

Metabolický syndrom



- Stanovisko ohledně lékařské pohotovostní služby
- Stručné informace o Zdravotním pojištění cizinců

- Kardiometabolický syndrom dětí
- Péče o děti se srdeční vadou v ordinaci PLDD

- Co by měl PLDD vědět o hydronefróze u novorozence?
- Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí



Pracujeme pro zdravější svět™

NUTRICIA
BABY NUTRITION



do more
feel better
live longer





InfanrixTM hexa



SPOLEČNÝ PŘÍBĚH

LÉKAŘŮ

Děti

RODIČŮ

Prověřený léty

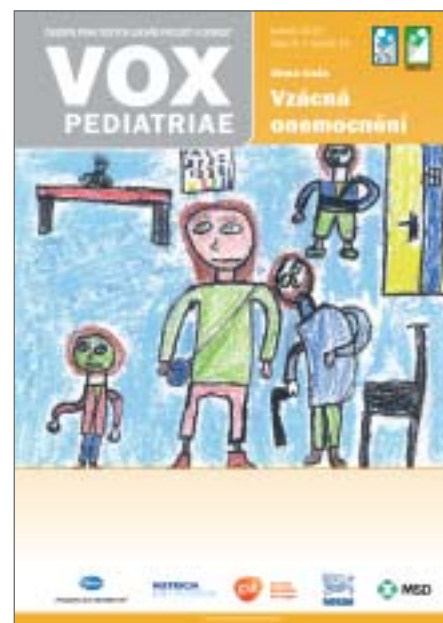
Zkrácený Souhrn údajů o přípravku

[illegible][illegible]

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



	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Informace SPLDD	
	- Zápis z jednání Koalice soukromých lékařů 24. února 2015	
	- Očkování ve Sněmovně	
	- Očkovací kalendář se v ČR průběžně mění	7
	- WHO vyzývá Evropu ke zvýšení úsilí v boji proti spalničkám	
	- V Německu zemřelo dítě na spalničky, v Berlíně se zavřela škola	
	- Na začátku cesty do nového domova nemusí být ústav, ale přechodný pěstoun	
	Mgr. Jakub Uher	12
	Stanovisko ohledně lékařské pohotovostní služby	12
	Stručné informace o Zdravotním pojištění cizinců realizovaném Pojišťovnou VZP, a.s.	13
	Informace OSPDL ČLS JEP	17
	Prof. MUDr. František Stožický, DrSc.	18
	Kardiometabolický syndrom dětí	
	MUDr. Petr Jehlička	23
	Péče o děti se srdeční vadou v ordinaci PLDD	23
	MUDr. Hana Flögelová, Ph.D.	26
	Co by měl PLDD vědět o hydronefróze u novorozence?	26
	Rychlá diagnostika – Močový analyzátor	30
	Ze světa odborné literatury	32
	Aktuality	34
	Řádková inzerce	37
	Autodidaktický test, Oční lékařství	38
	Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

AHOU
Angelini Pharma
GSK
MEDIPOS P&P
MSD
NESTLÉ
SANOFI

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX
PEDIATRIAE

www.detskylekar.cz

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

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

Odborná garance: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

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

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

Jazykové korektury: Bohumila Weilová
 Grafické zpracování: Michal Semerák

Úřední hodiny SPLDD ČR

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

Sekretariát:
 U Hranic 16, 100 00 Praha 10

telefon: 267 184 065
 fax: 267 184 050

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

Obrázek na titulní straně namalovala Pája Zelená, 7 let.

Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům. Distribuce členům SPLDD ČR zdarma. Vychází 10× ročně v nákladu 2200 výtisků. Povoleno Ministerstvem kultury pod číslem MK ČR E 10971, ISSN 1213-2241. Redakce nezodpovídá za obsah článků. Reprodukce obsahu je povolena pouze s písemným souhlasem redakce. Nevyžádané podklady se nevracejí. Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá za obsah inzerce a vložených tiskovin.



Vážené a milé kolegyně, vážení a milí kolegové,

krátí se noc, prodlužuje den. Sluneční paprsky stále více ukazují svou sílu a před námi je další jaro. Co přinese do našich srdcí a ordinací?

Před týdnem jsem dostala nelehký úkol od vedení našeho SPLDD – napsat editorial do tohoto časopisu.

Jednotlivé regiony našeho SPLDD jsou očíslovány, a tak, jak už to bývá nejenom v naší organizaci, regionem s číslem jedna jsou jižní Čechy. Proto jsem první regionální předsedkyně, která by se s vámi touto cestou ráda podělila o zkušenosti praktických lékařů pro děti a dorost v našem kraji. Primární péči u nás poskytuje 152 praktických lékařů pro děti a dorost. Patříme tedy v počtu poskytovatelů ke krajům menším, ale rozlehlost našeho kraje je naopak poměrně velká. V Jihočeském kraji se nachází sedm okresů. Pelhřimovští kolegové z Vysočiny, poskytující primární péči pro děti a dorost, se jednomyslně rozhodli požádat o možnost setrvání v naší jihočeské organizaci PLDD, což jim bylo umožněno. Násilná změna státoprávního uspořádání České republiky před několika lety, s vytvořením nových krajských měst, nebyla – nejenom v Pelhřimově – přijata s nadšením.

Každý region má své specifické problémy. Jihočeský kraj je hlavně v období letních prázdnin jednou z nejnavštěvovanějších oblastí republiky. V nejrozsáhlejší jihočeském, ale i celorepublikovém okrese, kterým je Jindřichův Hradec, je více než sto dětských letních táborů. Naší povinností, jako poskytovatelů zdravotních služeb, je postarat se o tyto tisíce dětí ve chvílích, kdy onemocní. Pro nás, kteří jako PLDD pracujeme, je to samozřejmostí.

V našem kraji se nám bohužel stále nedaří dohodnout se na optimální síti stanic zajišťujících lékařskou pohotovostní službu (LPS). Již devět let, kdy jsem předsedkyní našeho regionu, se snažím prosadit efektivní rozložení dětských LPS. Domnívám se, že by měly být pouze v okresních městech, nejlépe v areálech nemocnic, kde je v případě potřeby možnost využití navazujícího komplexu. LPS by měla být oddělená pro děti a dospělé, časově omezená a zajištěna erudovanými lékaři. Skutečnost je ale u nás taková, že se v některých místech stále vyskytují tzv. „smíšené“ LPS pro děti a dospělé. V tuto chvíli je v našem kraji celkem 36 stanovišť LPS, což je nejhustší síť v celé republice.

V roce 2014 se v našem kraji narodilo o šedesát dětí více než v roce předchozím. Tak jako v celé republice se počet zaregistrovaných dětí v jednotlivých ordinacích velmi liší. Na jednáních se zdravotními pojišťovnami, které jsou zodpovědné za zajištění zdravotní péče, již několik let upozorňuji, že síť poskytovatelů oboru PLDD je v našem kraji jako napjatá struna, která může kdykoliv prasknout. Vyskytují se u nás přeplněné ordinace, které již nejsou schopny přijmout do své péče nové pacienty, jakož i ordinace, jejichž poskytovatelé by rádi odešli do zaslouženého důchodu, ale nemají nástupce.

Systém vzdělávání mladých lékařů, kteří se chtějí věnovat zdravotní péči o děti, je stále nejasný. Již více než rok trvající jednání s Českou pediatrikou společností, Ministerstvem zdravotnictví a Českou lékařskou komorou o nutnosti zachování samostatného oboru PLDD je pro paní předsedkyni SPLDD i OSPDL velmi náročný. Okolní státy nám závidějí dokonalý zdravotnický systém péče o děti v naší republice. Evropská konfederace primárních pediatrik (ECPCP) doporučila na základě českého vzdělávacího curricula zakotvit postgraduální vzdělávání pediatrik primární péče v Evropě.

Je tak jednoduché „něco zbořit“, ale postavit to zpět je velmi těžké. Nenechme tedy zlikvidovat fungující systém primární péče o děti a dorost, který byl před více než 25 lety pro zdraví českých dětí vybudován. Dohodneme se? Budeme muset zapojit veřejnost? Kolegové, bděme!

MUDr. Daniela Verdánová, MBA,
předsedkyně regionu JČ SPLDD



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

Během února pokračovala intenzivní jednání o zachování oboru PLDD. Bouřlivé debaty přinesla i projednávaná novela zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, kde se do připomínek k očkování velmi aktivně zapojili tzv. „antivakcionisté“. Na půdě Poslanecké sněmovny proběhl další seminář k očkování, uskutečnila se demonstrace před MZ a dne 10. 3. se konala obecná rozprava k druhému čtení novely zákona, přičemž proběhla vášnivá diskuse zejména k pravidelnému očkování. Výsledkem bylo navrácení návrhu k projednání zdravotnímu výboru PSP. V pozměňovacím návrhu se iniciativou poslankyně Novákové a poslance Farského (TOP 09) objevilo zavedení tzv. individuálních očkovacích plánů, které by byly na žádost rodičů alternativou pro povinné očkování. S tím nemůžeme souhlasit. 27.–28. 2. 2015 proběhl velmi úspěšně 9. kongres primární péče. 3. 3. 2015 jsme se zúčastnily s předsedkyní OSPDL MUDr. Alenou Šebkovou schůzky s ministrem zdravotnictví. Ve svém sdělení potvrdil plánované zrušení oboru praktické lékařství pro děti a dorost a sloučení s oborem dětské lékařství. Návrh novely zákona nebyl v dané chvíli k dispozici.

19. 2. 2015 se konal na půdě SZÚ seminář expertů všech pracovních skupin národní strategie Zdraví 2020. Společně s dr. Šebkovou jsme vyslechly souhrn výstupů pracovních skupin. Z pohledu PLDD jsou důležité především aktivity provakcinační skupiny, dále skupin zabývajících se výživou a pohybovou aktivitou.

Téhož dne jsme se zúčastnily jednoho z bodů jednání výboru České pediatrické společnosti JEP, o jehož zařazení na program jsem požádala pana předsedu prof. Zemana po přečtení otevřeného dopisu výboru ČPS JEP. Tímto bodem byla otázka další spolupráce organizací SPLDD a OSPDL a ČPS JEP. Zajímalo nás především, jak se staví výbor ke koncepci péče o děti v ČR. Ke společným závěrům jsme nedošli. Zdá se, že se vzdalujeme od cílů Májové dohody, která byla v minulosti uzavřena.

24. 2. 2015 proběhlo pravidelné jednání Koalice soukromých lékařů. Podrobnosti najdete v zápise z jednání na dalších stránkách VOX.

27.–28. 2. 2015 se konal v TOP Hotelu v Praze již devátý Kongres primární péče. Zvyšující se účast jen potvrdila oblíbenost a přínosnost kongresu. V rámci kongresu

proběhla jednání tzv. kulatých stolů, na kterých je diskutována aktuální problematika. Jedním z nich byl aktuálně uspořádaný kulatý stůl ke koncepci péče o dítě v ČR, dalšímu zajištění péče o dětskou populaci, včetně vzdělávání pediatriů, a zachování oboru PLDD pro primární péči. Byli pozváni zástupci MZ, zdravotního výboru Poslanecké sněmovny, ČLK a ČPS JEP. Diskuzi moderoval šéfredaktor Zdravotnických novin pan Kulhavý a odpovědi účastníků na položené otázky budou zveřejněny ve ZN. Velká část pozvaných hostů z MZ a poslanců se z účasti omluvila, což vypovídá o přístupu k této problematice. Neméně zajímavý byl kulatý stůl k problematice očkování dětí, o kterém bude jistě psát MUDr. Šebková.

3. 3. 2015 se uskutečnila první oficiální schůzka zástupců SPLDD a OSPDL s ministrem zdravotnictví MUDr. Němečkem. Spolu s kolegyní Šebkovou jsme měly na pana ministra řadu otázek.

- Prioritní byla otázka, jaká bude koncepce péče o děti v ČR?
- Co je důvodem rušení oboru PLDD?
- Zda má MZ analýzu dopadů tohoto kroku do praxe?
- Jaké kroky plánuje k zatraktivnění pediatrie pro studenty LF?

- Jaké kroky plánuje MZ k usnadnění vstupu PLDD do praxe s ohledem na demografickou potřebnost a dostupnost primární péče pro děti v některých oblastech?

Na řadu z nich jsme nedostaly odpověď. Dozvěděly jsme se, že obor PLDD bude zrušen a počítá se s jedním společným oborem pediatrie, zakončeným po čtyřech letech atestací. Upozorňovaly jsme na legislativní souvislosti a zakotvení našeho oboru jako nedílné součásti primární péče v současném zákoně o zdravotních službách. Vysvětlovaly jsme specifické odlišnosti oborů PLDD a DL. Dále jsme upozornily na možnost snížení kvality vzdělávání atd. Kromě této problematiky jsme opětovně hovořili o neřešené problematice posudkové činnosti, akreditační komise, rezidenčních míst a v neposlední řadě i registrace pacientů při opožděvaném přidělování rodných čísel. Po 40 minutách času, který nám pan ministr věnoval, jsme se neshodli na plánovaném zrušení oboru PLDD, nicméně pan ministr vyjádřil lítost nad problémy, které máme s udržení vysoké proočkovanosti dětí, a se silnými antivakcinačními aktivitami ve společnosti.





Hexacima®

Vakcína 6 v 1

— plně tekutá —

Připravená k okamžitému použití



ZKŘÁCENÉ INFORMACE O LÉČIVÉM PŘÍPRAVKU:

▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky. Podrobnosti o hlášení nežádoucích účinků viz bod 4.8 dle platného znění SPC. **HEXACIMA**, injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Vakcína proti difterii, tetanu, pertusi (acelulární komponenta), hepatitidě B (rDNA), poliomyelitidě (inaktivovaná) a konjugovaná vakcína proti *Haemophilus influenzae* typu b (adsorbovaná). **Léčivá látka:** Jedna dávka¹ (0,5 ml) obsahuje: *Diphtheriae* anatoxinum – ne méně než 20 mezinárodních jednotek (IU)²; Tetani anatoxinum – ne méně než 40 mezinárodních jednotek (IU)²; Antigeny *Bordetella pertussis*: *Pertussis* anatoxinum – 25 mikrogramů, *Haemagglutininum filamentosum* – 25 mikrogramů; Virus *Poliomyelitis* (inaktivovaný)³; typus 1 (Mahoney) – 40 D jednotek antigenu⁴, typus 2 (MEF-1) – 8 D jednotek antigenu⁴, typus 3 (Salk) – 32 D jednotek antigenu⁴; Antigenum *tegminis* hepatitidy B⁵ – 10 mikrogramů; *Haemophilus influenzae* typu b polysaccharidum – 12 mikrogramů; (Polyribosylribitol phosphat) conjugata cum tetani anatoxinum – 22–36 mikrogramů. **Terapeutické indikace:** K základnímu očkování a přeočkování kojenců a batolat ve věku od šesti týdnů do 24 měsíců proti difterii, tetanu, pertusi, hepatitidě B, dětské obrně a invazivnímu onemocnění způsobeným bakterií *Haemophilus influenzae* typu b (Hib). **Dávkování a způsob podání:** Základní očkování: Jsou možná všechna očkovací schémata, včetně Rozšířeného programu imunizace WHO (WHO Expanded Program on Immunisation, EPI) v 6., 10., 14. týdnu bez ohledu na to, zda byla při narození provedena vakcinace proti hepatitidě B. Očkování má být provedeno v souladu s oficiálními doporučeními. **Přeočkování:** Přeočkování mají být provedena v souladu s oficiálními doporučeními. Minimálně musí být podána vakcína s Hib složkou. Pokud byla vakcína proti hepatitidě B při narození podána, může být k přeočkování použita vakcína Hexacima nebo pentavalentní DTaP-IPV/Hib vakcína, a to po 3-dávkovém základním očkování. Vakcína Hexacima může být použita k přeočkování osob, které byly již dříve očkovány jinou hexavalentní vakcínou nebo pentavalentní vakcínou DTaP-IPV/Hib společně s monovalentní vakcínou proti hepatitidě B. **Kontraindikace:** Anafylaktická reakce po předchozím podání vakcíny Hexacima v anamnéze. Přecitlivělost na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku, na stopová množství glutaraldehydu, formaldehydu, neomycinu, streptomycinu a polymyxinu B, na jakoukoli vakcínu proti pertusi nebo přecitlivělost po předchozím podání vakcíny Hexacima nebo vakcíny obsahující stejné látky nebo složky. Přerušit očkování proti pertusi u osob, u nichž se do sedmi dnů po předchozím očkování vakcínou obsahující pertusovou složku (celobuněčnou nebo acelulární vakcínou proti pertusi) vyskytl encefalopatie neznámé etiologie a očkovat dále jen vakcínami proti difterii, tetanu, hepatitidě B, poliomyelitidě a Hib. Nepodávat vakcínu proti pertusi osobám, které trpí nekontrolovanými neurologickými poruchami nebo nekontrolovanou epilepsií, a to dokud není stanoven léčebný režim, není stabilizován stav a pokud přínosy vakcinace jednoznačně nepřevažují nad riziky. **Upozornění:** Hexacima nechrání proti infekci vyvolané jinými patogeny, než jsou *Corynebacterium diphtheriae*, *Clostridium tetani*, *Bordetella pertussis*, virus hepatitidy B, poliovirus nebo *Haemophilus influenzae* typu b. Nicméně lze předpokládat, že očkování ochrání i proti infekci hepatitidou D, protože se hepatitida D (vyvolaná delta agens) při absenci infekce hepatitidy B nevyskytuje. Hexacima nechrání proti nákaze hepatitidou způsobenou jinými patogeny, jako jsou viry hepatitidy A, hepatitidy C a hepatitidy E nebo jinými patogeny jater. Hexacima nechrání ženám v reprodukčním věku. **Nežádoucí účinky:** V klinických studiích byla zjištěna bolest v místě vpichu, podrážděnost, pláč a zarudnutí v místě vpichu. Mírně zvýšená získaná reaktogenita po první dávce ve srovnání s následnými dávkami. **Uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** SANOFI PASTEUR SA, 2, Avenue Pont Pasteur, 69007 Lyon, Francie. **Registrační číslo:** EU/1/13/828/001 - 007. **Datum revize textu:** založeno na schválené revizi ze dne 17. 4. 2013.

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

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



Healthy children, happy children

SANOFI PASTEUR 



Informace SPLDD

■ Zápis z jednání Koalice soukromých lékařů 24. února 2015

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

Omluveni: dr. Stará, dr. Tautermann

1. Pracovní návrh ČLK – definice pojmu „vedoucí lékař – primář“

- Argumenty, ke kterým se připojili všichni členové KSL, byly zohledněny a VR ČLK návrh zamítla.

2. Složení pracovní skupiny pro přípravu návrhu novely vyhlášky č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální zabezpečení zdravotních služeb

- Zástupci Koalice negativně hodnotili postup MZ ČR při jmenování odborníků pracovní skupiny, ve které privátní ambulantní lékaře zastupuje pouze dr. Kostka ze SAS ČR. Dalšími členy jsou zástupci nemocnic, odborových organizací, ČLK, VZP, České asociace sester a MZ ČR.

3. Kompenzace regulačních poplatků

- MZ ČR nesplnilo slib kompenzovat zdravotnickým zařízením regulační poplatky v plné výši, když v cenových dodatcích stanovilo regulační omezení referenčním obdobím, za které se považuje rok 2013.
- Zástupci Koalice se společně rozhodli oslovit MZ ČR a požádat je o sdělení, jak se budou regulační poplatky kompenzovat po vyčerpání částky limitované rokem 2013, jakou má MZ ČR představu o kompenzaci regulačních poplatků v příštích letech a jakým způsobem se budou regulační poplatky kompenzovat zdravotnickým zařízením, která v roce 2013 buď neexistovala vůbec, nebo z různých důvodů vykonávala činnost pouze po část roku. Dr. Dvořák připraví text a zašle ostatním členům Koalice k připomínkování.

4. Praktičtí lékaři a služby na záchraně

- Po redukci LSPP se zdravotnická záchranná služba potýká s nedostatkem lékařů. Jako řešení navrhuje MZ ČR a Asociace zdravotnických záchranných služeb zavedení 24hodinové pohotovostní služby

praktických lékařů pro jejich registrované pacienty. Záchranná služba by vyjížděla pouze v akutních případech.

- Dr. Šmatlák považuje 24hodinovou službu za protiústavní a inicioval sestavení pracovní skupiny, která by se tímto problémem zabývala. Navrhuje zřídit pro urgentní případy akutní oddělení Emergency v nemocnicích. Podle informace ČT plánuje MZ ČR od příštího roku zavést základní obor urgentní medicíny, ze kterého by lékaři ihned po absolvování mohli nastoupit na záchranné služby nebo na urgentní příjmy.

5. Lékárník – nositel výkonu

- Členové KSL diskutovali o záměru ČLnK prosadit farmaceuty mezi nositele výkonu a na Dohodovacím řízení k jednacímú řádu dohodovacího řízení požádat o zařazení nového segmentu farmaceutické péče mezi účastníky dohodovacího řízení.
- Změnu zákona o veřejném zdravotním pojištění, která rozšiřuje okruh osob v kategorii nositel výkonu o farmaceuty, se KSL nepodařilo ovlivnit, ale v žádném případě nepodpoří vznik nového segmentu.

6. Různé

- Mluvčím Koalice soukromých lékařů se pro dalšího půl roku stal dr. Vladimír Dvořák, předseda Sdružení soukromých gynekologů ČR.
- Dr. Chrz informoval členy KSL, že ČSK se stala oficiálním připomínkovým místem, má přístup na webové stránky připravované legislativy a může KSL poskytnout návrhy zákonů, v současné době návrh zákona o registraci tržeb, který upravuje práva, povinnosti a související postupy uplatňované při jejich evidenci.
- Ve středu 3. 3. 2015 se zástupci profesních komor zúčastní jednání s premiérem Mgr. Bohuslavem Sobotkou a ministrem pro lidská práva Jiřím Dienstbierem.
- Od 1. 1. 2015 musejí všichni, kdo mají datovou schránku (právníkům osobám ukládá mít datovou schránku zákon), komunikovat s finančními úřady pouze elektronicky. Papírové podání je finančně sankcionováno.

- Členové KSL schválili Mgr. Sladkovské zvýšení odměny za práci tajemnice Koalice na 250 Kč/hod.

V Praze dne 10. 3. 2015

Zapsala: Mgr. Zina Sladkovská

■ Očkování ve Sněmovně

Centrum primární péče
Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost České republiky
Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP
U Hranic 16, 100 00 Praha 10
tel., fax.: 267 184 065 (050)
E-mail: centrum@detskylekar.cz

Prof. MUDr. Rostislav Vyzula, CSc.
Předseda Výboru pro zdravotnictví

V Praze dne 16. 3. 2015

Vážený pane předsedo,

považujeme za nezbytné reagovat na některé zavádějící informace či argumenty, které zazněly dne 10. 3. 2015 v obecné rozpravě k projednávání novele zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví (sněmovní tisk 270 – druhé čtení).

Praktičtí lékaři pro děti a dorost (PLDD) považují za velmi významné rozhodnutí Ústavního soudu o zachování povinnosti očkování v České republice. V případě zrušení této povinnosti jsme se obávali výrazného snížení proočkovanosti, které by zcela jistě vedlo ke zvýšení výskytu preventabilních onemocnění se všemi důsledky takového stavu. Očkování je oblast, která je svou podstatou preventivního opatření vlastní právě nám, praktickým dětským lékařům. Praktické lékařství pro děti a dorost je totiž oborem, jehož velkou částí náplně práce je právě prevence. V oblasti očkování se PLDD významně vzdělávají a jsou těmi, kteří je provádějí. Jsou také těmi, kteří stojí v první linii kontaktu s rodiči, a věříte, že v současné době zvýšených protivakcinačních aktivit to rozhodně není záležitost jednoduchá. Zažíváme v posledních letech téměř denně ve svých praxích debaty s rodiči a trend pro-



tivakcinačních aktivit je stoupající. I přesto udržujeme proočkovanost dětí v ČR na vysoké úrovni.

Po zhlednutí obecné rozpravy jsme nuceni reagovat zejména na tyto návrhy či názory:

Zásadně nesouhlasíme se zavedením tzv. individuálních očkovacích plánů jako alternativy k povinnému očkování do zákona. Veškerá povinnost by byla tímto popřena. Důvody podání pozměňovacího návrhu paní poslankyně Novákové a pana poslance Farského nám přijdou liché.

Pokud bude zákonem umožněno a ponecháno rozhodnutí o typu vakcíny a termínu očkování většinově na libovůli rodičů, jsme přesvědčeni, že v dohledné době dojde k rozpadu pravidelného očkování a nemožnosti zjišťovat v časovém úseku proočkovanost dětské populace jako takové. Včetně nemožnosti s předstihem plánovat objemy potřebných vakcín. PLDD, kteří ve svých ordinacích t.č. zodpovídají za aplikaci pravidelného očkování a dodržování termínů aplikace těchto vakcín, nebudou případně schopni ani ochotni nést dále tuto odpovědnost. V plošném zavedení tzv. individuálního očkovacího kalendáře vidí PLDD nepřímé potvrzení argumentů „odmítačů“ či „posouvačů“ očkování a de iure převedení očkování povinného (pravidelného) na očkování nepovinné. Je potřeba také upozornit na to, že již dnes existuje možnost individuálního očkování dětí. Ze zdravotních důvodů, kdy dítě má některou z akutních, dočasných či dlouhodobých kontraindikací, PLDD rozhoduje o očkování individuálně u každého dítěte. Pokud by ale byla uzákoněna možnost individuálních kalendářů bez zdravotního důvodu, vnímali bychom to jako zpochybnění právě potvrzené povinnosti očkování. Navíc by to mohlo přinést nesystematičnost až chaos s možností „propadnutí“ některých termínů aplikací následných dávek vakcín, což by v takovém případě mohlo vést ke snížení účinnosti ochrany před danou infekcí. V případě, že rodič trvá na alternativním očkování, po řádném poučení a podepsání informovaného nesouhlasu s povinnou vakcínou, již v současné době přistupujeme pod tlakem rodičů na možnost použití alternativní vakcíny či schématu dle možných okolností (registrovaná a dostupná vakcína, možné a účinné schéma). Dítě na základě požadavku rodičů naočkovujeme alternativně, to vše s podepsáním informovaného souhlasu. Nikdy neočkovujeme proti vůli rodičů! Rodiče však musejí nést odpovědnost za

své rozhodnutí a musejí si být vědomi, že v případě vstupu do předškolního zařízení se jejich dítě nepovažuje za řádně proočkované proti všem daným nemocem. Může tak být ohroženo infekcí nejen toto dítě, ale může ohrozit také své okolí, včetně dětí, které ze zdravotní indikace být očkovány nemohou. Navíc si rodič hradí alternativní vakcínu. Jednoznačně odmítáme tvrzení, že rodič svým jednáním (neočkovat dítě) má pocit, že chrání své dítě před lékařem.

PLDD komunikují s rodiči právě na základě důvěrného vztahu mezi lékařem a pacientem či zákonným zástupcem. I vlastní proces registrace k tomu slouží a u PLDD ve většině případů umožňuje svobodnou volbu lékaře. V případě nespokojenosti lze lékaře po třech měsících změnit. Věřte, že se tak děje ojedinelé. Lze souhlasit s tím, že komunikace ohledně očkování doznala jiných forem a rozměrů, ale nelze se paušálně vyjádřit, že tato komunikace není. Navíc OSPDL ČLS JEP a SPLDD ČR opakovaně pořádají vzdělávací semináře, které se týkají jak očkování samotného, tak právě i komunikačních dovedností. Naše profesní sdružení (SPLDD ČR) na podzim loňského roku připravilo cyklus seminářů po celé ČR, které se zabývaly komunikací zaměřenou na očkování, a těchto šestnácti seminářů se zúčastnilo 541 lékařů (z celkově cca 2000 PLDD v ČR). Vztah důvěry mezi lékařem a rodiči může být skutečně narušen, ale bohužel především vinou vyjádření některých samozvaných „odborníků na očkování“, kteří svými vyjádřeními dehonestují lékaře a obviňují je z vědomého poškozování dětí.

Lékaři opravdu pracují pod tlakem, ale spíše proto, že opakovaně musejí reagovat na často neseriózní či z kontextu vytržené informace o očkování. Pokuta, o které se tolik hovoří, totiž hrozí pouze lékařům, který by sám aktivně rozmlouval očkování rodičům či aktivně neočkoval. Za celou dobu své praxe jsme takový postih nezaznamenali. Stejně tak se lékaři neobávají hlásit nežádoucí účinky po očkování, neboť za tuto aktivitu lékařům kontrola nehrozí.

Vítáme diskusi o vzniku státního „fondu odškodnění“ za závažný nežádoucí účinek očkování při postupu lékaře lege artis. Ještě donedávna tato hrozba visela nad očkujícími lékaři, kteří mohli být žalováni až o několika-milionové částky.

Nebráníme se nastolení diskuse o počtu infekčních chorob, proti kterým je potřeba povinně očkovat, a o aktualizaci očkovacího kalendáře u dětí v ČR. Domníváme se však, že se jedná o vysoce odbornou mezioborovou diskusi, které by se měli účastnit odborníci různých odborností, které s vakcinací souvisejí.

K návrhu, aby **zdravotní způsobilost dítěte pro zotavovací akce** potvrzoval rodič, který zná své dítě nejlépe: zde si je třeba uvědomit, že součástí posudku o zdravotní způsobilosti není pouze informace o zdravotní způsobilosti dítěte, ale i o očkování, informace o chronickém onemocnění dítěte, alergii, užívání léků, omezení k některým činnostem apod. Pokud o tom rodiče informovat organizátory akcí, resp. dohlížející zdravotnický personál nebudou, neboť tato situace může nastat, a dojde k nějakému poškození dítěte, je otázkou, kdo za to tedy pak bude zodpovědný?

Vzhledem k tomu, že problematika očkování se PLDD významně týká, považujeme za nezbytné, abychom byli přizváni k diskusi, které se očkování a zejména vlastního provádění očkování budou týkat. PLDD byli rozhodnutím zákonodárců donuceni v posledních letech převzít velkou část povinností spojených s očkováním: objednávání, skladování, evidenci vakcín, složité vykazování aplikace vakcín, nákup vakcín pro nepovinné očkování hrazené z veřejného zdravotního pojištění z vlastních prostředků, zavedené souhlasy a nesouhlasy rodičů s očkováním a nyní i maximální snahu udržet vysokou proočkovanost dětí v ČR a tak plnit povinnost danou zákonem o ochraně veřejného zdraví.

MUDr. Ilona Hülleová
Předsedkyně SPLDD ČR

MUDr. Alena Šebková
Předsedkyně OSPDL ČLS JEP

■ Očkovací kalendář se v ČR průběžně mění

Očkovací kalendář se v Česku průběžně mění. Je-li k tomu důvod, povinnost se u dané nemoci ruší, a naopak se zařazují očkování nová, řekla dnes ČTK členka národní imunizační komise a místopředsedkyně České vakcinologické společnosti Hana Cabrnachová. Od roku 2010 tak bylo zru-



šeno povinné očkování proti TBC, zůstalo jen pro rizikové děti. V roce 2010 a 2012 byla zavedena dvě nepovinná plošná očkování hrazená zdravotní pojišťovnou, a to proti pneumokokům a proti rakovině děložního čípku u dívek.

„Celkově imunizační kalendář za posledních deset, patnáct let doznal velmi výrazných změn, z původních zhruba 18 povinných aplikací do 15 let jich je dnes pouze osm,“ upřesnila. Povinné se očkuje proti devíti nemocem, z nich šest, záškrť, tetanus, dávivý kašel, hepatitida B, haemophilus influenzae a dětská obrna, je v hexavakcině, a pak se celoživotně doočkovává proti tetanu. Další tři, spalničky, zarděnky a příušnice, jsou v trojvakcině.

Pravidelná očkování v Česku ročně podle hlavního hygienika Vladimíra Valenty zachrání na 500 životů a zabrání až 150 000 infekčních onemocnění. Povinnost očkování ale někteří rodiče napadají, proti jsou i někteří lékaři propagující alternativní medicínu.

„V zemích, kde díky očkování už některé nemoci nejsou, se zapomíná na jejich rizika a vyzdvihují se rizika vakcinace,“ řekl ČTK vědecký sekretář České vakcinologické společnosti Roman Chlábek. Český klub skeptiků Sisyfos udělil „bludný balvan“ praktické lékařce Ludmile Elekové, podle níž není nutné děti vůbec očkovat, vakcinace prý jen oslabuje imunitu. Podle Chlábků představuje vakcinace minimální zátěž, z 3000 antigenů, jež vakcíny obsahovaly v 60. letech 20. století, klesl jejich počet na 60.

Podle vědecké rady České lékařské komory nepostupují lékaři odmítající očkování „lege artis“, tedy podle pravidel vědy.

Kritici očkování argumentují svobodnou volbou a medializují jednotlivé případy komplikací. Ústavní soud dnes rozhodne o návrhu na zrušení části zákona o ochraně veřejného zdraví, která umožňuje ministerstvu zdravotnictví prováděcí vyhláškou vymezit povinné vakcíny. Vakcinologové sázejí na osvětu, východiskem podle nich nejsou prvotně postihy.

Národní imunizační komise podle Cabrných o zrušení povinnosti očkovat neuvažuje, navrhuje ale některé aktuální změny. Loni se v ČR kontrolovaly hladiny protilátěk u dětí a porovnávalo se, jak jsou ve kterém věku děti chráněny. Na základě těchto dat komise doporučila od roku 2016 posunout druhou dávku přeočkování trojvakcinou až na sedm let věku. Teď se dává

druhá dávka šest měsíců po první, která se aplikuje od 15. měsíce věku.

„Epidemiologická situace je taková, že až na lokální epidemii spalniček na Ústecku zatím problém není takový, abychom upřednostnili individuální ochranu, ale naopak se ukázalo, že například proti příušnicím, které se objevily u mladších dorostenců, je výhodnější, aby jim protilátky vydržely co nejdelší dobu, posunout přeočkování druhou dávkou až raný školní věk,“ vysvětlila lékařka.

K vymahatelnosti očkování dodala, že je předmětem diskusí v řadě zemí. Možná je nepřímá vymahatelnost ve vazbě na sociální dávky nebo nástup do školky a školy. Proti návrhu projednávanému ve Sněmovně na zpřísnění sankcí se ohradili pořadatelé letních akcí pro děti. Potvrzení o očkování běžně požadují státní mateřské školy, některé soukromé školky to nedělají, zákon by je za to měl sankcionovat. Tyto nepřímé sankce se osvědčily například v USA, kde očkování je podmínkou přijetí i na vysokou školu.

Zákon v ČR zpřísňuje sankce také pro lékaře, kteří odmítají očkovat dítě. Na rozdíl od Slovenska není v Česku pro lékaře oznamovací povinnost, že dítě není očkováno. Musí si jen nechat od rodičů podepsat, že je poučil o rizicích. Kontrolu proočkovanosti provádějí hygienici, kteří mohou nahlížet do zdravotní dokumentace dítěte. Vyzvou rodiče k doplnění očkování, pokud to rodiče odmítnou, zahájí s nimi správní řízení.

Očkovací kalendář pro děti a dospívající kojence

povinná očkování

- 9. týden – hexavakcína (1. dávka)
- 3. měsíc – hexavakcína (2. dávka)
- 4. měsíc – hexavakcína (3. dávka)
- 11.–15. měsíc – hexavakcína (4. dávka)

nepovinná očkování

- 6. týden – rotaviry (1. dávka)
- 10. týden – rotaviry (2. dávka)
- 3. měsíc – pneumokoky (1. dávka)
- 4. měsíc – pneumokoky (2. dávka)
- 5. měsíc – pneumokoky (3. dávka)
- 11.–15. měsíc – pneumokoky (4. dávka, přeočkování)

batole

povinná očkování

- 15. měsíc – spalničky, zarděnky, příušnice (1. dávka)
- 21.–25. měsíc – spalničky, zarděnky, příušnice (2. dávka)

nepovinná očkování

- od 12. měsíce – meningokok A, C, W135, Y
- NEBO 15. měsíc – spalničky, zarděnky, příušnice a plané neštovice
- NEBO 21.–25. měsíc – spalničky, zarděnky, příušnice a plané neštovice (2. dávka)

nástup do kolektivu

povinná očkování

- 5.–6. rok – záškrť, tetanus, dávivý kašel (přeočkování)
- 10.–11. rok – záškrť, tetanus, dávivý kašel, dětská přenosná obrna (přeočkování)

nepovinná očkování

- 3.–5. rok – žloutenka A (dvě dávky)
- chřipka
- 5.–6. rok – klíšťová encefalitida (tři dávky)
- plané neštovice (dvě dávky)
- meningokok
- 10.–11. rok – očkování nebo přeočkování meningokok A, C, W135, Y
- 12. let – plané neštovice, žloutenka A, klíšťová encefalitida, meningokok, chřipka
- 13. let – rakovina děložního čípku (ve věku 13 let plně hrazená pojišťovnou, později se na ni doplácí)

Zdroj Česká vakcinologická společnost

WHO vyzývá Evropu ke zvýšení úsilí v boji proti spalničkám

Evropské země a státy střední Asie by měly výrazně zvýšit počet lidí očkových proti spalničkám. Vyzvala k tomu Světová zdravotnická organizace (WHO).

Od počátku roku 2014 prý organizace zaregistrovala v dané oblasti více než 22 000 případů nakažení tímto virovým onemocněním.

Počet případů nakažení spalničkami se podle WHO v Evropě a střední Asii od roku 2013 sice o polovinu snížil, cíl organizace vymýtit do konce roku 2015 v této oblasti onemocnění úplně je prý ale v ohrožení.

„Je nepřijatelné, aby po padesáti letech snah učinit vakcínu bezpečnou a dostupnou spalničky nadále stály lidské životy, peníze a čas,“ uvedla Zsuzsanna Jakabová, regionální ředitelka WHO pro Evropu. Během posledních dvou desetiletí se podle ní podařilo snížit výskyt onemocnění v regionu Evropy a střední Asie o 96 procent. Starosti organi-



zaci podle Jakobové ale dělají rodiče, kteří odmítají dát své děti očkovat.

Nejpostiženější zemí je se 7500 případy onemocnění spalničkami Kyrgyzstán, následovaný Bosnou a Hercegovinou s více než 5300 případy. Více než 3200 nemocných zaznamenalo také Rusko a Gruzie. Přes 1600 případů hlásí také Itálie a kolem 580 Německo. Právě v poslední jmenované zemi vyvolalo tento týden úmrtí jedenapůlročního batolete debatu o zavedení povinného očkování.

V Česku v roce 2014 Státní zdravotní ústav zaznamenal 222 případů tohoto onemocnění. V roce 2013 bylo přitom pouze patnáct nemocných. Loni totiž byla mimo jiné lokální epidemie v Ústeckém kraji. V České republice je očkování proti spalničkám povinné. Je součástí takzvané trojvaccíny, která chrání také proti zarděnkám a příušnicím.

Spalničky jsou nakažlivé virové onemocnění provázené charakteristickou vyrážkou. Nákaža se šíří kapénkami. Na spalničky není žádný specifický lék, léčí se pouze projevy onemocnění - horečka a další nepříjemné symptomy. U dospělých bývá onemocnění často odhaleno později než u dětí, a spalničky jim tak mohou způsobit vážnější problémy. Nemoc můžou při těžkém průběhu provázet zápal plic nebo encefalitida.

■ V Německu zemřelo dítě na spalničky, v Berlíně se zavřela škola

Rozsáhlá vlna onemocnění spalničkami, s níž se potýká celé Německo, má první oběť. V Berlíně na tuto dětskou virovou chorobu zemřelo jedenapůlroční batole, informoval dnes berlínský zastupitel Mario Czaja. Kvůli spalničkám zůstala pro dnešek uzavřena jedna ze škol v metropoli.

V Berlíně se spalničky začaly šířit loni v říjnu a od té doby jimi onemocnělo 574 lidí. V celém Německu se loni touto nemocí nakazilo 1774 pacientů, což je desetinásobek proti roku 2012, vyplývá ze zdravotnických statistik. V Česku v roce 2014 Státní zdravotní ústav zaznamenal 222 případů tohoto onemocnění. I v tuzemsku počet výskytů výrazně vzrostl, v roce 2013 bylo pouze patnáct nemocných. Loni totiž byla mimo jiné lokální epidemie v Ústeckém kraji.

Czaja dnes uvedl, že spalničkám podlehl malý chlapec 18. února. Zatím se neví, zda byl očkován a jak se nakazil.

Vlna onemocnění spalničkami podle berlínských úřadů vypukla v komunitě žadatelů o azyl z Bosny a ze Srbska, kteří kvůli válce v bývalé Jugoslávii často nebyli proti nemoci vůbec očkováni. V současnosti ale podle zdravotníků tvoří téměř polovinu nemocných lidé německého původu, mezi nimi jsou i dospělí.

V Německu jsou spalničkami ohroženi především lidé narození mezi lety 1970 a 1991. V tomto období lékaři očkovali děti proti nemoci pouze jednou, což neposkytuje spolehlivou ochranu na rozdíl od nyní obvyklých dvou vakcín. Lékaři ale upozorňují na to, že i v současnosti mnoho dětí druhou vakcínu nedostane. Podle odhadů spolkového ministerstva zdravotnictví není dostatečně chráněno asi 23 000 dětí.

Očkování proti spalničkám je v Německu v současnosti pouze doporučené, vláda ale vzhledem k současné vlně onemocnění zvažuje, že zavede povinnost děti očkovat. Ministr zdravotnictví Hermann Gröhe v této souvislosti kritizoval lidi, kteří proti očkování vystupují. „Odpůrci očkování zcela nezodpovědně vyvolávají iracionální strach,“ řekl. „Když někdo odírá vlastním dětem očkování, vystavuje riziku nejen je, ale také ostatní děti,“ dodal.

Vládní strany také uvažují o tom, že by děti musely být povinně očkovány proti spalničkám při nástupu do školky nebo do školy. Dosud tato zařízení od dětí očkování nevyžadují. Pouze v případě, kdy se nemoc ve škole nebo školce objeví, mohou neočkovaným dětem nařídít, aby zůstaly doma.

Povinné očkování podporuje většina Němců. Podle zatím posledního průzkumu na toto téma, který loni zveřejnila společnost Forsa, schvaluje očkovací povinnost 67 procent lidí. V České republice je očkování proti spalničkám povinné. Je součástí takzvané trojvaccíny, která chrání také proti zarděnkám a příušnicím. Očkují se děti od 15 měsíců, přičemž přeočkování následuje po šesti měsících od první dávky. Po loňských kontrolách hladiny protilátek u dětí odborníci doporučili posunout druhou dávku až na sedm let věku.

V Německu se kvůli těžkému případu spalniček dnes uzavřela pokračovací škola v berlínské čtvrti Lichtenrade. Spolužáci a učitelé nemocného musejí hygienikům předložit očkovací průkazy a případně se nechat očkovat, škola by ale měla v úterý opět normálně fungovat.

Podle Institutu Roberta Kocha je v současnosti většina německých dětí před nemocí

chráněna, očkování jich podstoupí 95 procent. Problémem ale mohou být dospělí, kteří se v dětství vakcíně vyhnuli a nyní je může nemoc ohrozit. Institut proto vyzývá k masivní kampani zaměřené na očkování dospělých. Ministerstvo zdravotnictví se k návrhu zatím nevyjádřilo.

Na spalničky není žádný specifický lék. Léčí se pouze projevy onemocnění - horečka a další nepříjemné symptomy. U dospělých bývá onemocnění často odhaleno později než u dětí, a spalničky jim tak mohou způsobit vážnější problémy. Nemoc můžou při těžkém průběhu provázet zápal plic nebo encefalitida.

■ Na začátku cesty do nového domova nemusí být ústav, ale přechodný pěstoun (MF Dnes)

Náhradní rodinná péče nyní dostává přednost před ústavní. Počet dlouhodobých pěstounů v Pardubickém kraji stoupá. Ale platí to i pro pěstouny na přechodnou dobu, kteří si dítě vybírat nemohou a dítě je u nich maximálně rok. V závěru loňského roku jich krajský úřad evidoval dvacet, což je o sedm více než předloni.

Klímovi z Pardubic mají tři děti a zároveň se profesionálně zabývají pěstounskou péčí. Kateřina Klímová vykonává činnost pěstounky na přechodnou dobu půldruhého roku, nedávno předávala třetí dítě.

„Odevzdání dítěte není jednoduché, ale celý příběh tím získává dobrý konec. Dítě se buď vrací zpět do své biologické rodiny, nebo odchází do rodiny, která je pro něj trvalým řešením,“ říká Kateřina Klímová.

Kdykoli může zazvonit telefon, kdykoli se může stát, že se musejí ujmout dítěte. Třeba aniž by věděli, jak je zvyklé jíst, usínat, jak mu říkála máma. Kvůli věku vlastních dětí přijímají zatím jen děti do jednoho roku.

„Vlastní sourozenecká skupina by měla mít odstup od dětí, které rodinou protékají. Není možné devítiletému dítěti odebrat kamarády,“ říká její manžel a regionální koordinátor pěstounské péče Michal Klíma.

Předávání dětí do definitivní rodiny není ze dne na den, trvá třeba dva týdny. V této době se prolínají životy dosavadní a budoucí rodiny, nová maminka se s dítětem sžívá a postupně přebírá péči o ně, seznamuje se s jeho rituály, aby se jeho svět co nejméně změnil. Na cestu do nového domova dostane i své hračky, na které je zvyklé.



„Přechodný pěstoun musí respektovat všechny osoby, které si dítě posléze převezmou a které úřad přidělí,“ říká Kateřina.

„I kdyby nám byli nesympatičtí, oni jsou ti správní, oni jsou pro dítě rodiči a my je musíme vzít takové, jací jsou. A pokud s nimi vytvoříme sladěný tým, tak je i dítě v pohodě,“ uvádí Klíma, který je takzvaným doprovázejícím pracovníkem.

Stará se o dlouhodobé i přechodné pěstouny.

„Nenaplnujeme potřeby dospěláků, ale potřeby dětí. Nehledáme děti pro pěstouny, ale dětem hledáme rodiče,“ vysvětluje Michal Klíma.

Uspokojení rodičovské ambice je jednou ze základních podmínek pěstounství. Přechodní pěstouni někdy „selžou“ a děti si ponechají do dlouhodobé pěstounské péče. „Pro děti je to ale vlastně životní výhra, pokud se nemohou vrátit ke své původní rodině,“ říká Michal Klíma, který radí zájemcům o pěstounskou péči, aby požadovali maximální množství informací o dítěti a rozhodovali se nejen srdcem, ale i hlavou.

„Mně ani nevadí, když pěstounství někdo vezme jako povolání, protože aby to mohl dělat a stal se vhodným, projde poměrně tvrdým sítem a přípravou. Pro děti je to lepší než spásitelé, kteří si představují, jak dítě zachraňují a jak jim bude vděčné, ale potom jsou rozčarováni z toho, že dělá i věci, které se jim nelíbí.“

Jeho úkolem jakožto regionálního koordinátora pěstounů v rámci obecně prospěšné společnosti Dobrá rodina je být

pěstounským rodinám nablízku, poradit jim v běžných i mimořádných situacích, řešit kontakty s úřady, včas upozorňovat na rizika a předcházet problémovým situacím.

„Jsme první, komu bude pěstoun volat, když bude mít jakýkoli problém. Snažíme se, aby pěstouni vyslali do života lidi kompetentní k tomu, aby vedli suverénní život. Chceme, aby se zvětšila šance, že pro ně život dopadne dobře. Vždyť až 80 procent mladých lidí z ústavů a dětských domovů se dopouští trestné činnosti. I když jde do podpory pěstounské péče více peněz než v minulosti, je to celkově levnější než následná péče o děti v zařízeních kriminálních,“ dodal Klíma.

Fakta – pěstounství

- Pěstounská péče je formou náhradní rodinné péče, do které jsou umisťovány hlavně děti, které nemohou být osvojeny.
- Pěstouni nejsou zákonnými zástupci dítěte, dítě má biologické rodiče, kteří mohou mít i nadále rodičovskou odpovědnost.
- Pěstounská péče může být na přechodnou dobu, nebo dlouhodobá.
- Pěstouni pobírají finanční příspěvky.
- Po celou dobu je s pěstounskou rodinou v pravidelném kontaktu sociální pracovník.
- Zatímco u dlouhodobé pěstounské péče není rodičovská zkušenost vyžadována, u přechodné doby je podmínkou.
- Nejmladšímu dítěti v rodině by mělo být v případě přechodné péče nejméně osm let.

- Volba zdravotního stavu dítěte i volba etnika dítěte není možná.
- Spolupráce s původní rodinou dítěte probíhá v případech, kdy to je v jeho zájmu.
- Pěstoun by ale měl už mít v té době možnost využít služeb doprovázející organizace, která mu s tím pomůže.
- Dítě má být u této formy péče v rodině maximálně jeden rok.

Pro VOX připravil MUDr. Ctirad Kozderka



MEZIOBOROVÝ KONGRES PLDD

18.-19. 9. 2015 / PŘEROV
VÝŽIVA PRO KAŽDÝ VĚK

OSPDL ČLS JEP a SPLDD ČR Vás zve na MEZIOBOROVÝ KONGRES na téma: „Výživa pro každý věk“

Odborný garant: MUDr. Alena Šebková, předsedkyně OSPDL ČLS JEP
MUDr. Ilona Hülleová, předsedkyně SPLDD ČR

Již v květnu bude zahájena registrace za zvýhodněné ceny.

Záštita:



Organizace:



Ahou



Právní poradna

Stanovisko ohledně lékařské pohotovostní služby

Mgr. Jakub Uher

právní oddělení SPL ČR

Vzhledem k tomu, že se stále (byť jen ojediněle) objevují nejasnosti a dezinterpretace právních předpisů ve vztahu k pohotovostní službě, předkládáme krátké stanovisko našeho právníka s odpovědí na několik dotazů.

Základní informace: Ustanovení § 45 odst. 2 písm. l) zákona č. 372/2011 Sb. zní: „Poskytovatel je povinen podílet se na žádost kraje, jehož krajský úřad mu udělil oprávnění, na zajištění lékařské pohotovostní služby, lékařské pohotovostní služby a pohotovostní služby zubních lékařů.“

Zde je asi fakticky nejpodstatnější věcí, že povinnost je uložena poskytovateli, tedy provozovateli zdravotnického zařízení – podnikateli.

Právně je pak podstatné, že nejsou nijak stanoveny podmínky této činnosti – tedy podmínky, za kterých se poskytovatel má na zajištění lékařské pohotovostní služby podílet.

Dále je pak třeba upozornit na to, že reálně probíhá účast na pohotovostní službě ve zcela jiném režimu, než zákon předpokládá, protože tuto činnost vykonávají nikoli podnikatelé, ale lékaři – fyzické osoby, a to v pracovněprávním vztahu s provozovateli pohotovostní služby (nejčastěji nemocnice, ale i jiné subjekty). To má důvody ve faktické nemožnosti provádět tuto činnost za základě obchodněprávních smluv dle obchodního zákoníku (rozpor se zákonem č. 372/2011 Sb. – oprávnění se vztahuje pouze na určité místo a poskytovatel nemůže poskytovat péči v místě jiném, dále pak rozpor se zákonem o zaměstnanosti).

V realu tedy přichází v úvahu účast na pohotovosti ve vztahu provozovatel pohotovosti (zaměstnavatel) a konkrétní lékař (zaměstnanec). V režimu zákoníku práce je zcela jednoznačné, že pracovněprávní vztah může vzniknout pouze na základě dobrovolné dohody mezi zaměstnavatelem a zaměstnancem.

I pokud by od toho bylo odhlédnuto, pak je nutno vždy činnost v rámci pohotovosti realizovat na základě nějaké smlouvy (přitom v praxi jiná než dle zákoníku práce nepři-

chází v úvahu). Již judikatura k předchozí právní úpravě (a je stále aplikovatelná) konstatovala, že lékař není povinen se účastnit LSP za jakýchkoli podmínek a že vznesení protinávrhu, vlastních podmínek (rozsah, odměna apod.) nelze považovat za odmítnutí účastnit se. Tedy i při úvaze o jiném typu smlouvy než pracovněprávní se vždy dostaneme k dohodě o smlouvě jako zásadní podmínce účasti na pohotovosti.

Konečně se v praxi velmi často objevují žádosti (až výhrůžky apod.) o účast na pohotovostní službě, ale nikoli ze strany kraje, ale ze strany subjektu, který pohotovostní službu zajišťuje (nemocnice apod.). Zde je nutno odkázat na zákon, který jasně uvádí, že povinnost (podle mne nevymahatelná a zcela neurčitá) navazuje na žádost kraje (nikoli nějakého jiného subjektu).

Tedy pokud lékaře osloví kdokoli jiný než kraj, nemusí lékař vůbec reagovat, nicméně lze doporučit reakce, jako by ho oslovil kraj – viz dále.

Pokud lékaře osloví kraj s žádostí o účast na pohotovostní službě, je namístě odpovědět, že žádám o zaslání smlouvy obsahující konkrétní podmínky, za nichž bych se měl pohotovostní služby účastnit. K této smlouvě se pak vyjádřím, případně zašlu své připomínky a protinávrhy. Pokud bude zaslána jiná smlouva než pracovněprávní, doporučuji zaslat nám ji na SPLDD, abychom zpracovali vyjádření, které podle mého názoru bude shrnovat důvody, proč tento typ smlouvy je v rozporu se zákonem a nemohu na ni přistoupit (bez ohledu na podmínky, důvody jsou čistě právní).

Pokud bude zaslána smlouva pracovněprávní (nebo dohoda dle zákoníku práce), dostávám se mimo režim povinnosti dané zákonem č. 372/2011 Sb., jedním nikoli jako poskytovatel zdravotních služeb, ale jako fyzická osoba-lékař, a mohu buď návrh připomínkovat (cena, rozsah apod.), nebo mohu pouze sdělit, že nemám zájem do pracovněprávního vztahu s druhou stranou vstoupit.

Samozřejmě platí, že v případě nějakého konfliktu, potřeby porady či pomoci jsme připraveni ji poskytnout.

V poslední době se v některých oblastech objevuje zajímavý úkaz, kdy nemocnice rozešle svůj rozpis služeb praktickým lékařům s tím, že na jeho základě se mají účastnit pohotovosti. Žádáno je někdy i to, aby si za sebe zajistili jiného lékaře, když v daném termínu nemohou, apod.

Zde je zcela zásadně potřeba uvést, že bez právního základu – tedy smlouvy – nemůže lékař (ať již jako fyzická osoba, nebo jako podnikatel) v nemocnici jakoukoli činnost vykonávat. Tím by vystavil sebe (ale i nemocnici) významnému riziku.

Samozřejmě rozpis vytvořený nemocnicí, která je z pohledu práva stejným poskytovatelem, jako je ambulantní lékař, nemůže být pro nikoho, kdo není s nemocnicí v nějakém smluvním vztahu, závazný. Je to tedy zhruba na stejné úrovni, jako kdyby praktický lékař vytvořil svůj rozpis služeb pro pracovníky nemocnice a zaslal jej řediteli nemocnice na vědomí.

Pokud k této situaci dojde, pak je několik možností. Buď se rozhodnu nereagovat – nemusím, nejde o žádost ze strany kraje. Osobně bych spíše doporučoval zaslat reakci v tom smyslu, že vzhledem k tomu, že nejsem s nemocnicí v jakémkoli smluvním vztahu, nemohu činnost v nemocnici vykonávat, rozhodně ne na základě nějakého rozpisu služeb. Mohu ještě dodat, že pokud má nemocnice zájem se mnou do smluvního vztahu vstoupit, může poslat návrh smlouvy, na jejímž základě by tato spolupráce měla probíhat, včetně všech podmínek – odměna, rozsah apod., a já se k tomuto návrhu v přiměřené lhůtě vyjádřím.

Podle mne je to tedy fakticky tak, že účast na pohotovosti je dobrovolná – kdo chce, vstoupí do pracovněprávního vztahu, a kdo nechce, toho to nikdo nedonutí udělat.

Závěrem uvedu svou domněnku, že veškeré výše uvedené právní závěry jsou poskytovatelům pohotovostních služeb (nemocnicím a dalším) velmi dobře známy.



Stručné informace o Zdravotním pojištění cizinců realizovaném Pojišťovnou VZP, a.s.

(vytvořeno odborem Likvidace pojistných událostí pro poskytovatele zdravotní péče, 17. 9. 2014)

Účelem pojištění je úhrada nákladů na zdravotní služby poskytnuté pojištěnému na území ČR v rámci pojistné doby, a to v případě nemoci, úrazu nebo jiné změny zdravotního stavu pojištěného. Pojištění se řídí pojistnými podmínkami, které jsou samostatnou přílohou pojistné smlouvy. **Pojistné podmínky** jsou dostupné u zprostředkovatele pojištění nebo na webových stránkách Pojišťovny VZP, a.s. (www.pvzp.cz).

Zásadním rozdílem oproti veřejnému zdravotnímu pojištění je to, že se jedná o smluvní vztah mezi pojištěným a pojišťovnou ošetřený pojistnou smlouvou, ve které je jednoznačně stanoven počátek a konec pojistné doby a jsou stanoveny limity pojistného plnění. Kromě KZPCE (viz dále) pojistné podmínky obsahují výluky z pojištění, kdy pojistné plnění pojistitel neposkytuje.

V případě zájmu ze strany poskytovatele zdravotních služeb pojišťovna uzavírá smluvní vztah, tzv. Smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče osobám pojištěným u Pojišťovny VZP, a.s. Tato smlouva blíže stanovuje, za jakých podmínek může být péče hrazena.

V případě, kdy dojde k náhlému zhoršení zdravotního stavu pojištěného a hrozí vážné poškození jeho zdraví či ohrožení jeho života z prodlení, pojišťovna uhradí náklady i takovému zdravotnickému zařízení, které nemá s pojistitelem pro toto pojištění uzavřenu smlouvu. Uhrazeny však budou pouze nezbytně nutné a přiměřené náklady prokazatelně vynaložené na zdravotní služby, a to jen do doby, než bylo možné zajistit zdravotní péči smluvním zdravotnickým zařízením pojistitele.

Pojištěný se ošetřujícím lékařem prokazuje průkazem pojištěného (vzory jsou u jednotlivých typů pojištění) spolu s průkazem totožnosti. Při prvním kontaktu zdravotnického zařízení s pojištěným doporučujeme poskytovateli zdravotní péče kontaktovat asistenční službu, ověřit platnost pojištění, jeho rozsah a pojistnou dobu. V případě,

že lze předpokládat opakované návštěvy pojištěného, je velmi vhodné výrazně si poznamenat číslo pojistné smlouvy a její pojistnou dobu a sledovat, zda poskytnutí péče spadá do tohoto období. Nedodržení této podmínky je jedním z nejčastějších důvodů neposkytnutí pojistného plnění.

Pokud bude klientovi Pojišťovny VZP, a.s., vystavován recept na ambulantně předepsané léky nebo poukaz na zdravotnické prostředky, do kolonky pro číslo pojištěnce se uvede číslo pojistné smlouvy a zaškrtně se „hradí pacient“. Pojištěný vše plně hradí a následně pak žádá o refundaci nákladů přímo pojišťovnu.

Asistenční službu pro Pojišťovnu VZP, a.s., nepřetržitě zabezpečuje **AXA Assistance** v následujícím rozsahu:

- doporučení smluvního zdravotního zařízení
- zajištění přijetí k ošetření v ordinálních hodinách
- doporučení vhodného postupu v případě škodní události
- sledování vývoje zdravotního stavu v průběhu hospitalizace
- poskytnutí garance likvidity zdravotnickému zařízení v případě nároku na pojistné plnění
- poskytnutí potvrzení platnosti pojištění zdravotnickým zařízením
- zajištění převozu klienta v případě medicínského opodstatnění
- zajištění odborného doprovodu v rámci repatriace
- zajištění převozu tělesných ostatků v případě úmrtí
- okamžité ověření pojistné smlouvy
- poskytování informací o likvidnosti události zdravotnickým zařízením
- poskytování informací o likvidnosti události klientovi
- poskytnutí informací o postupu k nárokování uhrazených nákladů

Povinností pojištěného je vždy v případě škodní události asistenční službu kontaktovat, a to i v případě, že uvedené služby nepo-

žaduje. Veškeré plánované zákroky musejí být předem odsouhlaseny Pojišťovnou VZP, a.s.

Při hlášení škodní události je nutno uvést:

- číslo pojistné smlouvy
- jméno a příjmení pojištěného
- datum narození pojištěného
- stručný popis události
- kontaktní údaje na zdravotnické zařízení a ošetřujícího lékaře pojištěného, popř. jiné kontaktní osoby

Posouzení nároku prostřednictvím asistenční služby:

- 1) Požaduje-li zdravotnické zařízení nebo ošetřující lékař pouze ústní informaci, zda se pojištění na danou událost vztahuje, podá koordinátorovi asistenční služby výše uvedené informace a ten na jejich základě ověří platnost pojistné smlouvy a zpětně zdravotnické zařízení nebo ošetřujícího lékaře informuje, zda je klientova pojistná smlouva platná, na co se klientova pojistná smlouva vztahuje a jaký je obecný rozsah pojistného plnění z pojištění klienta. Pokud zdravotnické zařízení nebo ošetřující lékař požaduje závaznou informaci, zda se poskytnutá zdravotní péče uhradí, je nutné zaslat na asistenční službu lékařskou zprávu, dle které je posouzen nárok.
- 2) Požaduje-li zdravotnické zařízení nebo ošetřující lékař písemné potvrzení, zda a v jaké míře se pojištění vztahuje na konkrétní zákrok, vyšetření apod., je nutné zaslat asistenční službě kopii lékařské zprávy. Asistenční služba po obdržení podkladů posoudí nárok a zpětně informuje zdravotnické zařízení nebo ošetřujícího lékaře písemnou formou. Jakmile asistenční služba obdrží veškeré potřebné podklady k posouzení pojistné události, informuje zdravotnické zařízení o likviditě pojistné události:
 - a) u ambulantně poskytnuté péče max. do 1 pracovního dne,
 - b) u hospitalizace max. do 3 pracovních dnů.



3) Pokud zdravotnické zařízení nebo ošetřující lékař zašle na asistenční službu písemné podklady bez předchozího telefonického nahlášení pojistné události, asistenční služba dle zaslaných podkladů pojistnou událost zaeviduje do systému, ověří platnost pojistné smlouvy a následně po ověření pojistné smlouvy zašle zdravotnickému zařízení či ošetřujícímu lékaři potvrzení o platnosti a typu pojistné smlouvy klienta, potvrdí přijetí podkladů, případně zašle žádost o dodání dokumentů potřebných k posouzení likvidity pojistné události.

Kontakt na asistenční službu je uveden v průkazu pojištěného (telefonní čísla jsou odlišná pro jednotlivé produkty). Veškeré podklady k posouzení nároku je možné zaslat buď faxem na číslo **+420 272 101 001** nebo emailem na adresu info@axa-assistance.cz

Fakturace a vyúčtování nákladů

Ačkoliv je Pojišťovna VZP, a.s., komerční pojišťovnou, vyúčtování za péči poskytnutou našim klientům může zdravotnické zařízení vykazovat způsobem velmi podobným jako pojišťovně veřejného zdravotního systému.

Je akceptována aktuální metodika i číselníky VZP ČR. Kód Pojišťovny VZP, a.s., je 333, druh pojištění 2. Jako číslo pojištěného se zadává číslo pojistné smlouvy, které má klient na kartičce pojištění (ne RČ!!!).

Fakturu ZZ zašle poštou na adresu: Pojišťovna VZP, a.s., Jankovcova 1566/2b, 170 00 Praha 7, a fakturu přiloží papírové doklady nebo nosič dat (disketu, CD, USB flashdisk) s dávkami. Smluvní zařízení mají možnost vykazovat pomocí internetu, v případě zájmu zasíláme podrobné informace.

Pro dotazy stran fakturace a vyúčtování je možno kontaktovat paní Danu Trnkovou, tel. +420 233 006 256, dana.trnkova@pvzp.cz. Zde je možno získat rovněž informace k uzavření smluvního vztahu mezi poskytovatelem zdravotní péče a Pojišťovnou VZP, a.s., a také k programu pro vykazování péče prostřednictvím internetu.

1. KOMPLEXNÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ CIZINCŮ (KZPC)

Číslo pojistné smlouvy je vždy desetimístné a začíná zpravidla čísly 169...

Vzor průkazu k pojištění typu Standard:

Jedná-li se o pojištěnou osobu ženského pohlaví ve věku 12 až 50 let, na průkazu se objevují tzv. čekací doby pro případy zdravotních služeb z důvodu těhotenství (3 měsíce) a porodu (8 měsíců), během nichž není poskytováno pojistné plnění týkající se této péče. Průkaz obsahuje datum, od něhož lze v rámci těhotenství a porodu takovou to péči hradit.

Vzor průkazu:

Pokud si klientka sjedná typ pojištění „Novorozenec“, čekací doba se neuplatňuje a péče je hrazena v rámci celé pojistné doby.

Pojišťovna hradí i poporodní péči o novorozence takto pojištěné matky.

Vzor průkazu k pojištění typu Novorozenec:

Průkaz pojištěného může dále obsahovat text „Profesionální sporty“, typ pojištění, které vedle pojištění typu „Standard“ obsahuje plnění i při provozování profesionální sportovní činnosti a přípravě na ni.

Vzor průkazu k pojištění typu Profesionální sporty:

Součástí standardního pojištění je pojištění akutní stomatology za účelem odstranění náhle vzniklé bolesti. Pojišťovna neposkytuje pojistné plnění za neakutní stomatologickou péči.

Výluky pojištění z aktuální verze pojistných podmínek pro KZPC (tučně a podtržené)



jsou zvýrazněny nejčastěji aplikované výluky):

1. Není-li smluvními stranami písemně dohodnuto jinak, pojistitel neposkytuje, s výjimkou zdravotní péče preventivní, dispenzární a související s těhotenstvím pojištěné matky a porodem jejího dítěte, pojistné plnění v případech:

A) nákladů na:

- ústavní péči v odborných léčebných ústavech s výjimkou léčby tuberkulózy a duševních poruch,
- lázeňskou péči, homeopatii a akupunkturu,
- transplantace,
- léčení závislosti, včetně všech komplikací a souvisejících diagnóz,
- vyšetření a léčení AIDS, pohlavních a sexuálně přenosných nemocí od stanovení diagnózy,
- vyšetření a léčení hepatitid od stanovení diagnózy,**
- léčení inzulinem u onemocnění cukrovkou,
- léčení chronické ledvinové nedostatečnosti hemodialýzou nebo peritoneální dialýzou,
- léčení růstovým hormonem,
- léčení interferonem,
- léčení hemofilie a jiných poruch srážlivosti krve,

l) **vyšetření a léčení vrozených vad a onemocnění včetně jejich komplikací a následků od stanovení diagnózy;** u novorozence, jehož matka má sjednaný typ pojištění „Novorozenec“, se tato výluka neuplatňuje,

m) léčení vad řeči a sluchu, sluchadla, kochleární implantáty,

n) **léčení vad zraku, brýle a kontaktní čočky,**

- elektrické vozíky a myoelektrické protézy,
- regulační poplatky a doplatky,
- zhotovení a opravy zubních protéz, pevných zubních náhrad a ortodontických pomůcek,

B) **odkladné (neakutní) stomatologické péče** s výjimkou následků úrazu,

C) událostí, ke kterým došlo z důvodu úmyslného jednání, zavinění nebo spoluzavinění pojištěného; tato výluka se neuplatňuje v případě úrazu,

D) událostí, které byly pojištěnému způsobeny oprávněnou osobou nebo jinou osobou z podnětu pojištěného nebo oprávněné osoby,

E) událostí vzniklých při činnostech na místech k tomu neurčených,

F) pokud ke škodní události došlo v důsledku nebo v souvislosti s:

- účinky uvolněné jaderné energie, chemických nebo biologických zbraní,
- válečnými událostmi a občanskou válkou,
- akty násilí (včetně občanských nepokojů a teroristické činnosti), na nichž se pojištěný podílel,
- manipulací se střelnou zbraní nebo výbušninou pojištěným,

G) pokud ke škodné události došlo v důsledku nebo v souvislosti s:

- výtržnostmi nebo trestnou činností, které pojištěný vyvolal nebo spáchal; tato výluka se neuplatňuje v případě úrazu,
- požitím nebo v souvislosti s následky požívání alkoholu, léků, narkotik či jiných psychotropních nebo návykových látek pojištěným; tato výluka se neuplatňuje v případě úrazu,

H) vyjmenovaných v pojistné smlouvě.

2. Pojistitel neposkytuje pojistné plnění:

a) **za události v důsledku nemoci nebo úrazu, jejichž příčina nebo příznaky nastaly mimo dobu trvání pojištění nebo během čekací doby,**

b) pokud pojištěný odmítne podstoupit ošetření nebo potřebná lékařská vyšetření lékařem, kterého určil pojistitel nebo poskytovatel asistenčních služeb pojistitele,

c) za vyšetření, prohlídky a jiné zdravotní výkony v osobním zájmu pojištěného, které nesledují léčebný účel, včetně laboratorních vyšetření (např. zdravotně-kosmetické výkony, **umělé přerušování těhotenství, vyšetření a léčení neplodnosti, vyšetření v souvislosti s antikoncepcí,** vypracování lékařského potvrzení na vlastní žádost, poplatků za dožádání služby pohotovostní lékárny),

d) za léky a zdravotnické prostředky nepředepsané lékařem, tj. volně zakoupené bez lékařského předpisu, nebo jejichž podávání bylo zahájeno před počátkem pojištění,

e) **za komplikace, které se vyskytnou v souvislosti s poskytováním zdravotní péče u onemocnění, stavů či úrazů, na které se pojištění nevztahuje,**

f) za poporodní péči o novorozence pojištěné matky, není-li v době vzniku škodní události účinné pojištění typu

„Novorozenec“; sjednaný typ pojištění je uveden v pojistné smlouvě,

g) za události vzniklé při provozování profesionální sportovní činnosti i při přípravě na ni, není-li v době vzniku škodní události účinné pojištění typu „Profesionální sporty“; sjednaný typ pojištění je uveden v pojistné smlouvě.

2. ZÁKLADNÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ CIZINCŮ (ZZPC)

Toto pojištění se vztahuje pouze na poskytnutí nutné a neodkladné zdravotní péče u náhlé změny zdravotního stavu pojištěného z příčiny náhlého onemocnění nebo úrazu.

Číslo pojistné smlouvy je vždy 10místné a začíná zpravidla čísly 168..., 166..., 164...

Vzor průkazu k pojištění typu Standard:



Dále si může pojištěný zvolit typy „Nadstandard“, „Sportovní soutěže“ a/ nebo „Nebezpečné sporty“ (blíže viz pojistné podmínky). Typ pojištění je vždy na průkazu uveden.

Výluky pojištění z aktuální verze pojistných podmínek pro ZZPC (tučně a podtrženě jsou zvýrazněny nejčastěji aplikované výluky):

1. Není-li smluvními stranami písemně dohodnuto jinak, pojistitel neposkytuje pojistné plnění v případech:

- veškeré péče v souvislosti s těhotenstvím a porodem a vyšetření v souvislosti s antikoncepcí,**
- ošetření zubů a služeb s ním spojených včetně s výjimkou ošetření následků**



úrazu a neodkladného ošetření zubů za účelem odstranění náhle vzniklé bolesti,

- c) psychologického vyšetření a psychoterapie,
- d) výkonů, které nebyly poskytnuty zdravotnickým zařízením, zdravotnickým pracovníkem, nebo ošetření a léčení, které není lékařsky uznávané,
- e) **preventivních prohlídek, očkování, kontrolních lékařských vyšetření, ošetření a léků nesouvisejících přímo s náhlým onemocněním nebo úrazem,**
- f) kosmetických zákroků,
- g) **rehabilitace, fyzikální léčby** nebo lázeňského léčení či péče v odborných léčebných ústavech, chiropraktických výkonů, výcvikové terapie nebo nácviku soběstačnosti,
- h) akupunktury a homeopatie,
- i) orgánové transplantace, léčení hemofilie, inzulinoterapie mimo poskytnutí první pomoci, chronické hemodialýzy a podávání léků, které bylo zahájeno v mateřské zemi pojištěného,
- j) **komplikací, které se mohou vyskytnout při výkonech a léčení onemocnění, stavů nebo úrazů, na něž se pojištění nevztahuje,**
- k) vyšetření a léčení hepatitid, pohlavních, sexuálně přenosných nemocí a AIDS, včetně vyšetření na HIV pozitivitu, a to od stanovení diagnózy,
- l) brýlí, kontaktních čoček a naslouchacích přístrojů a ortopedických protéz (týká se zhotovení i oprav),
- m) sebevraždy pojištěného nebo pokusu o ni,
- n) události, kdy pojištěný porušil právní předpisy platné v zemi pobytu, jako např. při řízení motorového vozidla pojištěným, který neměl v době vzniku škody platné řidičské oprávnění,
- o) události vzniklé při přípravě a provozování profesionální sportovní činnosti,
- p) události vzniklé při zkušebním testování dopravních prostředků,
- q) události vzniklé při výkonu kaskadérské činnosti,
- r) události vzniklé při přípravě nebo provozování sportovních činností, pro které nelze sjednat odpovídající typ pojištění v rozsahu čl. 5 odst. 2 písm. b) (např. extrémní a adrenalinové sporty),
- s) vzniklé při přípravě a provozování činností, pro něž nebylo sjednáno odpovídající pojištění v rozsahu čl. 5,

- t) úhrady zdravotnických prostředků nepředepsaných lékařem anebo předepsaných lékařem ambulantně,
- u) úhrady léků nepředepsaných lékařem, volně zakoupených bez lékařského předpisu, nebo jejichž podávání bylo zahájeno před počátkem pojištění,
- v) nákladů na regulační poplatky a poplatky.

2. Pojistitel neposkytuje pojištění plnění:

- a) za léčení takových nemocí a zdravotních stavů, kdy je zdravotní péče vhodná, účelná a potřebná, ale je odkladná a lze ji poskytnout až po návratu do mateřské země,
- b) za události vzniklé při pobytu pojištěného na území jeho mateřské země s výjimkou České republiky,
- c) za případy vycestování za účelem čerpání zdravotní péče,
- d) za události, ke kterým došlo z důvodu úmyslného jednání, zavinění nebo spoluvinění pojištěného; tato výluka se neuplatňuje v případě úrazu,
- e) za události, které byly pojištěnému způsobeny oprávněnou osobou nebo jinou osobou z podnětu pojištěného nebo oprávněné osoby,
- f) za události, jejichž příčina nebo příznaky nastaly mimo dobu trvání pojištění,
- g) pokud pojištěný odmítne podstoupit repatriaci, ošetření nebo potřebná lékařská vyšetření lékařem, kterého určil pojistitel nebo poskytovatel asistenčních služeb pojistitele,
- h) za události vzniklé při činnostech na místech k tomu neurčených (např. lyžování a jiné činnosti mimo vyznačené trasy, skoky z mostu a podobně),
- i) pokud ke škodní události došlo v důsledku nebo v souvislosti s:
 - účinky uvolněné jaderné energie, chemických nebo biologických zbraní,
 - válečnými událostmi a občanskou válkou,
 - akty násilí (včetně občanských nepokojů a teroristické činnosti), na nichž se pojištěný podílel,
 - manipulací se střelnou zbraní nebo výbušninou pojištěným,
- j) pokud ke škodní události došlo v důsledku nebo v souvislosti s:
 - výtržnostmi nebo trestnou činností, které pojištěný vyvolal nebo spáchal; tato výluka se neuplatňuje v případě úrazu,

- požitím nebo v souvislosti s následky požívání alkoholu, léků, narkotik či jiných psychotropních nebo návykových látek pojištěným; tato výluka se neuplatňuje v případě úrazu,

- k) za pátrací akce a převoz, pokud zároveň nedošlo k pojistné události na zdraví pojištěného,

- l) v případech vyjmenovaných v pojistné smlouvě.

3. KOMPLEXNÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ CIZINCŮ EXCLUSIVE (KZPCE)

Hrazeny jsou zdravotní služby poskytnuté pojištěnému ve smluvních zdravotnických zařízeních v rozsahu všech rizik běžně hrazených z veřejného zdravotního pojištění v rámci pojistné doby a do sjednané horní hranice pojistného plnění.

Obdobně jako u KZPC se uplatňují čekací doby na těhotenství a porod a lze také sjednat typ pojištění „Novorozenec“, kdy se čekací doba neuplatňuje a péče je hrazena v rámci celé pojistné doby. Pojišťovna hradí i zde poporodní péči o novorozence takto pojištěné matky.

Číslo pojistné smlouvy je vždy desetimístné a začíná zpravidla čísly 163...

Vzor průkazu k pojištění typu Standard:





Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Alena Šebková
předsedkyně OSPDL ČLS JEP

19.2. – účast dr. Šebková, dr. Hülleová – Seminář expertů pracovních skupin v rámci programu Zdraví 2020 – vyslechli jsme informace vedoucích skupin o stavu akčních plánů. Plány spějí do závěrečných fází. Nás se týká provakcinační skupina a skupina Rizikové chování. Je otázka, jak to bude s realizací a především výší dotace z EU.

24.2. – dr. Šebková se sešla s novým předsedou ČLS JEP profesorem Svačinou. Vysvětlila mu stanovisko OSPDL k nutnosti existence oboru PLDD. Předseda ČLS vyslovil názor, že dle něj záleží na požadavku MZ a ČLK redukovat počet základních oborů. V případě radikálních škrtů se obory DL a PLDD nabízejí ke spojení, v případě, že zůstane větší množství oborů, nevidí důvod ke zrušení oboru PLDD. Informace o novém složení předsednictva ČLS JEP jsou umístěny na webu.

26.2. se konal výbor OSPDL, vybrané informace:

Dr. Kubátová představila materiál Evropské pediatrické akademie – dítěti má být společností poskytována komplexní péče – urgentní, péče praktika, veřejné zdravotnické programy, péče o dlouhodobě nemocné, pediatrické specializace.

Dr. Šebková odeslala návrh na novou akreditační komisi našeho oboru, dosud bez reakce MZ, je nutné učinit dotaz, kdo bude schvalovat rezidenční místa.

Dle dostupných informací i na základě žádosti dr. Šebkové to vypadá, že bude dostatek zájemců o rezidenční místa. Doufáme, že vše bude procesně správně, aby došlo k jejich naplnění. Zdá se, že je i dostatečný zájem mladých lékařů.

Poděkování patří aktivitě dr. Růžičkové, která iniciovala schůzku v Karlovarském kraji na krajském úřadu – jednání o možnosti

stipendií kraje mladým lékařům. Kraj kupodivu projevil zájem a bude snad i iniciovat podobná jednání v dalších regionech. Byl by to druhý kraj po Zlínském, kterému jde o zajištění péče o děti a dorost.

Otázka financování OSPDL – zajištění financí je stále těžší, byli jsme nuceni schválit navýšení příspěvků do OSPDL o 50 Kč. Je to ale minimum. Prostředky, které potřebujeme na vzdělávací akce, placení nájmu za kancelář, plat sekretářky... bohužel nestačí. Bude nutné uvažovat o dalších možných zdrojích. Program na konferenci „Zdravotnické fórum – primární prevence v dětském a dospělém věku“ je prakticky ve finále. Na webu už je upoutávka, bude vyvěšen program a spuštěna možnost registrace. Nad konferencí (30. 5. Praha a 13. 6. Brno) převzalo záštitu MZ – hlavní hygienik MUDr. Valenta. Finalizuje se i program na Mezioborový kongres v Přerově.

Doporučené postupy – měl by být dokončen postup GER, připravuje PS pro dětskou gastroenterologii a výživu ČPS, dostaneme k oponování. Je nutné se vyjádřit k postupu Obezita. Pracovní skupina pro nefrologii aktivně vytvořila několik doporučených postupů z této oblasti, k oponování dětskému nefrologovi, pak bude dáno k dispozici.

Na konci února se konal 9. kongres primární péče. Myslím, že byl stejně úspěšný jako předchozí ročníky, a to co do odborné náplně, počtu účastníků, organizace. V jeho rámci se konalo několik kulatých stolů – Onkologie, Gynekologie, Očkování rizikových dětí, Koncepce péče o děti a dorost. V rámci legislativního bloku byla zařazena i problematika akreditací a rezidenčních míst.

3.3. – po třičtvrtěroce jsme dostali termín „audience“ u ministra zdravotnictví ČR MUDr. Němečka. Schůzky se zúčastnily

dr. Šebková a dr. Hülleová. Jednání, bohužel, splnilo naše očekávání z hlediska vztahu ministra k našemu oboru. Neodpověděl prakticky na žádnou naši otázku, evergreenem je požadavek „jednoho oboru, protože mezi dvěma současnými není rozdíl, vzdělávat se v primární péči stačí dva měsíce, v Evropě nikde není PLDD...“ Evidentně jde v naší zemi o kvalitní péči o dva milióny občanů...

Ještě téhož dne jsme se zúčastnily očkovacího semináře v Parlamentu. Bohužel jsme nestihly většinu úvodních přednášek a bohužel jsme stihly diskusi, ve které vystoupili prakticky pouze zástupci Rozalia. Dr. Šebková jako jediná v diskusi vystoupila ve prospěch očkování, se zlou se potázala. Přestože kolem nás seděli lidé s názorem shodným s námi, netroufli si vystoupit. Pokládám si otázku, kam se to řítíme??

4.3. – uskutečnila se úvodní schůzka dr. Šebková, prof. Pohunek, MUDr. Gutová – v loňském roce vyšlo nové doporučení pro léčbu astmatu u dětí. Na jeho základě je třeba kultivovat přístup k diagnostice a léčbě astmatu i v našich praxích, v podmínkách primární péče. Vznikne doporučený postup a následný cyklus vzdělávání. Pneumologie a alergologie se tak stala další oblastí mezioborové spolupráce.

6.3. – dr. Šebková se za OSPDL zúčastnila předsednictva SPLDD. Hlavním tématem je z hlediska OSPDL budoucnost péče o děti a dorost u nás i s ohledem na existenci oboru PLDD.

Konference SPLDD, na nichž budou i zástupci OSPDL, by měly rozhodnout o dalším postupu.

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

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

7. 5. 2015

Epidemiologická situace tuberkulózy. BCG vakcinace.

MUDr. Jiří Wallenfels
Národní jednotka dohledu nad TBC



OSPDL ČLS JEP



Kardiometabolický syndrom dětí

Prof. MUDr. František Stožický, DrSc.

Dětská klinika LF UK a FN Plzeň

■ Úvod

Kardiometabolický syndrom (KMS) je komplex kardiovaskulárních rizikových faktorů metabolického původu, které se uplatňují v patogenezi ischemické choroby srdeční (ICHS) a diabetu mellitu 2. typu (DM2), a to především **viscerální obezity, poruchy glukózové tolerance, aterogenní dyslipoproteinémie a arteriální hypertenze**. Tyto symptomy se často vyskytují společně, a to významně častěji, než by odpovídalo náhodné koincidenci. S velkou pravděpodobností mají kauzální souvislost s inzulinovou rezistencí. K původním čtyřem symptomům se postupně přidávaly další rizikové faktory jako například **chronický subklinický zánět, prokoagulační stav, mikroalbuminurie a hyperurikémie** (1).

KMS tedy zahrnuje problematiku kardiovaskulární a metabolickou. Podle zákona o příčině a následku je však pořadí těchto změn opačné, protože metabolické poruchy to jsou, co podmiňuje vznik kardiovaskulárních lézí.

Podle původního pojetí však KMS stále představuje soubor rizikových faktorů, neměl by proto být považován za klinickou jednotku a označován jako „onemocnění“. To však nijak nesnižuje jeho **praktický klinický význam**, který spočívá především v tom, že **upozorňuje na hrozící závažné nebezpečí a na nezbytnost důsledné prevence**. Je-li totiž nalezen jeden ze symptomů, které tvoří KMS, je nutné pátrat po dalších. To je pravděpodobně největší praktický klinický význam syndromu. Bylo by však chybou čekat u dítěte, které jeví jeden ze symptomů KMS, s terapií, až se objeví všechny symptomy tohoto syndromu.

Spíše z teoretického hlediska je pak zajímavá snaha identifikovat patofyziologický jmenovatel, který je společný pro všechny symptomy syndromu.

KMS, který se stal jedním z nejčastěji diskutovaných pojmů **preventivní medicíny**, má řadu synonym. K častěji používaným patří:

- mnohočetný metabolický syndrom
- syndrom inzulinové rezistence
- syndrom X
- smrtící kvarteto

- Reavenův syndrom
- plurimetabolický syndrom
- dysmetabolický syndrom
- familiární dyslipidemická hypertenze

ZKRATKY

(K)MS – (kardio)metabolický syndrom
HDL-C – cholesterol obsažený v lipoproteinech vysoké hustoty
LDL-C – cholesterol obsažený v lipoproteinech nízké hustoty
ICHS – ischemická choroba srdeční
DM2 – diabetes mellitus 2. typu
IDF – mezinárodní diabetologická společnost
KV – kardiovaskulární
IR – inzulinová rezistence (snížená citlivost tkání k metabolickým účinkům inzulinu)

■ Historie

KMS není v experimentální a klinické medicíně žádnou novinkou. Dnešní koncepci syndromu předcházela klinická pozorování, která svědčila o možné účasti metabolických poruch v patogenezi kardiovaskulárních onemocnění. Ve 20. letech minulého století popsal švédský lékař Eskil Kylin syndrom charakterizovaný společným výskytem hyperglykémie, arteriální hypertenze, obezity a dny. Je třeba také připomenout italského anatoma Morgagniho, který o dvě století dříve usoudil na základě svých pozorování na vztah mezi tloušťkou abdominální tukové tkáně a patologickými změnami v cévách. V roce 1967 se Avogaro a Crepaldi zmiňují o „plurimetabolickém syndromu“, který zahrnoval hypertriglyceridémii, obezitu, arteriální hypertenzi a diabetes mellitus. V roce 1988 zveřejnil významnou studii o „metabolickém syndromu inzulinové rezistence“ G. M. Reaven a z roku 1989 pochází Kaplanova práce o smrtícím kvartetu „The deadly quartet: upper body obesity, glucose intolerance, hypertriglyceridemia, and hypertension“. Naši spolupracovníci z Drážďan M. Hanefeld a W. Leonhardt byli v roce 1997 autory monografie „The Metabolic Syndrome“. V české odborné literatuře to je Svačina monografie „Metabolický syndrom“ z roku 2006 (2).

■ Diagnostická kritéria

Dosud bylo různými autory a institucemi sestaveno několik definic KMS pro dospělé i děti. Klinická diagnostika vychází i v současné době z původní koncepce syndromu jako souboru společně se vyskytujících rizikových faktorů ischemické choroby srdeční a DM2, a to **viscerální obezity, poruch glukózové homeostázy, aterogenní dyslipidémie a arteriální hypertenze**.

Definice KMS u dospělých

MS lze také definovat jako soubor rizikových faktorů nebo nemocí, které se vyskytují společně a mohou vést k předčasnému rozvoji aterosklerózy a jejím následkům, především ke vzniku KV nemocí nebo DM2. Bylo totiž zjištěno, že úmrtnost na KV onemocnění je u jedinců s MS dvakrát až třikrát vyšší než u jedinců, kteří tento syndrom nevykazují.

Hlavním cílem prvních diagnostických kritérií MS, která vypracovala skupina expertů WHO v roce 1999, bylo upřesnění klasifikace stavů vytvářejících dispozici k DM. Proto je vyžadována přítomnost zvýšené glykémie nalačno nebo porušená tolerance glukózy, popřípadě průkaz inzulinové rezistence pomocí euglykemického clampu. K diagnóze KMS pak stačí další dva rizikové faktory ze skupiny čtyř dalších, a to dyslipidémie, arteriální hypertenze, obezita a mikroalbuminurie. Poslední z nich byl z pozdějších modifikací vypuštěn.

V roce 2001 vznikla ve Spojených státech diagnostická kritéria MS v rámci National Cholesterol Education Program, která jsou označována jako NCEP ATP III. Odlišnost těchto kritérií od kritérií WHO vyplývá z jejich primárního zaměření na osoby se zvýšeným rizikem ICHS. V rámci programu se vychází z předpokladu, že všechny rizikové znaky jsou stejně závažné. Podle kritérií NCEP ATP III naplňuje jedinec definici KMS, pokud vykazuje tři ze skupiny pěti faktorů, definovaných hraničními hodnotami obvodu pasu, plazmatické koncentrace triacylglycerolů, HDL-C, glykémie a krevního tlaku.

Nejnovější diagnostická kritéria MS byla vypracována v roce 2006 experty International



Diabetes Federation. Pro diagnózu syndromu je podle nich nezbytná přítomnost abdominální obezity spolu se dvěma ze skupiny čtyř rizikových faktorů, a to plazmatické koncentrace triacylglycerolů, hodnoty HDL-C, krevního tlaku a glykémie nalačno.

Kromě uvedených tří definic KMS existují ještě další, různě modifikované verze, kupříkladu kritéria Americké endokrinologické společnosti z roku 2003.

Diagnostická kritéria MS, a tedy i jeho definice, jsou předmětem neustálých diskusí. Přesto výsledky četných epidemiologických studií prokázaly, že jedinci, u nichž byl podle kterékoli definice diagnostikován MS, jsou zatíženi vyšším rizikem ICHS a jinými klinickými projevy aterosklerózy, přičemž výskyt koronárních příhod i kardiovaskulární mortalita stoupají se zvyšujícím se počtem komponent.

Definice KMS u dětí

Stejně jako pro dospělé je také pro děti k dispozici více definic KMS.

Weiss a spol. doporučují používat u dětí za tímto účelem modifikovaná **kritéria NCEP ATP III**. Podle něj je syndrom u dětí definován přítomností alespoň dvou z následujících čtyř odchylek:

1. hladinou triacylglycerolů v séru vyšší, než je hodnota 95. percentilu pro daný věk,
2. hodnotou HDL cholesterolu v séru nižší, než je hodnota 5. percentilu,
3. hodnotou systolického nebo diastolického tlaku nad 95. percentilem,
4. porušenou tolerancí glukózy.

Podle **NHANES III** (National Health and Nutrition Examination Survey) vyžaduje diagnóza KMS u dětí:

1. přítomnost abdominální obezity definované obvodem pasu rovným hodnotě 90. percentilu nebo vyšším,
2. hladinu S-triacylglycerolů 1,24 mmol/l a vyšší,
3. hodnotu S-HDL cholesterolu 1,03 mmol/l a nižší, glykémii nalačno 6,1 mmol/l a vyšší,
4. hodnotu krevního tlaku nad 90. percentilem pro daný věk, pohlaví a tělesnou výšku.

Chybění jednotné definice KMS, která by byla vhodná pro děti, vedlo experty IDF (International Diabetes Federation) k vytvoření definice nové a natolik jednoduché, aby se mohla stát klinicky použitelným diagnos-

tickým vodítkem (3). Tato **IDF definice KMS** z roku 2007 je specifikována pro tři věkové období, a to období od 6. do 9. roku věku, období od 10. do 16. roku života a období nad 16 let. K jejímu stanovení se používá pět rizikových faktorů:

1. obezita určená hodnotou obvodu pasu,
2. hypertriacylglycerolémie,
3. nízká hodnota HDL cholesterolu,
4. arteriální hypertenze,
5. hyperglykémie nebo prokázaný DM2.

Pro první věkovou skupinu pak platí, že u dětí mladších deseti let by neměly být vyvíjeny snahy o diagnostiku KMS. Diagnostické, léčebné a preventivní úsilí by mělo být u těchto dětí soustředěno na samotnou obezitu. Zvláštní pozornost pediatra pak vyžadují obézní děti této věkové kategorie, které mají ve své rodinné anamnéze příbuzného s KMS, DM2, dyslipidemií, kardiovaskulárním onemocněním, hypertenzí nebo obezitou. Takové děti vyžadují další vyšetření a sledování. Děti ve druhé věkové skupině splňují diagnostická kritéria KMS, jsou-li obézní a trpí-li dvěma nebo více z dalších diagnostických parametrů. Pro triacylglyceroly v séru byla pro tyto děti stanovena jako limitní koncentrace 1,7 mmol/l, pro HDL-C v séru hodnota 1,03 mmol/l, pro STK hodnota 130 mm Hg, pro DTK 85 mm Hg a pro glukózu v krvi koncentrace 5,6 mmol/l. U dětí starších 16 let lze pro stanovení diagnózy KMS použít kritéria pro dospělé.

Často je za **rozhodující diagnostické kritérium KMS** považován **přímý průkaz IR**, a to pro její hypotetické ústřední postavení v jeho etiopatogenezi. Za účelem posouzení inzulinové senzitivity se zpravidla stanovuje inzulin-dependentní odsun glukózy z cirkulace (glucose disposal) metodou euglykemického hyperinzulinového clampu nebo některou modifikací inzulinového supresního testu nebo nitrožilním glukózovým testem vyhodnoceným podle Bergmanova minimálního modelu. První z uvedených metod je přitom považována za zlatý standard. Způsoby přímého stanovení inzulinové senzitivity však nejsou vhodné pro klinickou praxi. Proto byla věnována značná pozornost otázce, do jaké míry mohou být nahrazeny metodami méně náročnými. Relativně nejvyšší stupeň korelace s hodnotami inzulin-dependentního odsunu glukózy byl zjištěn pro plazmatickou hladinu inzulinu nalačno a pro hodnoty orálního testu tolerance glukózy (oGTT). Tento test byl použit u dospělých ke zhodnocení funkce beta-buněk

Němeček chce konec kouření v restauracích a na lístku jeden nápoj levnější než pivo

Úplný zákaz kouření ve stravovacích zařízeních, v areálech nemocnic i na dětských sportovištích navrhuje ministerstvo zdravotnictví v novele zákona o ochraně zdraví, který podalo do připomínkového řízení. Zákaz se má týkat i elektronických cigaret.

Podle zákona by také měl být v nabídce restauračních zařízení nápoj levnější než pivo. Za nalití alkoholu dětem a dospívajícím může být provozovna ihned uzavřena. Stoupají také pokuty za nalití alkoholu dětem na dva milióny a dospívajícím na milión korun. Ministr S. Němeček (ČSSD) vychází z návrhu normy, kterou připravil jeho předchůdce Heger (TOP 09), v řadě ohledů ale je přísnější. Novinkou také je komplexní přístup k problematice alkoholu, tabáku a nelegálních drog, včetně zřízení státního fondu integrované protidrogové politiky. Do fondu by plynul podíl ze spotřební daně za alkohol a cigarety a z loterijní daně.

Pozitivní dopady pro společnost

Němeček v materiálu pro vládu vyčísľuje celospolečenské náklady na užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog na 56,2 miliardy korun ročně, z nich 33,1 miliardy za tabák, 16,4 miliardy alkohol a 6,7 miliardy drogy.

„Pokud by se podařilo snížit spotřebu tabáku o pět procent, klesnou příjmy státního rozpočtu o 2,1 miliardy korun. Pro zdravotní a sociální resort by to ale znamenalo díky poklesu nemocnosti, invalidity a úmrtnosti na následky užívání legálních i nelegálních drog úsporu 5,5 miliardy korun ročně,“ uvádí v důvodové zprávě. Podobně jako Heger mluví Němeček o zákazu prodeje tabáku, elektronických cigaret a alkoholu v automatech a také v zásilkovém prodeji s výjimkou internetu, kde ale musí zboží převzít osoba prokazatelně starší 18 let. V restauracích nesmějí pobývat opilí mladiství, za jejich vpuštění do provozovny hrozí pokuta.

Zákaz nalévání alkoholu dětem a mladistvým je už v platném zákoně z roku 2005 a Němeček ho do svého návrhu přebírá. Podle starší normy se také nesmí kouřit ve veřejných budovách, vlacích, na nádražích a zastávkách. Restauratéři si zatím mohou vybírat, zda se v jejich zařízení bude kouřit, musejí zajistit oddělené prostory kuřácké a nekuřácké.

Zdroj: čtk, www.novinky.cz, 28. 1. 2015



pankreatu a inzulinové rezistence proto, že hladina glukózy a inzulinu v plazmě během něj odráží schopnost těchto buněk secernovat inzulin i citlivost tkání vůči němu. Lepším, i když stále ještě méně přesným způsobem určování inzulinové rezistence je homeostatický model stanovení (HOMA) vyvinutý Matthewsem a spol. Vyžaduje pouze hodnoty glykémie a inzulinémie nalačno a zdá se tak být užitečnou metodou snadno použitelnou v klinické praxi.

Dosavadní diagnostická kritéria KMS však nelze považovat za optimální. Závažný nedostatek spočívá především v tom, že neumožňují kvantitativní odstupňování rizika, a to nejen se zřetelem na absolutní hodnoty jednotlivých rizikových faktorů, ale také na jejich vzájemné vztahy.

Trvajících nejasností v definici a diagnostice MS i v jeho léčbě vedly v roce 2003 k ustavení mezinárodní organizace Metabolic Syndrome Institute, jehož tři hlavní cíle jsou:

1. prohlubování znalostí o syndromu,
2. rozšiřování těchto znalostí ve zdravotnické a státní sféře a široké veřejnosti,
3. podporování a stimulování výzkumu KMS.

Diskuse o KMS, které v současnosti stále probíhají, se týkají jak jeho teoretických, tak i praktických aspektů. Diskutovány jsou **jeho základní patofyziologické souvislosti, vztahy mezi jeho jednotlivými symptomy, definiční nebo diagnostická kritéria, klinická užitečnost jeho koncepce, mechanismy zvětšování intraabdominální tukové tkáně a možnost terapeutického ovlivnění inzulinové rezistence.** Kontroverzní otázkou je i genetická a patofyziologická jedinečnost syndromu a v souvislosti s tím i jeho samotná existence. Zastánci současného pojetí KMS jako patofyziologické a klinické jednotky si slibují, že systémový přístup přispěje k hlubšímu porozumění patogenetickým mechanismům, umožní přesnější predikci kardiovaskulárního rizika, zlepší motivaci k preventivním a léčebným opatřením. Naproti tomu existují ke koncepci syndromu závažné kritické připomínky a dokonce i zcela odmítavá stanoviska. Výsledky některých epidemiologických studií bývají totiž interpretovány v tom smyslu, že diagnóza KMS nemá pro konkrétního jedince větší význam než průkaz aktuálně přítomných rizikových symptomů.

Klinická praxe a neustále se zvyšující počet klinických studií na téma KMS dokazují

opodstatněnost tohoto syndromu. Proto nelze souhlasit s názory, že KMS v dětství neexistuje (9). I přes současné diskuse, zda je KMS skutečnou klinickou entitou, nikdo nepochybuje o faktu, že jedinci s kombinací onemocnění zahrnovaných pod KMS mají výrazně vyšší riziko KV morbidity i mortality.

■ Prevalence a rizikové faktory

Prevalence KMS, definovaného podle kritérií NCEP ATP III z r. 2001, byla stanovena u 8814 dospělých jedinců ve Spojených státech, kteří se účastnili NHANES III (The Third National Health and Nutrition Examination Survey). Celková prevalence byla 22 % a incidence významně stoupala s věkem vyšetřovaných. Nejvyšší hodnoty dosáhla u mexické menšiny, a to 31,9 %. U příslušníků národnostních menšin, a to jak mexické, tak i afroamerické, byla vždy vyšší u žen než u mužů.

Výskyt KMS neustále stoupá. Prevalence KMS, definovaného opět kritérii ATP III, byla zkoumána u 3323 účastníků Framingham Heart Study ve věku od 22 do 81 let, kteří při vstupním vyšetření v r. 1990 nejevili známky cukrovky nebo nemoci kardiovaskulárního ústrojí. Při vstupu do studie činila prevalence syndromu u mužů 26,8 % a u žen 16,6 %. Po osmi letech sledování se zvýšila u mužů o 56 % a u žen o 47 %.

Hlavním rizikovým faktorem výskytu syndromu je nadváha a obezita. Ve studii NHANES III byl KMS nalezen u pěti procent jedinců s normální hmotností, ale u 22 % jedinců s nadváhou a u 60 % obézních. U kohorty vyšetřované v rámci Framingham Heart Study bylo zvýšení tělesné hmotnosti o 2,5 kg nebo větší během 16 let spojeno se zvýšením rizika syndromu o 21 až 45 %. Vysoká hodnota obvodu pasu sama identifikuje až 46 % jedinců, u kterých se rozvine v příštích pěti letech života KMS. Kromě věku, hmotnosti a rasové příslušnosti výskyt KMS významně souvisí s kuřáctvím, nízkým finančním příjmem, výživou s vysokým obsahem glycidů, alkoholismem, chyběním pohybové aktivity a postmenopauzálním obdobím. Špatná kardiopulmonální kondice je významným a nezávislým prediktorem kardiometabolického syndromu jak u mužů, tak u žen.

Na základě výsledků vyšetření 1690 dětí starších dvanácti let v rámci NHANES III studie byla stanovena prevalence KMS, definovaného ATP III kritérii, na devět procent s rasovou a etnickou distribucí podobnou

dospělým. Obecně platí, že prevalence tohoto syndromu u obézních dětí je vysoká a stoupá se zvyšující se tloušťkou. To vyplývá z výsledků studie 439 dětí obézních, 31 dětí s nadváhou a 20 dětí s normální tělesnou hmotností. Z výsledků této studie, ve které byl KMS opět definován pomocí kritérií ATP III, vyplynulo:

- zvyšující se prevalence syndromu se stoupající rezistencí vůči inzulinu,
- přítomnost KMS u 39 a 50 % středně a těžce obézních dětí, ale u žádného z dětí s normální tělesnou hmotností nebo nadváhou,
- stoupání sérové hladiny C-reaktivního proteinu a klesání hladiny adiponektinu se zhoršováním obezity, což je nález anticipující zvýšené kardiovaskulární riziko.

V souboru adolescentů byl KMS nalezen u 29 % obézních, tj. těch, kteří měli hodnotou BMI vyšší než hodnotu 95. percentilu, a u 6,8 % jedinců s hodnotou BMI mezi 85. a 95. percentilem, ale pouze u 0,1 % těch, kteří měli tělesnou hmotnost normální.

U dětí byly také zkoumány rizikové faktory, které mohou předznamenávat rozvoj KMS, a to v longitudinální The National Heart, Lung, Blood Institute Growth and Health Study. Dívky ve věku 9 a 10 let, v celkovém počtu 1192, byly sledovány po dobu deseti let. V začátku sledování bylo postiženo KMS, který byl definován podle ATP III kritérií, 0,2 % dívek. Na konci sledovaného období byl KMS diagnostikován u 3,5 % černošek a 2,4 % dívek bílé pleti. Nejvyšší prediktivní hodnotu rizika rozvoje syndromu měla hladina triacylglycerolů v séru a hodnota obvodu pasu. Za každé zvýšení tohoto obvodu o 1 cm ve druhém roce studie se zvýšil stupeň ohrožení KMS o 7,4 %. Každé zvýšení sérové koncentrace triacylglycerolů o 1 mg/dl v začátku studie znamenalo zvýšení rizika o 1,3 %. Uvedené hodnoty nevykazovaly závislost na rasové příslušnosti. Z obézních dětí, které absolvovaly lázeňskou léčbu v Karlových Varech, 10 % splňovalo kritéria KMS.

Výskyt hlavních symptomů KMS u českých dětí jsme zkoumali v rámci prospektivní dotazníkové studie v letech 2006 až 2007 (4). Studie se zúčastnilo 37 praktických dětských lékařů ze všech krajů republiky. Celkem bylo vyšetřeno 2910 dětí. Nadváhu jsme zjistili u 7,9 % vyšetřených a obezitu u stejného procenta, hypertriacylglycerolémii, tedy koncentraci triacylglycerolů v séru 1,5 mmol/l a vyšší, mělo 13 % dětí. Nízkou



hodnotu sérového HDL cholesterolu, nižší než 1,0 mmol/l, jsme našli u 7 % vyšetřených jedinců. Systolický tlak vyšší než hodnotu 95. percentilu vykazala 4 % dětí.

Výsledky dosavadních studií dokazují, že prevalence KMS je u obézních dětí a adolescentů vysoká a že se významně zvyšuje se stoupající tíží obezity, zejména obezity centrálního typu. Už v tomto věku lze identifikovat nepříznivé biochemické markery kardiovaskulárního rizika. Na rozdíl od dospělých však u dětí a adolescentů chybí jejich longitudinální sledování.

■ Patofyziologické mechanismy

Stejně jako řada jiných syndromů vzniká i KMS v interakci vnitřních (genetických) a zevních (environmentálních) podmínek života. **Genetický aspekt syndromu** je významný. Častěji se kupříkladu vyskytuje v určitých rodinách. Jeho velmi vysokou prevalenci vykazují některá etnika. Prudký nárůst výskytu KMS však není dán změnou genofondu, ale na jeho vzniku a rozvoji se podílí **změna životního stylu**, která má aspekt jak kvantitativní, tak kvalitativní. Jde především o dlouhodobou pozitivní energetickou bilanci v důsledku příjmu živin neodpovídajícího výdeji energie, ale také o změny ve složení stravy, zejména o vysoký příjem rafinovaných cukrů a tuků obsahujících nasycené mastné kyseliny (MK) a naopak o pokles příjmu vlákniny a vícenenasycených MK. Významná role náleží také fyzické aktivitě, jejíž intenzita neodpovídá množství přijaté energie. I pro člověka platí zákony termodynamiky. Energie se z něj nemůže ztratit, ale může se v něm přeměňovat. Lze přesně vypočítat, v jakém množství zásobní tukové tkáni se uloží nespotřebované nebo nevydané množství potravy přijaté energie. Experimentální i klinický výzkum poskytuje stále nové poznatky o procesech, které se uplatňují v patogenezi KMS. I když znalost molekulárních mechanismů není přesto zcela úplná, existuje obecná shoda, že klíčová role ve vzniku a rozvoji syndromu náleží **viscerální obezitě a inzulínové rezistenci**. Je sice evidentní, že obě uvedené poruchy se vzájemně významně ovlivňují, ale dosud není jasné, která z nich je primární. Viscerální tuková tkáň je také nejsilnějším faktorem, který se uplatňuje při shlukování jednotlivých symptomů tvořících KMS. Endokrinní funkce tukové tkáně jsou významně ovlivňovány psychosociálními vlivy, a to prostřednictvím hypotalamo-

-hypofýzo-adrenokortikální osy. Obezita, zejména právě **obezita viscerálního typu**, je spojena se změnami v sekreci **adipocytokínů**. Stoupá produkce cytokinů prozánětlivých, a to leptinu, TNF- α , interleukinů (IL-1, IL-6, IL-9), rezistinu a angiotenzinu, kdežto tvorba adiponektinu klesá. Prozánětlivé adipocytokiny navozují **chronický subklinický zánět**, zvyšují **oxidační stres**, působí **změny koagulace a fibrinolýzy** a zhoršují **endoteliální dysfunkci**. Prozánětlivé adipocytokiny se také podílejí na vzniku **arteriální hypertenze**.

Nedostatečná odpověď cílových tkání na působení inzulínu je převážně důsledkem postreceptorové poruchy inzulínové signalizační kaskády. **Inzulínorezistence** je podmíněna z 50 % genetickými faktory, z 25 % adipozitou a stejným procentem fyzickou aktivitou. Je příčinou snížené kapacity tukové tkáně skladovat lipidy (triacylglyceroly). To má spolu s nedostatečnou supresí lipolýzy za následek trvale zvýšený vtok volných (neesterifikovaných) mastných kyselin (NEFA) do jater a dalších orgánů. Proto se již v časném stadiu IR, a to ještě před projevem poruch homeostázy glukózy, rozvíjí **aterogenní dyslipidémie**. Zvýšené koncentrace NEFA jsou schopné aktivovat nukleární faktor – κ B. Ten pak aktivně reguluje geny spojené se zánětem. Na základě výsledků řady studií lze doložit, že také vztah IR a endotelové dysfunkce je zprostředkován subklinickým zánětem. U 32 dětí s heterozygotní formou familiární hypercholesterolémie (FH) jsme vyšetřili přítomnost zánětu (hsCRP) a endoteliální dysfunkce, a to pomocí biochemických parametrů a sonografické metody decelerčního indexu v naší modifikaci (Jehlička, Stožický, 5). V porovnání se zdravými jedinci vykazovali nemocní s FH významně vyšší hodnoty hsCRP, S-asymetrického argininu a oxidovaných LDL.

Dosud získané poznatky jednoznačně ukazují na **vzájemnou funkční provázanost jednotlivých symptomů KMS**, což lze pokládat za významný argument ve prospěch koncepce tohoto syndromu jako **komplexní patofyziologické jednotky**. Podle současných poznatků se zdá, že etiopatogenetickým podkladem KMS je inzulínová rezistence.

■ Klinický význam

Klíčový klinický význam koncepce KMS spočívá v tom, že usnadňuje identifikaci jedince, který vyžaduje agresivní změnu

Místo jehly jen ultrazvuk: náhrada biopsie jater

V IKEM zavádějí do praxe novou, neinvasivní, nebolestivou a snadno opakovatelnou metodu – elastografii.

Elastografie v budoucnu nahradí až polovinu biopsií jater, soudí v Institutu klinické a experimentální medicíny v Praze. Tamní odborníci novou ultrazvukovou metodu provádějí už rok a vyšetřili již 500 pacientů.

„Elastografické vyšetření je komfortnější – jde vlastně o klasické ultrazvukové vyšetření jako například u těhotných žen – zde ale s tím rozdílem, že elastograf měří navíc elasticitu jaterní tkáně, tedy její měkkost nebo tuhost. Čím větší odpor játra kladou, tím jsou tužší a hodnota elasticity je vyšší – to lékař vidí okamžitě na monitoru. Barevná škála signalizuje závažné onemocnění,“ popisuje zástupce přednosty Kliniky hepatogastroenterologie MUDr. J. Šperl, CSc. V IKEM výsledky elastografie jater porovnávají s výsledky standardních biopsií. Jak uvádějí, výsledky jsou velmi slibné – elastografie je v porovnání s klasickou biopsií jater v řadě případů přinejmenším stejně průkazná, ovšem pro pacienta, vzhledem k tomu, že se používá speciální ultrazvukový snímač, mnohem šetrnější než odběr tkáně. Elastografie může nahradit klasickou biopsii např. při zjišťování stupně jaterní fibrózy, reakce na léčbu chronického virového zánětu jater typu B či C apod. „U pacientů s pokročilým onemocněním jater není překážkou vyšetření ani přítomnost volné tekutiny v dutině břišní. Lékař navíc může snímat elasticitu z různých míst v játrech, zatímco biopsie hodnotí vzorek jen z jednoho místa,“ vysvětluje MUDr. H. Gottfriedová, CSc., vedoucí lůžkového oddělení Kliniky hepatogastroenterologie IKEM. Elastograf je vhodný pro kontinuální sledování vývoje fibrózy a tím pro celkové hodnocení efektu terapie. Toho se často využívá například u pacientů s autoimunitní hepatitidou nebo s hepatitidou typu B či C. „Výstupy z biopsie jsou nezastupitelné a cenné. Ovšem biopsie má své nevýhody. Vlastní výkon – odběr vzorku tkáně – není pro pacienty příjemný, i když je celkem rychlý. Trvá sice sotva pár minut, ale celé vyšetření vyřadí pacienta na jeden až dva dny z běžného fungování, což v případě, že pacient pracuje, má děti, atd., není příliš výhodné,“ doplňuje dr. Gottfriedová. Vyšetřit nelze jen asi 5–8 % pacientů, a to nejčastěji z důvodu významné obezity nebo absolutní neschopnosti zadržet dech.

Zdroj: doktorvlach.cz, 26. 2. 2015



způsobu života, zaměřenou především na redukci nadváhy a obezity a zvýšení pohybové aktivity. Podle Florese a spol. slouží tento syndrom užitečnému účelu, a to soustředění pozornosti a zdrojů na jedince zatížené vysokým rizikem rozvoje nemocí kardiovaskulárního ústrojí, DM2 i ostatních civilizačních nemocí, a to jak v obecné populaci, tak i na klinické úrovni.

Významná souvislost mezi KMS a DM2 je zřejmá z výsledků několika prospektivních studií. Například u 4423 nediabetických jedinců, sledovaných v rámci Beaver Dam Study po dobu pěti let, zvyšovala přítomnost syndromu, diagnostikovaného podle kritérií WHO, riziko rozvoje DM2 až 34krát.

Výsledky řady studií také dokazují, že KMS je **významným kardiovaskulárním rizikem**. Výsledky četných epidemiologických studií potvrdily, že jedinci, u nichž byl KMS identifikován (podle kterékoliv definice), mají vyšší riziko ICHS a jiných klinických manifestací aterosklerózy a že výskyt koronárních příhod i mortalita u nich stoupají s počtem komponent syndromu. V jedenáct let trvající finské studii 1200 mužů, kteří splňovali podle kritérií ATP III jeho definici, bylo riziko kardiovaskulární smrti 4,2krát vyšší než u mužů, kteří kritéria nesplňovali. MS, diagnostikovaný podle stejných kritérií u souboru nemocných s angiograficky potvrzenou nemocí koronárních arterií, byl stejně významným rizikovým faktorem ICHS jako signifikantní hypertriacylglycerolémie nebo významně snížená hodnota HDL cholesterolu. Dosud však nebyl podán jednoznačný důkaz, že kardiovaskulární riziko syndromu je větší, než by odpovídalo aditivnímu účinku jeho komponent. Tímto problémem, který má pro akceptování koncepce MS velký význam, se zabývali autoři několika studií. V jedné z nich byla přítomnost jednotlivých komponent MS a jejich seskupení v počtu dvou až šesti vztažena k tloušťce komplexu intimy a medie karotické tepny jakožto ukazateli preklinické (latentní) aterosklerózy. U poloviny z možných kombinací komponent syndromu byl zjištěn synergický účinek, a to zvláště tehdy, byla-li současně přítomna hypercholesterolémie.

MS se sdružuje s řadou dalších odchylek, které souvisejí především s těžkou obezitou. Je to tzv. **nealkoholická hepatosteatóza**, tedy kumulace tuku v játrech s následným zánětem, fibrózou a cirhózou, **chronická nefropatie** s mikroalbuminurií a signifikantně sníženou glomerulární filtrací, **syndrom polycystických ovaríí** a **poruchy dýchání**

ve spánku, včetně obstrukční spánkové apnoe.

Za hlavní patofyziologický proces probíhající prakticky u všech jedinců s MS je považována rezistence vůči inzulinu. Zda však je tato významná patofyziologická odchylka jmenovatelem společným pro všechny symptomy, které tento syndrom tvoří, nebylo dosud nikým prokázáno.

■ Léčení a prevence

Klíčový význam v řešení problematiky KMS má **časný záchyt postiženého jedince**, a to pokud možno ještě v jeho dětském věku. **Nezastupitelná role v tom náleží praktickým lékařům pro děti a dorost**, kteří musejí ověřováním rodinné kardiovaskulární anamnézy, sledováním a vyhodnocováním antropometrických parametrů a měřením krevního tlaku v rámci povinných pravidelných preventivních prohlídek zavčas identifikovat dítě s počínající nadváhou a obezitou, arteriální hypertenzí a dyslipoproteinémií, zejména hypercholesterolémií. Prevence je totiž vždy snazší a méně nákladná.

Léčebné vedení dětí s KMS má **složku nefarmakologickou a farmakologickou** (6) a zahrnuje škálu léčebných opatření od **díty, zvyšování pohybové aktivity, psychoterapie, lázeňské léčby až po farmakoterapii**. Protože se u dětí většinou jedná o primární prevenci, měla by veškerá opatření mít minimum nežádoucích účinků. To vyžaduje i další aspekt vedení nemocného s tímto syndromem, kterým je dlouhodobost vyplývající z jeho „přirozeného vývoje“ (natural history), neboť manifestace jednotlivých klinických projevů začíná obezitou již v dětství, brzy následovanou hyperinzulinémií a arteriální hypertenzí, DM2 a v časném dospělém věku klinickou manifestací aterosklerózy.

Hlavní cíle léčebného přístupu k jedincům s KMS jsou podle doporučení Americké kardiologické společnosti, NHLBI a Americké diabetologické společnosti dva, a to odstranění patofyziologického podkladu syndromu, tedy obezity, jeho redukci a modifikace přidružených kardiovaskulárních rizikových faktorů. **Prevence nebo redukce obezity**, zejména obezity abdominální, je nejdůležitější komponentou léčebného přístupu k nemocným s KMS. Nejlépe jí lze dosáhnout multifaktoriálním postupem, který zahrnuje dietu, zvýšenou pohybovou aktivitu a případně i farmakoterapii (7).

V současné době je možné potencionovat redukci obezity dietou pomocí **orlistatu**,

snížit inzulinovou rezistenci léky potencujícími jeho účinek, například **metforminem**, upravit dyslipoproteinémií pomocí **hypolipidemik** (8) a arteriální hypertenzi použitím **antihypertenziv** (9). Zatímco realizace dietních a režimových opatření je součástí každodenní práce PLDD (10), farmakoterapie KMS náleží do rukou specializovaného dětského lékaře.

Výsledky léčby KMS zahrnující změnu způsobu života a některé farmakologické postupy, které ovlivní IR a jeho další komponenty, zpomalí přechod do DM2 a zabrání manifestaci kardiovaskulárních onemocnění, nebo ji alespoň oddálí. Svědčí také jednoznačně o vzájemné provázanosti symptomů tvořících syndrom a podporují koncepci syndromu jako komplexní patofyziologické jednotky. Do klinické praxe začínají vstupovat látky působící jako aktivátory jaderných receptorů PPAR, které by mohly komplexně ovlivňovat řadu složek KMS.

■ Literatura

1. Grundy SM. Metabolic syndrome: a multiplex cardiovascular risk factor. *J Clin Endocrinol Metab.* 2007;92(2):399–404
2. Svačina Š et al. *Metabolický syndrom.* Praha: Triton, 2006
3. Zimmet P, George A, Kaufman F et al. *The Metabolic Syndrome in Children and Adolescents: The IDF Consensus.* Diabetes Voice. 2007;52(4):29–32
4. Procházka B, Stožický F. Primární prevence ICHS u dětí. *Vox Paediatricae.* 2007;7(9):40–43
5. Jehlička P, Stožický F, Varvařovská J et al. Neinvazivní hodnocení endoteliální dysfunkce pomocí deceleračního indexu u dětí s rizikem předčasné manifestace aterosklerózy. *Atherosclerosis.* 2006;1:70
6. Rucki Š, Stožický F. *Prevence nemocí oběhové soustavy.* Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-388-1
7. Lisá L, Kytarová J, Stožický F et al. Doporučený postup prevence a léčby dětské obezity. *Čes.-slov. Pediat.* 2008;63:501–507
8. Stožický F. Diagnostika a terapie dyslipoproteinémií u dětí. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-303-2
9. Liška J. Patogeneze a terapie hypertenze u dětí. *Vox Paediatricae.* 2008;8:20–22
10. Urbanová Z, Šamánek M. Existuje metabolický syndrom v dětství. *Čes.-slov. Pediat.* 2007;62(6):384–387
11. Stožický F, Liška J. Prevence vzniku a rozvoje aterosklerózy u dětí. *Čes.-slov. Pediat.* 2000;55(10):655–659



Péče o děti se srdeční vadou v ordinaci PLDD

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

Dětská klinika LF UK a FN Plzeň

Prevalence vrozených srdečních vad v České republice díky zlepšující se prenatální diagnostice mírně klesá. Jejich výskyt činí v současnosti 5,3 na 1000 narozených dětí. Nově zavedené terapeutické postupy včetně katetrizačních intervencí přinášejí dobré výsledky u vad dříve obtížně řešitelných nebo inoperabilních. Částečně se tak mění spektrum kardiologických pacientů přicházejících do ambulance PLDD. Zcela převládají vrozené srdeční vady, děti s revmatickou horečkou již prakticky nevidíme, nelze však vyloučit její opětovný výskyt v souvislosti s imigrační vlnou z rozvojových zemí.

■ Kritické vrozené srdeční vady

Tato obávaná skupina vad tvoří zhruba jednu třetinu vrozených srdečních vad. Patří mezi ně především transpozice velkých arterií, kritická aortální a pulmonální stenóza, koarktace aorty, interrupce aortálního oblouku a syndrom hypoplastického levého srdce. V neléčených případech vedou k rychlé smrti novorozence v důsledku akutního srdečního selhání nebo kritické hypoxie. Společným rysem těchto vad je závislost na otevřené tepenné dučeji, která propojuje plicní a systémový oběh a zvyšuje tak šanci přežít nejkritičtější poporodní období.

Terapie: Infuze prostaglandinů k udržení průchodnosti tepenné dučeje, rychlý kontakt a urgentní transport do dětského kardiocentra s následnou chirurgickou nebo katetrizační intervencí. Tento dlouhodobě praktikovaný postup přispívá k velmi nízké časné pooperační mortalitě dětí se srdeční vadou v ČR (1–2 %).

■ Defekt komorového septa

Jde o nejčastěji detekovanou vrozenou srdeční vadu v dětském věku. Malé defekty jsou klinicky dobře tolerované. Jsou typické středně hlasitým (3/6) systolickým šelestem v levém prekordiu. Velké defekty s nadměrným plicním průtokem vedou k tachypnoei, dyspnoei, častým respiračním infekcím a k celkovému neprospívání dítěte. U rozsáhlých defektů s průtokovou plicní hypertenzí nemusí být systolický šelest téměř slyšitelný a vada může unikat správné diagnóze. V těchto případech může být diagnosticky návodná nápadná akcentace druhé ozvy nad plicnicí v důsledku plicní hypertenze.

Terapie: Malé defekty vzhledem k možnosti spontánní regrese neléčíme. Velké symptomatické defekty, vyžadující kardiotonickou a diuretickou léčbu, jsou indikovány k ope-

račnímu uzávěru mezi třetím a šestým měsícem života. Ostatní jsou operačně řešeny do třetího roku věku. Prognóza je velmi dobrá, ve všech případech je nutná prevence infekční endokarditidy.

■ Defekt septa síní

Jedná se nejčastěji o defekt v oblasti *foramen ovale* (*septum secundum*). Vede též k nadměrnému plicnímu průtoku, ale dynamika plicních změn je oproti komorovému defektu pomalá. V dětství je většina pacientů asymptomatická, poslechově nacházíme méně nápadný systolický šelest (2/6) nad srdeční bází vlevo s fixním rozštěpem druhé ozvy. U významných defektů se může v dospělosti vyvinout plicní hypertenze s rozvojem *cor pulmonale*.

Terapie: Při významném zkratu je indikována korekce chirurgickým nebo katetrizačním uzávěrem (Amplatzerův okluder) – nejčastěji v předškolním věku. U dívek se aktivně uzavírají i méně významné defekty pro pozdější riziko paradoxní embolizace během porodu. Z téhož důvodu se nedoporučuje hlubinné potápění. Prognóza je velmi dobrá. Potenciální výskyt arytmií vyžaduje pravidelné sledování v odborné ordinaci. Vzhledem k nízkému riziku není u nativní vady vyžadována prevence infekční endokarditidy. Ta je indikována pouze po operačním uzávěru s použitím perikardiální záplaty.

■ Pulmonální stenóza

Lehké a střední formy nealterují celkový stav, těžké formy způsobují námažovou dušnost a cyanózu. Poslechově je přítomen hlasitý ejekční systolický šelest (3/6) nad bází srdeční vlevo, někdy je hmatný vír (4/6). Kritická pulmonální stenóza u novorozence je provázena trikuspidální regurgitací s pravolevým zkratem přes *foramen ovale*,

způsobující významnou cyanózu z extrémně nízkého průtoku krve plicním řečištěm. Plicní cirkulace je dependentní na tepenné dučeji.

Terapie: Kritická forma vyžaduje podání prostaglandinů k udržení průchodnosti tepenné dučeje a zajištění plicního průtoku. Následuje urgentní balónková valvuloplastika, výjimečně arteriální spojková operace spojením podklíčkové tepny s větví plicnice. Středně významné formy pulmonální stenózy se zvyšováním tlakového gradientu jsou indikovány k operační valvulotomii nebo k balónkové valvuloplastice. Prognóza je velmi dobrá, vždy je indikována prevence infekční endokarditidy.

■ Aortální stenóza

Bývá často podmíněna bikuspidální chlopní s dysplastickými cípy. Mírné a střední formy jsou asymptomatické, u významných je přítomna námažová dušnost, anginózní bolesti nebo zátěžové synkopy. Je slyšitelné časně systolické klapnutí (protosystolický click) nad srdečním hrotem a nápadný systolický šelest (3–4/6) nad srdeční bází a oběma karotidami. Kritická aortální stenóza u novorozenců vede k selhání levé komory po uzavření tepenné dučeje. Rozvíjí se koronární insuficience s dilatací a hypokontraktilitou levé komory. Nápadná je tachypnoe a dyspnoe, prošetnutí, slabě hmatné pulsace tepen na všech končetinách. Při selhání levé komory šelest zeslabuje až vymizí.

Terapie: Kritická aortální stenóza vyžaduje kontinuální infuzi prostaglandinů a farmakologickou podporu oběhu. Následuje chirurgická nebo balónková valvuloplastika. Jen výjimečně se provádí tzv. Rossova operace s autotransplantací pulmonální chlopně do aortální pozice a náhradou plicnice biologickou cévní protézou (homograftem). Zcela mimořádně se v dětském věku implantuje umělá chlopeň, vyžadující trvalou antiko-



Špatně hodnocené nemocnice pacientky neodradily

Zveřejňované žebříčky spokojenosti nevedou k patientskému tlaku na zlepšení, ukazuje anglická studie zaměřená na porodnice.

Nejlepší způsob, jak zlepšit nemocnice, je umožnit pacientům, aby na ně sami vytvářeli tlak, soudí vedení anglického systému zdravotní péče National Health Service (NHS). Několikrát proto zveřejnilo žebříčky spokojenosti pacientů s péčí. Nyní autoři z londýnské školy Imperial College publikovali rozbor, který ukazuje, že to k vytváření tlaku nevede – pacienti i nadále chodí do špatně hodnocených nemocnic.

Vyhnou se horší péči?

Autoři rozboru si všimli zejména reakce veřejnosti na fakt, že v roce 2008 celostátní i lokální média široce probírala výsledky hodnocení kvality konkrétních nemocnic ze sítě NHS. Autoři rozboru se ptali: začali se pacienti horším nemocnicím skutečně vyhýbat, a vytvořili tak na ně ekonomický tlak? Proto se také výzkumníci soustředili na porodnice, protože vycházeli z předpokladu, že budoucí rodičky usilují o získání co nejlepší péče, takže u nich může být reakce na informace o kvalitě nemocnic znatelnější. Ale nebyla.

Minimální změny

Změny v zájmu o nemocnice byly po zveřejnění statisticky nevýznamné. Do deseti nejlépe hodnocených nemocnic chodilo v následujících třech letech rodit o 2,2 % více žen. Do devíti nejhůře hodnocených nemocnic chodilo o 2,8 % žen méně (desátá nejhůře hodnocená nemocnice byla v době výzkumu sloučena s jinou, takže ji výzkumníci vyřadili z dalšího zkoumání).

Prakticky žádný ekonomický tlak

Zdá se, že pro rodičky bylo i nadále důležité hledat péči v té porodnici, do níž to měly nejlépe (tomuto kritériu odpovídalo 84,4 % porodů v nejlépších a 76,0 % porodů v nejhorších nemocnicích). Autoři studie vyslovili tezi, že nejlepší nemocnice možná více pacientek odmítaly z kapacitních důvodů, nicméně podloženo daty to nemají.

A tak zůstává hlavním zjištěným faktem, že rodičky i nadále vyhledávaly péči i v těch nejhůře hodnocených nemocnicích, čímž na ně žádný podstatný ekonomický tlak na zlepšení péče nevyvíjely.

Zdroj: doktorvlach.cz, 27. 2. 2015

gulační léčbu (warfarin). Vada vždy vyžaduje prevenci infekční endokarditidy.

■ Perzistující tepenná dučeť

Jde o přetrvávající komunikaci mezi plicnicí a descendentní aortou, vedoucí po poklesu plicní cévní rezistence k nadměrnému plicnímu průtoku. Malé a střední dučeje bývají bezpříznakové, u významných dominuje tachypnoe a časté respirační infekce. Může se vyvinout až městnavé srdeční selhání s plicním edémem. Klinicky nacházíme živou periferní arteriální pulsaci a systolicko-diastolický šelest s maximem pod levým klíčkem. U nedonošených novorozenců je výskyt vady častější, patologická hemodynamika s nízkým diastolickým tlakem v systémovém řečišti zvyšuje riziko závažných komplikací – nekrotizující enterokolitidy, intrakraniálního krvácení a bronchopulmonální dysplazie.

Terapie: U nedonošenců s hmotností pod 1500 g a významnou dučejí je indikován farmakologický uzávěr pomocí antagonistů syntézy prostagladinů (ibuprofen, indometacin), vzácněji chirurgická ligace. U větších asymptomatických pacientů se provádí katetrizační uzávěr dučeje spirálou v předškolním věku. Dučeje s minimální významností zkratu se neuzavírají, vzhledem k vysokému riziku je však nutná prevence infekční endokarditidy.

Zcela jiný přístup volíme u tepenné dučeje v případě kritických srdečních vad. Zajištění její průchodnosti pomocí kontinuální infuze prostagladinů je často zásadní pro udržení systémové nebo plicní cirkulace. Při neznalosti základní diagnózy může mít iatrogenní uzávěr dučeje fatální důsledky. Z tohoto důvodu provádíme vždy podrobné echokardiografické vyšetření.

■ Koarktace aorty

Jedná se o zúžení aorty způsobené lištou prominující proti ústí tepenné dučeje. Těsná koarktace u novorozence vede po spontánním uzávěru arteriální dučeje k rychlému selhání levé komory. Pozvolný vývoj koarktace u starších dětí vede k odlišnému klinickému obrazu. Typická je arteriální hypertenze s gradientem krevního tlaku mezi horními a dolními končetinami více než 20 mm Hg, bolesti hlavy a epistaxe. V klinickém obraze dominuje výrazně oslabená nebo nehmátná pulsace femorálních tepen, která je v kontrastu s tvrdým pulsem na horních končetinách. Šelest bývá pouze diskretní,

systolický mezi lopatkami. U novorozenců s dosud neuzavřenou širokou arteriální dučejí může být po porodu na femorálních tepnách hmatná přenesená pulsace z pravé komory. Typický klinický obraz se tak rozvine až po spontánním uzávěru dučeje, nejčastěji po propuštění z porodnice. Z tohoto důvodu je nezbytné vyšetřovat pulsace femorálních arterií u všech novorozenců po propuštění z porodnice a vyhnout se tak překvapivému a mnohdy dramatickému průběhu srdečního selhání z nepoznané koarktace.

Terapie: Výhradně chirurgická, nejčastěji resekce části aorty s anastomózou end-to-end. Prognóza je dobrá, u malé části pacientů může dojít k rekoarktaci s potřebou reoperace nebo katetrizační balónkové angioplastiky. Vada vyžaduje prevenci infekční endokarditidy.

■ Fallotova tetralogie

Jde komplexní srdeční vadu zahrnující subaortální defekt septa komor s nasedající aortou, pulmonální stenózu a hypertrofii pravé komory. V klinickém obraze dominuje centrální cyanóza, která pozvolna progreduje v průběhu týdnů až měsíců. Zároveň je přítomen nápadný systolický šelest (3/6) vlevo nad bází z pulmonální stenózy. Vzácně může dojít k náhlým atakám těžké cyanózy při přechodné obstrukci výtokového traktu pravé komory hypertrofickou svalovinou. Tyto v minulosti obávané hypoxické záchvaty jsou dnes díky časně radikální korekci vady výjimkou.

Terapie: Časná chirurgická korekce se provádí již během prvního roku života. U symptomatických kojenců jsou indikovány beta-blokátory jako překlenovací léčba, snižující tendenci k hypoxickým záchvatům do provedení radikální operace. U extrémní formy tetralogie s významně omezeným plicním průtokem je výjimečně prováděna paliativní spojková operace mezi podklíčkovou tepnou a větví plicnice. Definitivní korekce následuje v druhé době. Prognóza je v dětském věku dobrá, vyšší výskyt komorových arytmií a pulmonální regurgitace po korekci vyžadují trvalé sledování v odborné ordinaci. Prevence infekční endokarditidy je nutná celoživotně.

■ Defekt atrioventrikulárního septa

Jde o kombinaci defektu síňového (septum primum) a komorového septa a zároveň



různě vyjádřenou malformaci atrioventrikulárních chlopní. Těžké, tzv. úplné formy s jednou společnou nedomykající atrioventrikulární chlopní se manifestují již v kojeneckém věku. Podobně jako rozsáhlý defekt komorového septa vedou rychle k závažné plicní hypertenzi. Dítě je tachydyspnoické a neprospívá. Je slyšitelný systolický šelest parasternálně vlevo, akcentace druhé ozvy nad plicnicí je již známkou plicní arteriální hypertenze. Inkompletní formy bývají v dětství dobře tolerovány – obdobně jako defekty septa síní.

Terapie: Výhradně chirurgická, úplná forma vady je indikována k radikální operaci do šestého měsíce věku k zabránění rozvoje nevratné plicní hypertenze. Neúplné formy u asymptomatických dětí se operují mezi třetím a pátým rokem věku. Vada vyžaduje prevenci infekční endokarditidy.

■ Transpozice velkých tepen

Tato kritická srdeční vada je charakterizována odstupem aorty z pravé a plicnice z levé komory. Plicní a systémová cirkulace jsou tedy řazeny paralelně. Izolovaná transpozice bez přirozených zkratů není slučitelná se životem. Průchodná tepenná dučeje a *foramen ovale* v časném novorozeneckém období umožní alespoň částečné propojení oběhů. Typická je významná cyanóza novorozence, nereagující na oxygenoterapii. Hyposaturace může dále progredovat se spontánním uzavíráním dučeje. Poslechový nálezn na srdci je přitom chudý, většinou jen s tichým systolickým šelestem nad srdeční bází nebo zcela bez šelestu.

Terapie: Kontinuální infuze prostaglandinů k udržení průchodnosti tepenné dučeje do bezprostředně následující katetrizační balónkové atriioseptomie. Ta zajistí dostatečnou komunikaci na úrovni síní. V odstupu týdne se poté provádí anatomická korekce vady (tzv. switch) s přenesením velkých cév na odpovídající komory, včetně reimplantace koronárních arterií. Celková prognóza dětí po anatomické korekci je velmi dobrá, vada nebývá asociována s chromozomálními aberacemi, velká pozornost je dlouhodobě věnována koronárnímu řečišti. Vada vyžaduje prevenci infekční endokarditidy. Dříve prováděné tzv. fyziologické korekce (dle Senninga a Mustarda) s redirekcí toku na úrovni síní jsou v současné době prakticky opuštěny.

■ Syndrom hypoplastického levého srdce

Jedná se o významnou hypoplazii levé komory, zahrnující mitrální, aortální chlopeň a aortální oblouk. Po přirozeném uzavěru tepenné dučeje dojde k závažné orgánové hypoperfuzi s rozvojem šoku a těžkou metabolickou acidózou. Po narození je dítě prošetřlé se známkami oběhového selhání, nápadná je tachypnoe, dyspnoe a výrazná hepatomegalie. Nález může imitovat sepsi nebo metabolickou vadu. Je přítomen nitkovitý puls na periferních tepnách, šelest nemusí být slyšitelný.

Terapie: Vada byla dříve považována za inoperabilní, v současné době je prováděna třístupňová operační korekce dle Norwooda. Jejím principem je vytvoření jednokomorové, tzv. fontanovské cirkulace, kdy v systémovém oběhu pracuje výhradně pravá komora. Plicní průtok je zajištěn v první fázi arteriální spojkou, následuje postupné napojení obou dutých žil na větve plicnice bez jakékoliv komorové účasti (totální kavo-pulmonální spojení). Za příznivých podmínek systém dobře funguje. Prognóza je však mnohdy nejistá s potřebou dalších paliativních intervencí včetně chlopňových náhrad. Trvale platí riziková prevence infekční endokarditidy.

Jak vyplývá z výše uvedeného, vývoj v dětské kardiologii nadále pokračuje. Byla zavedena centralizovaná pasivní imunizace palivizumabem proti vysoce rizikové RSV infekci dýchacích cest u dětí do dvou let s komplexní srdeční vadou. V diagnostice kardiomyopatií a myokarditid se začíná uplatňovat magnetická rezonance, v arytmiologii katetrizační radiofrekvenční ablace. Podrobné informace přesahují rámec tohoto sdělení. Lze je však nalézt v publikacích předních českých dětských kardiologů.

■ Reference:

1. Janoušek J. EKG a dysrytmie v dětském věku. Praha: Grada, 2014
2. Šamánek M. Průvodce onemocněním srdce u dětí. Praha: Dialog Jessenius, 2014
3. Chaloupecký V. Dětská kardiologie. Praha: Galén, 2006
4. Marek J. Pediatrická a prenatální echokardiografie. Praha: Triton, 2003
5. Hučín B. Dětská kardiokirurgie. Praha: Grada, 2001

■ Přesvědčit pacienta-skeptika je téměř nemožné, počítejte s tím

Kdo si myslí, že je lékař zaprodaný farmaceutickým firmám, názor jen tak nezmění, dokazují výzkumníci v USA.

V ČR se povinné očkování dostalo v minulých dnech až k Ústavnímu soudu, ale diskuse o něm se vedou v celém světě. Všude existují jeho odpůrci. V rozvojových zemích se vyskytují např. argumenty, že vakcinace je vynález Západu, kterým mají být vyvražďeni chudí. V bohatých zemích je zase relativně časté přesvědčení, že očkování je zbytečné a vymysleli si je farmaceutické firmy a jim zaprodaní lékaři, aby si vydělali.

Obrázek nemocného dítěte

Výzkumníci z Washingtonské státní univerzity zkoušeli, zda je možné „očkovací skeptiky“ přesvědčit emocionálním působením. A tak do psaných informací o výhodách vakcinace přidali fotografii dítěte v nemocniční posteli a uvedli k ní, že dítě nemuselo být nemocné, kdyby bylo očkováno.

Ukázalo se, že ty pokusné osoby, které očkování dříve odmítaly, svůj názor stejně nezměnily, naopak se v nich mohly ještě utvrdit v důsledku odporu k použité přesvědčovací taktice.

Neboli: Je dobré předem počítat s tím, že když nezabírají argumenty racionální, nemusejí zabrat ani emocionální, a že někteří lidé jsou prostě nepřesvědčitelní.

Výzkumníci budou své závěry publikovat v žurnálu *Communication Research*, zatím zveřejnili jen **krátké laické shrnutí** na webu své univerzity:

<https://news.wsu.edu/2015/03/03/vaccine-skeptics-arent-swayed-by-emotional-scare-tactics/#.VPmHm3xhmd5>.

Zdroj: doktorvlach.cz, 6. 3. 2015



Co by měl PLDD vědět o hydronefróze u novorozence?

**MUDr. Hana Flögelová, Ph.D.¹, MUDr. Oldřich Šmakal, Ph.D.²,
MUDr. Lucie Stašková¹, MUDr. Kamila Michálková³**

¹Klinika dětského lékařství, Lékařská fakulta Univerzity Palackého a Fakultní nemocnice v Olomouci

²Urologická klinika, Lékařská fakulta Univerzity Palackého a Fakultní nemocnice v Olomouci

³Radiologická klinika, Lékařská fakulta Univerzity Palackého a Fakultní nemocnice v Olomouci

Nejčastějším nálezem při prenatálním či postnatálním ultrazvukovém screeningu je hydronefróza (dilatace kalichopánvičkového systému ledviny), která může mít různé příčiny. Úlohou sdělení je vymezení úlohy PLDD v péči o děti s touto abnormalitou a stanovení taktiky dalšího sledování. Upřesňujeme, kdy je možno ponechat pacienta v dispenzarizaci PLDD s ultrazvukovými (UZ) kontrolami, kdy je vhodné sledování v nefrologické nebo urologické ambulanci a kdy je indikováno neodkladné vyšetření k vyloučení závažné vady. Je kladen důraz na diagnostiku infekcí močových cest a pozorování charakteru mikce.

Klíčová slova: hydronefróza, megaureter, vezikoureterální reflux, infekce močových cest, antibiotická profylaxe.

■ Úvod

V rámci prevence v pediatrii jsou dnes rutinně prováděna UZ vyšetření plodu. K záchytu strukturálních vad plodu jsou v České republice (ČR) doporučována dvě až tři UZ vyšetření, a to v 11.–14. týdnu gravidity (tento UZ by měl být realizován ve specializovaném centru), dále ve 20.–22. týdnu a pak ve 30.–32. týdnu. Současně je kontrolován růst plodu, množství plodové vody a uložení placenty. Zdravotní pojišťovna hradí všem gravidním ženám vyšetření ve 2. a 3. trimestru a není jednoznačně určeno, kdo má tyto ultrazvuky provádět. Může to být gynekolog, radiolog nebo genetik.

Nejčastěji zjišťovanou orgánovou abnormalitou je hydronefróza – rozšíření dutého systému ledviny, detekované dle různých literárních zdrojů u 0,6–5,4 % plodů, v 17–54 % případů dokonce oboustranně. U všech dětí s prenatálním nálezem hydronefrózy, stejně jako u dětí, které mají v rodinné anamnéze významnou vadu ledvin, je indikován postnatální UZ v prvním týdnu po narození, většinou ve 3.–4. dnu života. Kromě toho přibližně polovina neonatologických pracovišť v ČR provádí z vlastní iniciativy UZ vyšetření ledvin u všech novorozenců. Tak bývá zjištěna hydronefróza také u těch dětí, které měly prenatálně normální UZ nález na ledvinách.

■ Etiologie a závažnost hydronefrózy

Hydronefróza není diagnóza, je to popisné označení pro rozšíření dutého systému ledvin při zobrazovacím vyšetření. Příčiny hydronefrózy jsou různé a velmi často se jedná o přechodný nález bez klinického významu – viz tabulku 1. Diagnostickým cílem je správně

odhadnout, jak závažný je UZ nález dilatace, v jakých časových intervalech mají být prováděny UZ kontroly, jaká další vyšetření dítě potřebuje, zda ordinovat antibiotickou (ATB) profylaxi jako prevenci infekce močových cest (IMC).

Závažnost hydronefrózy je při UZ vyšetření hodnocena podle čtyřstupňové klasifikace SFU (Society for Fetal Urology), viz tabulku 2

Tabulka 1 Příčiny prenatálně zjištěné hydronefrózy

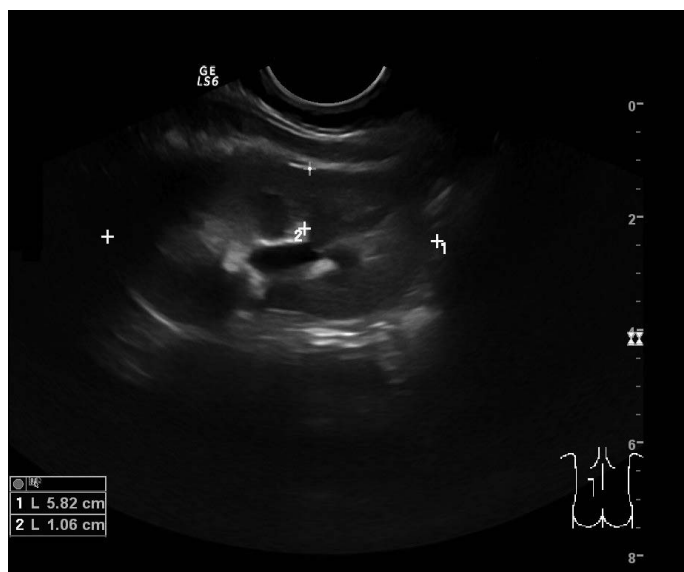
Etiologie	počet (%)
Tranzientní hydronefróza	41 až 88
Obstrukce pelvioureterální junkce	10 až 30
Vezikoureterální reflux	10 až 20
Obstrukce ureterovezikální junkce, megaureter	5 až 10
Multicystická dysplastická ledvina	4 až 6
Zdvojení dutého systému ledvin (±ureterokéla)	2 až 7
Chlopeň zadní uretry	1 až 2
Ostatní	

Upraveno podle Nguyen, 2010

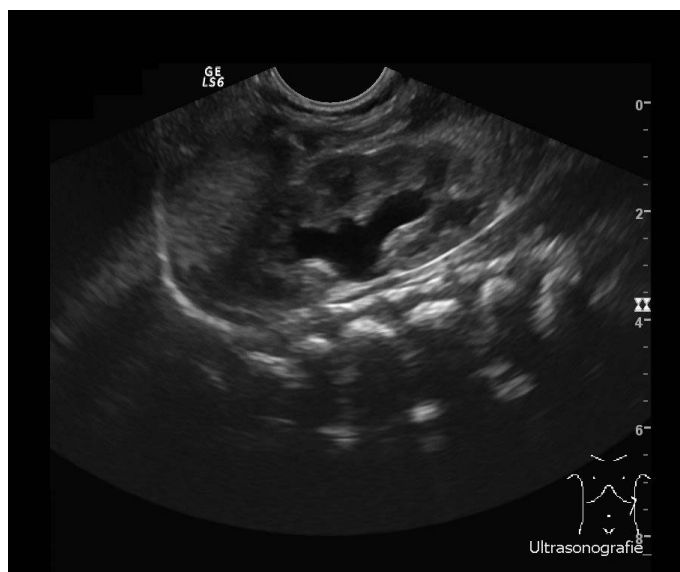
Tabulka 2 Klasifikace hydronefrózy podle Society for Fetal Urology

Stupeň HN	pánvička v APIR	dilatace kalichů	redukce parenchymu
I	dilatována	není	není
II	dilatována	jen některé	není
III	dilatována	všechny	není
IV	dilatována	všechny	je přítomna

HN – hydronefróza, APIR – anterioposteriorní intrarenální šíře pánvičky



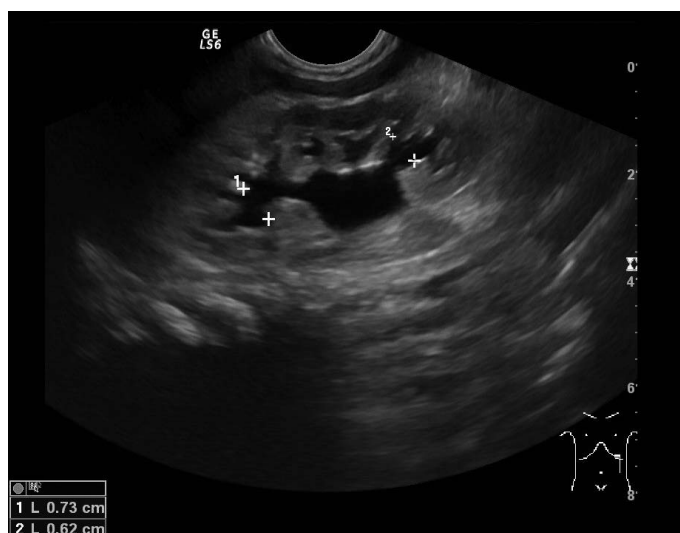
Obrázek 1 Hydronefróza I. stupně



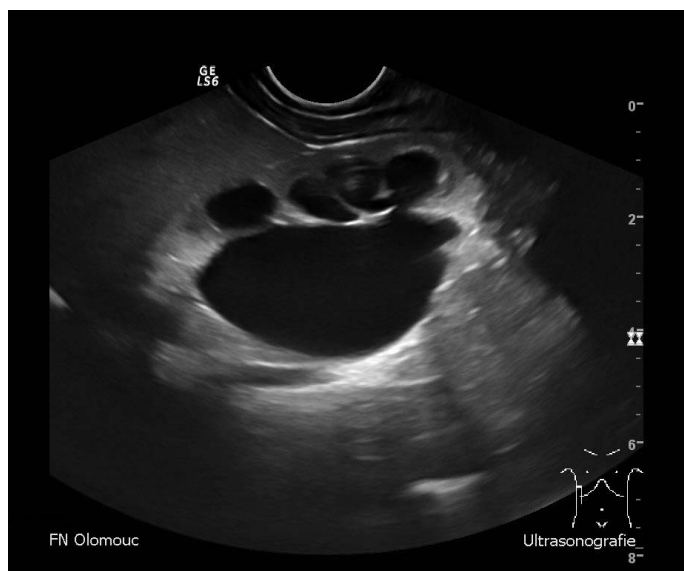
Obrázek 2 Hydronefróza II. stupně

a obrázky 1, 2, 3, 4, 5. Pečlivé UZ sledování vyžaduje III. a IV. stupeň dilatace kalichopánvičkového systému. Při opakovaných UZ měřeních se sleduje dynamika vývoje hydronefrózy a je doporučeno provádět standardizované měření délky ledviny, šíře parenchymu ledviny (v podélné projekci) a předozadního průměru pánvičky v příčné projekci – obrázky 6, 7. Díky opakovaným UZ vyšetřením lze posuzovat vývoj ledviny a odhadnout urodynamicky závažnou poruchu drenáže, která ledvinu poškozuje.

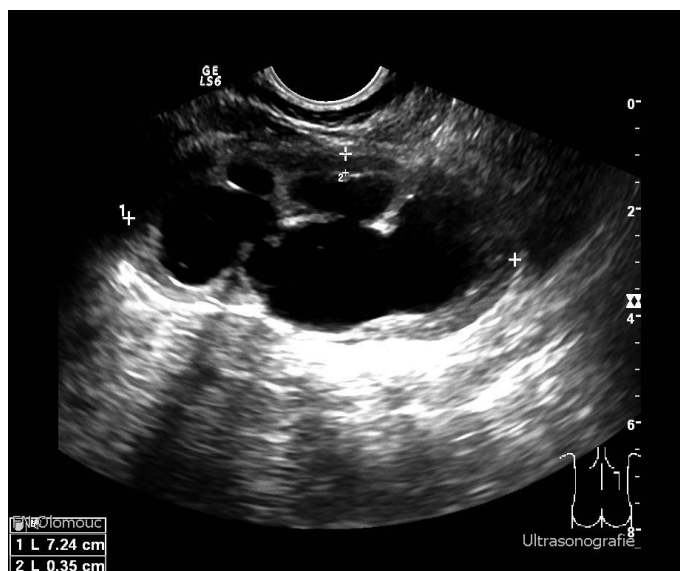
Ke všem vyšetřením by mělo být dítě normálně zavodněno, tedy napité/nakojené asi půl hodiny až hodinu před provedením UZ. Při nedostatečné hydrataci bývá nález hydronefrózy falešně menší.



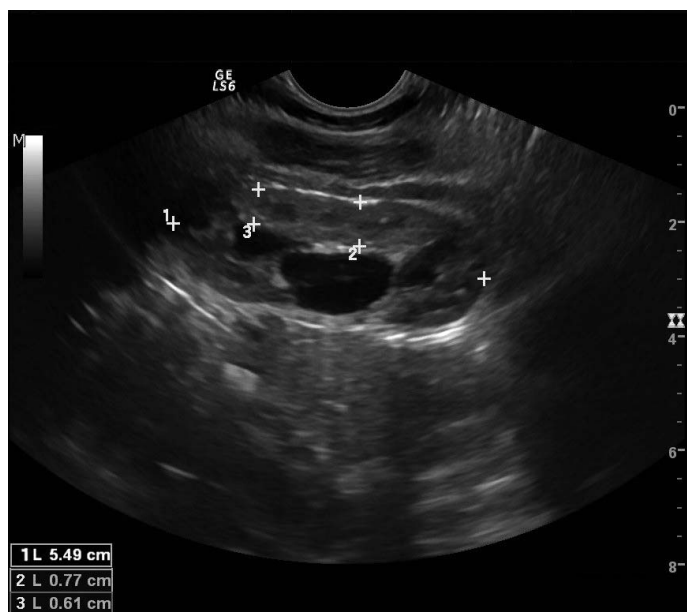
Obrázek 3 Hydronefróza III. stupně



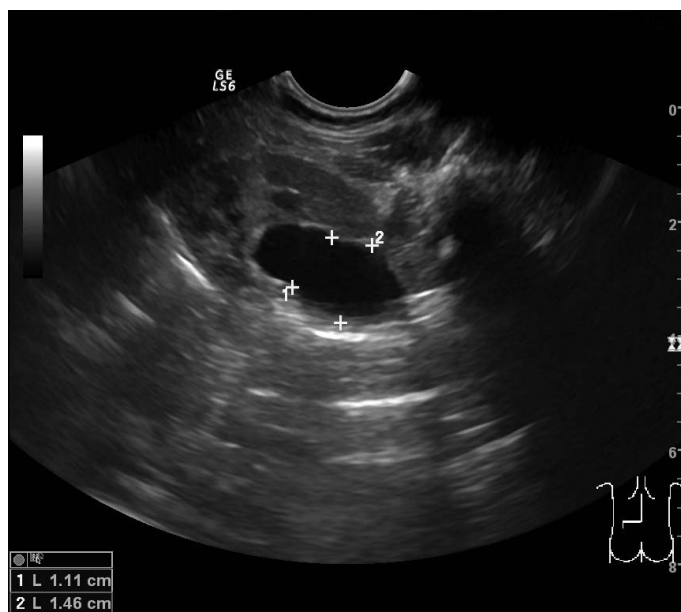
Obrázek 4 Hydronefróza IV. stupně



Obrázek 5 Hydronefróza IV. stupně, jiná UZ varianta



Obrázek 6 Ultrazvukový snímek měření délky ledviny a šíře parenchymu
Ledvina v podélném zobrazení s dilatací kalichopánvičkového systému. Mezi značkami jsou měřeny délka ledviny 54,9 mm (1), šíře parenchymu ve střední části ledviny 7,7 mm (2) a šíře parenchymu nad kalichem 6,1 mm (3).



Obrázek 7 Ultrazvukový snímek měření rozměrů hydronefrózy
Ledvina je zobrazena v příčné projekci, mezi značkami jsou měřeny předozadní intrarenální rozměr pánvičky APIR 11,1 mm (1) a předozadní extrarenální rozměr pánvičky APER 14,6 mm (2).

■ Načasování diagnostického postupu

Novorozeneček a malý kojeneček by měl být chráněn před zbytečnými invazivními vyšetřeními a jeho rodiče před stresem z nadměrně častých kontrol. Je však třeba správně odlišit děti, u kterých je indikováno včasné zahájení diagnostického a léčebného algoritmu. Jedná se o oboustrannou závažnou (III.–IV. stupeň) hydronefrózu, o závažnou hydronefrózu solitární ledviny nebo o podezření na chlopek zadní uretry. Tyto děti mají mít už z novorozeneckého oddělení provedeno nebo naplánováno vyšetření dětským urologem nebo nefrologem a PLDD se řídí jejich doporučením.

■ Hydronefróza I. a II. stupně

Převážná většina novorozenců bude mít hydronefrózu nižšího stupně, tedy buď jen náplň pánvičky, nebo náplň pánvičky a některých kalichů, bez redukce parenchymu ledvin. Tyto děti nemusejí být pravidelně sledovány nefrologem nebo urologem, UZ kontroly může zabezpečovat PLDD. Většinou je doporučeno provedení dalšího UZ vyšetření za tři měsíce, pak s odstupem půl roku a dále jednou ročně nebo při klinických potížích (IMC, bolest břicha, neprospívání). Ve třech

letech věku lze většinou u dětí s hydronefrózou I. nebo II. stupně a bez klinických potíží UZ sledování ukončit. K nefrologické nebo urologické konzultaci je třeba poslat děti, u nichž při opakovaných UZ vyšetřeních hydronefróza progreduje nebo které mají klinické obtíže, nejčastěji IMC. Antibiotická profylaxe IMC se u dětí, které močovou infekci neprodělaly, nepodává. Rodiče dětí s hydronefrózou však musejí být poučeni o možných příznacích IMC a potřebě neodkladného vyšetření moči při každé nejasné horečce, kalné moči, neprospívání nebo dysurických potíží.

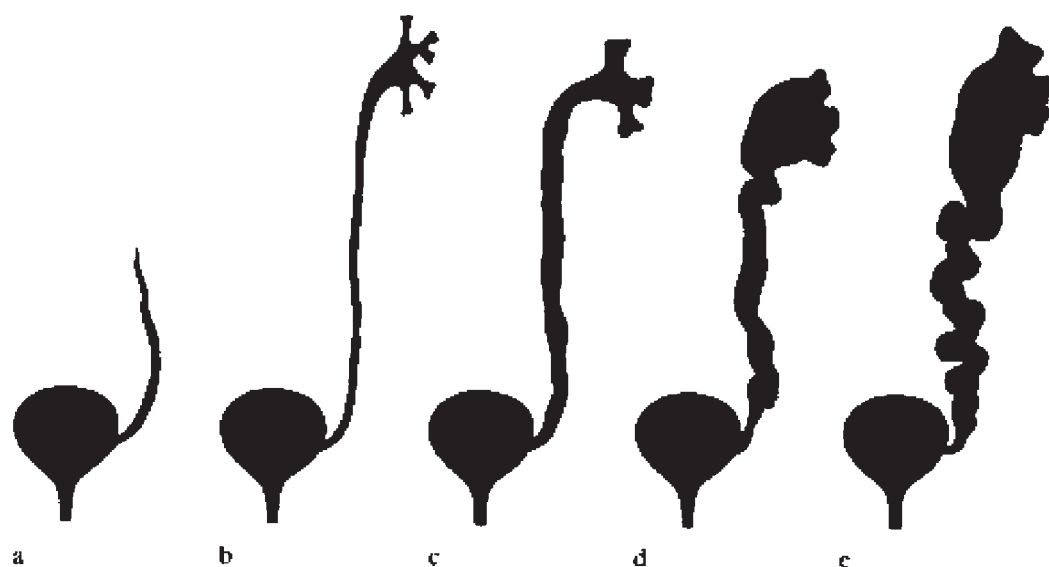
■ Hydronefróza III. a IV. stupně

Při nález rozšíření pánvičky a všech kalichů, případně i s redukcí parenchymu ledviny, tedy hydronefrózy III. nebo IV. stupně, je od začátku nezbytné posouzení UZ nálezů dětským nefrologem nebo urologem, který řídí diagnostický postup a pacienty dispenzarizuje. Přibližně v 10 až 30 % všech hydronefróz je příčinou stenóza v pelviureterálním spojení. K posouzení poměrné funkce ledviny a významné poruchy drenáže v pelviureterální oblasti je indikováno provedení diuretické MAG3 scintigrafie ledvin. Toto vyšetření lze provést ambulantně nejdříve ve věku 6

týdnů a dítě by k němu mělo být dostatečně perorálně hydratováno. Při snížené poměrné funkci ledviny s hydronefrózou a poruše drenáže bývá zvažováno operační řešení – pyeloplastika. Asi 20 až 25 % dětí s izolovanou hydronefrózou III. a IV. stupně si vyžádá během UZ sledování operační řešení. Jestliže dítě neprodělalo IMC, není u izolované dilatace kalichopánvičkového systému nezbytná ATB profylaxe.

■ Megaureter

Pokud je při UZ vyšetření kromě rozšíření pánvičky a kalichů zachycen také dilatovaný močovod o šíři nad 7 mm, hodnotíme jej jako megaureter. Děti s tímto nálezem mají být v péči nefrologa nebo urologa. Megaureter může být primární, způsobený funkční nebo anatomickou abnormalitou v ureterovezikálním spojení, nebo sekundární, při poruše funkce močového měchýře (např. neurogení močový měchýř nebo chlopek zadní uretry). Častěji se vyskytuje primární megaureter, který je asi ve 20 % způsoben refluxem. Proto je nutno doplnit UZ nález provedením mikční cystourethrografie (MCUG), která prokáže nebo vyloučí vysokostupňový vezikorenální reflux (VUR). Načasování MCUG určuje nefrolog nebo urolog.



Obrázek 8 Mezinárodní klasifikace VUR – upraveno dle Zvary, 1990

- I. stupeň: reflux pouze do nerozšířeného ureteru
- II. stupeň: reflux do ureteru a kalichopánvičkového systému ledviny (KPS), který není rozšířen
- III. stupeň: reflux do ureteru a KPS ledviny, který je lehce dilatován, bez porušení kontur kalichů
- IV. stupeň: střední dilatace ureteru a KPS ledviny s otupením kalichů
- V. stupeň: výrazná dilatace ureteru a KPS ledviny s porušením tvaru kalichů

Při UZ průkazu megaureteru se rodičů chlapců ptáme na charakter mikce, zda hoch močí obloučkem a nemusí při mikci tlačit. Slabý proud moči a obtížná, přerušovaná mikce mohou být projevy chlopně zadní uretry, která je příčinou sekundárního megaureteru. Při podezření na chlopeň zadní uretry je vždy nutné urgentní provedení MCUG, která chlopeň potvrdí nebo vyloučí. U novorozence s megaureterem je vhodná ATB profylaxe močové infekce – viz tabulku 3.

■ Vezikoureterální reflux

Je třeba vědět, že u všech stupňů hydronefrózy se může vyskytnout VUR, který vyloučíme jen mikční cystouretrografií. Dokonce ani normální UZ nález na ledvinách vezikoureterální reflux nevylučuje. Provedení MCUG indikuje dětský nefrolog, urolog nebo pediatr na dětském lůžkovém oddělení. Klasifikace VUR je uvedena na obrázku 8. Abychom děti zbytečně nevystavovali invazivnímu vyšetření s radiační zátěží, je doporučeno provést MCUG u dítěte s jednostrannou hydronefrózou bez megaureteru

až při výskytu IMC nebo pokud je ledvina s hydronefrózou menší, případně se jedná o solitární ledvinu s hydronefrózou.

Při průkazu VUR se nefrolog vyjádří k následné potřebě podávání ATB profylaxe, protože VUR predisponuje k vzniku močové infekce. Většina pracovišť podává ATB profylaxi u VUR III. až V. stupně minimálně do roku věku. Možnosti volby ATB při jeho profylaktickém podávání jsou uvedeny v tabulce 3. Podávání ATB profylaxe není překážkou pravidelného očkování.

■ Závěr

Většina hydronefróz u novorozenců je nízkého (I.–II.) stupně a do budoucna se nepředpokládá ohrožení funkce ledvin. U těchto dětí stačí UZ kontroly, které může PLDD zabezpečovat sám. Musí však včas diagnostikovat a správně léčit IMC. Pokud dítě s hydronefrózou, byť nízkého stupně, prodělá močovou infekci, mělo by být vyšetřeno nefrologem. Do péče nefrologické nebo urologické ambulance jednoznačně patří děti s hydronefrózou III. a IV. stupně,

s megaureterem, s prokázaným vezikoureterálním refluxem nebo s chlopní zadní uretry.

Obrázek 1 až 7 © Radiologická klinika FN Olomouc.

■ Literatura

- Nguyen HT, Herndon CD, Cooper C et al. The Society for Fetal Urology consensus statement on the evaluation and management of antenatal hydronephrosis. *J Pediatr Urol.* 2010;6(3):212–231
- Sinha A, Bagga A, Krishna A et al.; Indian Society of Pediatric Nephrology. Revised guidelines on management of antenatal hydronephrosis. *Indian Pediatr.* 2013;50(2):215–231
- Fernbach SK, Maizels M, Conway JJ. Ultrasound grading of hydronephrosis: introduction to the system used by the Society for Fetal Urology. *Pediatr Radiol.* 1993;23(6):478–480
- Islek A, Güven AG, Koyun M et al. Probability of urinary tract infection in infants with ureteropelvic junction obstruction: is antibacterial prophylaxis really needed? *Pediatr Nephrol.* 2011;26(10):1837–1841
- Becker AM. Postnatal evaluation of infants with an abnormal antenatal renal sonogram. *Curr Opin Pediatr.* 2009;21(2):207–213
- Tekgül S, Riedmiller H, Hoebeke P et al.; European Association of Urology. EAU guidelines on vesicoureteral reflux in children. *Eur Urol.* 2012;62(3):534–542
- Zvara V et al. Vezikoureterální reflux. In Zvara V, Horňák M, Kučera J et al. *Klinická urologia.* Martin: Osveta, 1990, s. 260

Tabulka 3 Antimikrobiální prevence IMC

Lék	Dávka	Interval (h)
nitrofurantoin	1 mg/kg/24 h	12 až 24
kotrimoxazol	1–2 mg TMP/kg/24 h	12 až 24
trimetoprim (TMP)	1–2 mg/kg/24 h	12 až 24
amoxicilin*	15 mg/kg/24 h	12
cefuroxim-axetil*	5 mg/kg/24 h	12 až 24

* U dětí ve věku 0–2 měsíce.



Rychlá diagnostika Močový analyzátor

Rozhovor s prof. MUDr. Janem Jandou, CSc., členem výboru České pediatrické společnosti a jejím bývalým předsedou, pracovníkem Pediatrické kliniky 2. LF UK a Fakultní nemocnice v Motole, Praha.

Vyšetření moči testovacími papírky je rychlé, navíc jednoduché analyzátor moči na úrovni primární péče papírky doplňují a umožňují i vyšetření koncentrace albuminu a kreatininu ve vzorku moči.

Infekce močových cest (IMC) u dětí je na první pohled běžné a dobře léčitelné onemocnění, avšak může být příčinou řady akutních a hlavně chronických komplikací, pokud není včas odhaleno a včas léčeno. Prof. Janda proto již dlouho doporučuje provádět základní vyšetření moči u každého akutně nemocného dítěte. „A to zvláště u kojenců a batolat přicházejících k lékaři s horečkou, aniž lze její příčinu z anamnézy a vyšetřením v ordinaci pediatra vysvětlit. Testovací papírky jsou používány již dlouhá léta, ale dnes musejí mít bezpodmínečně také zónu pro esterázovou a nitritovou reakci (esterázová prokazuje přítomnost zvýšeného množství leukocytů v moči = pyurie, nitritová zóna pak přítomnost mikrobů v moči).“

Hodnocení papírků je do určité míry subjektivní, pak je ideálním pomocníkem pro podrobnější močovou analýzu přístroj. Ten navíc vyšetřuje mikroalbuminurii a kreatinin ve vzorku moči. Přínosný je i fakt, že přístroj vytiskne výsledky nálezů a ty je možné jako dokumentaci přiložit do karty pacienta nebo uložit v elektronické formě.

■ **Vyšetření moči je základním markerem nefropatie/uropatie**

„Včasná diagnóza je velice důležitá. U dětí nízkých věkových skupin infekce močových cest často postihuje nejen močový měchýř, ale i ledviny, pak to je pyelonefritida. Na pediatrii v Motole přijímáme prakticky každý týden k hospitalizaci kojence, batolata, ev. školní děti s diagnózou akutní pyelonefritida. Při pyelonefritidě se bakterie dostávají do parenchymu ledvin, zánětlivé ložisko se ale poměrně často, zvláště při recidivách, může měnit v jizvu. Rozsáhlé

jizvení pak omezuje funkční kapacitu ledviny, navíc i menší jizvy mohou být příčinou závažné hypertenze. Odklad léčby a opakování IMC riziko jizvení zvyšují“, varuje prof. Janda, který působí na Pediatrické klinice Fakultní nemocnice v Motole. „Riziko jizvení tkáně ledviny zvyšují vrozené vady v utváření ledvin a vývodných močových cest, mezi časté vady patří především vezikoureterální reflux. Moč přicházející z ledvin močovody do měchýře odtéká volně, ale ventilový mechanismus brání jejímu vniknutí z měchýře zpět směrem do ledvinné pánvičky, při refluxu se bakterie pak mohou zanést i do ledviny samotné (intrarenální reflux). Oboustranné a rozsáhlé pyelonefritické jizvy spojené s refluxem patří k nejčastějším příčinám terminálního selhání ledvin u dětí, které vyžaduje náhradní eliminační léčbu dialýzou a později transplantaci ledviny.“

Díky osvětě, o kterou se starají především odborné lékařské společnosti, si již většina lékařů důležitost močové analýzy uvědomuje. „Řekl bych, že v primární péči nastal v posledních letech určitý posun. Ještě před pár lety jsme v některých ordinacích lékařů pro děti a dorost, ale i u praktiků pro dospělé, mohli vidět jen papírky typu hexaphan, které nedávají reakci esterázovou a nitritovou. Avšak právě pozitivita těchto reakcí upozorňuje lékaře na to, že se bude vysoce pravděpodobně jednat o IMC, což je nejčastější postižení ledvin a močových cest u dětí i dospělých.“ Prof. Janda konstatuje, že v poslední době má již většina praktických lékařů i praktických pediátrů ve své ordinaci testovací proužky s požadovanými parametry, tedy s deseti reagenčními zónami včetně esterázové a nitritové reakce.

„I v primární péči se vyplatí pořídit si do ordinace jednoduchý mikroskop pro vyšetření nativní necentrifugované moči v kalibrované komůrce. Zvýšený počet leukocytů (více než 20/μl) je nález svědčící pro pyurii, což je symptom infekce močových cest, ať již se jedná o banální cystitidu, nebo pyelonefritidu. Naproti tomu normální počet leukocytů při mikroskopickém vyšetření necentrifugované moči a současně negativní esterázová a nitritová reakce vysoce

pravděpodobně IMC vylučují a není tedy třeba posílat vzorek do mikrobiologické laboratoře ke stanovení kvantitativní bakteriurie.“ Pokud jsou reakce pozitivní a navíc je přítomna pyurie, je možné při špatné dosažitelnosti mikrobiologické laboratoře použít klasické metody „dip slide“, známý je již dlouhá léta zahraniční Uricult a domácí přípravek Uritest Dulab.

■ **POCT přístroje usnadňují rozhodování**

Moderní přístrojovou techniku pro rychlou diagnostiku v ordinacích praktických lékařů považuje prof. Janda za velký přínos. „Pokud lékař může provést screeningové vyšetření sám, je to velká výhoda, není na nikom závislý. Při odesílání vzorků do laboratoře nikdy nevíte, jak dlouho vzorek putuje k člověku, který provádí analýzu. Je zde možnost chyby při dopravě, zpoždění... Jestliže je laboratoř v domě, je to rychlé, ale pokud musí pacient cestovat za dalším vyšetřením a pak zpět do ordinace praktika, znamená to komplikace,“ říká lékař. Totéž podle něj platí u základní biochemie. Například je-li dítě již v pořádku, mohlo by jít do kolektivu, ale čeká se na výsledky biochemického vyšetření. „Než výsledky přijdou, uplyne další den, kdy matka musí být s dítětem doma,“ podotýká prof. Janda. U močového analyzátoru, který v rámci komplexní močové analýzy dokáže změřit celkem 12 parametrů, oceňuje prof. Janda zejména možnost testovat mikroalbumin a kreatinin. „To je důležité u pacientů, kteří jsou riziková z hlediska chronické nefropatie, především u diabetických dětí, jichž je celá řada. Významně to zpřesňuje diagnostiku, mikroalbuminurie je časným markerem poškození ledvin u diabetu. Poměr albumin/kreatinin se používá jako parametr mikroalbuminurie. Lékař dostane výsledky hned, s přístrojem pracuje sestra, což šetří čas.“ Výhodou je podle něj nejen možnost vytisknout si nález, ale i propojení přístroje s běžnými medicínskými systémy, které umožňuje načíst výsledky přímo do karty pacienta.



■ Testování mikroalbuminu

Každý rok je v České republice zjištěno asi 200 nových případů cukrovky u dětí, vlivem životního stylu stoupá i počet dětských hypertoniků. „Dlouhodobé vylučování i malého množství albuminu v moči představuje riziko, typické je to u diabetiků, ale i u hypertoniků. Diabetes a hypertenzní nefropatie patří mezi dvě nejčastější příčiny chronického selhání ledvin, které vyžadují dialýzu nebo jinou náhradní metodu. Proto je třeba testování mikroalbuminurie věnovat pozornost, což může být už i v době, kdy děti ošetřuje pediatr,“

podotýká prof. Janda. „Máme k dispozici vlastní data z epidemiologických šetření v ČR, která ukazují, že u řady adolescentů je přítomna prehypertenze, hodnocená jako hodnota TK mezi 90.–95. percentilem v percentilovém grafu (je v každém Zdravotním a očkovacím průkazu dítěte a mladistvého). U mnohých z nich se krevní tlak během dvou tří let přehoupne přes horní mez a mají hypertenzi. Uvažujeme proto o screeningu mikroalbuminu u dorostu s prehypertenzí, myslíme, že bychom mohli přístroj využít,“ uvažuje pediatr.

Močový analyzátor je reflektanční fotometr určený k semikvantitativnímu vyhodnocení diagnostických proužků. Automatické vyhodnocení diagnostických proužků eliminuje vznik subjektivní chyby, která může vzniknout při vnímání barevných odstínů uživatelem nebo kvůli rozdílným světelným podmínkám. Naměřené výsledky je možné vytisknout na vestavěné tiskárně nebo přenést do počítače a tisknout na běžné tiskárně. Uživatelé mohou vybrat z více typů diagnostických proužků na základě požadovaných parametrů.

LAURA[®] SMART

ANALYZÁTOR MOČOVÝCH PROUŽKŮ

Vyšší komfort neznamená vyšší náklady!



**Objektivní analýza
bez kompromisů**

Hemoglobin • Erytrocyty • Ketony • Bilirubin • Urobilinogen • Bílkoviny • pH • Dusitany
Specifická hmotnost (SG) • Leukocyty • Mikroalbumin • Kreatinin (automatický výpočet albumin / kreatinin)

MEDIPOS P&P[®]
společnost s ručením omezeným

MEDIPOS P+P, s.r.o., 675 52 Lipník 44 (okr. Třebíč)
Tel.: 568 858 989, fax: 568 858 985, servis: 800 136 136
e-mail: medipos@medipos.cz, www.medipos.cz



VOLEJTE ZDARMA 800 136 136

eShop www.medipos.cz



Ze světa odborné literatury...

■ Vyhodnocení nutričního jodidového stavu a hladiny tyreoidálních hormonů u dětí ve věku 8–10 let v oblasti Číny

Jód jako základní nutriční pro syntézu tyreoidálních hormonů je nesmírně důležitý pro rozvoj CNS. Jodidový deficit byl v Číně celoplošně odstraňován od roku 1995. Proto v práci byla provedena jedna studie ve vybrané provincii. Studie byla zaměřena na děti 8–10leté. Vzorky moče byly sesbírány a analyzovány. Byl proveden odběr venózní krve a sono štítné žlázy. Průměrná jodidová koncentrace v moči 173,3 µg/l. Vzorků moče s jodidovou koncentrací pod 100 µg/l bylo 15,5 %. Děti s nižším jodidem měly i nižší koncentraci FT3 a T3. Je patrné, že jodidová koncentrace by neměla poklesnout pod 100 µg/l. Univerzální jodidace soli v Číně jistě velmi výrazně přispěla k odstranění deficitu. Koncentrace jodidů v moči školáků je dnes standardně vyšetřována! V roce 1980 našla zdravotnická služba v této provincii 831 000 školáků s defektem jodidu a 134 pacientů s kreténismem.

Eur J Pediatr. 2014;173:929–934

■ Steroid-responzivní encefalopatie sdružená s autoimunní tyreoiditidou

Steroid-responzivní encefalopatie je asociována s autoimunní tyreoiditidou, jde o imunitně zprostředkované onemocnění postihující děti a adolescenty. Je charakterizována mentálním postižením, křečemi a kognitivní dysfunkcí. Léčba je pomocí steroidů a výsledek se pohybuje od kompletní úpravy až po opakované relapsy. V práci popisováno původně zdravé 13leté děvče, prezentující se na emergenci kómatem a obrazem status epilepticus. Tyto křeče přetrvávaly po antiepileptické léčbě. Nalezeno zvýšené TSH a protilátky proti tyreoidní peroxidáze, a to nejen v krvi, ale i v cerebrospinální tekutině. Traumatická, infekční, metabolická, toxická, neoplastická složka vyloučena, stejně jako jiná autoimunní onemocnění. Po stanovení diagnózy se pacientka začala na kortikoidech a na terapii Levothyroxinem zlepšovat. Tři měsíce po skončení kortikoidní léčby se ale objevil relaps.

Eur J Pediatr. 2014;173:1263–1273

■ Streptokoková faryngitida – léčit, nebo neléčit?

U této skupiny streptokokových faryngitid zůstává otázka potřeby antibiotické terapie penicilinem. Guidelines ošetřování se velmi liší. Některé země Evropy doporučují léčbu jen

u velmi rizikových, zatímco Američané jsou pro léčbu všech, aby zabránili komplikacím. To je ale nákladné a vede ke komplikacím. Včasnou diagnózu je nutné dělat pomocí antigenního testu.

Eur J Pediatr. 2014;173:1275–1283

■ Klinický průběh standardně léčeného parapneumonického empyému

Incidence parapneumonického empyému se u dětí zvyšuje od roku 1990 spolu s dalšími typy pneumonických komplikací, jako jsou nekrotizující pneumonie, plicní abscesy, pneumotokéla a bronchopleurální fistula. Frekvence se nyní přece jen zastavila díky sedmivalentní pneumokokové vakcíně. Léčba spočívá v podávání intravenózních antibiotik a odstranění pleurálních efuzí v případech velkých efuzí a teplot. Srovnávali tři způsoby léčby. Používání včasné drenáže intrapleurální urokinázy zkracuje pobyt v nemocnici o dva dny. Druhým způsobem je drenáž hrudníku s fibrinolýzou. V Británii používají videoasistovaný torakoskopický přístup. Porovnávali délku pobytu a hospitalizační léčebný postup. Pacienti byli propuštěni bez drénu a afebrilní po sedmi dnech. Všichni pacienti dostávali cefalosporiny nebo vysoké dávky PNC+AMP. Fluoxacilin byl přidáván v případě nálezu *Staphylococcus aureus*. Diagnóza parapneumonického empyému byla stanovována podle kritérií: lokalizované efuze na hrudní sonografii nebo CT, analýza pleurální tekutiny kompatibilní s empyémem + pozitivní pleurální kultura, pH pod 7,1 a další. Komplikacemi byla pleurální fistula, nekrotizující pneumonie a pneumotokéla. Trvání teplot korelovalo s pleurální LDH a pleurální glukózou. Otázkou stále zůstává chirurgická intervence. Žádný další patogen než *Streptococcus pneumoniae* nebyl identifikován.

Eur J Pediatr. 2014;173:1339–1345

■ Je novorozenecká nezralost rizikový faktor pro hypertenzi v dětství?

Vliv nezralosti na pozdní vývoj není známý. V práci ohodnotili vliv na krevní tlak, renální funkce a proteinurii v dalších stádiích života. Skupina čítala 65 dětí ve věku od 4 do 13 let, porodnický nezralých, a 65 dětí zralých stejného věku. Ohodnotili 24hodinový monitoring tlaku, močovou sekreci mikroalbuminu a glomerulární filtraci. Nebyla zjištěna žádná diference mezi glomerulární filtrací a mikroalbuminurií. V krevním tlaku v denní i noční

systole i diastole byly nalezeny vyšší signifikantní hodnoty u nezralých. Mechanismus k těmto údajům vedoucí je neznámý. Byla však nalezena korelace mezi počty glomerulů a porodní hmotností ve smyslu 20% redukce na úkor nezralých novorozenců. Některé glomeruly jsou také nevyvinuté. Hyperfiltrace v novorozeneckém věku vede k vývoji určité glomerulosklerózy. To perzistuje v dalším životě. Také strukturální kardiovaskulární adaptace je faktorem v etiologii hypertenze. Píší hlavně o kardiomyocytové hypertrofii. Domnívají se, že tlak u těchto nezralých dětí by se měl začít měřit a kontrolovat od tří let věku.

Eur J Pediatr. 2014;173(6):751–756

■ Incidence pertuse ve Španělsku v letech 1997–2010

Pertuse je velmi dobře kontrolována, její incidence dosahuje 1,3:100 000. Nejvíce dětí onemocnělo ve věku pod jeden rok. Pertusoidní vakcínu ve Španělsku dostalo 95 % dětí. Španělsko se snaží svůj očkovací systém zlepšit.

Eur J Pediatr. 2014;173:773–779

■ Streptokoková infekce je možný spouštěč C3 glomerulopatie.

Nemoc denzních depozit, známá jako membranoproliferativní glomerulonefritida je podtypem C3 glomerulopatie. Elektronová denzní depozita v glomerulární bazální membráně charakterizují tuto glomerulonefritidu. Tato depozita pak prezentují nefritický syndrom, který v 50 % progreduje do renálního selhání bez možného ovlivnění terapií. Patogeneze depozit je výsledkem nekontrolované aktivace alternativní komplementové kaskády. Objevují se stále zprávy o zdánlivé asociaci mezi streptokokovou infekcí a denzními depozity u C3 glomerulopatie. Tato asociace není vynucená, protože mnoho článků toto uvádí. V práci uvádějí dva pacienty, kteří prodělali bezprostředně streptokokovou infekci a následně poststreptokokové glomerulonefritidy a kde ledvinová biopsie ukázala nezřetelné, ale specifické změny. V klinickém obraze se objevila vždy velká hematurie s rekurentní streptokokovou infekcí, progredující průběh, nízká hladina C3, pozitivní C3 nefritický faktor a riziko alterace komplementového faktoru.

Eur J Pediatr. 2014;173:767–772

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

Myslete na ochranu proti HEPATITIDĚ A včas!



**Nabídněte rodičům
očkování dětí
před nástupem
do kolektivu.**

HavrixTM
720 JUNIOR
Vakcína proti hepatitidě A

ZKRÁCENÝ SOUHRN ÚDAJŮ O PŘÍPRAVKU:

NÁZEV PŘÍPRAVKU: Havrix 1440, a Havrix 720 Junior monodose, injekční suspenze. Vakcína proti hepatitidě A inaktivovaná adsorbovaná. **SLOŽENÍ:** Jedna dávka (1 ml) vakcíny Havrix 1440 obsahuje: virus hepatitidy A inaktivatum 1440 ELISA jednotek, adsorbovaný na hydratovaný hydroxid hlinitý celkem: 0,50 miligramů Al₃+. Jedna dávka (0,5 ml) vakcíny Havrix 720 Junior monodose obsahuje: virus hepatitidy A inaktivatum 720 ELISA jednotek, adsorbovaný na hydratovaný hydroxid hlinitý, celkem: 0,25 miligramů Al₃+. **KLINICKÉ ÚDAJE: Indikace:** Vakcína Havrix je indikována k aktivní imunizaci proti infekci vyvolané virem hepatitidy A (HAV) u jedinců vystavených riziku nákazy HAV. V oblastech s nízkou až střední prevalencí hepatitidy A je vakcína Havrix doporučována především osobám, které jsou nebo budou ve zvýšeném riziku infekce virem hepatitidy A. Vakcína Havrix nevyvolává ochranu proti infekční hepatitidě způsobené virem hepatitidy B, hepatitidy C, hepatitidy E ani proti dalším patogenům vyvolávajícím jaterní infekce. **Dávkování a způsob podání:** Dospělí a dospívající od 16 let výše – k základnímu očkování podává jedna dávka vakcíny Havrix 1440 (1,0 ml suspenze). Děti a dospívající od 1 roku do 15 let (včetně) – k základnímu očkování se podává jedna dávka vakcíny Havrix 720 Junior monodose (0,5 ml suspenze). Pro mladistvé až do 18 let (včetně) je přijatelné podání jedné dávky vakcíny Havrix 720 Junior monodose. K zabezpečení dlouhodobé ochrany po základním očkování vakcínou Havrix 1440 nebo vakcínou Havrix 720 Junior monodose se doporučuje podat posilovací dávku kdykoli v době od 6 měsíců do 5 let, přednostně mezi 6. a 12. měsícem po první dávce. **Způsob podání:** Vakcína je určena pro intramuskulární aplikaci. Dospělým a dětem se podává do deltoidní oblasti, malým dětem do anterolaterální strany stehna. Vakcína se nemá podávat do gluteální oblasti. Vakcína Havrix v žádném případě nesmí být podána intravenózně. Osobám s trombocytopenií nebo poruchami srážlivosti krve se musí vakcína Havrix podávat opatrně, neboť u nich po intramuskulární aplikaci může dojít ke krvácení. Na místo vpichu má proto být po dobu nejméně 2 minut přiložen tlakový obvaz (bez mnutí). **Kontraindikace:** Vakcína Havrix nesmí být aplikována jedincům se známou přecitlivělostí na kteroukoliv složku vakcíny nebo jedincům, u nichž se po předchozím očkování vakcínou Havrix projevil známky přecitlivělosti. **Zvláštní upozornění:** Podobně jako u jiných vakcín i očkování vakcínou Havrix by mělo být odloženo u jedinců trpících závažným akutním horečnatým onemocněním. Mírná infekce není kontraindikací očkování. Vzhledem k délce inkubační doby hepatitidy A je možné, že očkováná osoba by mohla být v průběhu očkování již nositelem infekce. V takových případech není známé, zda očkování přípravkem Havrix ochrání proti hepatitidě A. U hemodialyzovaných pacientů a osob s poškozeným imunitním systémem se po jedné dávce vakcíny Havrix nemusí docílit odpovídajícího titru anti-HAV. Může tak u nich být nutné podat další dávky vakcíny. Podobně jako u všech jiných injekčních vakcín musí být pro případ, že se po aplikaci vakcíny Havrix vzácně vyvine anafylaktická reakce, okamžitě dostupná lékařská pomoc. Z tohoto důvodu je nutné, aby byla očkováná osoba 30 minut po očkování pod dohledem lékaře. Vakcína může být podána HIV pozitivním osobám. Séropozitivita proti

hepatitidě A není kontraindikací očkování. Podobně jako u jakékoliv injekční aplikace se může po podání vakcíny Havrix nebo i před ním vyskytnout vazogenní synkopa jako psychogenní reakce na injekční jehlu. Je důležité zajistit, aby při ev. mdlobě nedošlo k úrazu. **Interakce:** Vzhledem k tomu, že Havrix je inaktivovaná vakcína, je nepravděpodobné, že by současné podání s jinou inaktivovanou vakcínou vedlo k ovlivnění imunitní odpovědi. Současné podání vakcíny proti břišnímu tyfu, žluté zimnici, choleře (injekční vakcína) nebo tetanu neovlivňuje imunitní odpověď na vakcínu Havrix. Současné podání imunoglobulinů neovlivňuje ochranný účinek vakcíny. Pokud je nezbytné nutné současné podání více vakcín nebo imunoglobulinů najednou, přípravky musí být podány rozdílnými injekčními stříkačkami a jehlami do odlišných míst. **Nežádoucí účinky:** Bezpečnostní profil uvedený níže je podložen údaji získanými od více než 5300 subjektů. Mezi velmi časté nebo časté nežádoucí účinky patří: snížená chuť k jídlu, podrážděnost, bolest hlavy, ospalost, gastrointestinální symptomy (jako průjem, nevolnost, zvracení), bolest a zarudnutí v místě vpichu injekce, únava, otok v místě vpichu injekce, malátnost, horečka (nad 37,5 °C), reakce v místě vpichu (např. zatvrdnutí). **FARMACEUTICKÉ VLASTNOSTI:** Obsahuje stopové množství neomycin-sulfátu (Havrix 720: méně než 10 ng a Havrix 1440: méně než 20 ng). **FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI:** Podle údajů získaných po 17 letech používání vakcíny lze předvídat, že protilátky (>15 mIU/ml) přetrvávají 30 až 40 let po očkování nejméně u 95 % až 100 % očkových subjektů. Podle nynějších údajů není u imunokompetentních jedinců, kteří byli očkováni 2 dávkami vakcíny, nutné další přeočkování. **Inkompatibility:** Vakcína Havrix nesmí být smíchána s jinými vakcínami ani s imunoglobuliny v téže injekční stříkačce. **Doba použitelnosti:** 3 roky. **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Vakcína musí být uchovávána při teplotě od +2 °C do +8 °C a chráněna před světlem. Pokud vakcína zmrzne, musí být znehodnocena. Havrix je bílá mléčná zakalená suspenze. Během uchovávání se může vytvořit jemná bílá usazenina s bezbarvým supernatantem. Před aplikací vakcíny je nutné obsah lahviček nebo stříkaček protřepat. Před použitím musí být vakcína vizuálně zkontrolována na přítomnost cizorodých částic a na netypické změny vzhledu. Při jakémkoliv vizuálně zjištěném odchylce musí být vakcína vyřazena. **Druh obalu a velikost balení:** Havrix 720 Junior Monodose 1 × 0,5 ml v předplněné stříkačce, Havrix 1440 1 × 1 ml v předplněné stříkačce. **DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI:** GlaxoSmithKline Biologicals s.a., Rue de l'Institut 89, B-1330 Rixensart, Belgie. **REGISTRAČNÍ ČÍSLO:** Havrix 1440: 59/691/96-C, Havrix 720 Junior monodose: 59/690/96-C. **DATUM PRVNÍ REGISTRACE/PRODLOUŽENÍ REGISTRACE:** 13. 11. 1996 / 4. 7. 2012. **DATUM REVIZE TEXTU:** 24. 4. 2013. Vakcíny Havrix 1440 a Havrix 720 Junior monodose, injekční suspenze. Vakcína proti hepatitidě A inaktivovaná adsorbovaná. Je vázána na lékařský předpis a není hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Úplnou informaci pro předepisování přípravku najdete v Souhrnu údajů o přípravku na www.gskkompndium.cz nebo se obraťte na společnost GlaxoSmithKline, s.r.o., Hvězdova 1734/2c, 140 00 Praha 4. Případné nežádoucí účinky nám prosím nahláste na cz.safety@gsk.com. Verze SPC platí ke dni 11. 3. 2015.



Aktuality...

Jak je to s atestanty – pohled mladého lékaře

MUDr. Ondřej Rennét reaguje ve svém komentáři na články o úrovni atestantů, které nedávno zveřejnila redakce Medical Tribune. „Vzdělávací programy jsou složeny idealisticky, bez ohledu na jejich realizovatelnost a smysluplnost. Je obecně známo a mezi mladými lékaři donekonečna diskutováno, že absolvování těchto dílčích stáží na superspecializovaných pracovištích je zhusta bez přínosu,“ píše mladý lékař pro MT...

Dvolute mi, abych reagoval na článek prof. Svačiny **O atestacích a vývoji lékařství u nás** a na související anketu **Jak se v čase mění znalosti atestantů**.

Uvedené články jsem si přečetl se zájmem – nejenže jsem se v nedávné minulosti snažil s pomocí sdružení Mladí lékaři prosadit některé změny v postgraduálním vzdělávání, ale především jsem sám zařazen v přípravě k atestaci z vnitřního lékařství.

S příkrým a nesmiřitelným hodnocením atestantů („Zbytek je často tragický, jsou to lidé, kteří na první pohled nemohou v klinickém oboru působit.“) by se jistě dalo polemizovat, nicméně pan prof. Svačina popsal hlavní problém současného vzdělávání správně – je to „rozkouskování vzdělávacího programu do spousty podrobností“. Stáže jsou naskládány do vzdělávacího programu systémem „od všeho trochu“.

Programy jsou složeny idealisticky, bez ohledu na jejich realizovatelnost a smysluplnost. Je obecně známo a mezi mladými lékaři donekonečna diskutováno, že absolvování těchto dílčích stáží na superspecializovaných pracovištích je zhusta bez přínosu. Lékaři, kteří za stáž často ještě platí, jsou využíváni jako pracovní síla na sepisování příjmů a propuštění, školitel se jim nevěnuje atd. Výjimky samozřejmě existují a patří jim velký respekt.

Další nezanedbatelná souvislost je osobní život – lékaři a lékařky, často s mladými rodinami, musejí mnoho měsíců dojíždět mimo svoje bydliště, což pravděpodobně na času a chuti učit se k atestaci nepřidá. Těžko lze vysledovat, co vedlo k současnému marasmu. Základem určitě bylo schválení zákona č. 95/2004 Sb., zrušení systému dvou atestací a navazující změny, jenže vzdělávací program tvoří a schvalují akreditační komise zřizované ministerstvem zdravotnictví, které jsou složené téměř výhradně z akademických funkcionářů jednotlivých oborů. Pokud si tedy akademičtí pracovníci stěžují na špatnou kvalitu vzdělávání, potažmo atestantů, je férové dodat, že právě oni mohli a můhou prosadit podstatné změny.

Tuto možnost měli při nástupu ministra Hegera do funkce a podle zpráv v médiích ji mají i teď, kdy je avizována nebo už probíhá další revize vzdělávacích programů. Podle mého názoru by bylo ku prospěchu pacientů a české medicíny vůbec, aby této možnosti využili v co největším měřítku. V souvislosti se současným postgraduálním vzděláváním se nabízí více otázek: Nejsou vzdělávací programy překombinované? Opravdu platí, že čím více stáží na specializovaném pracovišti, tím lepší lékař? Není načase vyměnit kvantitu stáží za kvalitu? Neprospěly by i mladým lékařům z fakultních nemocnic povinné stáže na „periferním pracovišti“?

MUDr. Ondřej Rennét, www.tribune.cz
autor je člen předsednictva Mladí lékaři o.s.

Udělalí jsme chybu, volá Pilný z ANO po poplatcích ve zdravotnictví

Zrušení poplatků ve zdravotnictví byla chyba a je třeba najít odvahu ji nahradit, říká poslanec ANO Ivan Pilný. Tvrdí, že se v tom shoduje většina klubu, včetně Andreje Babiše. Uchazeč o post místopředsedy ANO v rozhovoru pro iDNES.cz také řekl, že ještě není rozhodnut, jak bude hlasovat o zrušení druhého penzijního pilíře.

Volební sněm ANO se schází po zhruba roce vlády. Domníváte se, že se v koalici s ČSSD a lidovci daří prosazovat váš program? Nebo od něj v některých věcech musíte ustupovat?

V některých věcech jsme museli ustoupit. Je to kvůli volebnímu systému a kvůli tomu, že koalice se musela složit. Kdyby se nesložila, nebyla by vláda a vznikla by velmi nepřehledná situace. Do každé koalice se vstupuje s tím, že se narýsují kompromisy. Ty byly udělané, aby vláda vůbec vznikla. Museli jsme přistoupit na některé požadavky, které se většině poslanců ANO nelíbí, jsou to třeba zdravotnické poplatky. Nicméně v zájmu složení koalice jsme to museli udělat. Já se ale domnívám, že po volebních sněmech, který má i ČSSD, nastal čas se na koaliční smlouvu podívat a začít ji nějakým způsobem korigovat i podle našeho programu.

Vy si snad myslíte, že byste se mohli vrátit k zavedení některého z poplatků ve zdravotnictví?

Když škrtnete některé poplatky, které už byly veřejností přijímány jako samozřejmé a dávají smysl, protože když je někdo v nemocnici, tak kdyby byl doma, tak by taky něco utratil, je to naprosto namístě. Výpadky z těch zdravotních poplatků se musejí nějak nahradit a řekl bych, že v tomto případě už stát jede na doraz. Návrat poplatků znamená politický problém, protože to vyžaduje určitou odvahu. Volby jsou ještě daleko, i ty krajské, tak možná se k tomu najde odvaha, ale to nemohu předvídat. Určitě jsme tam provedli něco, co rozumné není, a je to i názor doktorů ze sociální demokracie. Nikdo z toho nebyl šťastný.

Nejprve musím vidět, co má nahradit druhý penzijní pilíř

V rámci koalice jste se domluvili i na zrušení druhého penzijního pilíře, který zavedla vláda Petra Nečase. Budete to podporovat?

Druhý pilíř je určitý kočkoves. To, že nefunguje, je způsobeno dvěma věcmi. Za prvé komunikace od té minulé vlády byla otřesná. Lidé vůbec nevěděli, o co jde. A ČSSD rovnou prohlásila, že druhý pilíř zruší. Tím vyvolala určitou nejistotu u lidí, kteří by jinak měli chuť do toho vstupovat. Druhý pilíř ale neřeší problém seniorů, já už jsem o tom mluvil ve Sněmovně. Seniorů přibývá, měli bychom se tím problémem komplexně zabývat. Nejen valorizací důchodů a úpravou penzijní reformy, která se jich netýká, ale tím, jak žijí, co pro ně dělá zdravotnictví, jak se mohou vzdělávat. Někteří ještě budou – a dokonce budou muset – pracovat. Takže to je komplexní problém a já bych byl rád, aby se k tomu Sněmovna postavila jako k problému lidí, nikoliv jako k problému rušení druhého pilíře důchodové reformy.

Nicméně o druhém pilíři se ve Sněmovně bude hlasovat. Podpoříte to? Ještě nejsem rozhodnut. Jestli máte hlasovat pro zrušení něčeho, musíte vědět, kam to bude směřovat. Je jednoduché zrušit druhý důchodový pilíř, ale to není důchodová reforma. Když pro to mám hlasovat, musím vědět, že je nějaká jiná varianta, která je lepší.



Takovou variantu já zatím neznám.

Diskutujete o vašich výhradách k programu koalice s předsedou hnutí ANO Andrejem Babišem? O názoru na zdravotnické poplatky nebo na penzijní reformu? A shodujete se v tom spolu?

Tak já myslím, že v otázce zdravotnických poplatků se drtivá většina, ne-li celý poslanecký klub, shoduje i s ministrem financí, který rozhodně pro zrušení poplatků nebyl. Pokud se týká druhého důchodového pilíře, podléhá to koaliční dohodě, ale znovu říkám, a ten názor bude mít řada poslanců, že chceme vědět, když se to zruší, čím se to nahradí. Nebude-li tam varianta, která někam posunuje důchodovou reformu, je absurdní o tom vůbec hlasovat.

Je podle vás v hnutí ANO vůle, abyste se programově na volebním sněmu posunuli doprava?

Termíny jako doprava nebo doleva používají sociologové. Já bych byl rád, kdybychom řešili problém lidí, podnikatelů, problémy postižených a seniorů, a neříkali tomu doprava nebo doleva, ale řešili skutečné problémy, aby to bylo efektivní. Podpora, kterou poskytujeme podnikatelské sféře, není dostatečná. Už jsem žádal Svaz průmyslu a Hospodářskou komoru, aby vyvinuly jasný tlak na to, co chtějí, a rozhodně bych byl pro to, abychom jim vyšli vstříc.

Vzdělání je investice. A školné je toho symbolem

Zaznamenal jsem vaše vyjádření pro Hospodářské noviny, že byste byl pro placení za studium na vysokých školách. To ale v současné vládní koalici nemůže nikdy projít...

Školné neřeší problém financování vysokých škol, ale je určitým symbolem toho, že vzdělání je investice a měli bychom se k němu tak chovat. Samozřejmě musí tam být nějaký princip à la stavební spoření, odložené splátky školného, abychom nepřišli o žádný talent. Ale rozhodně je to něco, co říká lidem, že vzdělání je investice.

Máte před sněmem ANO jednu nominaci na post místopředsedy hnutí. Jakou si dáváte šanci v obrovské tlačenici do vedení ANO?

Tak já jsem byl v Královéhradeckém kraji jednohlasně nominován na místopředsedu a já to беру jako příležitost říci i lidem, které jsem nikdy neviděl, delegátům, co si myslím o směřování ANO, kam by mělo jít a kteří lidé by měli vést. K tomu vidím příležitost se v krátkém příspěvku na sněmu vyjádřit a čekám na reakci lidí. Na tom mi záleží víc než na tom, jestli budu zvolen. Jsem mírný optimista.

Při těch názorech, které máte, nepovažujete za chybu, že jste v koalici se sociální demokracií?

Ta otázka je celkem zbytečná, protože ono to jinak nešlo. Jiné varianty nebyly.

Ano, ale necítíte se v té koalici se svými názory tak trochu jako ve svěrací kazajce?

Nemá cenu plakat nad rozlitym mlékem, když není žádná jiná varianta, která by byla průchodná. Musíme pracovat s tou, která existuje. Přináší to jistě problémy, které se možná i zvětšují. Musíme se s tím nějak vypořádat. Jinak bychom museli hodit ručník do ringu. A to nechci.

Zdroj: J. Kopecký, idnes.cz, 27. 2. 2015

Neočkované děti nemají ve školkách co dělat, rozhodl ÚS

Ústavní soud (ÚS) v pondělí nevyhověl návrhu na zrušení části zákona, který brání neočkovaným dětem v přijetí do mateřské školky. Již minulý týden ÚS nepotěšil odpůrce vakcinace poprvé, když rozhodl, že stát může nařizovat povinné očkování pro děti.

Matka malého dítěte Barbora Zemanová se rozhodla před soudy bránit proti tomu, že dvě školky v Náměšti nad Oslavou odmítly přijmout její ratolest s odkazem na to, že nemá povinné očkování. Justice se postavila na stranu ředitelů školek a matka se proto obrátila na ÚS. „U ochrany veřejného zdraví před šířením infekčních onemocnění v mateřských školách je třeba zkoumat, zda existují mírnější opatření než úplné vyloučení ze vzdělání, které lze označit za sankci vůči těm, kteří se nechtějí podrobit nařízenému rozsahu očkování,“ argumentovala žena zastoupená právníčkou Ligy lidských práv Zuzanou Candigliota.

Akt sociální solidarity

Její argumenty ale plénum ÚS neobměkčilo. „Podle ÚS představuje očkování společenský benefit vyžadující sdílenou odpovědnost členů společnosti, tedy určitý akt sociální solidarity od těch, kteří podstupují riziko, v současném majoritně přijímaném vědeckém poznání však označované za minimální, aby ochránili zdraví celé společnosti. Očkování dostatečně většiny populace totiž zabraňuje šíření nákazy vybraných nemocí, čímž poskytuje ochranu nejen těm, kteří byli očkovaní,“ konstatoval soudce zpravodaj Jaroslav Fenyk.

Podle verdiktu soudu lze vnímat podmínku očkování pro přijetí do mateřské školy jako akt sociální solidarity. „Naopak jako na sociální nespravedlnost by bylo možné nahlížet na případy, pokud by určitá skupina dětí přijatých do předškolních zařízení odmítla bez vážných důvodů očkování a čerpala tak výhody, vyplývající z úspěšnosti vakcinace, respektive z ochoty ostatních dětí vzít na sebe ono minimální riziko, které z očkování plyne,“ dodal Fenyk.

Podle zákona musí být dítě přijaté do školky očkované, výjimkou jsou pouze případy, kdy má dítě doklad, že je vůči naze imunní nebo že nemohlo být očkováno kvůli závažnému zdravotnímu důvodu.

ÚS se vyslovil i pro povinné očkování

Přesně před týdnem soudci zarmoutili odpůrce očkování poprvé. Nespokojení rodiče z Brněnska před ním protestovali proti povinnému očkování. Argumentovali tím, že nevěří současné medicíně, jejich potomek je prý zdravý a oni mu chtějí dopřát možnost vývoje přirozené imunity. „Oproti argumentům stěžovatelů je v českých i mezinárodních pramenech a doporučeních k této problematice kladen důraz na požadavek uskutečnění programů veřejného očkování včetně dětské imunizace, a to za účelem minimalizace šíření infekčních nemocí v zájmu ochrany veřejného zdraví. Úprava institutu povinného očkování, jež je plně v kompetenci vnitrostátního zákonodárství, slouží realizaci tohoto požadavku,“ konstatovali tehdy soudci.

Zdroj: P. Kozelka, Právo, novinky.cz, 1. 3. 2015

Ministra vypískaly stovky odpůrců očkování. Kolik za to bereš? volal dav

Několik stovek lidí přišlo dát hlasitě najevo, že nesouhlasí s povinným očkováním ani novelou, která se projednává ve Sněmovně. Na demonstraci přišel i ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček, který účastníkům vzkázal, že u očkování převažují benefity nad riziky. Odpůrce povinného očkování ho vypískali.

„Vadí nám nedostatečná kontrola nad vakcínami,“ řekl iDNES.cz spoluorganizátor akce Antonín Marek. Demonstrace na Palackého náměstí v Praze, kde sídlí ministerstvo zdravotnictví, začala krátce po půl třetí odpoledne a podle Antonína Marka na ni dorazilo zhruba 500 účastníků.

Mezi nimi především rodiče, kteří jsou přesvědčeni o škodlivosti očkování. „Můj druhý syn na mě před rokem a půl zemřel. Byl těžce ne-



mocný, měl vývojovou vadu, přesto ho v nemocnici v Hradci Králové v necelém čtvrtém měsíci očkovali vakcínu proti pneumokokovým infekcím, ačkoliv ležel na JIP po těžkých operacích," řekla iDNES.cz Anežka Hezká Gajewská. „Jsem zdravotní sestra a vím, že v Hradci Králové zanedbali péči," říká matka, která nyní vychovává dvě děti, z nichž to nejstarší má všechna povinná očkování. Nemocnice ale podle ní pochybnosti odmítla.

„Nejsem proti očkování jako takovému, ale vadí mi represe, tedy to, že děti nemohou třeba do školky nebo na tábor," dodala Mariana Otterová. Podle ní není důvod, aby neočkované dítě nemohlo do kolektivu, kde jsou ostatní děti chráněny očkováním. „Jak by mohlo nenačkované nakazit ty naočkované, když vakcíny fungují?" opakuje Otterová častý názor těch, kteří nechtějí, aby se očkovalo povinně. Sama je proti části vakcín a u svého několikaměsíčního dítěte očkování po dohodě s lékařem odložila.

„Nesouhlasím s plánovanou novelou. Zavádí nepřiměřené represe, které eliminují děti z běžného kolektivu, ačkoliv k tomu není důvod. Ty přicházejí bez toho, aby by tady byl nějaký dialog. Kompetence rodičů nejsou brány v potaz," dodala další účastnice akce Barbora Čapinská. „Vadí mi nedostatečná kontrola vakcín ve smyslu složení a toho, zda může, nebo nemůže škodit. Klinické testy vakcín jsou nedostatečné a výrobci je mají možnost ovlivňovat, protože si je zadávají a platí si je," tvrdí spoluorganizátor akce Antonín Marek.

„Kolik za to bereš?" křičel dav na ministra

Mezi účastníky demonstrace přišel krátce také ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček. „Vnímám to jako setkání lidí, kteří mají na očkování kritický názor, já jej respektuji, ale musím vám říci, že mám odlišný názor. Myslím si, že očkování je v pořádku. A říkám to nejen jako ministr, ale jako otec dvou malých dětí, které jsem bez obav nechal očkovat," řekl politik. Jeho slova ale dva odměnil pískáním a křikem: „Fuj" a „Kolik za to bereš?"

„Jestli chcete lidi s odlišným názorem vypískávat, je to samozřejmě možné," opáčil Němeček s tím, že očkování má nežádoucí účinky, ale jeho benefit je výrazně převyšuje. „Vzpomeňme si na doby před 150 lety, kdy tu tisíce lidí a dětí umíraly," dodal ministr. Následně na něj dav začal opět křičet, Němeček řekl, že vidí, že účastníci si nechtějí vyslechnout jiný názor, brzy na to popřál účastníkům krásný jarní den a od mikrofonu odešel.

Ministerstvo podpořilo změnu navržených pokut

Účastníci akce si vyslechli řadu projevů a podepisovali prohlášení pro ministra zdravotnictví Svatopluka Němečka. V něm účastníci akce označují nedávná rozhodnutí Ústavního soudu za znepokojující a vyjadřují také nesouhlas s připravovanou novelou zákona o ochraně veřejného zdraví. Novelu bude projednávat Sněmovna na schůzi, která začíná v úterý. Už nyní je k ní celá řada pozměňovacích návrhů, které se týkají i části návrhu o očkování. Němeček novinářům řekl, že ministerstvo podporuje pozměňovací návrh poslankyně Aleny Nohavové, jenž povede ke snížení sankcí. „Bez nich by byl zákon bezzubý," uvedl politik. Podle něj pozměňovací návrh zachovává stávající sankci až 10 tisíc korun pro rodiče, kteří nenechají očkovat dítě. Mateřským školám a jeslím, které by přijímaly děti bez očkování, se sankce ze současných dvou milionů snižuje na 500 tisíc. „Školy a pořadatelé zotavovacích akcí mají nyní sankci až dva miliony, my navrhuje 100 tisíc korun. Což je výrazné snížení," řekl iDNES.cz Němeček. Stejně jako hlavní hygienik Vladimír Valenta tvrdí, že novela nezmění nic na aktivitě státních úřadů. „Ty k tomu přistupovaly s rozmyslem, neudělovaly nejvyšší sankce a není důvod, aby tomu teď bylo jinak," dodal ministr.

Petice s tisíci podpisy

Podle organizátorů pondělní demonstrace představuje povinné očkování neúměrnou zátěž pro dětské tělo a upírá práva rodiny na péči o děti. Zároveň na rodiče jako jediné přenáší odpovědnost. Účastníci demonstrace proto podepisovali prohlášení, ve kterém se zastávají individuálních očkovacích plánů a dobrovolného očkování a nesouhlasí s represemi, které vyplývají z neočkování. Marek iDNES.cz krátce po 16. hodině řekl, že prohlášení podepsalo 440 lidí. Podpisy organizátoři ještě v pondělí odevzdali na ministerstvu zdravotnictví.

Vlastní petici na internetu před časem spustilo občanské sdružení Rozalio. Petice proti represivnímu přístupu státu v otázce očkování má nyní přes 15 tisíc podpisů.

Organizátoři podpisových akcí se ale nejspíš nepodaří současnou vládu přesvědčit, aby cokoliv změnila. „My se snažíme a trváme na vysoké míře proočkovanosti. A nezlobte se, ale já bych nechtěl dávat svoje děti do takového předškolního zařízení, kde by bylo riziko, že dítě přijde do kontaktu se závažným onemocněním. My chceme rozšiřovat hranice svobody, ale i svoboda má své hranice a je v pořádku, abychom byli solidární s dětmi, kterým se i přes očkování imunita nevytvoří," domnívá se ministr zdravotnictví.

Zdroj: H. Válková, idnes.cz, 9. 3. 2015

Noční mūra z Berlína: německé (ne)očkování na vlastní kůži

Když jsem přijela do Německa a dala tu dítě do školky, musela jsem pro získání lékařského doporučení předložit očkovací průkaz. Věděla jsem, že očkování v Německu není povinné, ale nenapadlo mě, že neočkované děti mohou běžně do školek. Ano, mohou.

A právě takoví nám ostatním, kteří očkujeme, udělali ze života v Berlíně peklo. Rozjela se tu obrovská epidemie spalniček – nemoci, proti které se běžně očkuje. Rozšířila se i mezi dětmi právě proto, že někteří rodiče odmítají vakcíny (i proto ji nelze srovnat s lokální českou epidemií v Ústí).

Zavřená je tu jedna škola, nemocných je víc než šest stovek a přibývají. Většina nakažených byli podle Berliner Zeitung nikdy neočkovaní jedinci, ostatní doplatili na jejich přístup. Spalničky si vybraly i oběť – v nemocnici Charité zemřelo 18měsíční neočkované dítě. Školka, kterou chlapec navštěvoval, je v šoku. A místní rodiče se bojí o své děti.

Starší děti se mohou nechat doočkovat, ale třeba kojenci mají smůlu. Malé děti do roku se totiž nemohou nechat očkovat proti spalničkám a chránit se. Nemoc pro ně přitom může být smrtelná. Spolek berlínských lékařů teď doporučuje s kojenci vůbec nechodit ven. Spalničky jsou tak nakažlivé, že dítě onemocní třeba jen pobýváním ve společném vagonu metra.

My tu máme tříměsíční dceru a zhruba takhle se změnil náš život: nemůžu si dojít na nákup, nemůžu do metra, nemůžu vyvádět starší dítě ze školky. Musíme si na všechno brát drahý babysitting. Každé zakašlání miminka sledujeme s obavami. Nemůžeme žít normálně.

Ti, co se neočkují, argumentují svou osobní svobodou. Co svoboda nás a všech ostatních? V naší školce je takto omezených rodičů hodně a jsou pěkně naštvaní. Osobní svoboda končí tam, kde začíná svoboda druhého. Neočkované děti nemají co dělat v kolektivu, zvláště v dnešní době globalizace. Vždyť třeba v naší školce jsou děti deseti



národností – včetně afrických zemí a Afghánistánu a běžně jezdí domů. V Německu se taky vážně diskutuje o zavedení očkovací povinnosti pro všechny, takzvané Impfpflicht. Pro je vládní koalice a taky většina Němců (podle průzkumu TNS je to 76 procent populace). A paradoxně zrovna v tomto období se v Česku podepisují petice za svobodu neočkování a lidé se odvolávají na to, jak to v Německu funguje...

Chápu, že se někdo bojí vedlejších účinků vakcín. I já jsem si vědoma rizik (která jsou ovšem nesrovnatelně menší než ta spojená třeba právě s prodáváním spalniček a určitě není vedlejším účinkem autismus – dávno vyvrácený blud). A budu svou holčičku po vakcíně sledovat s obavami. Ale právě proto není fér, aby moje dítě přišlo do kontaktu lidmi, kteří jenom rádi využívají výhod pobytu v proočkované společnosti bez ochoty nést ta rizika. Pochybuju, že by taky dobrovolně neočkovali, kdyby žili třeba v Afghánistánu.

Podotýkám, že nejsem slepý konzument farma průmyslu. Nepolykám léky, teploty nesrážím, k lékaři chodím jen na prevenci. Syn měl anti-

biotika jednou v životě. Chápu třeba ještě to, když si někdo očkování odloží nebo nechce tolik dávek najednou. Ale jinak je očkování jeden z nejlepších vynálezů 20. století. A to je bez diskuse. Ještě před sto lety u nás většina příbuzných o děti přicházela.

Dnes tohle nezažíváme. A může za to kupodivu to „ošklivé“ očkování. Ty, kteří odmítají vakcíny, bych poslala do zemí, kde je proočkováno třeba 20 procent populace, aby měli možnost to naše „hnusné zdravotnictví“ pořádně docenit. (Mé dvě kamarádky natáčejí dokumenty v těchto zemích a tvrdí, že třeba pohled na dítě s obrnou má v tomto směru dost velké účinky).

Teď musím kvůli epidemii jako mnoho jiných matek malých dětí na čas pryč z Berlína. Jedu tedy zpět do Česka, schovat se do země, kde je očkování povinné. A podle ústavního soudu to tak i zůstane. Naštěstí.

Zdroj: V. Jonášová, lidovky.cz, 4. 3. 2015

INZERCE

353 12-14

Prodám ihned ordinaci PLDD s.r.o. na Barrandově, Praha 5, tel. večer 608 304 429.

355 12-14

Hledám lékaře na výpomoc do zavedené ordinace PLDD **v Soběslavi** – 1× odpoledne 4 hodiny, zvýšení úvazku po dohodě možné. Zajímavé finanční ohodnocení. Kontakt: 603 434 044.

356 1-15

Hledám lékaře se specializací PLDD **na občasný zástup**. Soukromá ordinace, **Praha 9**, poliklinika **Prosek**. Telefon 776 650 369.

358 1-15

Prodám praxi PLDD na Znojemsku. Obecní byt 3+1 v budově zdravot. střediska k dispozici, nástup 1. 7. 2015. Bližší informace na tel. č. 603 779 519.

359 1-15

Hledám nástupce do dobře zavedené ordinace PLDD **v centru Tábora**. Kontakt: mudr.janovska@seznam.cz, tel. 728 262 356.

360 1-15

Hledám pediatra k občasným zástupům v dobře zavedené praxi PLDD v těsné blízkosti **Ostravy**. Brzké **převzetí praxe** žádoucí. Tel.: 728 652 188.

361 1-15

Hledám zástup do ordinace PLDD **v okrese Hodonín**. Telefon 736 216 258.

362 2-15

Levně **přenechám** zavedenou **praxi** dětského lékaře pro děti a dorost **v Brně**. Jen vážní zájemci. Kontakt mobil 605 459 765.

363 2-15

Hledám praktického lékaře pro děti a dorost pro převzetí praxe v **Opavě**. Telefon 737 125 488.

364 2-15

Přenechám (prodám nebo lékaře na plný či částečný úvazek zaměstnám) dobře zavedenou menší **ordinaci PLDD (s.r.o.) 15 km od Pardubic**. Zapracovaná sestra a přístrojově vybavená ordinace. Tel. 736 464 918, e-mail gladii@seznam.cz

366 2-15

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

367 2-15

Setkání absolventů Fakulty dětského lékařství UK **po 40 letech** se koná **dne 29. 5. 2015 od 10:00 hodin v kinosále motolské nemocnice**, v budově ředitelství, 2. patro. Zveme všechny, kteří **promovali v roce 1975**, a těšíme se na shledání. Za přípravný výbor Alena Štolcová a Olga Roškotová. Svoji účast sdělte na e-mailovou adresu: alena.stolcova@email.cz

368 3-15

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

369 3-15

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

370 3-15

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

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

Autodidaktický test 4/2015

Oční lékařství

1. Ametropie je označení pro

- a) stav očí bez dioptrické vady
- b) binokulární refrakční vadu s nestejnou refrakcí levého a pravého oka
- c) refrakční vady obecně
- d) neschopnost závěsného aparátu zajistit akomodaci

2. Zrakové funkce po narození postupně dozrávají, a to jak v oblasti periferního zrakového orgánu, tak zejména centrálního nervového systému. V 1. měsíci života začíná monokulární fixace, binokulární fixace začíná ve 2. měsíci života. K upevnění binokulárního vidění dochází:

- a) ve 4.–6. měsíci
- b) v 6.–9. měsíci
- c) v 9.–12. měsíci
- d) v 24.–36. měsíci

3. Při tříleté preventivní prohlídce vyšetřuje PLDD u dítěte zrakovou ostrost pomocí optotypů, většinou obrázkových. Pro správné provedení tohoto vyšetření je nutné spolehlivě zajistit vyšetřování každého oka zvlášť, nejlépe okluzorem. V tomto věku je optimální zraková ostrost

- a) 0,5 (např. 4/8)
- b) 0,6 (např. 4/6)
- c) 0,8 (např. 4/5)
- d) 1,0 (např. 4/4)

4. Principem amblyopie je automatické vypnutí horšího signálu přicházejícího zrakovou dráhou do mozku, aby se nerušila harmonizace obrazů z obou očí a zablokovala diplopie. Tím se jedinec stává jednookým a chybí mu prostorové vidění. Příčinou amblyopie může být:

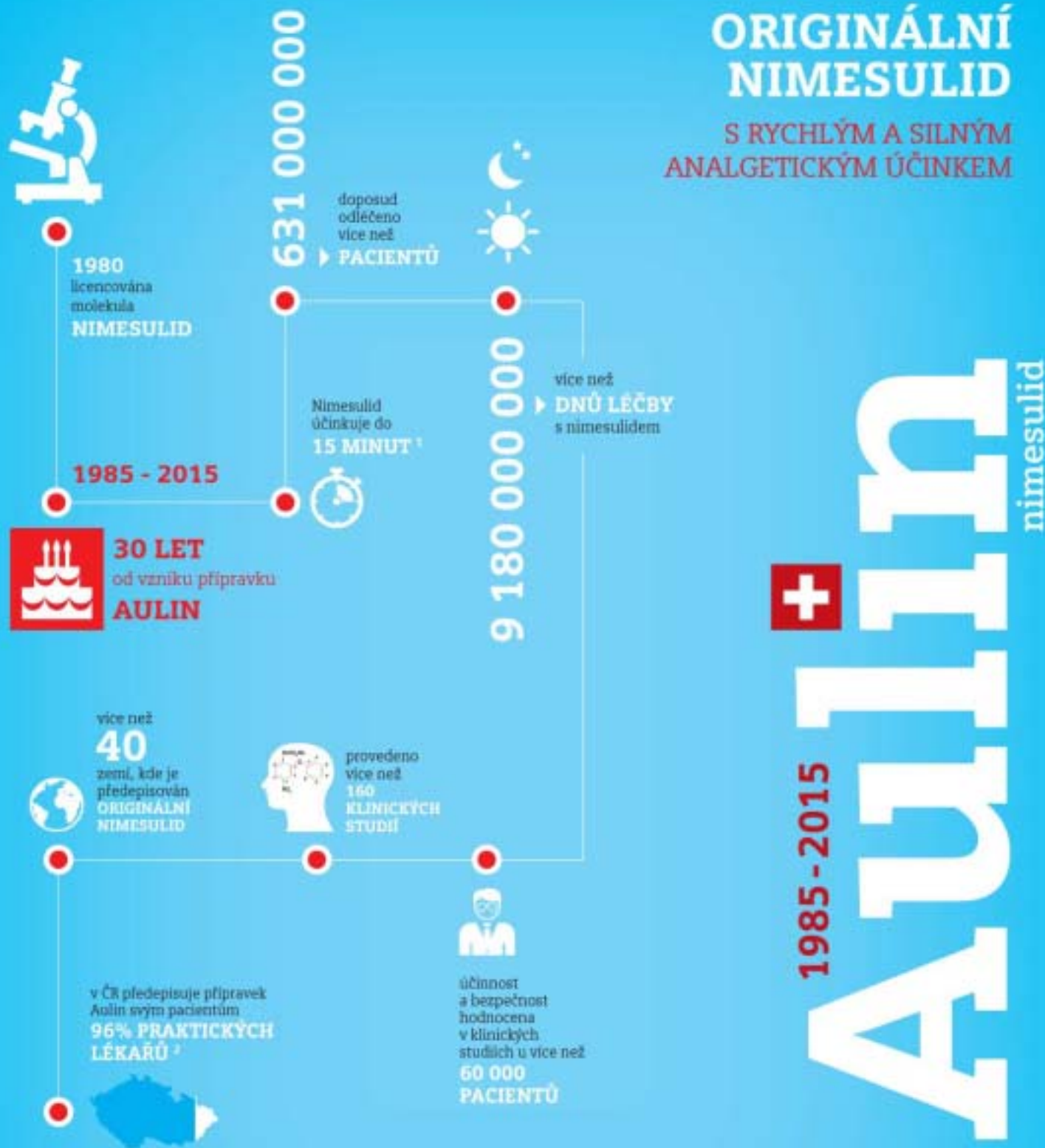
- a) anizeikonie
- b) kongenitální katarakta
- c) presbyopie
- d) strabismus

5. Terapie amblyopie je komplexní. Součástí je korekce oční vady, okluze zdravého oka a ortopticko-pleoptické cvičení.

- a) ortoptické cvičení má za cíl nácvik spolupráce obou očí
- b) ortoptické cvičení má za cíl posílit vnímání obrazů ze slabšího oka
- c) pleoptické cvičení má za cíl nácvik spolupráce obou očí
- d) pleoptické cvičení má za cíl posílit vnímání obrazů ze slabšího oka

ORIGINÁLNÍ NIMESULID

S RYCHLÝM A SILNÝM
ANALGETICKÝM ÚČINKEM



+ Aulin
1985-2015
nimesulid

Literatura:

1. Bianchi M. and Boggioni M.: Anti-hyperalgesic effects of nimesulide: studies in rats and humans. *Int. J. Clin. Pract. Suppl.* 128: 11-19, 2002. 2. Cepedim, CATI pediatrum - lékařská literat. X - X032014, Ramsford K.D., et al.: Nimesulide - Actions and Uses, edited by K. D. Ramsford; pp. 133-244; 2005, dostupné z: <http://www.nimesulide.com>.

AULIN: S: Nimesulidum 100 mg v 1 tabletě. Nimesulidum 100 mg v 1 sačku s granulátem pro přípravu perorální suspenze. **IS:** Nimesulidní antireumatikum. **CH:** Nimesulid, neo-tenoidní antihypotikum s funkční sulfonamidovou skupinou, je perorálním inhibátorem izoenzymu COX-2. Působí také analgeticky a antipyreticky. E: léčba akutní bolesti, při náhlém dysmenorrhoe. **KI:** Přesvědčení o léčbu léku nebo na křesle nebo pomocí léku, aktivní krvácení, poruchy krvácivosti nebo srážlivosti, aktivní ulcé nebo neob- vopit ulcéra v GIT, hepatotoxické reakce na podání nimesulidu v anamnéze, hepatální insuficience, těžké renální nebo srdeční selhání, pacienti s přecitlivělostí na jiné NSAID, pacienti s krevními sítěmi a příznaky podobnými chřipce, děti mladší 12-ti let, těhotní těhotenství a kojení. **ZU:** Zvýšený výskyt gastrointestinálního krvácení a perforací u starších pa- cientů. V případě známek pokročilé jater a pacientů, u nichž se zjistí abnormální výsledky vyšetření jaterních funkcí, by měla být léčba vysazena. V průběhu léčby se současně hospo- dí podávat léky s hepatotoxickým účinkem a je třeba vyvarovat se konzumaci alkoholu. Maximální délka užívání je 15 dnů. Tablety obsahují laktozu, granule pro přípravu perorální sus- penze obsahují sacharózu. **NÚ:** Nausea, zvracení, průjem, zácpa, nadýmání, peptické vředy, perforace nebo gastrointestinální krvácení, gastritida, vředy jaterních enzymů, hepatitida, hypertenze, edém, dyspnoe, průducha, vyrážka, zvýšené pocení. Různé výskyt nežádoucích účinků je možné srušit použitím přípravku po co nejkratší možnou dobu. **IT:** Pacienti užívající pe- rorální antikoagulanty nebo kyselou acetylsalicylovou mohou mít zvýšené riziko krvácaných komplikací. Nimesulid inhibuje CYP2C9. **TL:** V prvním a druhém trimestru těhoten- ství nemají být nimesulid podán, pokud to není zcela nezbytné, ve třetím trimestru a u kojících žen je kontraindikován. **DI:** Dospělí a děti od 12 let: 1 tableta nebo 1 saček 2x denně po jídle. **BI:** Tablety 15x100 mg a 30x100 mg, sačky 15x100 mg a 30x100 mg. **Datum poslední revize textu SPC:** 15. 10. 2014. Přípravek je vázan na lékařský předpis a je hrazen zdravotními pojišťova- mi. Seznamte se prosím se Seznamem odepis o přípravku (SPC).




BEBA
Pokračovací kojenecká výživa.



Když se ve vaší rodině vyskytuje alergie



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

- **IMMUNO-COMPLEX*** – podporující imunitní systém
- **Bifidus B₂** – bakterie mléčného kvašení
- **OPTIPRO H.A.TM** – hydrolyzovaná bílkovina s vysokou kvalitou

* Vitamíny A, C, D, zinek a železo – obsah ve shodě s legislativou

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

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

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

www.kojeneckavyziva.cz

