmail.com

518 2-18

PLDD hledá **zástup** 1-2 dny v týdnu s možností pozdějšího převzetí ordinace v **Ostravě**. Tel. 608 866 652.

519 3-18

Prodám dobře zavedenou **praxi PL** pro děti a dorost ve **Zlíně**. Tel. 736 786 459.

520 3-18

Přenechám výhodně dobře zavedenou **ordinaci v Praze 5**, telefon: 607 901 035.

521 3-18

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

522 3-18

Do privátní zavedené ambulance PLDD v **Brně hledáme lékaře na hlavní pracovní poměr**. Nabízíme nadstandardní platové ohodnocení, 25 dnů dovolené a práci se zkušenou sestrou. Nástup možný ihned z důvodu náhlého onemocnění lékařky. Kontaktní telefon: 737 002 925.

523 3-18

Hledám občasný **zástup** do ordinace dětského lékaře v **Praze 13 – lokalita Luka**, tel. 606 446 799.

524 4-18

Hledám nástupce do ordinace PLDD v Mohelnici (okr. Šumperk) s plánovaným ukončením činnosti nejpozději do konce r. 2018. Kontakt: 736 763 092

525 4-18

PLDD v **Brně Bystřici** hledá **zástup** 1-2 dny v týdnu s možností pozdějšího převzetí ordinace. Tel. 777 801 880

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

Autodidaktický test 5/2018

Neonatologie

- 1. Syndrom vlhké plíce (též respiratory distress syndrome II, tranzitorní tachypnoe novorozence) postihuje 1–2 % novorozenců. Většinou jsou postiženi chlapci porození elektivním císařským řezem v poměru 3:1. Novorozenec je po vybavení v celkově dobrém stavu, ale za 0,5–6 hodin se objevuje tachypnoe, lehká dyspnoe, hrudník bývá soudkovitý. Nejčastěji se stav upraví do 12–24 hod. Co je příčinou syndromu vlhké plíce?**
 - a) nedostatek surfaktantu
 - b) aspirace plodové vody
 - c) nízká koncentrace katecholaminů, v důsledku čehož je nedostatečná aktivace sodíkové pumpy, která nevytvoří dostatečný osmotický tlak k transportu plicní tekutiny do plicního intersticia
 - d) nízká koncentrace katecholaminů, v důsledku čehož je nedostatečná aktivace chloridové pumpy, která nevytvoří dostatečný osmotický tlak k transportu plicní tekutiny do plicního intersticia
- 2. Syndrom hyalinních membrán (též RDS) postihuje především (ale ne zcela výlučně) nedonošené novorozence, u nichž nedošlo k maturaci plic. Podstatou syndromu je nedostatek surfaktantu. Důsledkem je kolaps alveolů v expiriu, projevující se klinicky tachypnoí, inspiračním vklesáváním měkkých tkání hrudníku, gruntingem, nazálním souhybem, někdy až cyanózou. Současně nacházíme tachykardii (>160/min). Na RTG plic je výrazná retikulogranulární kresba s atelektatickými ložisky, v těžkých případech až obraz bílé plíce. Jak vznikají hyalinní membrány?**
 - a) v důsledku hypoxie rychle po narození dochází k odlupování nekrotických epiteliálních buněk alveolů, které vytvářejí spolu s exsudovaným fibrinem přes poškozenou alveolokapilární stěnu hyalinní blanky hromadící se zejména v terminálních bronchiolech
 - b) aspirací mekonie, které degraduje surfaktant, což má za následek nekrózu alveolárních epiteliálních buněk a poškození alveolokapilární stěny, přes niž exsuduje do lumina alveolů zejména fibrin, který spolu s epiteliemi tvoří hyalinní blanky
 - c) hyperoxemií, která způsobuje degradaci surfaktantu a porušuje alveolokapilární stěnu, přes níž pronikají plazmatické bílkoviny do alveolů, přičemž plazmatické bílkoviny s nekrotickými alveolárními epiteliálními buňkami tvoří hyalinní blanky
- 3. Příčina hypotrofie novorozence může být na straně těhotné ženy, poruchy placenty nebo plodu. Projevy jsou závislé na délce trvání, která k poruše vede – chronická (týdny–měsíce), subakutní (dny–týdny), akutní (hodiny–dny). Cliffordův syndrom je způsoben:**
 - a) nekompenzovaným gestačním diabetem
 - b) dysfunkcí placenty
 - c) chromozomální aberací
 - d) infekcí CMV plodu
- 4. Invalidizující poruchou u nedonošených dětí se může stát retinopatie nedonošených (ROP). Postihuje až 80 % novorozenců s hmotností pod 1 000 g, ROP těžšího stupně (ROP III–V) stigmatizuje v současné době cca 2 % novorozenců této hmotnostní kategorie. ROP vzniká u silně nedonošených dětí s nezralou sítnicí na podkladě vazokonstrikce a obliterace kapilár, což vede k neovaskularizaci a fibrotizaci sítnice. Může ale vzniknout při hypoxii i u zralých novorozenců. Rizikových faktorů vzniku ROP jsou desítky. Který z uvedených faktorů není rizikovým pro vznik ROP?**
 - a) oxygenoterapie
 - b) terapie inhibitory cyklooxygenázy
 - c) infekce
 - d) nadměrný příjem axeroftolu matkou během gravidity
 - e) transfuze krve
- 5. Kolik ml krve lze odebrat u novorozence s hmotností 3 000–4 000 g maximálně jednorázově a kolik za měsíc?**
 - a) 1,0–1,5 ml/8,0–12,0 ml
 - b) 2,0–2,5 ml/17,0–23,0 ml
 - c) 3,0–3,5 ml/23,0–30,0 ml
 - d) 4,0–5,0 ml/30,0–40,0 ml

Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13valentní, adsorbovaná)

POTVRZENÁ ÚČINNOST V REÁLNÉ PRAXI¹

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

[illegible]

Zaměřte se na očkování proti pneumokokům



Synflorix je vakcína, která pomáhá chránit před závažnými pneumokokovými onemocněními.

V běžné praxi nemusí vakcína garantovat výsledky dosažené v klinických studiích.

Zkráceně souhlasím údajů o přípravku

[illegible]

Reference: 1. SPC Synflon 10/2017. * Vakcína je pri hrozenej a veleného zdravotného poškodení, pokiaľ všetky dávky boli aplikovány do sedemdesiatich mesiacov veku poškodenca; hrozenej je táto prokázovni provedení do patnásťdesiatich mesiacov veku poškodenca; hrozenej je ššie i cirkovni provedení po uplynutí týchto štát, pokiaľ došlo k odložení aplikácie jedné alebo více dáviek z dôvodu zdravotného stavu poškodenca.

