

téma čísla

Dětská sexuologie



- Poskytování zdravotních služeb formou společnosti s ručením omezeným
- Komplexní péče o děti a dospívající s poruchami pohlavní identity
- Problémové sexuální chování u dětí a mladistvých
- Vývoj sexuálních deviací od dětství do dospělosti
- Méně obvyklá manifestace dětského nádoru
- Kursy plavání pro kojence a batolata – co by měly vědět jejich rodiny
- Stanovy Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost



Pracujeme pro zdravější svět™

NUTRICIA
BABY NUTRITION



do more
feel better
live longer





NAČECHREJ
SVE PLICE...



Utiší váš kašel...

LEVOPRONT®

sírup, kapky

Levodropropizin

Periferní antitusikum

stejně účinné a lépe tolerované
než centrální antitusika¹

Bez ovlivnění respiračních funkcí
a mukociliární clearance¹

ERDOMED®

erdosteín

Antibakteriální mukoregulátor s antiflogistickým a antioxidačním účinkem

Erdomed je hrazen zdravotními pojišťovnami pouze na základě preskripce pneumologů v rámci fenotypové léčby CHOPN. **Lékaři jiných odborností předepisují Erdomed v rámci schválených indikací bez úhrady zdravotními pojišťovnami. Recept je nutno označit symbolem „P“ a slovy „hradí pacient“.**

Zkrácená informace Levopront sirup, kapky: **S:** Levodropropizinum 60 mg v 1 ml roztoku, Levodropropizinum 60 mg v 10 ml sirupu. **I:** Bronchopulmonální afekce doprovázené dráždivým suchým kašlem. Je vhodný před bronchoskopickým vyšetřením. **KI:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku. Nemocní s bronchiální hypersekrecí nebo sníženou mukociliární funkcí. Výrazné snížení funkce jater. **ZU:** Používat pouze po důkladném zvážení rizika u pacientů s těžkou insuficiencí ledvin a u dětí mladších 24 měsíců. Sirup obsahuje sacharózu, kapky alkohol. **NÚ:** Zřídka nauzea, zvracení, pálení žáhy, průjem; mdloba, závrať; palpitace. Velmi vzácné alergické reakce. **IT:** Používat s opatrností při podávání benzodiazepinů. **TL:** Přípravek je v době těhotenství a kojení kontraindikován. **D:** Dospělí a děti od 12 let 1 ml (20 kapek) roztoku nebo 10 ml sirupu až 3x denně. Děti 2-12 let 1 mg levodropropizinu/kg až 3x denně. **B:** Kapky 15 ml, sirup 120 ml. Držitel registračního rozhodnutí: Dompé Farmaceutici S.p.A., Itálie. Datum poslední revize textu SPC: kapky 21. 3. 2012, sirup 29. 8. 2014. Přípravky nejsou vázány na lékařský předpis a nejsou hrazeny zdravotními pojišťovnami. Seznamte se prosím se Souhrnem údajů o přípravku (SPC). Literatura: 1. Aktuální SPC přípravku.

Zkrácená informace Erdomed: **S:** Erdosteinum 300 mg v 1 tvrdé tobolce, Erdosteinum 175 mg v 5 ml suspenze, Erdosteinum 225 mg v 1 sáčku prášku pro přípravu perorálního roztoku. **I:** Akutní a chronické onemocnění horních a dolních cest dýchacích, včetně exacerbace chronické bronchitidy a CHOPN, hypersekreční astma bronchiale, k adjuvantní léčbě s antibiotiky v případech exacerbace s bakteriální infekcí, prevence respiračních komplikací po chirurgickém zákroku. **KI:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku a na látky obsahující volné SH skupiny. Jaterní poruchy a renální insuficience těžšího stupně, homocysteinurie. Děti s tělesnou hmotností nižší než 15 kg; fenyketonurie - netýká se tobolek. **ZU:** Současné podávání přípravku s antitusiky nemá racionální opodstatnění a může způsobit akumulaci sekretů v bronchiálním stromu se zvýšením rizika superinfekce či bronchospasmu. **NÚ:** Zřídka se vyskytuje pálení žáhy, nauzea; výjimečně průjem. Ojedinelé byla pozorována ztráta nebo porucha chuti. Hypersenzitivní reakce jsou velmi vzácné. **IT:** Erdosteín potencuje účinek některých antibiotik (např. amoxycilinu, klarithromycinu), čehož lze využít k terapeutickým účelům. Byl prokázán synergický účinek s budesonidem a salbutamolem. **TL:** Pro užívání přípravku v době těhotenství, zejména v 1. trimestru, a při laktaci musí být zvlášť závažné důvody. **D:** Dospělí obvykle 1 tobolka 2x-3x denně nebo 1 sáček prášku pro přípravu perorálního roztoku 2x-3x denně. Suspenze u dětí 15-20 kg 2,5 ml 2x denně, 21-30 kg 5 ml 2x denně, nad 30 kg 5 ml 3x denně. **B:** 100 ml suspenze, tobolky 10, 20, 60 x 300 mg, sáčky 20 x 225 mg. Po nařazení je suspenze použitelná 14 dnů, je-li uchovávána při teplotě 2-8°C. Datum poslední revize textu SPC: Suspenze a sáčky 12. 9. 2012, tobolky 9. 1. 2013. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen zdravotními pojišťovnami s omezením E/PNE, P: Erdosteín je hrazen u pacientů s prokázanou CHOPN od stadia II, která má mukopurulentní fenotyp a více jak 2 exacerbace za posledních 12 měsíců. U pacientů, u nichž nedojde ke zlepšení průběhu CHOPN za 3 měsíce, má být léčba erdosteíнем přerušena. Seznamte se prosím se Souhrnem údajů o přípravku (SPC).

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Informace SPLDD	6
	Rychlá diagnostika: CRP	8
	Ing. František Elis	
	Poskytování zdravotních služeb formou společnosti s ručením omezeným	9
	MUDr. Milan Kubek	13
	Podfinancované české zdravotnictví	
	JUDr. Jan Mach	15
	Ochrana osobnosti lékaře	
	JUDr. Jan Mach	18
	Ukončení péče o pacienta a návrh ČLK na novelu	
	Informace OSPDL ČLS JEP	20
	MUDr. Hana Fífková	21
	Komplexní péče o děti a dospívající s poruchami pohlavní identity	
	MUDr. Jana Spilková	23
	Problémové sexuální chování u dětí a mladistvých	
	MUDr. František Čihák	25
	Vývoj sexuálních deviací od dětství do dospělosti	
	MUDr. Helena Gastová	27
	Méně obvyklá manifestace dětského nádoru	
	Prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.	31
	Kursy plavání pro kojence a batolata – co by měly vědět jejich rodiny	
	Ze světa odborné literatury	35
	Aktuality	36
	Řádková inzerce	37
	Autodidaktický test: Osteomyelitidy, osteologie	38
	Stanovy Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

Angelini Pharma
AHOU
GSK
MSD
ORION
SANDOZ

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

Titulní strana: Nelinka, foto Jiří Prokeš.

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

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 inzerty
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



Milý Ježíšku,

už jsem Ti, pravda, dlouho nepsala. Chvilku jsi má přáníčka celkem plnil. V pěti letech jsem si napsala o velkého staršího bratra (a také jsem Ti ho namalovala). Místo toho rodiče přivezli z porodnice malou vřiskající sestřičku. Další rok jsem si psala o velkou chodící panenku s černými vlasy. Pod stromečkem ležela malá a blondatá. Je sice pravda, že v té době nebyl v hračkářství zrovna výběr, ale ty jsi měl přece jiné možnosti. Vzápětí mi rodiče řekli pravdu, jak to s tím nadělováním vlastně je. Pochopila jsem, že do budoucna se musím spolehnout jen na sebe a své nejbližší, aby se mi plnila alespoň nějaká přání. Tak to prostě v životě chodí. Ale občas se člověku zachce být zase tím malým dítětem a poslat svá přání dále.

Máme za sebou listopad – měsíc vzpomínání na ty, co odešli a zůstalo po nich prázdné bolavé místo.

Je to již více než rok, co zemřel bývalý předseda Pavel Neugebauer. Děláme vše možné, abychom ho nahradili v práci pro Sdružení, ale chybějící nám jeho zkušenosti, klid a laskavý humor. Moje první přání – pozdravuj ho tam na obláčku, vzpomínáme na něho. A nějak zaříd', ať nás neopouštějí lidé, které máme rádi a kteří ještě mají kus práce před sebou.

Máme za sebou několik měsíců bojů za obor. Těžko říci, zda proti nám stojí jen nepochopení, nebo i zloba a nevráživost na ty, kteří si před roky dovolili odtrhnout se od „velké“ pediatrie. „Odtrhneš-li se, zahyneš.“ V našem případě to rozhodně neplatilo. Z oboru PLDD se stal uznávaný a stále rozvíjený obor, který se v čele obešel bez lidí s mnoha tituly. Myslím, že systém našeho vzdělávání snese srovnání s mnohými renomovanými obory u nás i v zahraničí a návštěvnost našich vzdělávacích akcí zaslouží velké ocenění. Myslím, že porovnávat práci před revolucí a nyní ani nelze. Vše je jiné. Vzhled našich ordinací, naše vybavení i naše znalosti nejen v pediatrii, ale i v jiných oborech, např. dětské chirurgii, ortopedii, ORL, psychiatrii, sociální pediatrii a dalších. Pro rodiče našich pacientů býváme rádci a pomocníky v jejich někdy nelehkých rodinných situacích. Kromě léčení těla často musíme léčit i duše. A při tom všem ještě musíme znát ekonomiku (bez toho by naše ordinace brzy zkrachovaly), ale i právo (protože jsme vlastně stále jednou nohou v maléru). Moje další přání – dej nám, Ježíšku, dost sil, abychom to zvládli a dočkali se svých zasloužených důhodů, a dej nám dost mladých, dobře vzdělaných lékařů, kteří budou mít náš obor rádi alespoň jako my, protože to je jedna z nejhezčích prací, co znám. A hlavně dej dost sil všem, co za nás bojují, protože to opravdu není jednoduché.

Začal prosinec – měsíc příprav na vánoční svátky. Většina z nás nesnáší ty přípravy, ty narvané obchody plné nervózních kupujících, plné silnice aut, ženy uštvané předvánočním uklízením a pečením. Zlobíme se, nadáváme, ale vlastně to nakonec všechno zvládneme a vánoce připravíme, naklidíme, cukroví napečeme a pod nazdobeným stromečkem každý najde ten svůj dárek. A tak mé další přání je (nechci, abys přinášel dárky): přines všem klidné spokojené vánoce. Ať každý najde pod stromečkem především lásku svých blízkých. A dej všem hlavně zdraví. To ostatní si dokážeme koupit sami.

MUDr. Jiřina Dvořáková

Pf 2015

*Pokojné vánoční svátky a hodně sil
k zvládnutí dobrých i špatných chvil
v novém roce přeje redakce,
výbor SPLDD a OSPDL.*





Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová

Předsedkyně SPLDD ČR

V měsíci říjnu pokračovaly aktivity SPLDD a OSPDL kolem dalšího vzdělávání PLDD s ohledem na plánovanou novelu zákona o vzdělávání lékařů č. 95/2004 Sb.. Získali jsme teze k tomuto návrhu, které ve své podstatě ruší obor PLDD, navrhuji společné vzdělávání pro PLDD a DL, kde po absolvování společného kmene v délce 36 měsíců by lékař získal kompetenci praktického lékaře pro děti a dorost. Součástí tohoto kmene bude minimálně 6 měsíců praxe v ambulanci PLDD. Navíc zavádí tento návrh pojem „odborný dohled“, který bude vykonáván nad lékařem s certifikátem o absolvování základního kmene. Teze vzbudily řadu klíčových otázek, které jsme po obdržení zaslali profesorovi MUDr. Josefu Vymazalovi, DSc., náměstkovi ministra zdravotnictví pro zdravotní péči a předsedovi pracovní komise, která se tímto zabývá. Klíčovým, se jeví nově dané „kompetence“, které požadujeme získat na základě atestace. Nepřípustné je zavedení odborného dohledu nad lékařem s nově zavedenými kompetencemi PLDD. Očekávali jsme odpovědi a záruky na naší celorepublikové konferenci, kde pan profesor přislíbil účast. Na celorepublikové konferenci 1. 11. 2014 delegáti měli možnost si vyslechnout pana profesora i dalšího zástupce MZ ČR Mgr. Podhrázkého. Delegáti nepřesvědčili o smysluplnosti svých záměrů, a zejména nepředložili dostatečné záruky pro zachování PLDD jako nezbytné součásti primární péče v ČR. Delegáti své stanovisko vyjádřili v usnesení Celorepublikové konference SPLDD, které zavázalo předsednictvo i výkonný výbor hájit zachování oboru PLDD v primární péči v ČR. K tomu jsme připraveni nadále jednat na všech možných úrovních.

8. 10. 2014 se konalo v kanceláři SPLDD další jednání se zástupci VZP a zdravotními řediteli Svazu zdravotních pojišťoven, předmětem byla úprava seznamu zdravotních výkonů a návrh nových výkonů rychlé diagnostiky, jejichž registrační listy jsme podali na MZ ČR. Jedná se o výkon streptest a výkon otoskopování PLDD.

9.–12. 10. 2014 se konalo celostátní setkání okresních a krajských předsedů SPLDD ČR v Milovech, kterého jsem se zúčastnila jako host za SPLDD ČR. Tohoto setkání se krátce zúčastnil i ministr zdravotnictví, který přislíbil dodržet v úhradové vyhlášce

MZ ČR pro rok 2015 dohodu segmentu PL. Také přislíbil neprodlovat vzdělávání praktických lékařů. V diskuzi se zástupci ZP se diskutovala především revizní činnost a regulace, úhrady pro rok 2015. Zástupci PL se zabývali posudkovou činností, novelou seznamu zdravotních výkonů, vyslechli hejtmana Běhounka a diskutovali nad nedostatkem PL i PLDD v některých krajích a lokalitách.

17. 10. 2014 se konalo plánované jednání Předsednictva SPLDD. Řešily se aktuální problémy, zejména obor PLDD, příprava ce-

lorepublikové konference, výstupy z jednání PL v Milovech.

22. 10. 2014 schválil senát novelu zákona o léčivech, která mimo jiné odkládá povinnost předepisovat lékařské recepty výhradně elektronicky na rok 2018. Je nadále možné recept vystavit se souhlasem pacienta v listinné nebo elektronické podobě.

1. 11. 2014 se konala XXIII. celorepubliková konference SPLDD v Průhonicích. O průběhu a výstupech najdete informace na dalších stránkách časopisu.

Upozornění:



Blíží se konec kalendářního roku a s tím se uzavírá **roční cyklus získávání kreditů celoživotního vzdělávání SPLDD**.

Podle vzdělávacího řádu k vystavení Certifikátu celoživotního vzdělávání SPLDD je třeba získat:

a) 30 kreditů vystavených SPLDD,

b) 20 kreditů SPLDD + 10 kreditů vydaných jinou organizací, která kredity přiděluje. Zejména kredity přidělené absolvováním cyklu vzdělávání organizovaného OSPDL (kredity přiděluje ČLK).

Žádost o uznání kreditů je ke stažení webu SPLDD. Žádost je třeba vyplnit a s kopiemi certifikátů **odeslat do Centra SPLDD**, U hranic 16, 100 00 Praha 10 do 31. 12. 2014, později došlé žádosti nebudou zařazeny.

Přidělený Certifikát si následně vytisknete z webových stránek sami.



Informace SPLDD

■ Zápis z jednání Koalice soukromých lékařů 7. října 2014

Přítomni: dr. Šmatlák, dr. Stará, dr. Jojko, dr. Chrz, dr. Kudyn, dr. Dvořák, dr. Houba
Omluveni: dr. Hülleová
Host: dr. Chudoba, prezident ČLnK

1. Jednání s prezidentem České lékařnické komory PharmDr. Lubomírem Chudobou

- Dr. Chudoba požádal o účast na jednání poté, co zástupci Koalice zveřejnili svůj nesouhlas s návrhem ČLnK na novelizaci zákona o veřejném zdravotním pojištění, kterým se rozšiřuje okruh osob v kategorii nositel výkonu.
- Zástupci Koalice a dr. Chudoba si ve vzájemné diskusi vysvětlovali důvody, které vedly ČLnK k podání návrhu na změnu zákona a KSL k vydání nesouhlasného stanoviska s tímto návrhem.
- Podle informace dr. Chudoby jsou lékárny zdravotnická zařízení, která by měla být přiměřeně financovaná, ale kvůli současným změnám ve zdravotnictví příjmy lékáren klesají. ČLnK se tedy snaží najít způsob kompenzace. S MZ ČR se dohodla na zavedení speciálního výkonu za administraci receptů, který bude od 1. 1. 2015 hrazen částkou 12 Kč. Tuto kompenzaci vnímají lékárníci jako nedostatečnou a připravují zavedení zdravotního výkonu, který by finanční ztrátu vyrovnal. Bližší podrobnosti k tomu, jaké činnosti by měl nový výkon zahrnovat, dr. Chudoba nesdělil s tím, že přípravy k jeho vytvoření byly teprve zahájeny a s jeho zavedením se počítá až na jaře příštího roku. Zavedení nového výkonového kódu vnímá ČLnK současně i jako prostředek profesního růstu pracovníků lékáren.
- Důvody, které vedou lékárníky k prosazení změny zákona, zástupce Koalice nepřesvědčily a nadále trvají na svém stanovisku. Zavedení výkonového kódu vnímají jako zásah do primární zdravotní péče a obávají se, že spolu s výdejem léků budou lékárníci poskytovat pacientům i bližší nespecifikované konzultace a zasahovat do doporučené léčby bez potřebných odborných znalostí. Navíc velké množství lékáren je financováno z prostředků lůžkových zařízení a navrho-

vaná změna zákona by vedla k dalšímu zvyšování příjmů nemocnic.

- Diskuse byla uzavřena s tím, že posouzení zavedení výkonového kódu bude možné teprve poté, co bude známý jeho obsah. Dr. Chudoba přislíbil, že s ním zástupce Koalice seznámí ihned, jakmile jej bude mít k dispozici.

2. Návrh MF na změnu vyhlášky č. 362/2010 Sb.

- Návrh upravuje metodiku pro sběr údajů o produkci a úhradách poskytovatelům zdravotní péče. Dr. Chrz se domnívá, že jde o duplicitní sběr dat, který již provádějí zdravotní pojišťovny, a MF ČR nebude mít dostatečnou kapacitu k jejich shromažďování a následnému zpracování.

3. Různé

- Dr. Chrz informoval o jednání ČSK s ředitelem ÚZIS doc. RNDr. Ladislavem Duškem, Ph.D. ÚZIS má zájem o spolupráci s lékaři na tvorbě dotazníků, aby se sbírala pouze ta data, která mají pro jejich práci význam.
- Projednávání novely zákona o specifických zdravotních službách je odloženo na příští rok.
- Dr. Philipp, náměstek ministra zdravotnictví pro zdravotní pojištění, informoval účastníky valné hromady ČSK, která se konala 20. 9. 2014, o záměru zveřejňovat pouze smlouvy zdravotnických zařízení se zdravotními pojišťovnami a cenové dodatky. V duchu tohoto záměru bude koncipována i transparenční novela zákona.
- Dr. Šmatlák informoval o návrhu ČLK na novelu zákona o zdravotních službách, podle které by měla být odpovědnost za předávání lékařských zpráv mezi ZZ přenesena i na pacienta. Tento návrh, pokud by byl schválen, by podle názoru SPL mohl znamenat vážné narušení přenosu informací mezi zdravotnickými zařízeními a mohl by mít významný vliv nejen na poskytování zdravotní péče a její návaznost. V některých případech by účelové přerušování informačního toku ze strany pacienta mohlo znamenat zvýšené epidemiologické riziko či mít závažný společenský dopad, např. při posuzování zdravotní způsobilosti k výkonu práce, resp. k jiné činnosti.

V Praze dne 23. 10. 2014

Zapsala: Mgr. Zina Sladkovská

■ Prohlášení Koalice soukromých lékařů ke zveřejňování smluv zdravotních pojišťoven s poskytovateli zdravotní péče

Koalice soukromých lékařů (KSL) se na svém řádném jednání 15. 4. 2014 dohodla, že členům v ní zastoupených organizací nedoporučí souhlasit se zveřejněním textů smluv mezi nimi a zdravotními pojišťovnami.

KSL je toho názoru, že by takový krok nepřinesl nic pozitivního, neušetřil by žádné finanční prostředky a nepomohl by ani v boji s korupcí, jen by ohrozil dotčené poskytovatele.

Za Koalici soukromých lékařů:

MUDr. Milan Kudyn, místopředseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

MUDr. Pavel Chrz, prezident České stomatologické komory

MUDr. Václav Šmatlák, předseda Sdružení praktických lékařů ČR

MUDr. Zorjan Jojko, předseda Sdružení ambulantních specialistů ČR

MUDr. Vladimír Dvořák, předseda Sdružení soukromých gynekologů ČR

V Praze dne 16. 4. 2014

■ Koalice soukromých lékařů

Koalice soukromých lékařů vznikla (původně pod názvem Koalice ambulantních lékařů) **podpisem „Novoroční dohody“ v lednu 2001** v souvislosti s rozhodnutím vlády o úhradách zdravotní péče pro 1. pololetí 2001, které neodůvodněně zvýhodnilo sektor lůžkové péče proti sektoru soukromé ambulantní péče. **Zástupci soukromých lékařů se sdružili za účelem ochrany soukromého majetku, rovnosti smluvních vztahů, proti cenovému diktátu a pro vytvoření rovných a důstojných podmínek pro svobodný výkon lékařského povolání.**

V lednu 2005 se členové Koalice podpisem Smlouvy o sdružení dohodli na změně názvu na **Koalice soukromých lékařů.**

Členové Koalice soukromých lékařů:

- Česká stomatologická komora
Slavojova 22, 128 00 Praha 2



zastoupená MUDr. Pavlem Chrzem,
prezidentem (chrz@dent.cz)

• **Sdružení ambulantních specialistů ČR**

U Elektry 82, 190 00 Praha 9
zastoupené MUDr. Zorjanem Jojkiem,
předsedou (jojkozor@volny.cz)

• **Sdružení praktických lékařů ČR**

U Hranic 3221/16, 100 00 Praha 10
zastoupené MUDr. Václavem Šmatlákem,
předsedou (smatlak@volny.cz)

• **Sdružení praktických lékařů pro děti
a dorost ČR**

U Hranic 16–18, 100 00 Praha 10
zastoupené MUDr. Ilonou Hülleovou,
předsedkyní (hulleova.ilona@gmail.com)

• **Sdružení soukromých gynekologů ČR**

Orlí 10, 602 00 Brno
zastoupené MUDr. Vladimírem Dvořákem,
předsedou (ssgcr@ti.cz)

Členové Koalice soukromých lékařů se zavázali postupovat společně při hájení zájmů soukromých (nestátních) ambulantních zdravotnických zařízení, která sdružují ve svých organizacích:

- vzájemným předáváním informací

- společnou analýzou legislativních a jiných předpisů ovlivňujících provozování ambulantních soukromých zdravotnických zařízení
- koordinací postupu vůči státním orgánům, zdravotním pojišťovnám a dalším subjektům
- hájením ekonomických zájmů při rozdělování prostředků veřejného zdravotního pojištění
- koordinovaným vystupováním v médiích

Mluvčím Koalice soukromých lékařů je od 2. září 2014 MUDr. Václav Šmatlák, předseda Sdružení praktických lékařů ČR (602 322 110).

V Praze dne 3. 9. 2014

■ **Seznam států s vyšším
výskytem TBC**

Seznam států s vyšším výskytem tuberkulózy podle údajů Světové zdravotnické organizace k 9. 11. 2014.

V souvislosti s novelizací vyhlášky č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním ne-

mocem, ve znění pozdějších předpisů, která nabyla účinnosti dne 1. 11. 2010, uveřejňuje Ministerstvo zdravotnictví seznam států s vyšším výskytem tuberkulózy podle údajů Světové zdravotnické organizace:

Státy s vyšším výskytem tuberkulózy jsou:

V Evropě: Bělorusko, Bosna a Hercegovina, Litva, Lotyšsko, Moldávie, Rumunsko, Rusko a Ukrajina.

V Asii: všechny asijské státy kromě Bahrajnu, Íránu, Izraele, Japonska, Jordánska, Kataru, Kuvajtu, Libanonu, Malediv, Ománu, Saúdské Arábie, Spojených arabských emirátů, Sýrie a Turecka.

V Africe: všechny africké státy kromě Egypta, Komor, Libye, Maurícia, Seychel a Tuniska.

V Americe: Bolívie, Brazílie, Dominikánská republika, Ekvádor, Guatemala, Guyana, Haiti, Honduras, Nikaragua, Panama, Paraguay a Peru.

V Austrálii a Oceánii: Fidži, Kiribati, Marshallovy ostrovy, Mikronésie, Nauru, Palau, Papua-Nová Guinea, Šalamounovy ostrovy, Tuvalu a Vanuatu.

■ **Usnesení Celorepublikové konference konané dne 1. 11. 2014 v Průhonicích**

- Konference se zúčastnilo 166 členů SPLDD, z toho 161 mandatarů
- Konference zvolila:
Návrhovou komisi ve složení:
MUDr. Hrunka, MUDr. Gricová,
MUDr. Zemánková, MUDr. Beneš,
MUDr. Nulíčková, MUDr. Růžičková,
MUDr. Němeček, MUDr. Pukovec,
MUDr. Verdánová
Mandátovou komisi ve složení:
MUDr. Andresová, MUDr. Letáková,
MUDr. Bušek, MUDr. Hudečková
- Konference schvaluje navržený program.
- Konference bere na vědomí zprávu o činnosti předsedkyně SPLDD ČR MUDr. Ilony Hülleové.
- Konference bere na vědomí závěrečnou zprávu MUDr. Jiřiny Dvořákové o hospodaření SPLDD ČR za rok 2013, informace o průběžném čerpání rozpočtu a schvaluje návrh rozpočtu na rok 2015.
- Konference bere na vědomí zprávu revizní komise MUDr. Jiřího Dufky.

- Konference bere na vědomí informace předsedkyně OSPDL MUDr. Aleny Šebkové.
- Konference bere na vědomí informace vedoucí katedry PLDD MUDr. Hany Cabnochové.
- Konference schválila novelu stanov SPLDD.
- Konference ukládá VV a Předsednictvu SPLDD nadále trvat na zachování oboru PLDD v primární péči ČR!
- Konference ukládá VV a Předsednictvu SPLDD zorganizovat v případě potřeby opakování petiční akce v našich ambulancích k zachování oboru PLDD a eventuálně zorganizovat i další formy protestu.
- Konference trvá na zachování atestace jako podmínky k získání specializované způsobilosti v oboru PLDD.
- Konference vyslechla návrh tezí přednesených prof. Vymazalem k novele zákona č. 95/2004 Sb. ohledně změny vzdělávání v pediatrii. Nesouhlasí s politickým zadáním ke změnám, které neberou

ohled na potřeby primární péče o děti a dorost (obor PLDD).

- Konference vyslechla vystoupení prof. MUDr. Jiřího Zemana, DrSc., předsedy ČPS, a nesouhlasí s jeho představou jednotného vzdělávání v oboru pediatrie.
- Konference ukládá Předsednictvu SPLDD nadále usilovat o novelizaci zákona č. 373/2011 Sb. a o navrácení odebraných kompetencí PLDD k posudkové činnosti.
- Konference konstatuje, že v ambulantním sektoru oproti lůžkovému již více než pět let stagnují příjmy. Požaduje spravedlivé navýšení finančních prostředků i pro náš subsegment a ukládá Výkonnému výboru tento požadavek prosazovat.
- Konference požaduje, aby MZ deklarovaná podpora primární péče byla také skutečně naplněna zachováním PLDD jako základního oboru a vytvořením koncepce péče o dítě v České republice.
- Konference podporuje vytvoření legislativního zázemí pro vznik fondu na odškodnění nežádoucích účinků po pravidelném očkování.



Rychlá diagnostika

CRP

■ Podmínky nasmlouvání kódu 02230 zdravotní pojišťovnou

Kód 02230 (Kvantitativní stanovení CRP – POCT) lze nasmlouvat praktickému lékaři pro děti a dorost a praktickému lékaři pro dospělé, pokud pracoviště splňuje požadavky na věcné, technické a personální vybavení. Kód 02230 je povoleno vykazovat společně s kódem pro kapilární odběr 09111. Celkové bodové ohodnocení je 130 bodů (*kód 02230 – 101 bodů, kód 09111 – 29 bodů*).

Pro nasmlouvání kódu žadatel předloží:

1. doklad o vlastnictví přístroje k měření CRP v režimu POCT; přístroj musí být opatřen značkou CE a splňovat směrnici Rady 98/79/ES ze dne 27. října 1998 o diagnostických zdravotnických prostředcích in vitro (výrobce vydal prohlášení o shodě s danou směrnicí).
2. doklad o účasti na certifikovaném prezenčním nebo distančním školení. V případě, že lékař absolvoval školení CRP POCT již v minulosti, doloží pojišťovně příslušný certifikát. Prezenční školení se pořádá na akreditovaném pracovišti ve spolupráci odborných společností a pracovišť zajišťujících postgraduální vzdělávání. Jako distanční školení je akceptován kurs Diagnostika zánětu v ambulantní péči, který lze nalézt na www.euni.cz v sekci Laboratorní diagnostika a je zpřístupněn po uhrazení faktury. Po úspěšném složení testu získá lékař certifikát s kreditními body do celoživotního vzdělávání a také certifikát akceptovaný zdravotními pojišťovnami k proplácení výkonu 02230.
3. doklad o úspěšném absolvování externího hodnocení kvality (EHK). EHK probíhá tak, že v příslušném termínu je

do ordinace poštou doručení neznámý vzorek, který personál standardním způsobem změří a výsledek zašle zpět poskytovateli kontroly. Poskytovatel EHK výsledek vyhodnotí. Pracoviště dokládá, že 1× ročně úspěšně prošlo externím hodnocením kvality; v případě negativního výsledku je nezbytná kontrola do 6 měsíců. Kontrolu má provádět jen společnost akreditovaná jako poskytovatel zkoušení způsobilosti s oprávněním pro POCT.

Od 1. 1. 2014 se seznam poskytovatelů EHK působících na území ČR rozšířil o společnost Labquality, Finsko (rozpis jejích kontrolních cyklů a přihlášky na jednotlivé programy je možné nalézt na www.manacon.cz).



QuikRead go®
Váš pomocník při rozhodnutí o léčbě

- Spolehlivost a vysoká kvalita
- Rychlost a snadné použití
- S možností připojení

Modernizujte svoji ordinaci!

ORION
DIAGNOSTICA

Více informací na:
www.oriondiagnostica.cz, nebo na tel. čísle: +420 602 647 793



Poskytování zdravotních služeb formou společnosti s ručením omezeným

Ing. František Elis
daňový poradce

Mzda vs. podíl na zisku PO

Z poměrně intenzivní elektronické korespondence si dovoluji důvodně předpokládat, že počínaje dnem 1. 1. 2015 začne další, a to ne zrovna zanedbatelná skupina poskytovatelů zdravotních služeb poskytovat tyto služby prostřednictvím právnické osoby, tedy zpravidla s.r.o.

Jedním z nejčastějších dotazů je, jak si stanovit optimální výši platu, a mnoho dalších poddotazů:

- Má výše platu zaměstnance vliv na daňovou oblast?
- Je nějaká výhoda stanovení nízkého platu?
- Mám a mohu si dát minimální mzdu?
- Nemá to vlastně jedno? Vždyť to buď zdáním já jako zaměstnanec, nebo bude mít „moje“ s.r.o. o to větší zisk, který samozřejmě zdaní a vezmu-li si zbytek formou podílu na zisku, musím opět odvést daň.
- Nemám si raději dávat vyšší mzdu, protože odvedu i vyšší částku na sociální pojištění, čímž se mi zvýší vyměřovací základ pro starobní důchod?

Následující řádky jsou pokusem o odpověď: Dle ustanovení § 111 zákoníku práce nesmí být mzda zaměstnance nižší než tzv. minimální mzda. Minimální mzda je charakterizována jako absolutně nejnížší cena práce bez ohledu na její složitost, druh a kvalitu. Je to nejnížší částka, kterou je zaměstnavatel povinen zaměstnanci poskytnout. Výše minimální mzdy se vztahuje k 40hodinové týdenní pracovní době a činí 8500 Kč za měsíc (50,60 Kč za hodinu). Pokud má zaměstnanec sjednanou kratší pracovní dobu, pak se sazba minimální mzdy snižuje úměrně odpracované době.

Vedle minimální mzdy platí rovněž tzv. nejnížší úrovně zaručené mzdy. Úrovně zaručené mzdy jsou stanoveny nařízením vlády č. 547/2006 Sb. a jsou odstupňovány podle složitosti, odpovědnosti a namáhavosti vykonávaných prací.

Délka odborné praxe nemá na výši minimální mzdy ani zaručené mzdy žádný vliv. Pokud by mzda zaměstnance nedosáhla příslušné

nejnížší úrovně zaručené mzdy, je povinností zaměstnavatele poskytnout doplatek ke mzdě ve výši vyčísleného rozdílu.

Nejnižší úrovně zaručené mzdy

Nejnižší úrovně zaručené mzdy pro stanovenou týdenní pracovní dobu 40 hodin jsou odstupňovány podle složitosti, odpovědnosti a namáhavosti vykonávaných prací, zařazených do 8 skupin, takto:

Skupina prací	Kč/hod	Kč/měsíc
1.	50,60	8 500
2.	55,90	9 400
3.	61,70	10 400
4.	68,10	11 400
5.	75,20	12 600
6.	83,00	13 900
7.	91,70	15 400
8.	101,20	17 000

Příklady prací ve skupinách podle oborů – Zdravotnictví

2. skupina – vykonávání povolání sanitáře.

3. skupina – vykonávání povolání ošetřovatele, zubní instrumentářky nebo dezinfektora.

4. skupina – vykonávání povolání zdravotnického, laboratorního nebo nutričního asistenta nebo asistenta zubního technika, ortoticko-protetického technika nebo ochrany veřejného zdraví. Vykonávání povolání všeobecné sestry, porodní asistentky, nutričního terapeuta, zdravotnického záchranáře, optometristy, ortoptisty, ortotika-protetika, ergoterapeuta, fyzioterapeuta, asistenta ochrany veřejného zdraví, zdravotního laboranta, biomedicínského technika, radiologického asistenta, radiologického technika, farmaceutického asistenta nebo zubního technika pod odborným dohledem.

5. skupina – vykonávání povolání všeobecné sestry, porodní asistentky, nutričního terapeuta, zdravotnického záchranáře, optometristy, ortoptisty, ortotika-protetika, ergoterapeuta, fyzioterapeuta, asistenta ochrany veřejného zdraví, zdravotního laboranta, biomedicínského technika, radiologického asistenta, radiologického technika,

farmaceutického asistenta nebo zubního technika bez odborného dohledu.

6. skupina – samostatné vykonávání povolání psychologa ve zdravotnictví, koncepční, metodické a zvláště náročné specializované činnosti v povolání fyzioterapeuta, povolání odborného pracovníka v ochraně veřejného zdraví, biomedicínského inženýra, odborného pracovníka v laboratorních metodách a v přípravě léčivých přípravků nebo radiologického fyzika.

7. skupina – vykonávání povolání lékaře, zubního lékaře, farmaceuta, klinického psychologa nebo klinického logopeda

Z uvedeného vyplývá, že minimální úroveň zaručené mzdy u lékaře je 15 400 Kč.

V dalším budeme uvažovat s hrubou měsíční mzdou lékaře 20 000 Kč.

Hrubá mzda 20 000 Kč

zdravotní pojištění zaměstnanec 4,5 %, tj. 900 Kč

sociální pojištění zaměstnanec 6,5 %, tj. 1 300 Kč

pojistné hrazené zaměstnavatelem 34 %, tj. 6 800 Kč

základ daně 20 000 + 6 800 = 26 800 Kč

daň 15 %, tj. 4 020 Kč.

sleva na dani 2 070 Kč

konečná daň (záloha) 1 950 Kč

Čistá mzda je 20 000 – 900 – 1 300 – 1 950 = 15 850 Kč.

V tomto případě tedy lékař jako „zaměstnavatel“ vydá 26 800 Kč a zůstane mu jako zaměstnanci 15 850 Kč, tj. cca 59 %.

V případě zdanění zisku 26 800 Kč

daň 19 %, tj. 5 092 Kč

podíl na zisku 26 800 – 5 092 = 21 708 Kč

srážková daň 15 % z 21 708, tj. 3 256 Kč

čistá částka 21 708 – 3 256 = 18 452 Kč, tj. cca 69 %.

Úspora představuje cca 10 %. V absolutní částce měsíčně 2 602 Kč, ročně o 31 224 Kč oproti situaci, kdy by si lékař stanovil hrubou měsíční mzdu ve dvojnásobné výši, tedy v částce 40 000 Kč. Je tedy nade vše pochybnost zřejmé, že z čistě ekonomického



Elektronická knížka připraví děti na odstranění nosních mandlí



Pro malé pacienty ji vyrobili v jihlavské nemocnici. A není jejich prvním úspěchem v moderních informačních technologiích.

Tato elektronická knížka je v pořadí již třetí podobnou prací, která v Nemocnici Jihlava vznikla. Děti se z ní přijatelnou a atraktivní formou připraví na svůj pobyt: uvidí cestu na operační sál, jednotlivá vyšetření nebo dění po operaci.

Průvodcem jim je v knížce děvčátko Laura. Pacientem pak je plyšový medvěd.

„Místo dítěte jsme pro potřebu fotografování do knížky vyšetřovali plyšového medvěda, takže jsme u toho i docela pobavili,“ popisuje primář dětského oddělení Martin Zímen.

Praktické informace i poučení

Knížka slouží nejenom pro to, aby se děti dozvěděly více o samotném zákroku, který je čeká. Pokud si v aplikaci kliknou na ozubené kolečko, vždy dostanou informace navíc. Třeba na jakém principu funguje teploměr nebo co to znamená zvýšená teplota.

„Pobyt v nemocnici bývá pro děti i jejich rodiče dlouhý, a proto jsme chtěli, abychom nabídli více než jen informace o pobytu u nás. Díky knížce se mohou i něco přiučit. Aplikace je sice vytvořená především pro děti, ale nudit se u ní nebudou ani rodiče,“ slibuje grafik jihlavské nemocnice Jiří Staněk, který měl na starosti podobu knížky.

Zdroj: doktorvlach.cz, 20. 10. 2014

pohledu je výhodné stanovení pouze takové hrubé mzdy, která postačí na běžné výdaje, a zbytek finančních prostředků odčerpat po skončení zdaňovacího období formou podílu na zisku.

Osobní automobil

Dalším velmi často kladeným dotazem je, jak nejlépe vyřešit problematiku související s osobním automobilem. Variant je mnoho, nejfrekventovanější jsou čtyři následující:

- pronájem osobního automobilu od fyzické osoby společnosti s ručením omezeným
- prodej osobního automobilu společnosti s ručením omezeným
- používání osobního automobilu pouze v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb
- používání osobního automobilu i pro soukromé účely

Pokud se lékař rozhodne stávající nebo i nově zakoupený osobní automobil „svému“ s.r.o. pronajmout, je třeba vhodným způsobem stanovit cenu nájmu. Nelze než doporučit výpočet nájmu zadat, a to takovému zpracovateli, který jej bude v případě potřeby ochoten a schopen obhájit před příslušným správcem daně.

Níže uvedený ilustrativní příklad slouží k získání základní orientační představy o možném výsledku stanovení výše nájemného, nelze jej proto použít jako obecný vzor.

Příklad

MUDr. A zakoupil dne 28. 2. 2013 osobní automobil (OA) za cenu 400 000 Kč. Dosud jej používal jako fyzická osoba – poskytovatel zdravotních služeb. Od 1. 1. 2015 jej hodlá pronajmout „svému“ s.r.o.

Stanovení hodnoty pronájmu

Cena pořízení	400 000 Kč
Předpokládaná doba použitelnosti OA	8 let
Průměrná roční hodnota opotřebení OA (400 000 : 8)	50 000 Kč
Průměrná měsíční hodnota opotřebení OA (50 000 : 12)	4 167 Kč
Výše měsíčního nájemného	4 167 Kč
Doba platnosti takto stanoveného nájemného	únor 2021

Jedná se o tzv. „holé“ nájemné, veškeré související náklady (opravy, silniční daň...) hradí nájemce.

Další, podstatně častější variantou je, že lékař „svému“ s.r.o. osobní automobil prodá.

Přestože to zákon nevyžaduje, doporučoval bych prodej realizovat za cenu dle znaleckého posudku.

Pokud lékař používá osobní automobil, který je ve vlastnictví s.r.o., výhradně v souvislosti s podnikáním, nenastává zpravidla problém. Pokud se však rozhodne, že bude používat tento osobní automobil i pro soukromé účely jako zaměstnanec, pak to s sebou přináší mnohé důsledky vyplývající z § 6 odst. 6 zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů.

Poskytuje-li zaměstnavatel zaměstnanci bezplatně motorové vozidlo k používání pro služební i soukromé účely, považuje se za příjem zaměstnance částka ve výši 1 % vstupní ceny vozidla za každý i započatý kalendářní měsíc poskytnutí vozidla. Jde-li o najaté vozidlo, vychází se ze vstupní ceny vozidla u původního vlastníka, a to i v případě, že dojde k následné koupi vozidla. Pokud ve vstupní ceně není zahrnuta daň z přidané hodnoty, pro účely tohoto ustanovení se o tuto daň zvýší. Je-li částka, která se posuzuje jako příjem zaměstnance za každý i započatý kalendářní měsíc poskytnutí vozidla, nižší než 1000 Kč, považuje se za příjem zaměstnance částka ve výši 1000 Kč. Poskytne-li zaměstnavatel zaměstnanci bezplatně v průběhu kalendářního měsíce postupně za sebou více motorových vozidel k používání pro služební i soukromé účely, považuje se za příjem zaměstnance částka ve výši 1 % z nejvyšší vstupní ceny motorového vozidla. Poskytne-li zaměstnavatel zaměstnanci bezplatně v průběhu kalendářního měsíce více motorových vozidel současně, považuje se za příjem zaměstnance částka ve výši 1 % z úhrnu vstupních cen všech motorových vozidel používaných pro služební i soukromé účely. Vstupní cenou vozidla se pro účely tohoto ustanovení rozumí vstupní cena uvedená v § 29 odst. 1 až 9.

- Toto ustanovení se vztahuje výhradně na případy, kdy zaměstnavatel poskytne zaměstnanci motorové vozidlo k používání pro služební i soukromé účely bezplatně.
- Pokud poskytne zaměstnavatel zaměstnanci vozidlo za úplat, toto ustanovení se nepoužije
- V případě krátkodobého půjčení vozidla k soukromým účelům může být výhodnější úplatné zapůjčení za cenu obvyklou.

Příklad 1

Používá-li MUDr. A jako zaměstnanec bezplatně osobní automobil v pořizovací ceně



400 000 Kč pro služební i pro soukromé účely, bude mít za každý započatý kalendářní měsíc takového poskytnutí vozidla příjem ke zdanění ve výši 4000 Kč (1 % z 400 000 Kč).

Příklad 2

Kdyby se ovšem jednalo nikoliv o osobní automobil ve vlastnictví s.r.o., ale pronajatý např. na základě smlouvy o finančním pronájmu s následnou koupí najatého vozidla, nebude se při stanovení nepeněžního příjmu MUDr. A vycházet z celkové hodnoty leasingových splátek, nýbrž ze vstupní ceny vozidla u původního vlastníka, tj. u leasingové společnosti.

Zaměstnanecké benefity

Dalším okruhem otázek jsou tzv. zaměstnanecké benefity, tedy nepeněžní, případně peněžní plnění poskytovaná zaměstnavatelem zaměstnanci. Než se však budeme zabývat daňovými dopady v případech, které lze předpokládat u klasického poskytovatele zdravotních služeb – právnické osoby (jeden lékař, jedna zdravotní sestra), považují za vhodné upozornit na následující skutečnost, s kterou se poměrně často setkávám. Poplatník nezřídka konzultuje „správný daňový postup“ přímo se správcem daně, domnívá se, že se takto nejsnáze vyhne případným budoucím problémům. K tomu si dovoluji malý příklad, který vychází ze skutečnosti.

U společnosti MUDr. A s.r.o. probíhá daňová kontrola k dani z příjmů právnických osob. Výsledkem kontroly je mj. i vyloučení nákladů, jejichž uplatnění jako daňově uznatelné jednatel společnosti MUDr. A. konzultoval v příslušném zdaňovacím období s paní Novotnou, pracovnící správce daně. Ta však již na finančním úřadě nepracuje. Ve spisu společnosti MUDr. A s.r.o. se podle vyjádření finančního úřadu nenalézá žádný protokol ani úřední záznam o poskytnutém stanovisku.

Vysvětlení a závěry k uvedenému případu:

- poučovací povinnost ohledně toho, co a jak se zdaňuje, správce daně nemá,
- pokud se jedná o poučení poskytnuté pí Novotnou nad rámec její zákonné povinnosti, nemá oporu ve spisu a jedná se tedy o neprokázané tvrzení,
- ovšem ani v případě jeho potvrzení by to nemělo žádný vliv na doměření daně,
- daňový subjekt se totiž nemůže zbavit své zákonné daňové povinnosti ani v případě,

Plnění zaměstnavatele	1*	2*	3*
Úhrada jízdenek do zaměstnání za hromadnou dopravu	Ano	Ano	Ano
Náhrady cestovních výdajů do limitu	Ne	Ne	Ano
Náhrady cestovních výdajů nad limit	Ano	Ano	Ano
Odborný rozvoj zaměstnanců související s předmětem činnosti zaměstnavatele – nepeněžní plnění	Ne	Ne	Ano
Rekvalifikace zaměstnanců – nepeněžní plnění	Ne	Ne	Ano
Odborný rozvoj zaměstnanců nesouvisející s předmětem činnosti zaměstnavatele – nepeněžní plnění poskytnuté ze zisku po zdanění	Ne	Ne	Ne
Odborný rozvoj zaměstnanců – peněžní plnění	Ano	Ano	Ano
Poskytování stravenek jako nepeněžní plnění do limitu	Ne	Ne	Ano
Poskytování stravenek jako nepeněžní plnění nad limit	Ne	Ne	Ne
Hodnota nealkoholických nápojů poskytovaných ze zisku po zdanění	Ne	Ne	Ne
Poskytování nealkoholických nápojů – peněžní plnění	Ano	Ano	Ano
Nepeněžní příspěvek na rekreaci do 20 000 Kč poskytnutý ze zisku po zdanění	Ne	Ne	Ne
Nepeněžní příspěvek na rekreaci nad 20 000 Kč	Ano	Ano	Ano
Peněžní příspěvek na rekreaci	Ano	Ano	Ne
Nepeněžní příspěvek na sportovní a kulturní vyžití poskytnutý ze zisku po zdanění	Ne	Ne	Ne
Peněžní příspěvek na sportovní a kulturní vyžití	Ano	Ano	Ano
Nepeněžní příspěvek na úkony hrazené zaměstnancem ve zdravotnickém zařízení poskytnutý ze zisku po zdanění	Ne	Ne	Ne
Peněžní příspěvek na úkony hrazené zaměstnancem ve zdravotnickém zařízení	Ano	Ano	Ano
Nepeněžní dary do výše 2000 Kč ročně poskytnuté ze zisku po zdanění	Ne	Ne	Ne
Nepeněžní dary nad 2000 Kč ročně	Ano	Ano	Ne
Peněžní dary ze zisku po zdanění	Ano	Ano	Ne
Příspěvek na penzijní připojištění a životní pojištění do 24 000 Kč ročně	Ne	Ne	Ano
Příspěvek na penzijní připojištění a životní pojištění nad 24 000 Kč ročně	Ano	Ano	Ano

že mu kdokoliv poskytl nesprávné poučení,

- pokud by nesprávné poučení poskytl daňový poradce, možné řešení je náhrada škody,
- škodou ovšem není doměřená daň ale pouze její příslušenství (penále, úrok z prodlení).

Pro úplnost je třeba uvést, že existují případy, kdy správce daně na základě žádosti daňového subjektu vydá za správný poplatek 10 000 Kč rozhodnutí o závazném posouzení, které je závazné po stanovenou dobu vůči všem správcům daně. Jedná se o:

- závazné posouzení způsobu rozdělení výdajů (nákladů), které nelze přiřadit pouze ke zdanitelným příjmům,
- závazné posouzení poměru výdajů (nákladů) spojených s provozem nemovitosti používané zčásti k podnikatelské nebo

jiné samostatné výdělečné činnosti anebo k pronájmu a zčásti k soukromým účelům, které lze uplatnit jako výdaj (náklad) na dosažení, zajištění a udržení příjmů.

Nyní již k jednotlivým vybraným benefitům a jejich případným daňovým dopadům na straně zaměstnance a zaměstnavatele (viz tabulku).

1* Zdanění u zaměstnance ANO/NE

2* Vstupuje do vyměřovacího základu pro odvody sociálního a zdravotního pojištění ANO/NE

3* Jedná se o daňový výdaj u zaměstnavatele ANO/NE

Poznámka:

Režim daňového řešení zaměstnaneckých benefitů u zaměstnavatele vychází především z ustanovení § 24 odst. 2 písm. j)



Místo cesty na pohotovost si pacienti rovnou volají záchranku

Statistika vypovídá: kvůli regulačnímu poplatku poklesl počet návštěv pohotovosti, ale přibýlo tísňových volání

V roce 2008, kdy byl zaveden regulační poplatek 90 Kč za návštěvu lékařské služby první pomoci, poklesl počet ošetření na pohotovosti pro dospělé o 41,1 % oproti roku 2007.

Počty ošetření na pohotovosti pro děti a dorost poklesly ve stejném období o 25,0 %, počty ošetření na stomatologické pohotovosti o 36,7 %.

Vyplývá to z dat shromážděných Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR.

Pokles se udržel – kromě zubní pohotovosti

Toto snížení se udrželo až do současnosti, přesněji do roku 2013, z něhož jsou poslední údaje.

V číslech: Ve srovnání s rokem 2007 loni statistikové napočítali o 43,4 % nižší počet ošetření na pohotovosti pro dospělé a o 23,1 % menší počet ošetření na dětské pohotovosti.

Jenom na zubní pohotovost začali pacienti zase chodit, loni tam měli o 8,4 % návštěv víc než v roce 2007.

Nemocní se neztratili

To samozřejmě neznamená, že by se nemocní úplně vypařili nebo začali navštěvovat lékaře v pracovní době.

V období 2007 až 2013 se velmi výrazně zvýšil počet pacientů, kterými se musela zabývat zdravotnická záchranná služba na základě tísňové výzvy. A to konkrétně z 686 tisíc případů ročně na 951 tisíc případů za rok.

Vysvětlení se dá najít snadno: za záchranku se neplatí, kdo si ji přivolá, ušetří 90 korun. A je také zřejmé, proč se počet návštěv zubní pohotovosti zase vrátil k původnímu číslu: záchranka kvůli bolavým zubům nejezdí.

Zatímco však ostatní regulační poplatky se ruší, ten za pohotovost zůstává zachován.

Zdroj: doktorvlach.cz, 27. 10. 2014

bodů 5 ZDP. Podle tohoto ustanovení daňově uznatelnými jsou výdaje (náklady) na pracovní a sociální podmínky, péči o zdraví a zvýšený rozsah doby odpočinku zaměstnanců, vynaložené na práva zaměstnanců vyplývající z kolektivní smlouvy, vnitřního předpisu zaměstnavatele, pracovní nebo jiné smlouvy, pokud tento nebo zvláštní zákon nestanoví jinak.

Nyní ještě poněkud podrobněji k příspěvkům na „kulturu, sport a rekreaci“. U zaměstnance vždy záleží na tom, zda se jedná o nepeněžní, či peněžní plnění.

Osvobození od daně z příjmů ze závislé činnosti se vztahuje u zaměstnance výhradně na nepeněžní plnění zaměstnavatele. Tedy na případ, kdy zaměstnavatel sám uhradí příslušné výdaje a zaměstnanci předá poukazy, vstupenky nebo permanentky. Přitom další podmínkou pro osvobození tohoto plnění zaměstnanci od daně z příjmů ze závislé činnosti je, že toto nepeněžní plnění je poskytováno zaměstnavatelem ze zisku po jeho zdanění.

Může se jednat například o:

- zakoupení vstupenek na kulturní pořady,
- zakoupení permanentek do sportovních zařízení, jako jsou bazény, fitness centra, posilovny apod.,
- zakoupení permanentek do divadla,
- zakoupení vstupenek na sportovní akce,
- úhradu tuzemské a zahraniční rekreace zaměstnance cestovní kanceláři,
- poskytnutí poukázek na nákup zdravotnického zboží (vitaminy).

Jako plnění zaměstnavatele zaměstnanci se posuzuje i plnění poskytnuté pro rodinné příslušníky zaměstnance.

Pokud nepeněžní plnění nesplní podmínku pro osvobození od daně z příjmů, bude nepeněžní příjem zaměstnance zahrnut do vyměrovacího základu pro odvod pojistného na sociální a zdravotní pojištění.

Osvobození od daně z příjmů ze závislé činnosti se nevztahuje na peněžní plnění vyplacené zaměstnavatelem přímo zaměstnanci. Pokud zaměstnavatel poskytne peněžní příspěvek na rekreaci nebo uhradí předložené vstupenky na sportovní akce, bude se vždy jednat o zdanitelný příjem na straně zaměstnance. Tento příjem vstupuje do vyměrovacího základu pro výpočet pojistného na sociální a zdravotní pojištění.

Stejně jako u zaměstnance, i u zaměstnavatele záleží na tom, zda se jedná o nepeněžní, či peněžní plnění. Nepeněžní plnění bude daňově neuznatelným nákladem, peněžní

plnění bude nákladem daňově uznatelným za předpokladu, že půjde o práva zaměstnance vyplývající z vnitřního předpisu zaměstnavatele, pracovní nebo jiné smlouvy. Ovšem v tomto případě se bude jednat u zaměstnance o zdanitelný příjem, jak již bylo uvedeno.

Příklad 1

Společnost MUDr. A s.r.o. zakoupila permanentku do sauny a poskytla ji svému zaměstnanci. Na straně zaměstnance bude poskytnuté nepeněžní plnění osvobozeno od daně z příjmů. U zaměstnavatele nepůjde o daňově uznatelný náklad, částku bude nutno uhradit ze zisku po zdanění nebo jako nedaňový výdaj.

Příklad 2

Společnost MUDr. A s.r.o. podle vnitřního předpisu poskytuje peněžní příspěvek zaměstnancům ve výši 2000 Kč na nákup vitamínů a dalších zdravotnických produktů. Protože se jedná o peněžní plnění, půjde na straně zaměstnance o zdanitelný příjem v plné výši 2000 Kč, a to v měsíci jeho vyplacení, který se zahrne do vyměrovacího základu zaměstnance pro odvod pojistného na sociální a zdravotní pojištění. Zaměstnavatel zahrne peněžní plnění poskytnuté zaměstnanci do daňově uznatelných nákladů. Povinné pojistné na sociální a zdravotní pojištění hrazené zaměstnavatelem z peněžního příjmu zaměstnance 2000 Kč lze uplatnit jako daňový náklad.

Příklad 3

Společnost MUDr. A s.r.o. poskytne nepeněžní příspěvek zaměstnanci ve výši 20 000 Kč formou zakoupení zájezdu v cestovní kanceláři. Částka je poskytnuta ze zisku po zdanění. U zaměstnance bude částka nepeněžního plnění 20 000 Kč osvobozena od daně z příjmů ze závislé činnosti.

Obdobných příkladů by se kombinací podmínek dalo sestavit poměrně mnoho. Účelem však nebyl vyčerpávající přehled, ale pouze ukázka daňového posuzování vybraných zaměstnaneckých benefitů. I tak je z tohoto jednoduchého a zjednodušeného přehledu zřejmé, že ne vždy se jedná o snadnou a jednoduchou záležitost.



Podfinancované české zdravotnictví

MUDr. Milan Kubek
prezident ČLK

■ Výdaje na zdravotnictví jsou v Česku v porovnání s ostatními zeměmi OECD velmi nízké

Náklady na zdravotnictví jsou vysoké ve všech vyspělých státech světa. V zemích OECD dosahují v průměru 9,5 % jejich HDP. Pro většinu vyspělých zemí rovněž platí, že výdaje na zdravotnictví rostou rychleji než jejich ekonomika. Vysvětlení tohoto faktu je prosté. Populace vyspělých zemí stárne, průměrný věk se prodlužuje a moderní medicína je čím dále tím dražší.

Výdaje na zdravotnictví jsou v Česku v porovnání s ostatními zeměmi OECD nízké. V roce 2010 činily pouhých 7,5 % HDP. Průměrné výdaje na zdravotnictví v členských zemích OECD přitom ve stejném roce dosahovaly 9,5 % HDP. Nejvyšší výdaje na zdravotnictví vynakládají tradičně Spojené státy americké (17,6 % svého HDP).

V České republice tvoří veřejné výdaje na zdravotnictví 83,7 %. Soukromé výdaje tedy patří mezi nejnižší v rámci zemí OECD. Podle výše podílu soukromých výdajů na celkových běžných výdajích na zdravotnictví jsou v čele uváděných evropských zemí OECD za rok 2012 Maďarsko (38,1 %), Portugalsko (37,4 %), Švýcarsko (34,2 %) a Polsko (34,0 %). Zeměmi s nejnižším podílem soukromých výdajů v roce 2012 jsou Dánsko (14,8 %), Česko (16,3 %), Lucembursko (17,5 %) a Švédsko (18,8 %). Jedinými státy skupiny OECD, v nichž jsou dominantním zdrojem financování zdravotnictví soukromé peníze, jsou USA, Chile a Mexiko. V Evropě tedy ve všech zemích hrají rozhodující roli veřejné peníze.

Investice do zdravotnictví patří spolu s investicemi do vzdělávání a výzkumu k těm

nejefektivnějším. Pouze zdraví lidé mohou pracovat, vytvářet hodnoty a platit daně. Zdravotnictví plní funkci sociální a společnost stabilizující, ale může být též motorem ekonomiky jako významný zaměstnavatel a odběratel zboží a služeb. Škrtení výdaje na zdravotnictví za cenu poklesu kvality, snížení bezpečnosti a zhoršení dostupnosti zdravotní péče, to může dělat jen politický primitiv, kterému vůbec nezáleží na tom, co občané od státu potřebují. Ne nadarmo doporučuje Evropská komise členským státům, aby investovaly do zdravotnictví nejméně 8 % svého HDP. Na takové peníze však naše zdravotnictví zatím ještě nikdy nedosáhlo. Opakované zvyšování DPH a přesuny komodit ze snížené do základní sazby připravily zdravotnictví o miliardy, které inkasuje stát. Dosavadní zvyšování platby za státní pojištění, která čtyři roky stagnovala na úrovni pouhých 723 Kč za měsíc, to nenahrazuje. Je třeba rovněž připomenout, jak naše zdravotnictví poškodila devalvace koruny.

■ V hotovosti platí naši pacienti hodně, ale chybí připojištění

Podíl veřejných a soukromých výdajů na zdravotnictví však nevypovídá téměř nic o skutečné výši spoluúčasti pacientů na úhradě zdravotní péče. Ve většině zemí, kde je podíl soukromých výdajů vyšší, totiž značnou část z nich představuje připojištění, které v ČR neexistuje.

V porovnání přímých výdajů obyvatelstva, tedy čisté hotovostní spoluúčasti (*Out of pocket payments*), Česká republika se svým podílem 15,3 % z celkových výdajů na zdravotnictví ve srovnání s jinými zeměmi OECD nevyčnívá. Nižší podíl přímých výdajů

obyvatelstva mají například Dánsko, Francie, Německo, Lucembursko, Nizozemsko atd. Podíl vyšší než ČR mají na straně druhé kromě Portugalska nebo Švýcarska i postsocialistické Maďarsko, Polsko a Slovensko.

Hotovostní platby zatěžují populaci velmi nerovnoměrným způsobem. Zatímco pro vyšší příjmové vrstvy a pro zdravé lidi v produktivním věku nepředstavují občasně doplatky a poplatky zásadnější problém, pro nemocné seniory s rozsáhlou chronickou medikací se jedná o závažný zásah do jejich skromného rozpočtu. V naší zemi reálně neexistující připojištění je naopak mnohem spravedlivější, neboť více si na nadstandardní zdravotní péči připlácí ti, kteří si to mohou dovolit.

■ Spíše perpetuum mobile než černá díra

Kvalitní zdravotnictví se bez dostatku finančních prostředků neobejde. V průměru na celém světě je 13 lékařů na 10 tisíc obyvatel. Mezi zeměmi jsou však značné rozdíly. Rozdíly ovlivňují především finance. V Africe tak připadají na 10 tisíc obyvatel pouze dva lékaři, zatímco v Evropě je to 32 lékařů. U zdravotních sester je situace obdobná, stejně tak u nemocničních lůžek a lékařského vybavení. Pokud si přejeme, abychom nadále kvalitou zdravotnictví patřili mezi státy vyspělé, bude to nutně něco stát. V opačném případě by nám nezbylo nic jiného, než že bychom se museli smířit s poklesem na úroveň zemí tzv. třetího světa.

Česká republika se dnes může v rámci zemí OECD pochlubit dostupnou lékařskou péčí, na 10 tisíc obyvatel připadá 36 lékařů, průměr v zemích OECD je 31 lékařů na 10 tisíc

MANAGEMENT 4

Srdečně Vás zveme na celorepublikový cyklus vzdělávacích konferencí pro praktické lékaře pro děti a dorost, na téma: **Management lékařské praxe - posudková činnost.**

Vzdělávací akce jsou pořádány pod záštitou SPLDD ČR, dle vzdělávacího řádu SPLDD ČR. Odborný garant: MUDr. Ilona Hülleová, předsedkyně SPLDD ČR

10. 01. 2015	Průhonice	Centrum Floret
24. 01. 2015	H. Králové	Hotel Tereziánský dvůr
31. 01. 2015	Brno	Holiday Inn Brno

Registrace od 8:30, odborný program 9.00 - 14.45. / Pro členy SPLDD ČR, OSPDL ČLS JEP a jejich rezidenty je účast ve výši 500 Kč. Rezident se musí prokázat potvrzením školitele. Ostatní hradí registrační poplatek ve výši 1000 Kč. / Online přihlášení na www.detskylekar.cz a www.ahou.cz.



obyvatel. Na 10 tisíc obyvatel připadá v Česku 81 zdravotních sester, průměr za země OECD je 87 zdravotních sester na 10 tisíc obyvatel. Poměrně vysoký je v Česku počet nemocničních lůžek, když na 10 tisíc obyvatel připadá 49 nemocničních lůžek, průměr za země OECD činí 34 nemocničních lůžek. Pouze Japonsko, Německo, Rakousko a Korea mají více nemocničních lůžek připadajících na deset tisíc obyvatel než Česko. Široká dostupnost a slušná kvalita našeho zdravotnictví jsou však stále vykoupeny nízkým finančním oceněním práce zdravotníků. Porovnáme-li výši finančních prostředků, které má naše zdravotnictví k dispozici, s výsledky, kterých česká medicína dosahuje, pak spíše než černou díru, o které populističtí politici tak rádi hovoří, připomíná náš zdravotnický systém perpetuum mobile. To jistě v žádném případě neznamená, že by se ve zdravotnictví nekradlo, ale troufám si tvrdit, že v jiných oblastech našeho života se v této zemi nekrade o nic méně.

■ Drahé zdravotnictví v USA či Nizozemsku

Suverénně nejnákladnějším je americké zdravotnictví. Celkové výdaje na zdravotnictví představovaly v USA v roce 2010 dokonce 17,6 % HDP, zdaleka nejvíce ze všech členských zemí (průměr za OECD je 9,5 %). Není bez zajímavosti, že druhým nejdražším zdravotnickým systémem je ten nizozemský, přičemž právě v Nizozemsku nalézali inspiraci reformátoři našeho zdravotnictví v dobách ministrů Julínka a Hegera. Nizozemsko vydává na zdravotnictví 12,0 % svého HDP a dovedu si jen těžko představit, že by si naše země mohla dovolit mít nejdražší zdravotnictví v celé Evropě.

Mezi evropskými státy patří ke špičce ve výdajích na zdravotnictví tradičně Francie (11,8 %), Německo (11,6 %), Švýcarsko (11,4 %) a Dánsko (11,1 %). Nejnižší jsou naopak výdaje v Estonsku (6,3 %), Polsku (7,0 %) a ČR (7,5 %).

Porovnáme-li výdaje na zdravotnictví v paritě kupní síly, pak nezjistíme nic jiného než to, že výdaje na jednoho obyvatele v USA jsou rovněž nejvyšší (8233 \$ v paritě kupní síly), což je 2,5krát více, než činí průměr za země OECD (3268 \$). Je obtížně pochopitelné, že při takto obrovských výdajích nemá cca 40 miliónů Američanů potřebné zdravotní pojištění, a tedy zajištěný přístup

Země	výdaj na zdravotnictví (v % k HDP)	náklady na zdravotnictví (na 1 obyvatele v PPPs)
USA	17,6 %	8 233 \$
Nizozemsko	12,0 %	5 056 \$
Německo	11,6 %	4 338 \$
Francie	11,6 %	3 974 \$
Švýcarsko	11,4 %	5 270 \$
Kanada	11,4 %	4 445 \$
Dánsko	11,1 %	4 464 \$
Rakousko	11,0 %	4 395 \$
Portugalsko	10,7 %	2 728 \$
Belgie	10,5 %	3 969 \$
Řecko	10,2 %	2 914 \$
Nový Zéland	10,1 %	3 022 \$
Švédsko	9,6 %	3 758 \$
Velké Británie	9,6 %	3 433 \$
Španělsko	9,6 %	3 076 \$
OECD	9,5 %	3 268 \$
Japonsko	9,5 %	3 035 \$
Norsko	9,4 %	5 388 \$
Island	9,3 %	3 309 \$
Itálie	9,3 %	2 964 \$
Irsko	9,2 %	3 718 \$
Austrálie	9,1 %	3 670 \$
Slovinsko	9,0 %	2 428 \$
Slovensko	9,0 %	2 095 \$
Lucembursko	8,9 %	4 786 \$
Finsko	8,9 %	3 251 \$
Izrael	8,9 %	2 165 \$
Chile	8,0 %	1 202 \$
Maďarsko	7,8 %	1 601 \$
Česko	7,5 %	1 884 \$
Korea	7,1 %	2 035 \$
Polsko	7,0 %	1 389 \$
Estonsko	6,3 %	1 294 \$
Mexiko	6,2 %	916 \$
Turecko	6,1 %	913 \$

Výdaje na zdravotnictví v zemích OECD, údaje za rok 2010

k potřebné zdravotní péči. Při porovnání nákladů s výsledky zůstává tedy zdravotnictví v USA katastrofálně neefektivní.

Dalšími zeměmi s vysokými výdaji na zdravotnictví jsou Norsko (5388 \$), Švýcarsko (5270 \$), Nizozemsko (5056 \$), Lucembursko (4786 \$), Dánsko (4464 \$) a Kanada (4445 \$). V rámci států OECD jsou

naopak nejnižší v Turecku (913 \$) a Mexiku (916 \$). Našich 1884 dolarů však také není žádnou výhrou.

S využitím informací z ÚZIS a OECD Health Data 2012.

Převzato z *Tempus Medicorum*, 10/2014



Ochrana osobnosti lékaře

JUDr. Jan Mach

ředitel právní kanceláře ČLK

O problematice právní ochrany lékaře v případě neoprávněných útoků na profesní čest a důstojnost v médiích i jinde jsme v časopisu Tempus medicorum již psali. Možnosti právní ochrany lékařů se od té doby sice příliš nezměnily, byť je vydán nový občanský zákoník, bude však patrně namístě je znovu připomenout.

Lékař není povinen trpět útoky na svou profesní čest a svou osobnost, ať již v médiích, nebo mimo média, a není povinen nechat se urážet a urážky snášet. Možnosti právní ochrany jsou buď **soukromoprávní**, tj. právo na odpověď a dodatečné sdělení dle tiskového zákona a zákona o rozhlasovém a televizním vysílání a žaloba na ochranu osobnosti a o náhradu nemajetkové újmy u soudu, nebo veřejnoprávní, tj. zejména oznámení pro přestupek proti občanskému soužití nebo trestní oznámení pro trestný čin pomluvy.

■ Právo na odpověď a dodatečné sdělení

Toto právo upravují dva zákony (nikoli nový občanský zákoník), přičemž pravidla stanovená těmito dvěma zákony jsou v zásadě shodná. Jde-li o informaci, která byla prezentována v rozhlasu či televizi, uplatní se právo na odpověď a dodatečné sdělení podle zákona č. 231/2001 Sb., o provozování rozhlasového a televizního vysílání. Pokud jde o informace, které byly uveřejněny v tisku, uplatní se toto právo podle tiskového zákona č. 46/2001 Sb. v platném znění.

Pokud bylo v periodickém tisku, rozhlasovém či televizním vysílání uveřejněno sdělení obsahující skutkové tvrzení, které se dotýká cti, důstojnosti anebo soukromí určité fyzické osoby nebo jména nebo dobré pověsti určité právnické osoby, má tato osoba právo požadovat na vydavateli tisku nebo provozovateli rozhlasového či televizního vysílání uveřejnění odpovědi. Vydavatel tisku nebo provozovatel vysílání je povinen na žádost této osoby odpověď uveřejnit.

Odpověď se musí omezit pouze na skutkové tvrzení, kterým se buď tvrzení dotýkající se cti, důstojnosti nebo soukromí uvádí na pravou míru, nebo neúplné či jinak pravdu zkreslující tvrzení se doplňuje nebo zpřes-

ňuje. Odpověď musí být přiměřená rozsahu napadeného sdělení a musí z ní být patrné, kdo ji činí.

Pokud bylo v periodickém tisku uveřejněno sdělení o trestním řízení nebo o řízení ve věci přestupku vedeném proti fyzické osobě nebo o řízení ve věci správních deliktů vedeném proti fyzické nebo právnické osobě, kterou lze podle tohoto sdělení ztotožnit, a toto řízení bylo ukončeno pravomocným rozhodnutím, má tato osoba právo požadovat na vydavateli uveřejnění informace o konečném výsledku řízení jako dodatečného sdělení. Vydavatel tisku nebo provozovatel vysílání je povinen na žádost této osoby informaci o pravomocném rozhodnutí jako dodatečné sdělení uveřejnit.

Žádost o uveřejnění odpovědi nebo dodatečného sdělení musí mít písemnou formu. Musí z ní být zřejmé, v čem se skutkové tvrzení obsažené v uveřejněném sdělení dotýká cti, důstojnosti nebo soukromí fyzické osoby anebo jména nebo dobré pověsti právnické osoby. Součástí žádosti musí být též návrh přesného znění odpovědi nebo dodatečného sdělení.

Žádost o uveřejnění odpovědi musí být vydavateli tisku (nikoli tedy šéfredaktorovi, ale subjektu, který příslušný tisk vydává) a provozovateli rozhlasového a televizního vysílání doručena nejpozději do třiceti dnů ode dne uveřejnění napadeného sdělení, jinak právo na uveřejnění odpovědi zaniká.

Odpověď nebo dodatečné sdělení je vydavatel nebo provozovatel povinen uveřejnit ve stejném periodickém tisku, v němž bylo uvedeno napadené sdělení, a to takovým způsobem, aby nové sdělení bylo umístěním a formou rovnocenné a rozsahem přiměřené napadenému sdělení s výslovným označením „Odpověď“ nebo „Dodatečné sdělení“. Uveřejnění probíhá na vlastní náklady vydavatele či provozovatele a s uvedením jména a příjmení fyzické osoby nebo názvu

právnické osoby, která o uveřejnění odpovědi žádá.

Vydavatel tisku nebo provozovatel vysílání je povinen uveřejnit odpověď nebo dodatečné sdělení do osmi dnů ode dne doručení žádosti o uveřejnění odpovědi nebo dodatečného sdělení. Pokud to není možné, je povinen tak učinit v nejbližším následujícím vydání stejného periodického tisku. Současně je povinen do osmi dnů ode dne doručení žádosti informovat osobu, která žádost podala, a označit vydání periodického tisku, v němž dojde k uveřejnění odpovědi nebo dodatečného sdělení.

Neuveřejní-li vydavatel tisku nebo provozovatel televizního či rozhlasového vysílání odpověď nebo dodatečné sdělení nebo nedodrží-li podmínky pro uveřejnění odpovědi nebo dodatečného sdělení stanovené zákonem, rozhodne o povinnosti uveřejnit odpověď nebo dodatečné sdělení na návrh osoby, která o uveřejnění žádala, soud. Návrh však musí být podán soudu do patnácti dnů po uplynutí lhůty osmi dnů stanovené pro uveřejnění odpovědi nebo dodatečného sdělení, jinak právo domáhat se uveřejnění odpovědi nebo dodatečného sdělení u soudu zaniká.

Vydavatel nebo provozovatel není povinen uveřejnit odpověď nebo dodatečné sdělení, jestliže uveřejněním navrženého textu by byl spáchán trestný čin nebo správní delikt nebo uveřejnění navrženého textu by bylo v rozporu s dobrými mravy nebo napadené sdělení, popřípadě jeho napadená část, je citací sdělení třetí osoby určeného pro veřejnost nebo jeho pravdivou interpretací a jako takové bylo označeno nebo prezentováno. V takovém případě lze podat žalobu na osobu, která byla citována a uvedla nepravdivé a urážlivé údaje.

Provozovatel rozhlasového nebo televizního vysílání je povinen uveřejnit odpověď nebo dodatečné sdělení ve stejném pořadu,



v němž bylo uveřejněno napadené sdělení, a nebude-li to možné, ve stejně hodnotném vysílacím čase, v jakém bylo uveřejněno napadené sdělení, a to takovým způsobem, aby nové sdělení bylo formou rovnocenné a rozsahem přiměřené napadenému sdělení. Je povinen učinit tak na vlastní náklady a uvést jméno a příjmení nebo název osoby, která o uveřejnění odpovědi nebo dodatečného sdělení požádala, jestliže takový požadavek uplatnila.

Provozovatel rozhlasového a televizního vysílání je povinen odpověď nebo dodatečné sdělení uveřejnit do osmi dnů od doručení žádosti o uveřejnění odpovědi. Neučiní-li tak, běží po uplynutí osmého dne patnáctidenní lhůta, ve které může žadatel uplatnit své právo u soudu.

Možná si někteří lékaři vzpomenou na to, jak jistá soukromá televize napadla Českou lékařskou komoru, že nemá zájem řešit případ údajně neetického chování lékařky jedné nemocnice. Komora požádala provozovatele televize o uveřejnění odpovědi, který to odmítl. Komora podala žalobu o uložení povinnosti odpověď uveřejnit a soud žalobě vyhověl, odvolání provozovatele televizní stanice bylo zamítnuto a provozovateli bylo navíc uloženo nahradit komoře náklady řízení. Odpověď České lékařské komory byla pak ve stanoveném vysílacím čase na základě rozhodnutí soudu uveřejněna. Stejně může postupovat každý lékař, o kterém jsou zveřejněny urážlivé údaje napadající jeho profesní čest či důstojnost, přeje-li si uvést nepravdivé či nesprávné nebo zkrácené údaje na pravou míru.

Pokud proti lékaři bylo vedeno trestní stíhání nebo byl stíhán pro přestupek a tato skutečnost byla zveřejněna, ať již v tisku, nebo rozhlasovém či televizním vysílání, je provozovatel vysílání nebo vydavatel tisku povinen na jeho žádost zveřejnit též skutečnost, že trestní stíhání nebo řízení o přestupku bylo pravomocně skončeno ve prospěch lékaře – tedy např. bylo zastaveno nebo bylo rozhodnuto o zproštění obžaloby.

■ Obrana podle občanského zákoníku

Podmínky ochrany osobnosti se podle nového občanského zákoníku nijak významně neliší od podmínek podle předchozího občanského zákoníku účinného do 31. 12. 2013. Podle § 81 nového občanského

zákoníku je chráněna osobnost člověka včetně všech jeho přirozených práv, každý je povinen ctít svobodné rozhodnutí člověka žít podle svého. Ochrany požívají zejména život a důstojnost člověka, jeho zdraví a právo žít v příznivém životním prostředí, jeho vážnost, čest, soukromí a jeho projevy osobní povahy. Podle § 82 nového občanského zákoníku člověk, jehož osobnost byla dotčena, má právo domáhat se toho, aby bylo od neoprávněného zásahu upuštěno nebo aby byl odstraněn jeho následek. Po smrti člověka se může ochrany jeho osobnosti domáhat kterákoli z osob jemu blízkých.

Podle § 2951 odst. 2 nového občanského zákoníku se nemajetková újma odčiní přiměřeným zadostiučněním. Zadostiučnění musí být poskytnuto v penězích, nezajistí-li jeho jiný způsob skutečné a dostatečně účinné odčinění učiněné újmy. Podle § 2956 nového občanského zákoníku vznikne-li škůdci povinnost odčinit člověku újmu na jeho přirozeném právu chráněném ustanovením tohoto zákona, nahradí škodu i nemajetkovou újmu, kterou tím způsobil. Jako nemajetkovou újmu odčiní i způsobené duševní utrapy.

Ten, kdo byl tedy dotčen, ať již jakýmikoli mediálními výstupy, nebo tvrzením jiné právnické nebo fyzické osoby, která mohla, ale nemusela zaznít v médiích, má tedy právo požadovat jednak přiměřenou morální satisfakci, zejména omluvu, případně zveřejnění omluvy, jednak též náhradu nemajetkové újmy v penězích, a pokud mu vznikla škoda, též náhradu škody. Tato práva má možnost uplatnit u soudu žalobou na ochranu osobnosti s požadavkem na náhradu nemajetkové újmy v penězích, případně i na přiměřenou omluvu.

Někteří lékaři si možná vzpomenou na případ, kdy v Lidových novinách na první straně musel být tučným písmem uveřejněn text, v němž se vydavatel omlouvá dvěma lékařům – držitelům licence vedoucího lékaře a primáře – za zveřejnění nepravdivých údajů o tom, že k získání této licence neměli potřebnou kvalifikaci. Informace byla zcela zjevně nepravdivá, omluva musela být zveřejněna způsobem, jaký požadovali žalobci, a žalobcům musely být rovněž nahrazeny náklady řízení. Náhradu nemajetkové újmy v penězích žalobci v tomto případě nežádali.

V jiném případě byl lékař dehonestován opakovanými pořady o tom, jak poškozuje

své pacienty, což se ukázalo zcela nepravdivým. Provozovatel soukromé televizní stanice, která tyto informace zveřejňovala, byl povinen zveřejnit v hlavním vysílacím čase omluvu příslušnému lékaři a zaplatit mu náhradu nemajetkové újmy ve výši 850 000 Kč.

■ Pomluva je nadále trestným činem

Podle § 184 trestního zákoníku, kdo o jiném sdělí nepravdivý údaj, který je způsobilý značnou měrou ohrozit jeho vážnost u spoluobčanů, zejména poškodit jej v zaměstnání, narušit jeho rodinné vztahy nebo způsobit mu jinou vážnou újmu, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok. Odnětím svobody až na dvě léta nebo zákazem činnosti bude pachatel potrestán, spáchá-li tento čin tiskem, filmem, rozhlasem, televizí, veřejně přístupnou počítačovou sítí nebo jiným obdobně účinným způsobem.

Pokud má lékař pocit, že byl obětí takového trestného činu, má možnost podat trestní oznámení pro podezření z přečinu pomluvy buď příslušnému okresnímu státnímu zastupitelství v místě, kde se pachatel činu dopustil, nebo Policii ČR.

■ Přestupek proti občanskému soužití

Podle § 49 zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, v platném znění, se přestupku dopustí ten, kdo jinému ublíží na cti tím, že ho urazí nebo vydá v posměch. Urážka na cti je tedy přestupkem a lze ji řešit i podle přestupkového zákona. Dále je přestupkem proti občanskému soužití případ, kdy někdo jinému z nedbalosti ublíží na zdraví, úmyslně naruší občanské soužití vyhrožováním újmou na zdraví, drobným ublížením na zdraví, nepravdivým obviněním z přestupku, schválnostmi nebo jiným hrubým jednáním. Za urážku na cti je stanovena pokuta 5000 Kč, za ostatní přestupky podle tohoto ustanovení pokuta do 20 000 Kč.

Pokud tedy někdo lékaře uráží, vyhrožuje mu nebo ho nepravdivě obviní z přestupku nebo naruší občanské soužití jiným hrubým jednáním, může být pokutován pověřeným obecním úřadem. Oznámení o přestupku s žádostí, aby byl řešen, lze podat pověřenému obecnímu úřadu v místě, ve kterém byl přestupek spáchán.



V některých případech se setkáváme s tím, že na lékaře je podána stížnost, psaná často velmi hrubě a urážlivě vzhledem k jeho důstojnosti a profesní cti, a obsahuje některé nepravdivé údaje, které lze snadno vyvrátit. Lékaři se někdy na nás obracejí s otázkou, zda je možné proti pisateli podat žalobu. Žalobu na ochranu osobnosti, případně též s žádostí o náhradu nemajetkové újmy v penězích, sice podat lze, ale je třeba počítat s tím, že soudní řízení o této žalobě se vleče řadu měsíců, někdy i let, lékař musí platit soudní poplatky a chodit k soudu nebo tam za sebe posílat svého právníka, kterého platí, a jde-li někdy o osobu, která je nemajetná a jsou proti ní vedeny exekuce nebo je v insolvenci, i v případě, že soud vydá rozhodnutí o povinnosti nahradit nemajetkovou újmu, se lékař této náhrady nedočká. Tuto žalobu je vhodné spíše než proti některým asociálním osobám podávat proti vydavateli tisku nebo provozovateli rozhlasového a televizního vysílání, který se některými svými pořady nepravdivě a hrubě dotkl profesní cti lékaře. V takových případech lze samozřejmě žádat i náhradu nemajetkové újmy v penězích. Vůči asociálovi je lépe podat návrh na projednání přestupku nebo v závažnějších případech trestní oznámení pro pomluvu než žalobu na ochranu osobnosti. Trestný čin pomluvy vyžaduje opravdu hrubý zásah do osobnostní sféry toho, kdo byl pomluven. Pokud je podáno trestní oznámení a policejní orgán nebo státní zástupce dospěje k závěru, že nejsou naplněny podmínky pro trestní stíhání pachatele, měl by případ nikoli odložit, ale odevzdat k vyřízení přestupku proti občanskému soužití, o což lze rovněž požádat. Pokud tak neučiní, může sám napadený lékař podat pověřenému obecnímu úřadu oznámení o přestupku proti občanskému soužití s žádostí, aby tento přestupek byl pověřeným obecním úřadem řešen.

■ Shrnutí

Lékař má tedy právo bránit se proti útokům na svou profesní čest a důstojnost zejména těmito prostředky:

Jde-li o mediálně vedený útok, pak žádost o uveřejnění odpovědi v tisku podle tiskového zákona, nebo v rozhlasu či televizi podle zákona o rozhlasovém a televizním vysílání, kterou je nutno podat do třiceti dnů ode dne zveřejnění, zveřejněna musí být do

osmi dnů od obdržení žádosti nebo v nejbližším čísle tiskoviny, a nestane-li se tak, musí být žaloba u soudu o stanovení povinnosti zveřejnit odpověď podána do patnácti dnů od marného uplynutí osmidenní lhůty.

Dodatečné sdělení lze požadovat v rozhlasu, televizi nebo tisku, pokud bylo zveřejněno, že lékař je trestně stíhán nebo řešen pro přestupek, a případ byl pravomocně vyřešen ve prospěch příslušného lékaře, aniž byl výsledek zveřejněn. Lhůty jsou stejné jako v prvním případě.

Postup podle předchozích případů nebrání tomu ani není podmínkou k tomu, aby lékař podal žalobu na ochranu své osobnosti, požadoval, aby se někdo zdržel pomluv a útoků na jeho profesní čest a důstojnost, požádal o zveřejnění omluvy nebo zaslání osobní omluvy a současně požádal o přiměřenou peněžní satisfakci za způsobenou nemajetkovou újmu.

Jde-li o zveřejnění hrubých nepravdivých údajů, které mohou závažným způsobem poškodit lékaře v zaměstnání, v rodině nebo ve společnosti, lze podat též trestní oznámení pro podezření z trestného činu pomluvy.

Jde-li o méně závažné urážky na cti, ať již zveřejňované, případně uváděné i ve stížnostech či jiných podáních, lze předložit pověřenému obecnímu úřadu v místě, kde k přestupku došlo, žádost o projednání přestupku proti občanskému soužití, jehož pachatelé může být uložena pokuta.

Jednotlivé prostředky právní ochrany lékaře lze uplatnit i souběžně, např. lze požádat o uveřejnění odpovědi, současně podat žalobu o ochranu osobnosti, náhradu nemajetkové újmy v penězích a současně i trestní oznámení pro pomluvu nebo žádost o projednání přestupku proti občanskému soužití.

V případě potřeby právní kancelář České lékařské komory poskytne lékařům radu a právní podporu při uplatnění jeho práva na ochranu osobnosti.

Převzato z Tempus Medicorum, 10/2014

Mezi vyznamenanými ke státnímu svátku byl i jeden lékař

Prof. MUDr. Pavel Dungl, DrSc., získal od prezidenta Zemana Medaili Za zásluhy.

Mezi celkem 33 osobnostmi vyznamenanými u příležitosti letošního státního svátku 28. října je i jeden lékař – profesor MUDr. Pavel Dungl, DrSc. Obdržel Medaili Za zásluhy, a to s dovětkem za zásluhy o stát v oblasti vědy.

Profesor Dungl je přednostou ortopedické kliniky pražské Nemocnice Na Bulovce a 1. místopředsdou České společnosti pro ortopedii a traumatologii.

Tento přední český ortoped v minulosti pečoval o prezidenta Václava Klause. V roce 2012 operoval i Miloše Zemana (tehdy ještě nebyl prezidentem).

První vydání monografie Ortopedie, kterou profesor Dungl a kolektiv vydali v roce 2005, pokřtil prezident Václav Klaus, stejně tak přijel před pár dny pokřtít i její druhé, přepracované vydání.

Pozornost ortopedii a dětské ortopedii

Narodil se v roce 1948 v Olbramkoste u Znojma. Většinu profesního života strávil na ortopedii v Nemocnici Na Bulovce v Praze. V letech 1984 až 1989 však také absolvoval několikaměsíční zahraniční studijní pobyty v Rakousku, Německu, Švýcarsku a USA. Většinou byly spojeny s přednáškovou činností, v níž prezentoval výsledky léčby dětských ortopedických vad. V letech 1990–1993 pracoval v ortopedické nemocnici Speising ve Vídni, kde byl v roce 1994 jmenován profesorem-konzultantem této nemocnice.

V letech 2004 a 2005 vykonával funkci prezidenta Evropské dětské ortopedické společnosti (EPOS), je členem výkonné rady Evropské federace národních ortopedických a traumatologických sdružení (EFORT), řádným členem Společnosti německy mluvících dětských ortopedů, korespondujícím členem Pediatrické ortopedické společnosti Severní Ameriky a Argentinské ortopedické společnosti. Dále je čestným členem Rakouské, Slovenské, Maďarské a Polské ortopedické společnosti.

Zdroj: doktorvlach.cz, 29. 10. 2014



Ukončení péče o pacienta a návrh ČLK na novelu

JUDr. Jan Mach

ředitel právní kanceláře ČLK

Lékaři se často dotazují, v jakých případech mohou ukončit péči o pacienta, který je napadán, uráží, neprávem obviňuje, a je tedy vážně narušen vztah důvěry, nezbytný při poskytování lékařské péče. Současná právní úprava sice pamatuje na možnost ukončení péče o pacienta ze strany poskytovatele zdravotních služeb, ale je poměrně problematická, zejména nedává lékařům možnost ukončit péči o pacienta tehdy, je-li lékař pacientem urážen a napadán nebo je-li předmětem jeho opakovaných stížností či trestních oznámení, která jsou nedůvodná.

Z toho důvodu Česká lékařská komora (za výrazné mediální pozornosti) navrhuje začlenit do připravované novely zákona o zdravotních službách nové ustanovení, podle kterého by lékař mohl ukončit péči o pacienta i v případě vážného narušení vztahu důvěry, který je podmínkou pro vzájemnou spolupráci. Vzorem je současný zákon o advokacii, který dává takovou možnost advokátovi vůči jeho klientovi.

■ Jaký je současný právní stav?

Podle § 48 odst. 2 zákona o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. v platném znění může poskytovatel ukončit péči o pacienta v případě, že:

- Prokazatelně předá pacienta s jeho souhlasem do péče jiného poskytovatele (zde se ovšem vyžaduje souhlas pacienta s takovým předáním).
- Pominou důvody pro poskytování zdravotní služby; to neplatí, jde-li o registrujícího poskytovatele (registrujícím poskytovatelem je všeobecný praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost, gynekolog a stomatolog, kteří pečují o pacienty kontinuálně, v ostatních případech ambulantní specialista nebo poskytovatel lůžkové péče poskytne péči, která má svůj začátek a konec, a pominou-li důvody pro její další poskytování, je tím péče o pacienta ukončena).

- Pacient vysloví nesouhlas s poskytováním veškerých zdravotních služeb (tento nesouhlas musí být samozřejmě dobře dokumentován, včetně možných důsledků, v podobě negativního reversu podle přílohy k vyhlášce o zdravotnické dokumentaci – vzor viz webová stránka ČLK).
- Pacient závažným způsobem omezuje práva ostatních pacientů, úmyslně a soustavně nedodržuje navržený individuální léčebný postup, pokud s poskytováním zdravotních služeb vyslovil souhlas, nebo se neřídí vnitřním řádem zdravotnického zařízení a jeho chování není způsobeno zdravotním stavem (velmi problematické je někdy prokázat zejména úmyslné a soustavné nedodržování léčebného postupu, se kterým předtím pacient vyslovil souhlas, i porušení vnitřního řádu poskytovatele).
- Pacient přestal poskytovat součinnost potřebnou pro další poskytování zdravotních služeb; to neplatí, jestliže neposkytování součinnosti souvisí se zdravotním stavem pacienta.
- Zákon výslovně stanoví, že ukončením péče nesmí dojít k bezprostřednímu ohrožení života nebo vážnému poškození zdraví pacienta.

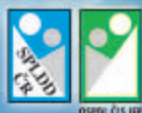
Jak je zřejmé, na případ, kdy lékař je pacientem hrubě urážen nebo ho pacient opakovaně nepravdivě a nedůvodně obvi-

ňuje, současná právní úprava nepamatuje a taková situace nedává lékařům možnost k tomu, aby vztah s pacientem ukončili, pokud si sám pacient nezvolí jiného poskytovatele.

Právní kancelář komory by mohla dokumentovat případy, kdy do lékařky byl zamilován pacient tak, že její péči vyhledával a údajně potřeboval každý den (obdobně tomu bylo i v případě opačného pohlaví, dokonce ve více případech), což bylo dotyčné lékařce i lékařům nepříjemné a nemohli pacienta nijak vyřadit z péče. Horší byly případy, kdy pacient lékaře napadal, urážel, vyhrožoval mu, dokonce jej i fyzicky napadl, ale odmítal si zvolit lékaře jiného. V takových případech by měl lékař mít možnost vztah s pacientem ukončit a příslušná zdravotní pojišťovna by byla povinna zajistit mu péči u jiného poskytovatele zdravotních služeb. K tomu směřuje návrh České lékařské komory s tím, že je-li vážně narušen vztah důvěry mezi lékařem a pacientem, měl by být lékař oprávněn pacienta vyřadit z poskytování zdravotních služeb, ale byl by vždy povinen poskytnout mu ještě neodkladnou péči.

Je nutno ocenit, že ministr zdravotnictví tento návrh akceptoval a přislíbil jej zahrnout do novely zákona o zdravotních službách, která se v současné době připravuje.

Převzato z *Tempus Medicorum*, 10/2014



www.detskylekar.cz
Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost České republiky





SIRUP PRO DĚTI
20 mg/ml

NOVINKA

RYCHLÉ ŘEŠENÍ NA KAŠEL PRO DĚTI

ACC působí na hustý hlen, rozpouští ho
a usnadňuje tak vykašlávání.



- s třešňovou příchutí
- se snadným dávkováním
dávkovací stříkačkou
nebo odměrkou
- bez umělých barviv

Zkrácená informace o přípravku ACC SIRUP PRO DĚTI 20 mg/ml

Název přípravku: ACC SIRUP PRO DĚTI 20 mg/ml. **Složení:** 1 ml sirupu obsahuje acetylcysteinum 20 mg. **Indikace:** K terapii při akutních i chronických onemocněních dýchacích cest, spojených s tvorbou viskózního hlenu a s obtížnou expektorací (akutní a chronická bronchitida, bronchiektázie, astmoidní bronchitida, bronchiální astma, bronchiolitida, mukoviscidóza, laryngitida). **Dávkování a způsob podání:** Dospělí a dospívající od 14 let: 10 ml roztoku 2-3krát denně. Děti od 6 do 14 let: 5 ml roztoku 3-4krát denně. Děti od 2 do 5 let: 5 ml roztoku 2-3krát denně. Děti mladší než 2 roky: 2,5 ml roztoku 2-3krát denně. Mukoviscidóza: Děti starší než 6 let: 10 ml roztoku 3krát denně. Děti ve věku od 2 do 5 let: 5 ml roztoku 4krát denně. Děti mladší než 2 roky: 2,5 ml roztoku 3krát denně. Léčení je třeba zahájit postupně. Sirup se užívá po jídle za použití dávkovací stříkačky nebo odměrky. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou nebo kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** U dětí mladších 2 let se přípravek může použít jenom na doporučení lékaře. Při podávání osmatikům nebo pacientům se žaludečním nebo dvanáctníkovým vředem v anamnéze je nutná opatnost. Opatnost je třeba u pacientů s nesnášenlivostí histaminu. Přípravek obsahuje sodík. **Interakce:** Antitussika. Antibiotika: acetylcystein se smí podat nejdříve za 2 hodiny po perorálním podání některých antibiotik. Glycerol-trinitrát. **Těhotenství a kojení:** Přípravek se nemá v období těhotenství a kojení užívat. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Přípravek nemá vliv. **Nežádoucí účinky:** Tinitus, stomatitida, bolest břicha, průjem, zvracení, pálení žáhy, nauzea, bolesti hlavy, horečka, alergické reakce. **Druh obalu a velikost balení:** 100 ml sirupu v lahvičce z hnědého skla s bezpečnostním šroubovacím uzávěrem, odměrná nádoba a odměrná stříkačka s těsnicí vložkou. **Doba použitelnosti:** Neotevřený přípravek: 1 rok. Po prvním otevření je přípravek stabilní po dobu 11 dní při teplotě do 25 °C. **Uchovávání:** Před otevřením: žádné zvláštní podmínky. Po otevření: při teplotě do 25 °C. **Držitel rozhodnutí o registraci:** HEXAL AG, Industriestraße 25, 83607 Holzkirchen, Německo. **Registrační číslo:** 52/144/14-C. **Datum registrace:** 9.4.2014. **Datum poslední revize textu:** 9.4.2014. Přípravek je volně prodejný. Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Seznamte se, prosím, s podrobnými informacemi v platném Souhrnu údajů o přípravku nebo na adrese firmy Sandoz.



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Alena Šebková

Předsedkyně OSPDL ČLS JEP

15. 10. se konalo další zasedání Akreditační komise pro obor Praktické lékařství pro děti a dorost. Na programu bylo především schvalování nových akreditací a prodloužení akreditací kolegům, kterým tato končila. Vzhledem k tomu, že cca třetina kolegů do tohoto termínu nepožádala o prodloužení, budou osloveni. Akreditační komise má mandát do března příštího roku. Vzhledem k nevyjasněnosti dalšího vývoje vzdělávání není zatím známo, jaké bude pokračování akreditační komise. Ze současné komise může pokračovat pouze MUDr. David Krbušek.

16. 10. se sešel na své další schůzce výbor OSPDL. Vybírám z jednání:

- Nově zvolená předsedkyně revizní komise OSPDL MUDr. Jarmila Aronová představila revizní řád, problematika financování, resp. pravidel financování řešena opakovaně.
- V lednu příštího roku se budou konat volby do předsednictva ČLS JEP. Delegáty na volební sjezd budou dr. Šebková, dr. Kubátová, dr. Gricová, ev. dr. Aronová.
- Definitivně byla schválena témata pro páteční vzdělávání na rok 2015 – Genetika, dědičné vady a vzácná onemocnění, druhé téma Ortopedie. Jsou určeny styčné osoby, regionální zástupci obdrželi kontakty k domluvě. Zvolené přednášky jsou velmi zajímavé, doporučujeme účast.
- Školitelé – na příští rok zatím akce ponechána v červnovém termínu a ve stejném rozsahu. Náplní ale bude – na základě připomínek kolegů – např. vedení semináře, příprava prezentace, přednes prezentace atp., kazuistická sdělení, informace týkající se především akreditovaných pracovišť, jejich problémů...
- Vzdělávání – probíhají cykly seminářů Výživa v kojeneckém a batolecím věku, budou přesahovat i do příštího roku. Je nutné domluvit i budoucnost očkovacích seminářů, byla nastolena otázka nové

formy. V rámci mezioborové spolupráce bude nadále pokračovat spolupráce se Společností pro výživu, s Pracovní skupinou ČPS pro gastroenterologii a výživu – cykly seminářů, nová doporučení, edukační materiály – do práce se zapojí i pracovní skupina OSPDL pro tuto problematiku. Dalším tématem budou nová doporučení pro ambulantní léčbu astmatu, do konce roku se ještě uskuteční schůzka předsedkyně OSPDL s prof. Pohunkem. Nutné je vyvolat jednání s neonatologií a neurologií s ohledem na kontraindikace očkování především v kojeneckém věku.

- Obor – dr. Šebková poskytla materiál k budoucnosti pediatrie, který vyšel ve VOXu Zdravotnickým novinám. Prof. Vymazalovi, náměstkovi ministra zdravotnictví, byl odeslán dopis s žádostí o vysvětlení nejasností kolem tezí vzdělávání v oboru PLDD, podepsán předsedkyní SPLDD a OSPDL.

O podporu předsedkyně OSPDL požádala ČLS JEP a některé spolupracující odborné společnosti.

17. 10. se předsedkyně OSPDL zúčastnila jednání předsednictva SPLDD, společně řešená problematika, především budoucnost oboru PLDD.

23. 10. – schůzka dr. Šebková – Mgr. Podhrázký, ředitel odboru vzdělávání na MZ. Opětovně řešena problematika oboru. Na MZ je bohužel linie jednotného vzdělávání, i když slyšíme proklamace o zachování systému primární péče s existencí dětského praktika. Legislativní záruky jsou ovšem ve stadiu slibů. Ve spolupráci s předsedkyní SPLDD se snažíme o zachování oboru a kvalitního vzdělávání, které zaručí pokračování kvalitní primární péče o děti a dorost v ČR. Průběžně probíhají jednání s firmami – otázka spolupráce v oblasti vzdělávání na rok 2015.

1. 11. – Členové výboru OSPDL se zúčastnili Celostátní konference SPLDD.

5. 11. – V kanceláři proběhla schůzka předsedkyně OSPDL a SPLDD s vedoucí katedry PLDD dr. Cabrnachovou. Předmětem jednání byly záležitosti kolem oboru, organizace akreditovaných pracovišť. Dále se sešla dr. Šebková s dr. Kabíčkem, předsedou Společnosti dorostového lékařství – v programu Zdraví 2020 jsou oba členem skupiny pro rizikové chování.

11. 11. – dr. Šebková a dr. Hülleová se zúčastnily jednání na MZ, s dr. Kvášovou a zástupci VPL – předmětem schůzky byla především nutnost dohody pro předávání informací o očkování při přechodu dorostenců k VPL – jak vyplynulo z výsledků sérologických přehledů, evidence očkování u VPL je nedostatečná. S výsledkem sérologických přehledů budou PLDD seznámeni v.s. prostřednictvím webu.

12. 11. – dr. Šebková se zúčastnila hodnotící komise na MPSV, která se týkala hodnocení projektů transformace ústavní péče o děti. Na MPSV byla velmi kladně hodnocena spolupráce s naší společností a byl projev zájem o její pokračování.

14.–15. 11. – dr. Šebková, dr. Procházka, dr. Szitanyi se jako přednášející zúčastnili konference s tématem výživy v Poděbradech. Akce je pravidelná a měla velmi dobrou úroveň.



Komplexní péče o děti a dospívající s poruchami pohlavní identity

MUDr. Hana Fifková¹⁾, prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D., DSc.²⁾, MUDr. David Neumann, Ph.D.³⁾

1) Sexuologická a psychoterapeutická ordinace, Praha 3; 2) Sexuologický ústav, UK, Praha;

3) Dětská klinika LF UK a FN, Hradec Králové

Narůstající počty rodičů a zvyšující se počty dětí a dospívajících, kteří se na nás obracejí s žádostí o spolupráci týkající se problematiky GID (*Gender Identity Disorder*), byly důvodem k systemizaci naší práce a zlepšení mezioborové komunikace. Výsledkem je mezioborově konsensuální Doporučený postup péče, který byl přijat Sexuologickou společností ČLS JEP a který vám předkládáme. Jsme přesvědčeni, že nezbytnou součástí dobré péče je informovanost praktických dětských lékařů. Bývají prvními, na které se rodina nebo dítě samotné ve svých nesnázích obrací, a jejich informovanost včetně vyjasněného postoje k dané problematice je základem dobré cesty k řešení. Praktičtí dětské lékaři poskytují základní informace, v případě potřeby dítě dále směřují ke specializované odborné pomoci a mohou být dítěti (i jeho rodině) významným průvodcem na cestě hledání a nacházení sebe sama.

■ Doporučený postup péče o děti a dospívající s poruchami pohlavní identity (GID)

A. Co je cílem doporučeného postupu

Hlavním cílem doporučeného postupu je formulovat profesionalní konsensus pro ČR z hlediska sexuologického, psychiatrického, psychologického, endokrinologického, pediatrického, gynekologického a chirurgického přístupu k řešení poruch pohlavní identity v dětství a dospívání. Společným cílem komplexní terapie je zlepšení kvality života dětí a dospívajících trpících pohlavní dysforií.

B. Co je to pohlavní nekonformnost, pohlavní dysforie a porucha pohlavní identity v dětství

Pohlavní (rodová, genderová) nekonformnost je odlišnost pohlavní identity či role daného dítěte nebo dospívajícího od kulturních norem přijatých společností pro osoby konkrétního pohlaví.

Pohlavní (rodová, genderová) dysforie vyjadřuje dyskomfort či stres způsobovaný

rozporem mezi pohlavní identitou dítěte nebo dospívajícího a jeho biologickým pohlavím. Pohlavní dysforie v dětství nemusí přetrvávat do dospělosti, u některých dětí však s nástupem puberty tyto pocity sílí a stupňují se. Relativně častý je pak souběh pohlavní dysforie v dětství a dospívání s úzkostnými a depresivními poruchami.

Diagnózu poruchy pohlavní identity v dětství (F 64.2 dle ICD-10) pak vyslovujeme tehdy, když:

Pro dívky:

1. Dítě pociťuje trvalé a intenzivní utrpení v souvislosti s tím, že je děvče, a vyjádřilo touhu být chlapcem nebo trvá na tom, že chlapec je.
2. Musí být přítomna některá z následujících charakteristik: Zřetelná přetrvávající averze k normálním ženským šatům a trvání na typickém mužském oblečení. Přetrvávající odmítání ženských anatomických struktur, což by mělo být doloženo jedním z následujících opakujících se tvrzení: Dívka tvrdí, že má nebo jí naroste penis. Odmítá močit vsedě. Prohlašuje, že nechce, aby jí narostly prsy, a že nechce menstruuovat.
3. Porucha se projevila ještě před nástupem puberty.
4. Porucha musí trvat nejméně 6 měsíců.

Pro chlapce:

1. Dítě pociťuje trvalé a intenzivní utrpení v souvislosti s tím, že je chlapec, a vyjádřilo touhu být dívkou nebo trvá na tom, že dívka je.
2. Musí být přítomna jedna z následujících charakteristik: Zaujetí pro stereotypní ženské aktivity, převlékání se do dívčího oblečení nebo napodobování ženského oděvu, silné přání účastnit se dívčích her a zábavy a odmítání stereotypních mužských hraček, her a aktivit. Přetrvávající odmítání mužských anatomických struktur, což by mělo být doloženo jedním z následujících opakujících se tvrzení: Vyroste a bude ženou. Jeho penis a varlata jsou odporná, zmizí. Bylo by lepší je nemít.
3. Porucha se projevila ještě před nástupem puberty.
4. Porucha musí trvat nejméně 6 měsíců.

C. Role sexuologa

1. Diagnostika a léčba pohlavní dysforie u dětí a dospívajících.
2. Poskytování rodinného poradenství a podpůrné psychoterapie, usnadňující dětem a dospívajícím bližší prozkoumání jejich pohlavní identity, odbourání stresu souvisejícího s pohlavní dysforií a zlepšení dalších psychosociálních potíží.
3. Posouzení a léčba souběžných duševních potíží (anxieta, deprese apod.), případné doporučení péče jiného odborníka.
4. Doporučování dospívajících k tělesným terapeutickým zásahům v rámci odbourání pohlavní dysforie, a to výhradně v rámci zákonné úpravy. Poskytnuté doporučení by mělo zahrnovat posouzení pohlavní dysforie a duševního zdraví dotyčného dospívajícího, jeho způsobilost k tělesnému zásahu a všechny další údaje týkající se zdraví pacienta.
5. Osvětová činnost a ochrana zájmů dětí trpících pohlavní dysforií, jakož i jejich rodin v rámci příslušné komunity.
6. Poskytování informací dětem, dospívajícím i jejich rodinám.

D. Posuzování psychického stavu dětí a dospívajících

1. Sexuolog ani jiný lékař by neměl příznaky pohlavní dysforie přecházet a bagatelizovat, neměl by vůči nim vyjadřovat negativní postoj. Měl by nabízet zevrubné prozkoumání pohlavní identity a souběžných duševních potíží. Měl by klienty i jejich rodiny poučit o možnostech léčby.
2. Posouzení pohlavní dysforie a psychického zdraví by mělo být důkladné a dlouhodobé, mělo by zahrnovat též psychodiagnostické a psychiatrické posouzení emocionálního fungování klienta, jeho vztahů s vrstevníky, sociální adaptaci, intelekt a školní prospěch. Důležitou součástí je zhodnocení fungování rodiny.

E. Psychosociální zákroky

1. Odborníci by měli pomáhat rodinám v budování vstřícného a láskyplného postoje vůči dítěti trpícímu pohlavní dysforií.



2. Psychoterapie by se měla zaměřovat na zmírňování stresu, který dítě či dospívající zažívá, a na zmírnění dalších potíží psychosociálního charakteru. Dospívajícím toužícím po změně pohlaví by měla být vyjadřována podpora během celého procesu. **Léčba usilující o změnu pohlavní identity ve smyslu jejího sladění s pohlavím biologickým byla v minulosti uplatňována bez úspěchu a v současnosti je považována za neetickou.**

3. Rodinu je třeba podporovat ve zvládnání nejistoty a v rozvoji pozitivního vnímání sebe sama.

4. Klienty a jejich rodiny je potřeba podporovat při obtížném rozhodování ohledně rozsahu kroků v rámci projevování pohlavní identity i v otázce případného sociálního přechodu a v otázkách, zda a kdy informovat ostatní o situaci daného dítěte či dospívajícího.

5. Odborníci by měli podporovat klienty a jejich rodiny též osvětovou činností v rámci dané komunity, spolupracovat např. s pedagogy.

6. Odborníci by měli usilovat o udržení trvalého terapeutického vztahu s dětmi, dospívajícími a jejich rodinami během veškerých následných sociálních či tělesných zásahů.

7. Od prvního kontaktu s dítětem s pohlavní dysforií je třeba dbát na ochranu jeho soukromí i soukromí celé rodiny.

F. Změna pohlavní role v raném dětství

1. Některé děti dávají najevo touhu po změně pohlavní role dlouho před nástupem puberty. Jednotlivé rodiny se pak liší v míře, ve které tento přechod dětem umožní. Sexuolog může rodinám pomoci při rozhodování ohledně načasování a průběhu všech případných změn v rámci pohlavní role dítěte, a to i eventuálních změn úředních (změna jména a příjmení na neutrální tvary). Měl by pomáhat zvažovat potenciální výhody a rizika jednotlivých variant.

2. Změnu role je možné prezentovat jako život na zkoušku, nikoli jako nevratný krok. Je důležité dítě informovat, že si tím neuzavírá cestu zpět. Nedovolí-li rodiče dítěti uskutečnit změnu pohlavní role, je důležité jim poradit, jak citlivě a přínosně dítěti vycházet vstříc tak, aby mohlo dále svou identitu v bezpečném prostředí zkoumat a projevovat.

G. Tělesné zákroky u dospívajících

Před zvažováním jakýchkoli tělesných zákroků u dospívajících by mělo být provedeno

rozsáhlé zkoumání psychologických, psychopatologických, rodinných a sociálních aspektů.

1. Plně reverzibilní zásahy

Zahrnují potlačení produkce estrogenů či testosteronu analogy gonadoliberinů a následné oddálení pubertálních tělesných změn.

2. Částečně reverzibilní zásahy

Sem patří hormonální terapie za účelem maskulinizace či feminizace těla.

3. Ireverzibilní zásahy

Jde o chirurgické zákroky.

Plně reverzibilní zásahy

Před bloádou dospívání se doporučuje nechat dospět izosexuální pubertu dětí s GID minimálně do druhé fáze dospívání podle Tannerovy stupnice tak, aby byl dospívající vystaven vlivu biologicky odpovídajících hormonů. Bloádka, je-li podána, poskytuje dospívajícímu více času tak, aby mohl dále zkoumat svou identitu, a současně má zabránit rozvoji sekundárních pohlavních znaků, které, pokud k bloádě není přistoupeno, vyžadují provedení zákroků chirurgických v eventuálním následujícím procesu přeměny pohlaví. Cílem je též zlepšení kvality života dospívajícího jedince. Potlačování puberty může probíhat několik let, během nichž je třeba dospět k rozhodnutí o přerušení/ukončení bloádní terapie nebo přechodu na maskulinizující/feminizující léčbu.

Kritéria pro zahájení bloádní terapie:

- Dospívající vykazuje dlouhodobou (minimálně 6 měsíců trvající) pohlavní dysfornii.
- Tato dysforie se projevila nebo zesílila s nástupem puberty.
- Mentální, psychologická, zdravotní i sociální situace klienta léčbu umožňuje.
- Dospívající i jeho zákonný zástupce udělili informovaný souhlas.

1. Bloádní terapii indikuje, vede a monitoruje sexuolog na základě vyšetření a doporučení dětského endokrinologa, který dítě dispenzarizuje minimálně v ročních intervalech. K zahájení je nutné vyjádření dětského psychologa a dětského psychiatra. Je třeba informovat i ošetřujícího praktického lékaře pro děti a dorost.

2. Načasování ukončení bloádní terapie s přechodem na léčbu hormony opačného pohlaví provádí sexuolog v součinnosti s dětským endokrinologem.

Částečně reverzibilní zásahy

1. Dospívající mohou být způsobilí k zahájení feminizující/maskulinizující hormonální terapie, obvykle po 15. roce věku.

2. Rozhodnutí ohledně zahájení tohoto typu léčby by měl udělat dospívající klient spolu s rodiči a terapeutickým týmem. Hormonální terapie pro dospívající by měla být přizpůsobena tělesnému, emocionálnímu a duševnímu vývoji konkrétního jedince v jednotlivých etapách dospívání.

3. Tento typ terapie indikuje a vede sexuolog po konzultaci s endokrinologem erudovaným v problematice GID.

Ireverzibilní zásahy

1. Podle zákona je možné k chirurgickým změnám genitálu přistoupit až po 18. roce života (zákon č. 373/2011 Sb.).

Klient by měl před těmito typy zákroků žít minimálně jeden rok v požadované pohlavní roli a absolvovat minimálně roční hormonální (maskulinizující/feminizující) terapii (viz Věstník MZ č. 8/2012).

2. Odstranění prsů lze provést i dříve, po dostatečně dlouhém (minimálně šestiměsíčním) období života v požadované roli a předcházejícím dlouhodobém (minimálně šestiměsíčním) užíváním preparátů s testosteronem.

Zamítnutím včasného lékařského zákroku u dospívajících se může zvyšovat míra jejich psychického utrpení. Oddalování výše uvedených typů zásahů není v případě dospívajících neutrální variantou řešení.

H. Mezioborová spolupráce a kompetence

1. Mezioborová spolupráce je důležitá ve všech uvedených etapách diagnostiky i terapie dětí a dospívajících s GID. Hlavní zodpovědnost za průběh celého procesu nese sexuolog. V případě bloády puberty úzce spolupracuje s dětským endokrinologem, v procesu maskulinizující/feminizující hormonální terapie pak s endokrinologem erudovaným v problematice GID.

2. V diagnostice GID i ve všech etapách terapie dlouhodobě spolupracuje s dětským psychologem a psychiatrem, žádoucí je spolupráce s ošetřujícím pediatrem.

3. Vytvoření informovaného, v oblasti GID vzdělaného a dobře komunikujícího mezioborového týmu by mělo být jedním z cílů při péči o pohlavně nekonformní dítě.



Problémové sexuální chování u dětí a mladistvých

MUDr. Jana Spilková

Nestátní zdravotnické zařízení GONA s.r.o., Praha

Definovat neadekvátní sexuální chování je velmi obtížné, definice se nevyskytuje ani v zahraniční literatuře. Prevalence ani incidence není přesně známa. Užívají se názvy jako nonkonformní sexuální chování, hypersexualita, vývojově předčasná, nutková, agresivní sexualita, sexuálně reagující děti atd.

Sexuální chování se vyvíjí i v kontextu vývoje společnosti, vývoje technologií, v přístupu okolí dítěte k informacím. Sexuální chování má u člověka různé funkce. Může to být prosazení maskulinity nebo feminity, podpora sebeúcty, rozvoj dominance, rozvoj vztahů, zdroj potěšení, uvolnění tenze, vyjádření nepřátelství, zdroj vzrušení, materiální zisk. Vývoj sexuálního chování je podmíněn rozvojem sexuálních emocí, zvláště v období puberty. Jedná se o schopnost sexuálního vzrušení, dosažení orgasmu a satisfakce a konečně o rozvoj citu zamilovanosti jako erotické fascinace objektem. Chování v dospívání a zvláštnosti psychiky dospívajícího lze chápat jako více či méně úspěšné úsilí o přizpůsobení biologickým, psychickým a sociálním podmínkám. K integritě všech složek dochází v naší populaci mezi desátým až patnáctým rokem věku. Psychosexuální vývoj je vůči somatosexuálnímu opožděn. V tomto období se schopnosti mladých lidí k citovým vztahům i jejich morální postoje a etické hodnoty teprve formují.

Použijeme-li definici problémového chování podle Erica Emersona, jde o kulturně abnormní chování takové intenzity, frekvence nebo trvání, které může ohrozit bezpečí dané osoby anebo druhých lidí.

V naší sekci dětské sexuologie užíváme následující verzi: **sexuálně nevhodné chování** jsou sexuální projevy, které způsobují nesnáze v životě jedince. Mohou to být subjektivní pocity dyskomfortu nebo projevy působící nesnáze ve vztahu k sociálnímu okolí. Může se jednat o sexuálně agresivní chování, excesivní masturbaci, egodystonickou sexuální orientaci. Zde se negativní postoj sociálního okolí odráží na duševním stavu jedince orientovaného na stejné pohlaví. Nepochopení a odsouzení ztěžuje jedinci nalezení vlastní identity, zraní osob-

nosti, pozitivní sebehodnocení. Sexuálně agresivní projevy mohou být jedním z příznaků deviantní preference. Můžeme se setkat s kompulsivním chováním, zneužíváním nových médií, s poruchami sexuální identity v dětství.

Příčiny sexuálně nevhodného chování mohou být biologické – tělesné: předčasná puberta, opožděná puberta. Menarche je nejvýznamnějším ukazatelem sexuální zralosti u ženského pohlaví. Střední věk menarche je v českých zemích 13 let. Významně koreluje s kostním věkem. Hodnocení skeletální maturace považujeme v současnosti za nejpresnější metodu stanovení biologického věku.

V preventivní pediatrii má přesné stanovení biologického věku s využitím hodnot sexuální a skeletální maturace nezastupitelný význam. Pro hodnocení používáme tabulky, které hodnotí rozvoj prsních žláz u dívek, vývoj pubického ochlupení u dívek, vývoj ochlupení u chlapců, objem testes u chlapců. Ukončení biologické etapy dětství u chlapců jednoznačně indikuje dosažení testikulárního objemu 3 ml. Průměrná hodnota zahájení pubertálního růstu u chlapců je 11,8 roku. Při tělesném vyšetření můžeme zjistit retenci varlat, hypospadii, fimózu, varikokélu, gynekomastii. Dále můžeme diagnostikovat poruchy sexuálního vývoje, jako je hypogonadismus, různé chromozomální aberace. Zde jsou nutná další vyšetření na specializovaných pracovištích.

Vliv na sexuální chování má atypické sociální prostředí nebo zkušenosti, jako je dysfunkční rodina, chronické onemocnění v rodině, zneužívání psychoaktivních látek. Velký dopad na zdravý vývoj dítěte mají traumatické zážitky, jako je sexuální zneužívání, komerční sexuální zneužívání.

Z psychologických příčin to může být narušené sebehodnocení, anomální vývoj osobnosti, neurózy, mentální postižení, duševní nemoc. Častý je výskyt komorbidit s pervazivními vývojovými poruchami.

Změny chování zaznamenáváme u sexuologických diagnóz, jako je rozvíjející se porucha sexuální preference a kombinace více příčin.

Jaké pozorujeme **změny v chování**? Mohou to být experimenty na vlastním těle, na druhém pohlaví. O sexualizovaném chování hovoříme, pokud dítě náhle věnuje zvýšenou pozornost pohlavním orgánům či různým sexuálním aktivitám. Zvýšenou pozornost věnujeme penetračním aktivitám, zavádění různých předmětů do pochvy, do konečníku. Mezi rizikové známky patří zvýšená celková agresivita, autoagresivita, týrání zvířat, pyromanie. Okolí jedince upozorňuje na nutkovou masturbaci. Zde je třeba rozlišit, zda se jedná o náhradní chování, uvolnění tenze, zda je to zdroj potěšení nebo vzrušení.

Při **sexuální anamnéze** zjišťujeme atypický sexuální vývoj – nadměrnou ostýchavost, poruchy sebehodnocení, problémy v seznamování, neobratnost při dvoření, absenci empatie, pozdní zahájení pohlavního života (kolem 26 a více let). U mladistvých můžeme zaznamenat nenávisť k ženám, nepřijetí mužské role, narcismus, vysokou dominanci, často zneužívání alkoholu, drog. V anamnéze bývá kriminální činnost, kde hodnotíme, zda se jedná o opakování, nebo o jednorázový delikt. Neblahý je vliv internetu, kde dítě snadno podlehne svodům a může se stát obětí sexuálního zneužívání.

Sexuologické vyšetření dítěte stojí v první řadě na navázání terapeutického vztahu. Je to dlouhodobý proces, zpočátku hledáme společný jazyk. Jelikož dítě většinou



nechápe, proč má jít na vyšetření, a je do sexuologické ordinace vlastně dotlačeno, zaujímá obranný nebo vyloženě negativistický postoj. Pro každého, zvláště pro pubescenta, je těžké sdělovat své pocity, hovořit o masturbačních fantasiích. Pro objektivnost je nutná spolupráce s rodinou. Někdy rodiče zaujímají hyperprotektivní přístup a chování nebo činy, pro které bylo dítě doporučeno k vyšetření, bagatelizují. Můžeme se setkat s odlišným postojem otce a matky. Bez podrobné rodinné a osobní anamnézy však nelze ve vyšetření pokročit. Někdy přichází dítě, které pobývá v dětském domově, v diagnostickém ústavu atd. I odtud je velmi přínosné poskytnout lékaři zprávy o chování od vychovatele, učitele, psychologické vyšetření. K objektivnímu vyšetření patří tělesné vyšetření k stanovení různých odchylek. Při podezření na předčasnou či opožděnou pubertu doporučíme endokrinologické vyšetření.

Přístrojové vyšetření falopletysmografické má své limity a jen výjimečně u spáchaných trestných činů vyšetřujeme chlapce před patnáctým rokem věku. Sexuolog často řeší, zda se jedná o parafilii, nebo o psychosexuální infantilismus. V případě zjištění sexuální deviace agresivního typu doporučujeme hospitalizaci pacienta na pedopsychiatrickém nebo sexuologickém oddělení k dokončení komplexního diagnostického postupu s eventuálním zahájením hormonální léčby.

Hlavním cílem **terapie** je zvýšení kvality života. Léčba by měla vést k odstranění či zmírnění subjektivní symptomatiky, jako je dyskomfort spojený s atypickými sexuálními projevy, a zmírnění sociálních problémů způsobených atypickými sexuálními projevy. V léčbě se uplatňuje jak psychoterapie (individuální, rodinná, skupinová, především racionální, kognitivně behaviorální a dyna-

mická), tak farmakoterapie psychofarmaky, antiandrogeny, se schválením endokrinologa analogy gonadoliberinů. Léčba může probíhat formou ambulantní, ústavní, může být dobrovolná, nařízená soudně. Podle skutkové podstaty trestného činu se odvíjí další postup – výchovný dohled, ochranná výchova.

■ Závěr

Z výše uvedeného vyplývá, že léčba těchto pacientů je komplexní proces, který zahrnuje faktory behaviorální, psychologické i farmakologické. Je nezbytná interdisciplinární spolupráce – s rodinou, učiteli, vychovateli, s pediatry, s orgány OSPOD; jedná-li se o trestný čin, pak i s orgány činnými v trestním řízení.



Ceník registračních poplatků na 9. Kongres primární péče.

Termín konání: 27.–28. února 2015

Místo konání: TOP HOTEL Praha, Blažimská 1781/4, 149 00 Praha 4

motto: Lékař první volby

Zvýhodněná registrace do 20.12.2014

Odesílání přihlášek a registrační poplatky

Kdo	Do 20. 12. 2014	Do 31. 1. 2015	Do 14. 2. 2015	Na místě
Lékař SPL ČR	1 300 Kč	1 800 Kč	2 000 Kč	2 500 Kč
Lékař SPLDD ČR	1 300 Kč	1 800 Kč	2 000 Kč	2 500 Kč
Lékař OSPDL ČLS JEP	1 300 Kč	1 800 Kč	2 000 Kč	2 500 Kč
Ostatní lékaři	2 000 Kč	2 300 Kč	2 500 Kč	2 500 Kč
Zahraniční lékaři	75 €	85 €	95 €	95 €
Zdravotní sestra	800 Kč	1 000 Kč	1 400 Kč	2 500 Kč
Rezident Rezident se při registraci prokáže potvrzením od školitele.	1 000 Kč	1 000 Kč	1 000 Kč	2 500 Kč
Student lékařské fakulty Student lékařské fakulty se při registraci prokáže studentským průkazem.	300 Kč	300 Kč	300 Kč	1 000 Kč

Výše registračního poplatku je dána termínem doručení platby na náš účet. Registrace je ukončena 14. 2. 2015.

Poplatek zahrnuje účast na odborném programu, tiskové a kongresové materiály, vstup na doprovodnou výstavu firem a občerstvení v době kongresu. Výzvu k úhradě, včetně uvedení souhrnné částky, čísla účtu a variabilní symbol, Vám zašleme obratem po registraci přihlášky. Na závazné přihlášky, včetně doprovodného programu, bude brán zřetel v tom pořadí, v jakém bude provedena platba. V případě překročení kapacity kongresu si vyhrazujeme právo registraci dalších přihlášek odmítnout. Při ztrátě identifikační/registrační/karty bude vystavení duplikátu zpoplatněno.

Zaregistrovat se můžete online na www.splcr.cz, www.detskylekar.cz a www.ahou.cz



Vývoj sexuálních deviací od dětství do dospělosti. Kazuistiky

MUDr. František Čihák

znalec z odvětví psychiatrie, psychiatrická sexuologie a dětská psychiatrie,
primář dětského oddělení, Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod

V úvodu uvádím stručný přehled fyziologie a patologie sexuálního vývoje člověka.

Pohlavní identita – pocit příslušnosti k určitému pohlaví – vytváří se do tří let věku. Celoživotní pohlavní (gender) role je vnějším projevem pohlavní identity. Vyskytují se anomálie: porucha pohlavní identity v dětství, gender dysforie s převlékáním do šatů opačného pohlaví (dříve transvestitismus), nejvýznamnější je transsexualismus – mučivě a neodklonitelně přání vypadat, žít a být akceptován jako příslušník opačného pohlaví, touha po operační změně pohlavních orgánů. Nutno pečlivě vyloučit, že se nejedná o projev nejistoty o sobě, vlastních cílech a preferencích u emočně nestabilní osobnosti hraničního typu!

Sexuální preference – týká se erotických objektů a aktivit.

Sexuální orientace – celoživotní a léčbou neovlivnitelný stav erotické a citové preference osob určitého pohlaví.

Poruchy sexuální preference – sexuální deviace se nově nazývají také parafilie.

Deviace v objektu – preference nepříměrečných objektů.

Pedofilie – zaměření na prepubertální dětské objekty.

Typický je pedagogicko-estetický komplex, schopnost vcítit se do myšlení dětí.

Adolescentofilie – *hebefilie* a *efébofilie* – zaměření na dospívající dívky či chlapce, fascinace jejich pubertálním chováním, zvědavostí.

Fetišismus, *transvestitismus*, *nekrofilie*, *zoofilie*, *pyrofilie*, *urofilie*, *koprofilie* a další. Homosexualita se neřadí mezi parafilie!

Deviace v aktivitě – porucha ve způsobu dosahování sexuálního vzrušení a uspokojení.

Nekontaktní formy:

Voyerismus – tajně sledování intimních aktivit jiných lidí.

Exhibicionismus – obnažování se před cizími ženami – silně nutkavé jednání.

Kontaktní formy:

Frotérismus – tření o tělo neznámé ženy.

Tušerství – osahávání neznámé ženy v tlačenici

Agresivní formy:

Patologická sexuální agresivita – napadení anonymní ženy, překonání jejího odporu, povalení, osahání, vyhrožování zabitím, někdy vyžadování soulože vaginální nebo i anální(!), nucení k felaci. Je nebezpečí vážného zranění či zabití oběti. Není snaha oběť mučit. Typická je vysoká specifická repetitivnost – stereotypní opakování patologické sexuální aktivity.

Agresivní (predátorický, útočný) sadismus – potřeba učinit objekt sexuálního zájmu nehybným, bezmocným, podřízeným! Touto deviací trpí často sérioví sexuální vrazi! V jejich anamnéze bývá slídičství, obscénní telefonáty, stalking, převlékání do ženských šatů, expozérství genitálu – na rozdíl od plachých exhibicionistů na sebe upozorňují vulgárními výrazy, výzvami k sexuální interakci, přibližují se na dosah oběti.

Pseudopedagogický sadismus – důraz na podřízenost, poslušnost a disciplínu.

Jedna z teorií sexuálních deviací vychází z etologické teorie sexuálního motivačního systému, podle níž instinktivní sexuální chování je hierarchicky uspořádaný systém vzájemně propojených a navazujících dílčích sexuálně motivačních stavů (DSMS), erotických aktivit, vytvořený do tří let věku. Jednotlivé DSMS: 1. atraktivita, 2. proceptivita, 3. akceptivita a 4. genitalita. Sexuální deviace je chybění či rozpojení DSMS!

K diagnostice sexuálních deviací jsou nutné údaje od jiných osob a klinické vyšetření řízeným rozhovorem.

Falopletysmografické (falografické, falometrické, PPG) vyšetření je pouze pomocnou metodou. Spočívá v registraci a vyhodno-

cení objemových změn penisu při expozici zrakovým či sluchovým podnětům.

Terapie nositelů sexuálních deviací:

1) Psychoterapeutické a edukační postupy mají vést k získání náhledu na deviaci a naučení se dosahování sexuální satisfakce v mezích zákona.

2) Biologická terapie

a) *Hormonální:* Cílem je snížit apetenci, sexuální vzrušivost, erekci, orgasmickou schopnost i sexuální satisfakci.

Estrogeny (Agostilben) – historické, již se neužívají

Antiandrogeny – cyproteron acetát – blokáda receptorů pro testosteron v cílových tkáních

Gestageny – medroxyprogesteron acetát – indukce testosteronové alfa-reduktázy
Agonisté LHRH – GnRH – triptorelin – snížení biosyntézy testosteronu snížením sekrece LH v hypofýze – ideální ve formě depotní injekce v intervalu až 3 měsíce

b) *Psychofarmaka* – serotonergní antidepresiva, lithium carbonicum, antipsychotika – neuroleptika – depotní injekce – jen jako pomocné prostředky

c) *Chirurgická kastrace* či *pulpektomie* – U velmi nebezpečných agresivních deviací se závažnou delikvencí, pouze na vlastní žádost a schválené komisí!

■ Kazuistika 1

Na dětské oddělení Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod byl přijat k hospitalizaci a znaleckému psychiatricko-sexuologickému vyšetření 13letý chlapec.

Bez pokusu o erotické vyladění napadl ve sklepě vyhlédnutou dívku, bez ohledu na její odmítavé reakce a odpor ji svlékl a snažil se o soulož do pochvy. Osahával ji přitom na prsou, držel ji na zemi, vyhrožoval jí násilím,



masturoboval při tom, když mu utekla, dohonil ji, znovu povalil a opět nad ní masturboval. Narodil se v dysfunkčním manželství nedoučené ženy a alkoholika, ze 3. těhotenství, které mělo fyziologický průběh, porod byl v termínu, byl donošený, zdravý, ale psychomotorický vývoj byl opožděný. Od malička trpěl na záněty dýchacích cest a při horečnatých onemocněních měl opakovaně záchvaty křečí. Byl sledován pro mentální retardaci a hyperaktivitu. Mentální retardace je i u sourozenců, jedna vlastní sestra je v pěstounské péči, jedna ve speciální škole internátní, polovlastní bratr v péči babičky, nejmladší polovlastní sestra je v péči matky.

S otcem chlapce měla matka celkem čtyři děti, rozvedla se s ním před deseti lety, protože nadměrně požíval alkohol a bil ji i děti. Potom se i s dětmi často stěhovala, s rodinou žili ve společné domácnosti její další nekvalitní partneři. Chlapec byl svědkem domácího násilí, ale také sexuálního života své matky a sexuálního zneužívání starší sestry. Dostával se i k erotickým filmům a časopisům. Matka nedokázala být dostatečně důsledná ve výchově, nedokázala vůči synovi prosadit svoji autoritu, takže jejich vztah začal být spíše partnerský. Chlapec postupně zaujal dominantní roli a k prosazování svých požadavků vůči matce běžně používal fyzické násilí, bil ji a kopal, stejně se choval i k sestrám.

Ve škole měl velmi slabý prospěch, nezvládl ani nároky zvláštní školy, proto navštěvuje speciální školu. Podle hodnocení pedagogů nevybočuje svým chováním z průměru, jeví se snadno psychicky zranitelný. Sexuálně obtěžuje spolužačky, má snahu dotýkat se jejich hýžděv oblastí, natlačovat se k nim tělem.

Opakovaně v lesíku cestou ze školy zasunoval ve stoje penis do konečníku o rok mladšímu mentálně retardovanému spolužákovi. Sám hodnotí vzájemné sexuální interakce jako oboustranně dobrovolné, spolužák však jednoznačně jako vynucené ze strany posuzovaného.

Podle svědeckých i jeho vlastních výpovědí se doma často obnažoval před matkou či 16letou a tříletou sestrou, masturboval před nimi, vůči starší sestře vedl obscenní řeči, osahával ji na prsou, snažil se s ní uskutečnit i pohlavní styk. Osahával na prsou a dalších místech těla svoji matku, chodil se na ni dívat do koupelny. Opakovaně i přes fyzické tresty se obnažuje před tříletou sestrou

a dává jí penis do úst. Jeho matka toto jeho jednání popírá či bagatelizuje.

Záhy po přijetí byly registrovány nepřipustné sexuální praktiky – svlékal a lehal si na mladšího chlapce, snažil se za ním chodit na WC a koukat se mu na přirození, ve společných prostorách jej zezadu chytal a tiskl se k němu tělem, sám přiznal, že se pokusil strkat mu penis do konečníku, před dětmi se chlubil, že ho „šukal“. Opakovaně požadoval po zdravotních sestrách polibek na noc. Když jej matka dva týdny nekontaktovala, byl nervózní, plačtivý, začal být i agresivní. Jednou po banálním konfliktu velmi surově škrtl jiného chlapce a ani později neuznal nepřiměřenost svojí reakce. Dvakrát u něj proběhl epileptický záchvat bezvědomí, byla mu nasazena antiepileptická medikace, i když EEG ani CT mozku nezjistilo patologii, další záchvaty se neobjevily.

V průběhu hospitalizace a při znaleckém vyšetření posuzovaný průběžně měnil svoje povědi ohledně stíhaného jednání i ohledně vlastní sexuality vůbec.

U chlapce již probíhala puberta, jeho mužské pohlavní orgány byly plně vytvořené, byl tedy schopen uskutečňovat pohlavní styky, přestože celkový zjev je zcela infantilní.

Z pedopsychiatrického hlediska byl zjištěn těžší stupeň lehké mentální retardace, výrazná porucha pozornosti a hyperkinetická porucha, v řeči agramatismy a vulgarismy. Vnímání bez psychotických poruch ve smyslu halucinací či iluzí. V myšlení zřetelné stereotypie, perseverativnost, naléhavost, ale žádné psychotické poruchy. Osobnost výrazně méně zralá, než by odpovídalo věku, s rysy infantilismu a primitivního egocentrismu, nedostatkem studu a empatie, absencí vyšších citů, se známkami výchovné zanedbanosti a citové deprivace. Paměť je velmi nekvalitní v důsledku mentální retardace, nespolehlivé jsou zejména jeho údaje ohledně zařazení událostí v čase a jejich četnosti, ale i popis prožitých událostí může být katatymně zkreslený. Zcela chybějí pocity viny.

Předčasně probuzená sexualita se vyvíjí deviantně jak v objektové orientaci, kde nerozlišuje dobře věk ani pohlaví, tak v aktivitě, kde jsou výrazné prvky patologické sexuální agresivity. Falopletysmografické vyšetření potvrdilo podezření na možný rozvoj popsané sexuální deviace.

Kombinace deviantního rozvoje sexuality s disharmonicky se vyvíjející osobností a mentální retardací je prognosticky velmi nepříznivá.

Ze závěrů znaleckého posudku: Stíhaného protiprávního jednání se nezletilý dopustil impulsivně vlivem sexuálního puzení, jednal v souladu se svým deviantním sexuálním založením. Společenskou nebezpečnost vlastního jednání mohl rozpoznat jen omezeně v důsledku mentální retardace a výchovné zanedbanosti a svoje jednání mohl ovládat rovněž jen omezeně v důsledku deviantních prvků v sexualitě. Jeho rozpoznávací schopnosti byly lehce, nepodstatně zmenšené, jeho schopnosti ovládací byly zmenšené podstatně. Pobyt nezletilého na svobodě je z psychiatricko-sexuologického hlediska společensky vysoce nebezpečný, vyžaduje dlouhodobé ochranné sexuologické léčení. Vzhledem ke skutečnosti, že nezletilý sexuálně atakoval v rodině svoje sestry a matku, není přípustné, aby byl dále vychováván v rodině. Vzhledem k předpokládanému rozvoji sexuální deviace není možné, aby byl zařazen do běžného dětského koedukovaného kolektivního zařízení, je nezbytné nařídit mu ochrannou výchovu.

Pro ohrožování dětských pacientů i zdravotních sester byl přeložen na sexuologické oddělení pro muže, kde byla zahájena léčba analogem GNRH – triptorelinem, po dvou měsících byl přeložen zpět na dětské odd. PN – pobyt celkem 12 měsíců.

Během hospitalizace 4× utekl z vycházky, chtěl vždy utéci k matce, že se mu stýská, při zadržení se pral s policisty.

Matka zcela nekritická k jeho deviaci.

PPG 1: nejvýraznější reakce na dospívající dívky, lehce pozitivní na agresivní podněty a nahé ženy. Není reakce na chlapce, muže a sadistické podněty.

PPG 2: skokové reakce na homosexuální podněty, nebezpečná aktivace sexuality v genitalitě.

Hormonální hladiny před zahájením léčby a v jejím průběhu: testosteron 6 ... 0,45 ... 0,3 ng/l; FSH 1,9 ... 0,3 IU/l; LH 3,7 ... 0,9 IU/l, prolaktin 27 ... 43 ng/ml

Vždy před termínem aplikace další injekce triptorelinu se objevilo opozičnictví, hostilita, výbušnost a agresivita, což svědčí pro rychlejší metabolismus v dětském věku.

Po propuštění z PN do výchovného zařízení byla kvůli ceně vysazena útlumová léčba GNRHa, chlapci byla umožněna dovolenka k matce, během které pak znásilnil sestřenicí!



■ Kazuistika 2

Nutnost včas podchytit a řádně léčit sexuální deviaci dokládám další kazuistikou, tentokrát dospělého muže.

V roce 2006 byl znalecky vyšetřen 55letý muž obviněný z toho, že se v letech 1994–1999 a pak 16. 7. 2005 dopustil na různých odlehlých místech, většinou v nočních či časných ranních hodinách, znásilnění či pokusů o znásilnění celkem deseti žen. Svoje oběti si vyčíňal při projíždkách na motocyklu, vždy se banálním dotazem přesvědčil, zda se jedná o ženy mladé. Ty pak hned na místě nebo na místě, kam je sám zavezl, vulgárními výrazy vyzýval k souloži (užíval výrazu „zašukat“). Když se bránily, ohrožoval je nožem, vzbuzoval v nich strach pistolí, bil je, vyhrožoval jim zabitím, pokud mu nebudou po vůli. Vždy je odtáhl z dohledu veřejné komunikace, většinou je přinutil k felaci, pak následoval krátce trvající koitus. Snažil se skrývat tvář, aby nemohl být identifikován. Po akci obětem vyhrožoval zabitím, když věc oznámí. Ve svých obětech vzbudil svým jednáním takový strach a pocit ponížení, že u většiny z nich se rozvinuly dlouhodobé psychologické potíže – posttraumatická stresová porucha, neurotické a depresivní potíže a poruchy v sexuálním a partnerském životě. Závažnost a délka trvání psychologických poruch u obětí svědčí o extrémní brutalitě obviněného.

Pochází ze spořádané dělnické rodiny, matce je 84 let, otec zemřel v 61 letech na infarkt. Měl staršího bratra, který zemřel ve 45 letech na rakovinu plic, má mladší sestru, s níž se nestýká. Matčin otec byl alkoholik. Narodil se normálním porodem, delší dobu měl vadnou výslovnost, v 9 letech utrpěl úraz hlavy s bezvědomím, bez následků. V mateřské škole nechtěl být, utíkal za matkou, do školy nastoupil po ročním odkladu. Otec byl přísnější, za prohřešky jej fyzicky trestal, matka se v synovi viděla, zaujímalu vůči němu extrémně ochranné postoje. Podle zpráv z té doby spíše poroučel rodičům než oni jemu. Od 11 let byl léčen pro poruchy chování na psychiatrické ambulanci.

Ve škole se špatně učil, byl neukázněný, k dívkám se choval hrubě, ve 12 letech byl přeřazen do ZVŠ, protože na výuku v normální škole nestačil a měl nechuť ke školní práci. Ve volném čase jezdil s traktoristy, rád vykonával pomocné práce v JZD, vydělával si tak peníze. Od malička toužil být traktoristou. Také se těšil na vojnu, prý kvůli vojenské disciplíně.

Ve 14 letech kradl rodičům prstýnky a peníze, byl drzý vůči spolužákům i učitelům, odmítal docházet do školy, matka ho tam doprovázela, ale i tak utíkal. Nikdy nepřišel, kde byl. Měl 240 neomluvených hodin. Neměl kamarády. Toulal se po nocích, obtěžoval ženy různého věku tím, že jim nabízel menstruační vložky a ptal se jich, na co jsou, pak po nich požadoval, aby byly jeho. Vykrádal dívčí šatny, převlékal se do dívčích prádla a onanoval. Když užíval ordinovaný reserpin, neměl takovou potřebu onanovat, když přestal užívat, potřeba se vrátila.

Ještě před dovršením 15 let věku dojel za ranního šera na kole 28letou ženu, předjel ji, kus dál na ni číhal, chtěl ji znásilnit. Když nezastavila, bodnul ji nožem, kdyby ji nezastihl, byl by po ní nůž vrhl. Pro nezletilost bylo stíhání zastaveno.

V 16 letech postupně přepadl tři mladé ženy, přičemž scénář byl vždy prakticky shodný. Oblečen v khaki oblečení, vojenské boty a klobouk po ženách požadoval soulož vulgárním výrazem „mrdat“, ohrožoval je dlouhým nožem, choval se k nim velmi hrubě a výhrůžně, tahal je na temné místo. Když se mu plán nezdařil, aspoň jim ukradl kabelku, vzal peníze, pak masturboval. V posledním případě mladé ženě vyhrožoval zabitím, ohrožoval ji kromě nože i sekerkou, rozřezal jí spodní prádlo, aby ji snáze obnažil a pokusil se s ní o soulož. Jako motiv uvedl nutkání souložit se ženou.

Kromě dvouletého trestu odnětí svobody mu bylo nařízeno ústavní ochranné léčení psychiatrické, které trvalo 7 měsíců. Při hospitalizaci byl neukázněný, vůči sestrám byl drzý, lhal, utíkal z oddělení, pořídil si dokonce univerzální klíč a odcházel v noci tajně z oddělení. Motivaci trestného jednání uváděl jinak než při trestním řízení a znaleckém vyšetření. Byl léčen Agostilbenem tbl., když byl soudem podán návrh na přeměnu léčení na ambulantní formu, z léčebny utekl dříve, než soud rozhodl.

Léčil se pak ambulantně hormonální léčbou v Sexuologickém ústavu. Opakovaně byl projednáván a pokutován komisí pro ochranu veřejného pořádku. V 19 letech se oženil, s manželkou žil dle jejího sdělení normálním pohlavním životem, ale byl málo sexuálně náročný, styky měli asi 1× měsíčně. Ambulantní sexuologická léčba mu byla na jeho žádost, aby mohl mít dítě, ukončena; za tři měsíce spáchal další sexuálně motivovaný trestný čin. Jeho manželka byla v nemocnici a on přepadl v noci na odlehlém místě mladou ženu, za použití otevřeného loveckého

nože jí ukradl kabelku, měl přitom nutkání ji něco provést.

Po výkonu půlročního trestu odnětí svobody vykonal svoje druhé ústavní ochranné léčení. Chvástal se svými schopnostmi skrývat se před policií, vyhrožoval útekem. Odmítl jak hormonální léčbu, tak kastraci. Z léčebny utíkal, neužíval ordinované léky, vůči zdravotníkům i lékařům byl drzý, až poslední dva měsíce se chování i spolupráce zlepšily a ochranné léčení bylo přeměněno na ambulantní. Po návratu domů podle výpovědi jeho bývalé manželky vyhledával známosti s cizími ženami, hodně cestoval neznámo kam vlakem nebo skútem svého otce, vozil s sebou dalekohled a vracel se v noci. Manželku trápil vyprávěním o milence, při sexuálním styku ji kousal, požadoval „výstřednosti“.

Ve 23 letech byl odsouzen za to, že se postupně vloupal do 39 garáží v průběhu tří nocí, aby se zmocnil nějakého auta Škoda MB 1000, které ho spoluvězni naučili nastartovat bez klíčku, s cílem, aby naložil osamělou ženu, se kterou by potom souložil. Tři automobily se mu podařilo nastartovat, projížděl se jimi a pak je vracel. Když byl pak převážen do vazby, před věznicí příslušníkům VB utekl. Do vazby se sám dostavil na naléhání manželky až za 4 dny. Znalcům řekl, že styk s manželkou mu zevšedněl, necítí se plně ukojen, když mu ve všem žena vyhoví. On ji musí dobývat a přemáhat její odpor. Již při vloupávání do garáží byl vzrušen a měl erekci. V průběhu výkonu trestu byl 9× kázeňsky trestán, nebyl ochoten podřídit se režimu a plnit povinnosti, přesto si podal žádost o zrušení ústavního léčení. To bylo pak vykonáváno 8 měsíců. V dopise lékaře psal, že s manželkou nemůže vůbec souložit. Přiznal fetování různými léky ve výkonu trestu. Psychologické vyšetření odhalilo překvapivě sebepodceňující vztah vůči ženě, kterou chápe jako agresivní, s nepřátelskými prvky. Odmítl s psychologem hovořit o své sexualitě, opět odmítl hormonální léčbu i kastraci, až později přistoupil na injekční hormonální léčbu Agostilbenem. Ke konci pobytu sám jezdil na propustky a vracel se v pořádku. Ústavní ochranné léčení bylo přeměněno na ambulantní a byl propuštěn. Ve 28 letech uzavřel druhé manželství a opakovaně žádal o ukončení ochranného léčení; když mu nebylo vyhověno, přestěhoval se na druhý konec republiky a od té doby se léčení nepodroboval, přestože mu nebylo soudně ukončeno. Po rozvodu druhého manželství, o němž nejsou zprávy, si záhy našel přítelkyni, u níž bydlel. Udržoval normální vztah se



Kdo má dobrou známku z matematiky, snáze se dostane na medicínu



Největší lékařská škola v ČR upravuje pravidla pro přijímání studentů. Hlásivá se na ni 6000 uchazečů, berou každého sedmého.

1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, která je největší lékařskou školou v ČR, informovala, že od příštích přijímacích zkoušek lehce zvýhodní uchazeče o studium, kteří byli na střední škole dobří v matematice, konkrétně měli za poslední čtyři roky studia na závěrečných vysvědčeních jedničku nebo dvojku.

„Dobrý prospěch v matematice je určitým svědectvím ‚daru myslet‘. Je zřejmé, že i pro studium medicíny jsou schopnost a ochota osvojit si mnoho informací a zároveň s nimi kvalitně pracovat nezbytné a neoddelitelné,“ vysvětlil děkan prof. MUDr. Aleksi Šedo, DrSc.

Jazýček na vahách

Bonifikace za matematiku je číselně jen okrajová. Uchazeči dělají testy z biologie, chemie a fyziky, a z každého mohou získat 100 bodů, tedy ze všech dohromady maximálně 300 bodů. Za známky z matematiky mohou dostat nanejvýš 10 bodů.

Nicméně vzhledem k tomu, že se na fakultu každoročně hlásí na všechny obory kolem 6 000 zájemců o studium a fakulta jich může přijmout zhruba sedminu, může i deset bodů rozhodovat.

Změna u nelékařských bakalářů

Další změna se týká uchazečů o bakalářské nelékařské obory (adiktologie, fyzioterapie, ergoterapie, všeobecná sestra, nutriční terapeut). Ti budou skládat písemné zkoušky pouze z biologie namísto dosud požadované biologie, chemie a fyziky.

Zdroj: doktorvlach.cz, 1. 11. 2014

svoji dcerou a později se staral i o vnučku, která k němu ráda jezdila.

Od 38 let žije s družkou, která byla vdovou. V sexuálním životě musela stejně jako jeho předchozí partnerky vyvíjet iniciativu ona. Pohlavní styky měli zprvu často, postupně frekvence klesala na dvakrát měsíčně, po jeho srdečním infarktu v 52 letech už sexuálně nežili. V roce 1992 si koupili starší motocykl MZ, napřed jezdili na dlouhé výlety společně, ale pak jezdil sám. Podnikal v letních měsících několikrát měsíčně stovky kilometrů dlouhé noční vyjížďky, vracel se někdy až druhý den ousaný a zpocený. Později si koupil ještě malý motocykl.

Spáchání trestných činů popřel. Zjistili jsme emoční labilitu v rámci neurastenického syndromu po prodělaném infarktu myokardu. Nejistili jsme psychotické poruchy ani známky závislosti na psychoaktivních látkách. Jeho osobnost je anomálně strukturovaná, emočně chudá, s nedostatkem empatie a sebenáhledu, s oslabením volní složky, se sklonem ke zbrklým až impulsivním reakcím. Rozumové schopnosti podprůměrné s projevy počínající deteriorace, která ale zdaleka nedosahuje stupně demence, má jen mírné poruchy krátkodobé paměti. Falopletysmografické vyšetření prokázalo fyziologickou heterosexuální objektovou orientaci, ale také atraktivitu sexuálně agresivních scén. Penilní reakce posuzované byly při vyšetření živé, což odporuje jeho údajím o erektilní impotenci. Výsledek vyšetření je v souladu s celoživotně preferovaným způsobem ukájení sexuálního pudu formou brutální agrese. Jedná se o sexuální deviaci v aktivitě – patologickou sexuální agresivitu se sadistickými prvky.

Pod vlivem sexuálního napětí vyražel předem vybaven příhodnými pomůckami v nočních hodinách na místa, kde předpokládal možnost setkání s osamělou neznámou ženou. Kontakt navazoval pornolalicky, obscénními výrazy, v napadené ženě vzbudil strach, dovlekl ji z dohledu veřejné komunikace, přiměl k felaci a uskutečnil krátkou soulož. V posloupnosti dílčích sexuálních motivačních stavů posuzovaný přeskakuje fáze dvoření a sexuálního vyladování, odmítá dobrovolnou kooperaci oběti. K dosažení sexuálního vzrušení a následného ukojení potřebuje uplatnit násilí vůči vybrané oběti. Pro sexuální deviaci svědčí i prudké náskoky erekcí a rychlé dosažení ejakulace.

Přestože posuzovaný prodělal v průběhu svého života opakovaně ochranné ústavní i ambulantní psychiatricko-sexuologické lé-

čení a byl zevrubně obeznámen se svojí sexuální deviací, nikdy nezískal na svoji úchytku dostatečný náhled. Popíral její existenci, bagatelizoval a racionalizoval přepadávání žen, kterého se dopouštěl repetitivně a velice stereotypně, prakticky od adolescence až do současnosti podle stejného scénáře. Léčení odmítal, narušoval, všemožně se mu snažil vyhýbat. Odmítl i navrhovanou terapeutickou kastraci, nevyužil tedy možnosti léčení, které by mu redukovaly intenzitu sexuálního puzení, a to proto, aby byl schopen realizovat svoje deviantní sexuální agresivní sklony. Při páchání trestné činnosti se jednalo o plánovité, předem připravené jednání, nikoli o impulsivní činy. Byl schopen rozpoznat protiprávnost svého jednání, jeho schopnost vlastní jednání ovládat byla jen nepodstatně zmenšená v důsledku sexuální deviace. Protože jeho pobyt na svobodě je společensky vysoce nebezpečný, navrhli jsme uložení ochranného ústavního léčení psychiatricko-sexuologického. Podle našeho názoru vzhledem ke struktuře osobnosti obviněného a jeho negativnímu postoji k léčení mohlo dostatečnou ochranu společnosti spolehlivě zajistit jedině chirurgické odstranění jeho pohlavních žláz. V době znaleckého zkoumání nebyl v našem právním řádu ještě zaveden institut zabezpečovací detence, který bychom jednoznačně navrhli v současnosti.

Závěry

Sexuální deviace je celoživotní stav, jehož první projevy začínají v době puberty. Léčba musí být dlouhodobá, ochranné léčení nositelů agresivních typů deviací nemá být ukončováno!

Léčba analogy gonadoliberinů je velmi účinná a bezpečná i v dětském věku.

Represe nemá žádný preventivní vliv na sexuální deviantního pachatele.

Nepříznivá osobnostní struktura vylučuje dobrý efekt ochranného léčení, pro ochranu společnosti je plně indikovaná dlouhodobá detence.

Literatura:

Weiss P. Sexuální deviace. Praha: Portál, 2002
Weiss P a kol. Sexuologie. Praha: Grada, 2010
Kolářský A. Jak porozumět sexuální deviaci. Praha: Galén, 2008



Kazustika

Méně obvyklá manifestace dětského nádoru

MUDr. Helena Gastová
ordinace PLDD, Olomouc

Nádory u dětí a mladistvých představují méně než 1% všech zhoubných nádorů. Jsou to onemocnění vzácná, proto mohou být příčinou diagnostických omylů. Ročně v České republice onemocní zhoubným nádorem přibližně 350 dětí a adolescentů. Nejčastějším zhoubným nádorem u dětí do 15 let je akutní lymfoblastická leukémie (25%), dále následují nádory mozku (22%) a neuroblastom (8%; je nejčastějším nádorem u kojenců). U dospívajících mezi 15 a 19 lety jsou na prvním místě maligní lymfomy (25%), germinální nádory tvoří 13% a nádory mozku 10%. V této věkové skupině přibývá karcinomů typických pro dospělé (melanom, kolorektální karcinom, karcinom ledviny).

Nádory u dětí a mladistvých se liší od dospělých v epidemiologii, etiologii, histogenezi, v biologii, lokalizaci, v posledních desetiletích i v diagnostickém a léčebném přístupu k pacientovi. I přes chování zhoubných dětských nádorů (rychlý růst, sklon k časnému metastazování, dobrá chemo- a radiosenzitivita) jsou výsledky moderní komplexní léčby velmi dobré, daří se úspěšně vyléčit více než 75 % dětí.

■ Popis případu

Ve své kazuistice popisují méně obvyklou manifestaci dětského nádoru u 18letého chlapce. Lukáš je dítě z II. nerizikové gravidity, oba jeho rodiče i mladší bratr jsou zdraví. Narozen je v termínu, spontánně záhlavím, porodní hmotnost 3250 g, délka 51 cm. Následná adaptace nekomplikovaná, měl mírnou novorozeneckou žloutenku. Byl plně kojen do 6. měsíce, váhově prospíval, PMV do roku v normě. Očkován dle doporučeného očkovacího programu bez reakcí. V kojeneckém věku byl sledován v hepatologické ambulanci pro hepatosplenomegalii, vyřazen z dispenzarizace ve třech letech. Po zařazení do kolektivu trpěl častěji na infekty horních dýchacích cest a otitidy, které byly ale s nekomplikovaným průběhem. Z infekčních nemocí překonal varicellu. V sedmi letech byl na plastice boltců. Působil jako tiché mírně úzkostné dítě, měl odklad školní docházky. Je sledován na kardiologii pro funkční šelest, dále na ortopedii pro skoliotické držení těla a plochonoží.

Od 17 let je Lukáš v péči psychiatrie pro rysy sociofobie s úzkostí, v terapii psychofarmaky.

Navštěvuje střední odborné učiliště, nekouří.

Dne 20. 3. 2013 přichází Lukáš do ordinace v doprovodu matky. Je schvácený, bledý, opocení, chůze mírně v předklonu. Udává 24 hodin trvající febrilie max. do 40 °C, bolest břicha a nauzeu. Při fyzikálním vyšetření je přítomná tachykardie, vyšší krevní tlak 135/95 mm Hg, břicho v nivě, palpačně hůře prohmatné, citlivé difuzně, maximálně v obou podbřiších, poklep bubínkový, peristaltika tichá. V ambulanci je provedeno vyšetření CRP 84 mg/l a vyšetření moče s nálezem mírné proteinurie a leukocyturie. Doplněno RTG S+P s negativním nálezem. K vyloučení NPB je odeslán Lukáš na chirurgii, kde bylo doplněno **USG vyšetření břicha s překvapivým nálezem – centrálně hypoechogenní ložisko levé ledviny velikosti 35 × 45 mm bez cévního zásobení**. Byl urgentně odeslán na urologii do Fakultní nemocnice v Olomouci, kde bylo provedeno **CT břicha se závěrem mírně se sytící centrální útvar levé ledviny vel. 46 × 41 mm, mírná splenomegalie**.

Na doporučení urologa byla zahájena empiricky ATB terapie (potencovanými aminopeniciliny) celkem 10 dnů. Klinický stav se upravil, teploty i bolesti břicha odezněly. V kontrolní laboratoři CRP s poklesem (21 mg/l), v KO mírná trombocytóza, jinak bez patologie. Kontrolní USG břicha se

stacionárním nálezem na levé ledvině. Další kontrola na urologii byla plánována za dva měsíce, s biopsií ložiska levé ledviny. Lukáš byl po celou dobu bez potíží.

12. 6. 2013 byla provedena **biopsie ložiska levé ledviny pod CT kontrolou, histologie se závěrem – morfologický nález lze rámcově přiřadit k obrazu „Small round blue cell tumor (SRBCT)“ se širokou diferenciální diagnostikou, např. Wilmsův tumor, Ewingův sarkom aj., negativita EMA nepodporuje synoviální sarkom**.

24. 7. 2013 byla provedena v celkové anestezii **laparoskopická radikální nefrektomie vlevo. Histologický nález: uvedený histologický obraz svědčí nejspíš pro blastémové epiteliální nefroblastom s negativní expresí WT1**. Cytogenetické vyšetření: nebyla nalezena aberace (zlom) v genu EWSR1 – nepodporuje dg. Ewingova sarkomu, uzliny nebiptovány.

Operace i pooperační průběh bez komplikací.

V dalším vyšetření provedeno 5. 8. 2013 **PET CT – bez generalizace, 9. 8. 2013 CT plic – meta proces neprokázán, 23. 8. 2013 – MR břicha – bez detekce lymfadenomegalie v břišní dutině**.

Diagnóza: blastémové epiteliální nefroblastom, negativní exprese WT1, I. klinické stadium, uzliny v břiše nebiptovány, intermediární prognostická skupina.

Nález konzultován s onkologickou klinikou FN Motol (prof. Kodet).



Před léčbou doplněno ECHO, CT hrudníku a břicha, bez známek generalizace.

25. 11. 2013 zahájena kombinovaná terapie – dle protokolu CATO.

Chemoterapie s vinkristinem, od 5. týdne s aktinomycinem D, radioterapie od 26. 11. 2013 do 6. 12. 2013 na lůžko levé ledviny a spádové uzliny CLD 14,4 Gy/8 frakcí. Chemoterapie ukončena 9. 6. 2014.

V průběhu celé léčby byla Lukášovi aplikována i podpůrná léčba – k úpravě nutriční (sipping enterální výživy), pro nauzeu a zvracení antiemetika + PPI. Byla přerušena návštěva školy.

Zdravotní stav Lukáše, kromě výše uvedených doprovodných příznaků souvisejících s léčbou, nebyl komplikován sekundární infekcí nebo jinými závažnějšími nežádoucími účinky léčby. Změny v krevním obraze při léčbě (mírná anémie, leukopenie) se upravily ad integrum po ukončení léčby.

Lukáš zůstává dále v dispenzarizaci onkologie s plánovanou kontrolou co 3 měsíce.

■ Diskuse

Nefroblastom (Wilmsův nádor – WN) je nejčastější maligní nádor ledvin u dětí. Celkem tvoří 6 % zhoubných dětských nádorů. Vzácně se může manifestovat u adolescentů, v méně než 3 % se WN vyskytuje v dospělé populaci, nazývá se adultní nefroblastom. Lokalizován je jednostranně, v 5–7 % se může WN vyskytovat bilaterálně. Incidence u dětí do 15 let je 8/1 milión, má stoupající trend. Vrchol výskytu je ve věku 2–4 roky. Dle posledních údajů v Evropě je udávána incidence adultního nefroblastomu 0,2/1 milión/rok, věkový medián je kolem 17 let. Většina WN je sporadických, vysoké riziko vzniku WN mají některé genetické syndromy, např. Beckwithův-Wiedemannův syndrom (WN, hypertofický plod, makroglosie, defekt břišní stěny), WAGR syndrom (WN, aniridie, MR, urogenitální anomálie, hemihypertrofie končetin, jazyka), Denys-Drash syndrom a jiné. Významnou roli hraje WT1 gen na 11. chromozomu 11p13, jedná se o tumorsupresorový gen. U dětí se sporadickým nefroblastomem prokážeme mutace WT1 genu v zárodečných buňkách jen u 5 % dětí, v nádorové tkáni u 6–18 % pacientů.

Nejčastějším příznakem WN u dětí je asymptomatická hmatná rezistence v dutině břišní.

Pouze třetina má subjektivní projevy, které jsou nespecifické, tj. bolesti břicha, nechutenství, hubnutí, únava. U 30 % se přechodně vyskytne makroskopická hematurie, 20 % má hypertenzi, vzácně jsou jediným klinickým projevem WN trvající teploty nebo obraz NPB.

U adultního nefroblastomu pouze 2 % nemocných mají symptomy v době diagnózy. Klinické projevy jsou opět nespecifické. Většina adolescentů a mladých dospělých má při diagnostice onemocnění již přítomné vzdálené metastázy. Nefroblastom se šíří lokálně (do retroperitonea, žilní cestou do v.c. inferior, vzácně až do pravé síně). Dále lymfatickou cestou a hematogenně do plic v 85 %, do jater v 12 %, méně do kostí a mozku. Nefroblastom je křehké konzistence, proto při nešetrné palpaci nebo operaci může dojít k diseminaci nádorových buněk nebo k perforaci nádoru.

Při diagnostice WN je přínosné neinvazivní USG vyšetření, v nejasných případech ke zpřesnění CT vyšetření. Biopsie nádoru k potvrzení diagnózy není nutná. Dále v rámci celkového vyšetření se doplňuje CT plic, vyšetření kostí (např. scintigrafie), ev. vyšetření mozku. V KO jsou změny nespecifické, může být anémie, zvýšená FW, zvýšená srážlivost. V moči může být mikroskopická hematurie, proteinurie, vzácně pyurie, která je projevem sekundární infekce močových cest. U 10–30 % postižených se prokáže zárodečná mutace WT1 genu, vzniklá většinou de novo. U genetických syndromů bývá delece 11p13.

Staging určuje anatomický rozsah nádoru. Jako IV. stadium se hodnotí onemocnění se vzdálenými metastázami. Bilaterální WN se řadí do stadia V.

Klasický, tzv. trifázický nefroblastom tvoří složka blastémová, epitelální a stromální. Epitelální složky převažují u nádorů nižších klinických stadií u mladších dětí. Blastémové jsou u nádorů vyšších klinických stadií, jsou biologicky agresivnější. Přibližně 5 % nefroblastomů, častěji u starších dětí, má histologický obraz fokální nebo difúzní anaplazie, tyto nádory jsou chemorezistentní.

Léčebný postup se liší v Evropě a v USA, kde se preferuje primární radikální operace. V Evropě se primárně přistupuje k neoadjuvantní chemoterapii s cílem zmenšit nádor,

též se pozitivně hodnotí její vliv na přítomné metastázy např. v plicích. Při následné radikální operaci je sníženo riziko peroperační ruptury i mikrometastázování. Součástí operace je provedení biopsie spádových uzlin k určení stadia nemoci. Nejúčinnějšími cytostatiky jsou aktinomycin, vinkristin, doxorubicin. U biologicky agresivnějších se používá cisplatina, karboplatina, etoposid. U chemorezistentních nádorů je přistupováno k megachemoterapii s následným převodem kmenových hemopoetických buněk. Použití radioterapie se významně omezilo, indikována je v cca 15 % případů, tj. při perforaci nádoru, po neradikální operaci, při postižení paraaortálních uzlin nebo histologicky nepříznivém typu nádoru. Plicní metastázy, které zcela neustoupí po úvodní chemoterapii, lze řešit operací pokud to není možné, přistupuje se k ozáření plic. Metastázy kostní a mozku jsou chemorezistentní.

Léčba nefroblastomu probíhá dle mezinárodního protokolu. Prognóza se odvíjí od klinického stadia nemoci a histologického typu nádoru. U lokalizovaných onemocnění je možné vyléčit více než 90 % dětí. I samotná onkologická léčba může mít celou řadu nežádoucích následků, proto je cílem současných léčebných postupů snížit intenzitu léčby při zachování velmi dobrých léčebných výsledků.

■ Závěr

Adultní nefroblastom je vzácný, vyznačuje se agresivnějším chováním, vyšším zastoupením nepříznivých histologických podtypů a též vyšším klinickým stadiem v době diagnózy ve srovnání s dětskou populací. Tyto parametry též predikují úspěch léčby. U Lukáše byl nádor diagnostikován v I. klinickém stadiu, proto i jeho šance na vyléčení je vysoká.



Kursy plavání pro kojence a batolata – co by měly vědět jejich rodiny

Prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc., prof. MUDr. Jan Janda, CSc.

Česká pediatriká společnost

Programy výuky plavání pro kojence a batolata jsou dnes velmi populární na celém světě. Statisíce dětí tyto kursy navštěvují, mají velké množství příznivců nejen mezi rodiči, občas se angažují i pediatři. Tyto aktivity začaly být organizovány v sedmdesátých letech minulého století v USA jako prevence vysokého počtu náhodných utonutí zejména dětí v kojeneckém a batolacím věku. Utonutí je v této věkové skupině jednou z nejčastějších příčin neúmyslné smrti. Každoročně na světě utone více než 170 000 dětí a mladistvých, např. v samotných USA v roce 1970 utonulo 1100 jedinců mladších než 20 let. Vždy se uvádí, že pediatři hrají v prevenci utonutí důležitou úlohu, a existuje řada doporučení, jak počet fatálních případů omezit. Americká Academy of Pediatrics a další odborná grémia věnují problematice pozornost dlouhá léta (1,2,3,4).

Děti a jejich rodiče se účastní oficiálních výukových „vodních plaveckých programů“, které jsou zaměřeny převážně na přípravu k plaveckému dovednostem. V USA tyto programy nabízejí i výukové kursy základů vodního záchranářství a zabezpečení ochrany dítěte ve vodě nebo v jejím okolí. Tato školení sice poskytují ve většině případů radost a potěšení rodičům i dětem, ale rozhodně není jejich cílem vychovat z dětí vynikající plavce. Vůbec pak už není cílem samostatný pobyt a pohyb dětí ve vodě bez doprovodu dospělých. Plavecké dovednosti (schopnost stylového plavání) by měly být odlišeny od dovedností udržet se ve vodě na hladině, zvykat si na vodu, „plavat“/cachtat se v ní nebo nejlépe koupat se. Bez speciálního tréninku mohou děti v časném kojeneckém věku ve vodě vykonávat nanejvýš rudimentární plavecké pohyby. Jejich charakter vzhledem k jejich psychomotorickému vývoji v ničem nepřipomíná klasické stylové plavání (kraul, prsa nebo znak), ale jsou velmi blízké plaveckému stylu „na čubičku“. Dodnes také nebyla stanovena optimální doba, ve kterém věku je dítě schopné naučit se mnohem složitějším plaveckým dovednostem (5). Objevily se sice zprávy, že u kojenců absolvování těchto kursů může příznivě ovlivnit jejich vývoj, ale

nikoliv významně (6). Je třeba připustit, že schopnost koordinovaných pohybů ve vodě není možné jednoznačně přisuzovat věku dítěte – tedy od kdy dítě může skutečně plavat. Tyto schopnosti jsou velmi individuální a výjimečně se objeví děti s nadprůměrnou schopností motorické koordinace ve věku, kdy to není obvyklé.

Bez ohledu na náplň programů a jejich zaměření nejsou plavecké programy kojenců a batolat schopny zaručit, aby děti v tomto věku pochopily všechna nebezpečná úskalí plynoucí z pobytu ve vodě. Donedávna nebyla dostupná žádná věrohodná data, která by jasně ukázala, že kursy plavání kojenců a batolat snižují riziko utonutí. Nyní se objevily zprávy o dvou recentních studiích, které naznačují, že absolvování výcviku plavání v útlém věku může snížit riziko utonutí. Brenner a spol. (7) studovali případy utonutí dětí v letech 2003–2005 v rámci multicentrické studie, která zahrnovala více států v USA. Studováno bylo 88 fatálních případů ve věku 1–19 let, ty byly srovnávány s 213 kontrolami. Autoři prokázali, že formální výcvik plavání přece jen snižuje riziko utonutí v pozdějším věku. Další studie provedená ve venkovském regionu v Číně obecně zaměřená na prevenci tonutí (8) uvádí nižší riziko utonutí po předchozí instruktáži plavání, nicméně ve srovnání s předchozí studií z USA je její výpovědní hodnota nižší, zde zřejmě nešlo o skutečné formální kursy plavání a práce byla spíše problematice prevence tonutí obecně. Komentáře k těmto dvěma studiím ze strany American Academy of Pediatrics (dále AAP) uvádějí, že i kdyby tomu tak skutečně bylo, absolvování kursů mělo ochranný vliv a prokázaly to další studie, je třeba stále upozorňovat rodiče, že kursy je nezbavují zodpovědnosti zajistit bezpečnost dětí v blízkosti vodních ploch. Ať již je schopnost dítěte udržet se nad vodou po absolvování kursů plavání významně lepší, nebo nikoliv, není to argument pro snížení pozornosti při sledování dětí v blízkosti vodních ploch. Ve studii kanadského Červeného kříže se ukázalo, že 16 % utonulých dětí jevílo předtím významnou nebo průměrnou schopnost plavat. Také starší práce z No-

vého Zélandu (9) analyzovala 36 dětí, které utonuly v domácím prostředí ve věku do pěti let. Zde se rovněž neukázal pozitivní vliv předchozí výuky plavání v kojeneckém věku. AAP upozorňuje na zavádějící videa kolující na internetu, kde oblečené batole spadne do bazénu a plave na hladině na zádech. Názory podporující kursy u kojenců jsou dlouhá léta kontroverzním tématem, odpůrci těchto aktivit jsou obviňováni z toho, že jde o politiku a nikoliv fakta (20).

Programy, které prohlašují, že kursy plavání pro kojence a batolata jsou zárukou bezpečí dítěte ve vodě a chrání je před utonutím, dávají rodičům pouze falešný pocit jistoty. Dítě sice začne mít vodu rádo, umí se v ní uvolnit, vydechovat do vody, potápět se a skákat do ní, ale právě ztráta respektu z vody a případný skok do vody bez znalosti hloubky se mohou v některých případech stát osudnými. Je třeba zdůraznit, že voda není ani pro děti přirozeným živlem! Organizace, které nabízejí kursy plavání pro kojence, bohužel nemají povinnost získat ke své činnosti žádné osvědčení (certifikát); maminky se tak musejí umět zorientovat samy, kurs přitom není právě levná záležitost. V Praze se např. platí až 350 Kč za necelou hodinu, to vede i k paradoxu, že matky dnes navštěvují dětské lékaře s prosbou o vystavení „omluvenky na plavání“, protože jinak kursová hodina propadne bez finanční náhrady.

Odhalit ty nekvalifikovaně vedené aktivity je přesto do značné míry možné. Jistý návod, čeho se vyvarovat a co si případně ověřit před začátkem kursu „plavání“, by mohlo poskytnout i naše doporučení. Pediatři v ČR např. vydali společné prohlášení týkající se tzv. „létání miminek“, které bylo označeno jako rizikové, toto pohybové cvičení jednoznačně není doporučováno. Názory na kursy plavání kojenců a batolat jsou v jiné rovině a také rozsah těchto aktivit je s předchozími nesrovnatelný. Připomínky pediatrů, kterých je celá řada, nikde nevedly k poklesu zájmu o tyto kursy. Naší snahou je tedy objektivně posoudit výhody, resp. rizika plavání kojenců, abychom společně s vodou „nevyhlili s vaničkou i dítě“.



■ Přínosy „plavání kojenců“

Pobyt ve vodě podporuje a urychluje psychomotorický vývoj kojenců, zlepšuje jejich pohybovou koordinaci. O skutečném plavání nemůže být řeč, děti si na vodu pouze zvykají a otužují se, zato v pozdějším věku se mohou rychleji naučit plavat. Každá společná sdílená aktivita posiluje citovou vazbu mezi rodičem a dítětem. Ve fyzioterapii se cvičení/„plavání“ ve vodě v kombinaci s rehabilitací úspěšně využívá při léčení tělesně postižených dětí, kojenců s lehkými odchylkami neuropsychického vývoje nebo lehkými mozkovými dysfunkcemi. Společný pobyt rodiče a dítěte ve vodě má tedy určité pozitivní aspekty. Plavecké kurzy a programy pro kojence a batolata jsou dnes nesmírně populární, stačí se jen podívat na český internet, kde najdete desítky informací od provozovatelů a organizátorů kursů, kteří samozřejmě zdůrazňují pouze pozitivní stránky této činnosti. To je do značné míry dáno i tím, že ve velké většině případů jde dnes nejen o benefit „plavajících dětí“ a radost matek při kontaktu s dítětem (i sociální kontakt s dalšími rodiči hraje svou roli), ale i o velký byznys, to platí i pro ČR.

Většina pediatriů ve světě dnes není primárně proti těmto aktivitám, ale na druhé straně cítí povinnost upozornit rodiče i na nemalá rizika z pobytu ve vodě. Pobyt a pohyb ve vodě s sebou nese i některá další závažná zdravotní rizika – podchlazení, různé infekce zažívacího traktu, kůže (na Pediatrické klinice v Motole jsme se na oddělení kojenců a batolat opakovaně setkali s kožními infekcemi v souvislosti s kurzy plavání) nebo zevního zvukovodu. V mimořádných případech byla popsána i otrava vodou (10). Trichloramin (vedlejší produkt chlóru) a další aerosoly na bázi chloridových oxidantů používaných k dezinfekci vody v bazénech mohou vyvolávat změny v epitelu dýchacích cest a na kůži a podílet se tak u geneticky predisponovaných osob na rozvoji a spouštění alergických onemocnění (ekzémy, astma).

Základní podmínkou koupání kojenců a batolat je vyhovující prostředí, kvalita vody v bazénu, teplota vody a vzduchu odpovídající doporučeným limitům podle věku dětí. Za pravidelné provádění kontroly jakosti vody (hygienické a mikrobiologické normy) odpovídá provozovatel bazénu a na požádání je předkládá provozovateli kursu „plavání“ kojenců a batolat a místně příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví.

■ Požadavky při „plavání“ kojenců ve věku 3–6 měsíců

Prostředí: plastové vany a bazénky nebo jiné nádoby z vhodného materiálu se snadno čistitelným a dezinfikovatelným povrchem, které jsou využívány pouze pro účely koupání kojenců. V průběhu kursů musejí být umístěny v prostoru odděleném od ostatního provozu koupaliště.

Voda: plnicí (napouštěná) voda musí mít kvalitu vody pitné, její teplota má být 30–36 °C, teplota vzduchu přitom minimálně 28 °C, maximálně 30 °C.

Provoz: každý den před prvním napuštěním musejí být vany řádně vyčištěny, vydezinfikovány a opláchnuty. Ve vaně se koupe **jen jedno dítě, vedené rodičem zevně vany** (rodič nevstupuje do vany). Voda se vyměňuje po každém dítěti. Po 3–5 výměnách vody je nutné provést povrchovou dezinfekci vany s tím, že po jejím skončení bude vana řádně vypláchnuta, aby se odstranila rezidua použitého dezinfekčního agens.

■ Kojenci ve věku 6–12 měsíců

Prostředí: pro koupání kojenců ve věku 6 až 12 měsíců je možné použít přenosné vany nebo bazénky s recirkulací vody (výjimečně lze také použít pevný dětský bazének bez recirkulace, je-li před každým provozním dnem dezinfikován a nově napuštěn vodou a jestliže během provozu bude neustále dopouštěn zdravotně zabezpečenou vodou z vodovodu pro veřejnou potřebu nebo ze zdroje kvality vody pitné a bude-li přepadem odtékat nadbytečná voda v minimálním množství 1 litr/min na jednoho koupajícího se). **Připouští se přítomnost několikačlenné skupinky dětí s rodiči v bazénu.** Minimální plocha vodní hladiny na jednoho koupajícího se je 0,8 m².

Voda: kvalita vody před zahájením provozu a v době provozu musí odpovídat požadavkům pro tento věk dle vyhlášky č. 135/2004 Sb., kterou se mj. stanoví hygienické požadavky na bazény pro kojence a batolata. Teplota vody: 28–32 °C. Teplota vzduchu: 28–30 °C.

■ Batolata ve věku nad 12 měsíců (do 3 let)

Prostředí: doporučuje se použít zařízení pro věkovou kategorii 6–12 měsíců. Pokud jsou použity jiné bazénky, musí před zahájením provozu voda v bazénku dostatečně dlouho

recirkulovat a procházet úpravnou, aniž je v tu dobu bazén používán. Celý objem vody bazénu musí před zahájením provozu nejméně jednou projít recirkulační úpravou vody. Bazén musí být dobře přístupný s hloubkou vody max. 130 cm. Pokud je jeho hloubka větší než 130 cm, pak koupání musí být omezeno jen na část bazénu po tuto hloubku a hranice této hloubky musí být na hladině vyznačena plováky.

Voda: kvalita vody odpovídá požadavkům pro tento věk dle výše uvedené vyhlášky. Teplota vody: 28–32 °C, teplota vzduchu: 28–30 °C.

Provoz: přítomnost rodičů s dětmi ve vodě možná. Maximální počet osob je dán kapacitou bazénu, přičemž minimální plocha vodní hladiny na jednoho koupajícího se činí 1 m².

■ Úkoly provozovatele před začátkem provozu bazénu

Ověřuje teplotu vody a vzduchu, aby odpovídala doporučeným limitům podle věku dětí. Pravidelně kontroluje kvalitu vody v bazénu. Četnost a rozsah kontroly záleží na druhu bazénu a na způsobu provozu.

- U přenosných van a bazének, které jsou vyprazdňovány, čištěny, vyplachovány a napouštěny po každém kojenci nebo skupině kojenců, se kontroluje teplota a průhlednost vody po každém napuštění. Jedenkrát za měsíc se provede mikrobiologický rozbor vody jako doklad o účinnosti čištění vany. Pokud je pro plnění používána voda jiná než pitná, musí být prováděna i kontrola dalších fyzikálních a chemických ukazatelů dle přílohy č. 4 vyhlášky č. 135/2004 Sb.
- U ostatních bazének s recirkulací nebo průběžnou obměnou vody, které nejsou vyprazdňovány po každé skupině kojenců, platí stejné požadavky na kontrolu kvality vody, jaké se navrhuje pro ostatní bazény. Viz přílohy č. 4 a 7.

Odpovídá za pravidelné provádění kontroly jakosti vody a na požádání je předkládá provozovateli kursu plavání kojenců a batolat a místně příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví.

Kontroluje vzorky vody (odebírají se vzorky v průběhu provozu, nejdříve 1 hodinu po jeho zahájení).

Prostory pro koupání kojenců a batolat musejí být odděleny od ostatních prostor. V době trvání kursu není v bazénu a jeho okolí možný souběh dalších činností. Všechny pro-



story, ve kterých se rodiče s dětmi pohybují, včetně ploch, které přicházejí do kontaktu s dětmi, jsou minimálně jednou denně, nejlépe před každou lekcí, důkladně vyčištěny a dezinfikovány. K dezinfekci pomůcek a bazénu jsou použity jen takové prostředky, které jsou svým složením a koncentrací vhodné i pro exponovaná zdravotnická pracoviště (např. kojenecká a novorozenecká oddělení nemocnic). Doporučuje se střídání přípravků s přesným dodržением expoziční doby, aby se zabránilo vzniku rezistence bakterií. Do bazénů nemají přístup nemocné děti a osoby, zvláště osoby trpící vlasovými nebo kožními či jinými přenosnými chorobami, osoby se zjevně zanedbanou osobní hygienou, osoby zahmyzené nebo osoby pod vlivem návykových látek. Při znečištění vody dítětem (stolice, zvratky, hlen, krev apod.), stejně jako při jakémkoli jiném viditelném znečištění vody, je provoz okamžitě přerušen do odstranění závady. Vanu nebo bazén je nutné vypustit, důkladně mechanicky očistit a před novým napuštěním opět dezinfikovat a vypláchnout čistou vodou. Pro úpravu vody pro kojence a batolata se dezinfekční prostředky (chlór), případně další chemikálie dávkuje pouze do příslušného místa (stanoveného v provozním řádu) v recirkulačním systému mimo bazén, nikdy ne přímo do bazénu nebo do plovoucích bójí. Logickou součástí přilehlých prostor pro koupání kojenců a batolat jsou předepsané kapacity šaten, WC, sprch a chodeb s přiměřenou intenzitou osvětlení, teplotou vzduchu, relativní vlhkostí vzduchu a intenzitou výměny vzduchu. Provozovatel by měl poučit doprovod dětských „plavců“, aby na ně dohlédli před vstupem do bazénu a použili sociální zařízení a sprchu.

Rizika spojená s chlorováním vody: Jako hlavní příčina dráždivých a zejména škodlivých účinků chlóru na oční spojivky, epitel sliznice dýchacích cest a jeho zvýšenou permeabilitu byl v poslední době identifikován trichloramin (NCl_3). Ten vzniká jako vedlejší produkt reakce chlornanů se sloučeninami s aminovými skupinami, které se uvolňují z potu a moči plavců, a je i příčinou typického „chlorového“ zápachu takto dezinfikované vody v bazénech. Belgická skupina zabývající se systematicky vlivem kursů plavání kojenců na respirační systém opakovaně prokazuje nepříznivý vliv dezinfekčních prostředků při pobytu kojenců a batolat v bazénech. Na riziko vzniku astmatu při delší době a opakovaných návštěvách

vách bazénů upozorňuje i irská studie (14). Škodlivý účinek trichloraminu byl pozorován nejenom u dětí, ale i u osob, které se v exponovaném prostředí pohybovaly delší dobu (plavci, trenéři plavání). Nedávno byl popsán statisticky významně zvýšený výskyt bronchiolitidy u dětí, které v bazénech s chlorovanou vodou absolvovaly plavecké kursy před dosažením věku 2 let. Rozvoj bronchiolitidy je považován u dětí za jeden z rizikových faktorů asthma bronchiale a respirační alergie v pozdějším věku (16). Plavání je přitom paradoxně pro pacienty s průduškovou záduchou doporučováno jako jeden z nejvhodnějších sportů, nejenom pro svůj celkový blahodárný účinek, ale i jako ochrana před bronchokonstrikcí navozenou zátěží. Je velmi pravděpodobné, že toto doporučení bude muset být přehodnoceno, pokud se plavání provozuje ve vodě, která je dezinfikovaná chlórem. Je zajímavé, že škodlivý účinek NCl_3 na zvýšený rozvoj alergických/atopických onemocnění nebyl popsán v nedávno publikované německé šestileté prospektivní studii na vzorku 2192 dětí, které provozovaly plavecký kurs v kojeneckém věku (17). Ovšem na rozdíl od dětí stejného věku, které tento kurs neabsolvovaly, byl u nich pozorován významně zvýšený výskyt průjmových onemocnění, středoušních zánětů a infekcí horních cest dýchacích. Pravděpodobným vysvětlením zvýšeného počtu infekčních onemocnění by mohlo být až desetinásobně nižší limity pro koncentraci chlóru ve vodě v Německu (0,3–0,6 mg/l) než v bazénech v Belgii. Škodlivý účinek trichloraminu, který kojenci a batolata vdechují z vrstvy ozónu nad hladinou, je úměrný jeho koncentraci ve vdechovaném vzduchu (NCl_3 nad 0,37 mg/m³ významně zvyšuje jeho nežádoucí účinky). Dalším významným rizikovým faktorem je vyšší teplota vody a její znečištění, ale i nedokončený vývoj plic dětí v mladším kojeneckém věku (5). Existují i jiné alternativy fyzikální nebo chemické dezinfekce (ozón, ultrafialové záření, měď/stříbro, bróm nebo peroxid vodíku), které by mohly nahradit dezinfekci vody chlórem. Problémem ovšem zůstává fakt, že tato dezinfekce je ve srovnání s chlórem mnohem nákladnější a tyto nestandardní dezinfekční prostředky by musely projít náročným testovacím procesem, který by ověřil jejich účinnost, ale i případná rizika (17).

Na základě shora uvedených faktů, jejichž jádrem je řada studií v odborném pediatic-

Slovenská ministryně se vzdala funkce. Kvůli předdraženému nákupu pro nemocnici

Slovenská ministryně zdravotnictví Zuzana Zvolenská rezignovala na svůj post.

Čelila kritice za předražený nákup počítačového tomografu pro nemocnici v Piešťanech. O odstoupení z funkce ji požádal premiér Fico. Levicovou slovenskou vládu premiéra Roberta Fica čeká další personální změna.

Fico v pondělí oznámil, že na postu ministryně zdravotnictví končí Zuzana Zvolenská. Důvodem je předražený nákup techniky pro státem kontrolovanou nemocnici.

Zvolenská čelila kritice médií a opozice za to, že nemocnice v Piešťanech koupila počítačový tomograf za 1,6 miliónu eur (44,5 miliónu korun), ačkoliv za předchozího vedení nemocnice uspěl v soutěži jiný dodavatel s cenou milión eur. Podle slovenských médií nemocnice zakoupila tomograf za třikrát vyšší cenu, než za jakou se podobné přístroje prodávají v Česku.

„Požádal jsem Zvolenskou, aby převzala politickou odpovědnost a aby se vzdala funkce ministryně. Ona to akceptovala,“ řekl Fico.

S prohlášením vystoupil premiér před novináře poté, co opozice v pondělí ohlásila záměr svolat mimořádnou schůzi sněmovny a návrh na odvolání Zvolenské z ministerského křesla. Vítězem nového tendru na dodávku tomografu do piešťanské nemocnice se podle médií stala firma, ve které v minulosti působil šéf slovenského parlamentu a místopředseda Ficovy strany Smer – sociální demokracie Pavol Paška.

Šéfkou dozorčí rady nemocnice se stala místopředsedkyně parlamentu za Smer-SD Renáta Zmajkovičová. Fico rovněž vybídl Zmajkovičovou, aby zvážila své působení ve vedení sněmovny.

Odchod Zvolenské, jediné ženy v nynější slovenské vládě, nebude první personální změnou ve Ficově jednobarevném kabinetu, který nastoupil do úřadu na jaře roku 2012.

Letos v létě oznámili demisi ministr hospodářství Tomáš Malatinský a ministr školství Dušan Čaplovič.

Zdroj: ihned.cz, 3. 11. 2014



Pojišťovny budou hradit lázně znovu na čtyři týdny

Pojišťovny by od 1. ledna příštího roku měly hradit vážně nemocným pacientům lázeňskou péči opět po dobu minimálně čtyř týdnů, nikoli tří, jak tomu bylo dosud. Poslanci v pátek ve třetím čtení odklepli novelu zákona o veřejném zdravotním pojištění, která s tímto počítá.

Původní ministerskou vyhlášku z roku 2012, která zkrátila délku pobytu v lázních a snížila výši příspěvků, zrušil Ústavní soud v dubnu letošního roku.

Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček už dříve argumentoval, že jsou v současné době pacienti často propouštěni z lázní v době, kdy ještě nejsou dostatečně vyléčeni. Proto navrhl dobu hrazené péče u vážně nemocných dospělých pacientů znovu prodloužit.

„Stávajících jedenadvacet dnů základní délky léčebného pobytu u vážně nemocných dospělých pacientů po operacích, úrazech a při těžkých chronických onemocněních například oběhového, dýchacího nebo pohybového ústrojí se od ledna 2015 prodlouží u komplexní léčby na 28 dnů,“ stojí v návrhu ministerstva.

Jednoznačný souhlas

Pojišťovny by měly čtyřtýdenní pobyt v lázních hradit dospělým s některými nemocemi oběhového, dýchacího a pohybového ústrojí, duševními poruchami a kožními či gynekologickými nemocemi. Při závažných nemocech by bylo možné léčbu nařídit i na dobu nutnou k vyléčení bez časového omezení, ovšem až po posouzení lékaři.

Poslanci souhlasili s návrhem téměř jednohlasně. Pro jich hlasovalo 142 ze 146, proti nebyl nikdo. Zpravodajka Soňa Marková ještě před hlasováním poslance nabádala, že tímto návrhem se stav kolem hrazené péče vrátí do podoby, která nahrává léčení na úkor podnikání. „Nemusíte se bát, že byste se něčemu provinili,“ uvedla.

Předloha nyní míří do Senátu, po případném schválení ji ještě musí posoudit prezident.

Václav Lang, Novinky

Zdroj: V. Lang, novinky.cz, 7. 11. 2014

kém tisku, Česká pediatrická společnost doporučuje rodičům následující:

1. Děti mladší čtyř let nejsou z vývojového hlediska v naprosté většině případů připraveny, aby se po absolvování plaveckého kursu skutečně naučily plavat (nejen se udržet nad vodou).
2. Plavecké kursy pro kojence a batolata nesmějí být v žádném případě propagovány jako cesta ke snížení rizika utonutí.
3. Rodiče nesmějí podlehnout pocitu bezpečí, že jejich dítě po absolvování těchto kursů může být v blízkosti vodních ploch bez dozoru a že nehrozí riziko utonutí.
4. Kdekoliv v blízkosti vody se kojenci i batolata mohou pohybovat jen za přítomnosti dospělé osoby, a to tzv. na dosah ruky (podmínka tzv. dohledu na dotek = constant arms-length adult supervision).
5. Všechny plavecké programy musejí zahrnovat informace o kognitivních a motorických limitech kojenců a batolat, o riziku spojeném s vodou, o strategii, jak předcházet tonutí, a v neposlední řadě i o roli dospělých při dohlížení a monitorování bezpečného pohybu dětí kolem vody.
6. Existujícími doporučeními a hygienickými požadavky by se mělo předcházet podchlazení, riziku otravy vodou, přenosným infekčním chorobám nebo nepříznivým vedlejším účinkům dezinfekčních prostředků (zejména sloučenin chlóru).
7. Rodiče uvažující o přihlášení do plaveckých kursů pro kojence by si měli být vědomi shora uvedených rizik, to platí především pro rodiny se zátěží atopie a astmatu a samozřejmě i pro samotné děti, u kterých se takové příznaky již objevily před zahájením kursů.
8. Rodiče kojenců a batolat se mohou zúčastňovat i jiných pohybových aktivit a nesmějí mít dojem, že pokud nebyly jejich děti jako kojenci nebo batolata zařazeny do kursů plavání, rodina tím o něco přišla.

Závěr

Jaký je tedy názor většiny dětských lékařů na kursy „plavání“ kojenců a batolat? Většina pediátrů od těchto programů aktivně rodiče neodrazuje, ale považuje za nutné je podrobněji informovat nejen o výhodách takových aktivit, ale i o určitých rizicích, která jsou s tím spojená. Je třeba uvážit, zda se kursů

mají zúčastnit děti s významnou alergickou zátěží v rodině (rodiče, starší sourozenci), děti s opakovanými záněty středouší (otitidami) nebo záněty zevního zvukovodu (otitis externa) a děti se sklonem nebo již počínajícím ekzémem.

Vzhledem k finanční náročnosti kursů mají rodiče plné právo být informováni o kvalifikaci instruktora k vedení kursů (prodělal/a např. nějaký formální výcvik a dovede reagovat při tonutí dítěte?). Rodiče by si měli před přihlášením dítěte do kursu ověřit i dodržování shora uvedených hygienických požadavků na samotnou vodu v bazénu a jeho okolí.

A nakonec by měli vědět, že se nestane žádná chyba, když se dítě naučí plavat později, např. ve věku okolo 6 let, ať již v rámci organizovaných kursů, nebo za pomoci rodičů. Není pochyb o tom, že i u nás, stejně jako v zahraničí, se stalo „plavání kojenců“ určitou módou, kdy nejde pouze o vlastní plavání, ale společenskou realizaci doprovázejících rodičů, většinou matek. V některých případech rodiče své děti do kursů hlásí proto, že „všechny kamarádky a sousedky už tam s dětmi chodí a my vypadáme, že naše dítě je neschopné nebo že na to nemáme“. Může pak vzniknout falešný dojem, že pokud se rodina do kursů nepřihlásí, dítě o něco přijde – a tak tomu samozřejmě není.

V rámci prevence úrazů (kam se ve statistikách zařazuje i tonutí a utonutí) se zdůrazňuje, že nejlepší prevencí je příslušný dohled na děti nízkých věkových skupin, které nesmějí zůstat v blízkosti vodních ploch bez dozoru, ať už jde o klasické domácí bazény, nebo i o mělké nádrže (řada dětí se utopí v okrasných zahradních bazéncích s hloubkou 30 cm!). V zahraničí se zdůrazňuje, že nejlepší prevencí je zabránit kojencům, kteří jsou již schopni samostatného pohybu (a samozřejmě i batolatům), v přístupu k vodní ploše. Součástí některých zahraničních zdravotních průkazů jsou i rady, v jaké vzdálenosti od vodní plochy má zábrana – většinou plůtek – stát a jaká má být vzdálenost kolmých příček této zábrany!

Literatura u autorů

mihalv@fnol.cz, jandajan1@seznam.cz



Ze světa odborné literatury...

■ Epidemiologie a klinické charakteristiky respirační adenovirové infekce u dětí

Sledovali adenovirové infekce mezi roky 2006–2012 v jedné oblasti Číny. Retrospektivně prošetřili 474 hospitalizovaných pacientů. Nejvíce postižených dětí bylo v období březen až duben. Věkový průměr byl 36 měsíců. Pacienty rozdělili na skupinu mladší dvou let a skupinu mezi dvěma a sedmi lety.

Identifikovali 57 sérotypů viru, klinický obraz se vázal na příslušný sérotyp. Spektrum postižení kolísalo od nazofaryngitidy přes bronchitidu, bronchiolitidu až po pneumonie.

Z vlastního klinického obrazu patrné teploty vyšší než 37,5 °C, a to u 92 % pacientů. Objevily se až teploty přes 41 °C. Trvání teploty v průměru po 5 dní. Kašel v 83 %, chrapt v 15 %. Gastrointestinální potíže byly patrné u 13 %. Pneumonie se vyskytla u 75 % hospitalizovaných. Velmi těžký průběh pneumonie se vyskytl jen u 15 pacientů ze 474. Z laboratorních nálezů patrná leukocytóza ve 45 %, vyšší CRP ve 47 %.

Zvýšená sedimentace pak nalezena ve 40 %. Koinfekce ve 14 %, většinou parainfluenza a RSV. V laboratoři však nebyly nalezeny rozdíly mezi skupinou pod dva roky a pod sedm let. 6,5 % vyžadovalo kyslíkovou terapii, 0,8 % mechanickou ventilaci. Žádné dítě nezemřelo. Nutno podotknout, že mimo respirační a GIT potíže se mohou u virových infekcí objevovat oční, neurologické i urogenitální symptomy.

Eur J Pediatr. 2014;173:441–444

■ Charakteristika invazivních pneumokokových nemocí u hospitalizovaných dětí v Rakousku

Mezi lety 2002–2012 zachytili 318 klinických obrazů invazivního pneumokokového onemocnění. WHO uvádí, že ročně umírá na 500 000 dětí pod 5 let věku. Incidence byla 7,1 na 100 000 dětí za rok. Klinika zahrnovala šíří od těžkých pneumokokových sepsí až po pneumokokové meningitidy.

V procentech se důsledky prezentovaly od 3–9 % závažného reziduálního postižení. 17 % dětí nebylo po propuštění plně upraveno a mělo sluchové a motorické deficity. Perzistující následky po 6 měsících po propuštění byly prezentovány ve 13 %. V letech od roku 2007 byla pozorována změna sérotypů pneumokoka. Makrolidová rezistence byla převládající. V mnoha zemích, kde užívají hep-

tavalentní pneumokokovou vakcínu PCV7, se ukazuje vyšší efektivita nejen u očkovanych, ale i v nevakcinované kohortě. Monitoring sérotypů ukazuje pokles invazivních pneumokokových infekcí zapříčiněných sérotypy ve vakcíně. V Rakousku začali očkovat v roce 2001 a v průběhu nahradili PCV7 PCV13. Během 11 let z 308 nemocných 10 dětí zemřelo, většinou na meningitidy. Z uvedeného počtu byla meningitida diagnostikována u 85 dětí. Nejvyšší počet byl nalezen v zimních měsících. Délka hospitalizace se pohybovala v průměru kolem 12 dnů.

Eur J Pediatr. 2014;173:469–476

■ Vitamin D efekt v prevenci diabetu typu 1 u dětí v Itálii

Nízká hladina vitaminu D je popisována při imunologickém nepořádku např. u diabetu 1. typu. Účelem studie bylo určit hladinu vitaminu D u dětí na začátku vzniku diabetu 1. typu a porovnat s dalšími nemocemi. Jednalo se o 58 dětí, které byly přijaty mezi roky 2010–2012. Určována hladina 25-hydroxyvitaminu D. Hladiny byly výrazně nižší u DM než u kontrol. Nebyl popisován žádný sezónní efekt. Dále byla hladina vitaminu D výrazně nižší také u pacientů přijatých s diabetickou ketoacidózou než bez jejího obrazu. Vitamin D hraje důležitou roli v kalciové homeostáze a skeletální integritě. V posledních několika letech je patrná vyšší prevalence hypovitaminózy vitaminu D v imunologických chorobách a u dětí v celém období od raného věku po dospívání. DM je Th1 zprostředkované onemocnění. Včasné podávání dostatečných dávek vitaminu D preventivně znamená snížené riziko v rodinách o 30 % z hlediska výskytu DM. Je zde podporována potenciální role v prevenci výskytu DM.

Eur J Pediatr. 2014;173:477–482

■ Neonatální kožní léze

Většina kožních lézí je tranzientních nebo benigních. Mohou se ale objevit i závažné, jako *herpes neonatorum*. Od běžného tranzientního raše po benigní kožní léze charakteru toxického erytému nebo jako následek infekce (neonatální *herpes simplex*) nebo příčina genetická (*epidermolysis bullosa*). Od Angel kiss (tzv. andělův polibek – začervenaní v oblasti čela, očí a tváří) po *cutis marmorata teleangiectatica congenita* – způsobená přechodnou dilatací kapilár rukou v odpovědi na chlad. Dále pak hemangiomy, vlastně benigní vas-

kulární tumory, objevující se hned po porodu, většinou na končetinách nebo na hlavě. Dále pak vesikopustulární erupce, někdy až dramaticky vyhlížející. Více než 50 % donošených dětí má *erythema toxicum neonatorum*, které se objevuje druhý až třetí den – makuly a papuly velikosti od 1–3 cm s erytematózní bází, mění se až do charakteru papil. Etiologie je neznámá, v obsahu pustul jsou přítomny eozinofily a neutrofilie. Tranzientní neonatální pustulózní melanóza jsou ložiska 2–5 mm s neerytematózní bází, většinou na končetinách. Během několika dnů dochází k deskvamaci lézí. Postihuje až 4 % novorozenců.

Sebaceous hyperplasia – žluté papulky způsobené androgenní stimulací žláz většinou na nose.

Miliaria způsobená obstrukcí potních žláz v odpovědi na termální stres, keratin ze *stratum corneum* – jeho zbytky. Rozlišujeme *miliaria cristallina* a *rubra*.

Infekční vesikopustulární erupce – infekce *herpes simplex* postihuje mukózní membránu nebo kůži u starších. Je zde nutná častá terapeutická intervence. Postihuje 1 na 1,4 mil. dětí. Může přejít v systémové onemocnění. Vyšetření obsahu puchýře, vyšetření likvoru nebo krve.

Včasná je léčba vysokými dávkami acikloviru 60 mg/kg/den po 21 dní. Děti, u jejichž matek se vyvíjí *varicella zoster* v posledních týdnech těhotenství, mají 25 % riziko přenesení a vývoje diseminovaného onemocnění mezi 3. a 10. dnem po porodu.

Kongenitální syfilis – riziko vertikálního přenosu je největší u primární nebo sekundární syfilis. Mnoho těchto novorozenců zůstává při porodu asymptomatických. Někdy ale již mají rinoreu, zvracejí, mají hepatosplenomegalii a mukokutánní léze, které se mění 2.–6. týden po porodu na papuloskvamatózní erupce. V séru a v likvoru izolujeme *treponemy*.

Neinfekční raše – sem patří světlá, nažloutlá mastocytóza, mongolská skvrna, kongenitální melanocytový névus, subkutánní kožní nekróza. Dále pak léze zapříčiněná apoptózou buněk s prezentací erytému a blistrů zvaná *incontinentia pigmenti* na trupu a na končetinách. Po porodu je také nalézána mastocytóza, což jsou světlá, vyvýšená, jakoby tuková ložiska.

Eur J Pediatr. 2014;173(5):557–566

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



Aktuality...

Na běžné nachlazení nejvíce pomáhá citrón a med, shodují se vědci

V syrovém podzimním počasí zavítá do ordinací praktických lékařů více lidí než obvykle. Stačí se málo obléknout a na cestě do práce, nebo na nákup trochu prochladnout. Nachlazení v podobě bolesti hlavy, rýmy a zvýšené teploty se pak nemůže nikdo divit. Také je potlačujete léky? Chyba, říkají vědci. Podle nich jsou to vyhozené peníze.

Léky proti nachlazení jsou vyhozené peníze a pacienti by se měli radši spoléhat na tradiční kúru s čajem, citrónem a medem. V odborném dobrozdání to oznámilo britské Královské sdružení všeobecných lékařů. Jen málo důkazů podle britských doktorů svědčí o tom, že by některé léky proti kašli měly výraznější účinek.

Léky jsou velký byznys

Léky proti nachlazení dostupné bez receptu jsou velký byznys, který ročně vynáší jen ve Velké Británii tři miliardy liber (115 miliard korun), napsal The Daily Telegraph. Některé složky těchto léků podle odborníků mohou nemocným pomáhat například potlačením rýmy nebo zmírněním teplot.

„Nejjednodušším a nejlacinějším prostředkem proti krátkodobému nachlazení jsou ale možná domácí prostředky obsahující citrón a med,“ uvedla zpráva britských všeobecných lékařů.

Nachlazení jako virové onemocnění podle nich nelze žádným lékem časově omezit, obvykle choroba ustoupí až poté, co se s ní imunitní systém nemocného vyrovná. Léky proti nachlazení sice pomohou se zmírněním průvodních potíží, nemoc ale vyléčí jen těžko.

Jakékoli komplikace navíc vyžadují zásah odborného lékaře. „Pokud nachlazení trvá dlouho, zejména u dětí, nebo pokud je doprovází dechová nedostatečnost nebo vysoká teplota, měli by nemocní navštívit svého lékaře,“ uvádí zpráva britských odborníků.

Zdroj: novinky.cz, čtk, 27. 10. 2014

Nejlepší polohy při sexu pro ženy s bolavou páteří

Zveřejnili je kanadští badatelé měsíc poté, co obdobné polohy doporučili mužům.

„Poloha lžiček“ (partneři leží na boku, muž za ženou) je sice obvykle doporučována jako nejšetrnější způsob pohlavního styku, nicméně při některých poruchách páteře může být způsobem nejhorším možným. A to pro muže i pro ženy, dokazují vědci z kanadské Univerzity ve Waterloo. Před měsícem v odborném žurnálu Spine doporučili mužům s bolavými zády, že poloha „na pejska“ (žena klečí, muž je za ní) je pro jejich páteř lepší. A nyní si vylepšili publikační index doporučeními pro ženy, tentokrát v European Spine Journal.

Poloha podle typu bolesti

Poznatky badatelé získali tím, že pečlivě mapovali pohyby páteře deseti partnerských párů, které provozovaly pohlavní styk v pěti různých běžných polohách. Ženám, kterým vadí protahovací pohyby při sexu (např. vyklenutí zad či ležení na břiše), doporučili klasickou misionářskou polohu, případně s podložením dolní části zad polštářem, aby dosáhly přijatelné polohy páteře. Ženám, jejichž zády

vadí ohýbání (třeba když se rukama dotýkají špiček prstů na nohou), doporučili polohu „na pejska“ nebo jinak nechválené „lžičky“.

A teď méně obvyklé polohy

Výzkum nekončí, teď se bude věnovat dalším polohám při sexu a také přidá do zkoumaného souboru pokusné osoby s bolestmi kyčlí.

Zdroj: European Spine Journal, doi: 10.1007/s00586-014-3626-y

Zdroj: doktorvlach.cz, 4. 11. 2014

Dítě nezemřelo kvůli očkování hexavakcínou, policie případ odložila

Zářijové úmrtí kojence na jižní Moravě nesouviselo s očkováním hexavakcínou. Na dotaz iDNES.cz to řekl mluvčí jihomoravské policie Pavel Šváb. Policisté případ odložili, protože nezjistili, že by mohlo dojít ke spáchání trestného činu.

„Případ je odložen z jednoho prostého důvodu, žádný trestný čin se nestal,“ řekl iDNES.cz mluvčí jihomoravské policie Pavel Šváb.

„Co se týká příčiny úmrtí dítěte, šlo o syndrom náhlého úmrtí kojence bez souvislosti s vakcinací,“ dodal mluvčí.

Jihomoravská policisté úmrtí kojence řešili od 17. září. K případu s ohledem na rodinu a smrt dítěte nechce poskytovat žádné podrobnosti. Ví se tak jen to, že kojeneček zemřel v den očkování dětskou vakcínou INFARIX HEXA.

Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) následně nařídil pozastavit distribuci a používání jedné šarže vakcíny (více čtěte zde).

„Pozastavení distribuce a používání konkrétní šarže vakcíny zatím trvá, protože vyjádření policie zatím nemáme písemně. Až dorazí datovou schránkou, budeme řešit, co dál,“ řekla iDNES.cz mluvčí SÚKL Lucie Šustková.

SÚKL ještě před policejními závěry uvedl, že informace, které má k dispozici neukazují na potíže s vakcínou. „Podle všech informací o kvalitě pozastavené šarže, které má Ústav v tuto chvíli k dispozici, se šarže jeví být v pořádku,“ uvedla v říjnu Šustková.

Na českém trhu jsou v současnosti dvě hexavakcíny, jednou z nich je INFARIX HEXA. Lékaři ji podávají dětem od druhého měsíce života. Má tři dávky a jde o očkování proti šesti nemocem: záškrtu, tetanu, dětské obrně, dávivému kašli, hepatitidě B a proti onemocnění způsobeném bakterií Haemophilus influenzae. Toto očkování je v ČR povinné.

Zdroj: H.Válková, idnes.cz, 24. 11. 2014

Babiš by chtěl kontrolovat peníze nemocnic

Ministr financí Andrej Babiš (ANO) ve čtvrtek ostře kritizoval ministerstvo zdravotnictví za úniky financí ve zdravotnickém systému. Podle něj by resort ministra Svatopluka Němečka (ČSSD) měl dohlížet na kvalitu a dostupnost péče, resort financí by měl „mít větší slovo“ v úhradách a financích.

Babiš to řekl na sjezdu zdravotnických odborů. Zopakoval, že jeho hnutí ANO ale o resort zdravotnictví neusiluje. Němečka Babišův návrh překvapil. Řekl, že „skoro nevěří, že to tak mohl podat“.

Babiš zdravotnictví kritizuje dlouhodobě. Jeho spor s Němečkem se vyostřil minulý týden. Ve středu oba uváděli, že neshody nemají.



Podivný systém

„Ministerstvo zdravotnictví nečinně přihlíží, místo aby řídilo své nemocnice,“ uvedl Babiš. Podle něj jsou nákupy přístrojů a materiálů netransparentní a předražené a vedení nemocnic si „navykla na podivný systém úhrad“. Podotkl, že jednotlivé nemocnice dostávají od zdravotních pojišťoven za srovnatelné výkony jiné částky a nakupují zdravotnické prostředky přes zprostředkovatele. Platí jim pak vysoké provize místo toho, aby si zboží objednaly přímo od výrobce. Netransparentnímu financování prý napomáhá nesrozumitelná úhradová vyhláška.

„Ministři zdravotnictví jsou bývalí ředitelé nemocnic. Vědí, kam úhrady přihrát. Nelze se pak divit, že dopřejí své nemocnici vyšší příjmy,“ podotkl šéf resortu financí. Ministr zdravotnictví Němeček řídil dřív ostravskou fakultní nemocnici. Babiš ho už dřív kritizoval kvůli předraženým nákupům přístrojů. Kvůli nákupu tzv. CyberKnife podal ministr financí trestní oznámení. Podle Babiše má české zdravotnictví dobrou

kvalitu, ale je dlouhodobě špatně vedeno. „Bez ohledu na to, kdo má ministerstvo zdravotnictví a ministerstvo financí, by mělo mít ministerstvo financí větší slovo v úhradách, ministerstvo zdravotnictví by se mělo starat o dostupnost a kvalitu péče,“ uvedl Babiš. Zopakoval, že jeho hnutí ANO o zdravotnický resort neusiluje.

Němeček: Nejde to ze dne na den

Němeček řekl, že kroky k transparentnosti činí už od svého nástupu. Teď poslal do vlády zákon, který povinně uloží všem zdravotním pojišťovnám zveřejňovat dodatky, smluvní vztahy. Zatím to dělá jen Všeobecná zdravotní pojišťovna, ostatní pojišťovny mají obavy, zda je to právně možné.

„Za těch několik měsíců jsme pro transparentnost v českém zdravotnictví udělali víc, než se tady udělalo za mnoho a mnoho posledních let. Ale samozřejmě nejde vše udělat ze dne na den,“ řekl Němeček.

Zdroj: novinky.cz, čtk, 20. 11. 2014

INZERCE

327 8-14

Přenechám velmi levně malou **praxi PLDD na Šumavě – Stachy-Zadov**. Tel.: 723 881 656.

328 9-14

Prodám diagnostický **přístroj** na vyš. **CRP QuikRead 101**. Tel.: 603 732 466.

329 9-14

Hledám lékaře pro převzetí ped. praxe na Vysočině. Tel.: 603 732 466.

331 9-14

Prodám zavedenou **praxi** praktického lékaře pro děti a dorost **v Praze 6**. Bližší informace na telefonním čísle 721 136 314.

332 9-14

Prodám nově založenou **spol. s r.o. na Vysočině** včetně vyřízených smluv se ZP pro PLDD. Tel.: 773 996 656.

333 9-14

PLDD **prodá** dobře zavedenou **praxi** v širším **centru Prahy** s bezproblémovou klientelou. Nejlépe 1-2/2015, jsem FO, převod na s.r.o. možný. Tel.: 737 549 256 po 17. hod.

334 9-14

Prodám zavedenou **praxi PLDD v Brně**. Tel: 604 936 912

335 9-14

Přijmu lékaře do ordinace PLDD **v Praze 6**. Telefon: 604 217 073, e-mail: ordinace.d@centrum.cz

336 9-14

Hledám lékaře od ledna 2016 do ordinace PLDD **v Chomutově**. Jen léčba a prevence. Žádná administrativa kolem, tu zajistím. Tel. 606 410 681.

337 9-14

Prodám velkou zavedenou **praxi** praktického lékaře pro děti a dorost ve vlastních prostorách v bezproblémové části **Prahy**. Převzetí je možné do konce roku 2014. Tel.: 737 600 021, jkduli@seznam.cz

338 9-14

Prodám zavedenou ordinaci PLDD **v Praze 5-Radotíně**. Tel: 724 529 544, 257 811 609.

339 10-14

Přijmu PLDD (ev. lékaře v předatestační přípravě) na plný pracovní úvazek do ambulance **v Mělníku**. Tel.: 730 511 672.

341 10-14

Hledám nástupce do ordinace **PLDD na Praze 9**, poloviční úvazek nyní, do 2 let převzetí praxe. Tel.: 602 682 899.

342 10-14

Prodám ihned **ordinaci PLDD na Barrandově, Praha 5**. Telefon večer 608 304 429.

343 10-14

Předám obvod praktického lékaře pro děti pro děti a dorost, dobře zavedený, velký počet pacientů, ve středu města, **okres Ústí nad Orlicí**, Pardubický kraj. e-mail: pediatr3691@seznam.cz, tel.: 608 443 864.

344 10-14

Prodám dobře zavedenou, perspektivní, malou **praxi PLDD v Milovicích nad Labem**. Jedná se o moderní ordinaci, zvláště vhodnou pro mladého začínajícího kolegu. Milovice jsou rostoucím, mladým městem 40 km od Prahy, s dobrým dopravním spojením a infrastrukturou. mob.: 723 432 281, matasova@tiscali.cz

345 11-14

Přenechám ordinaci PLDD v blízkosti Brna. Kontakt 728 030 056.

346 11-14

Prodám ordinaci PLDD ve Zlíně. Tel. večer 733 505 383.

347 11-14

Prodám dětskou lékařskou **praxi** (s.r.o.) **v Brně**. Kontakt na telefonu 739 685 864 nebo e-mail: brno@email.cz.

348 11-14

Prodám praxi praktického lékaře pro děti a dorost s.r.o. **v Karviné**, event. zaměstnám atestovaného pediatra. Informace na telefonu 603 180 670, v dopoledních hodinách 596 316 498.

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

Autodidaktický test 10/2014

Osteomyelitidy, osteologie

1. Osifikaci (ať desmogenní, či chondrogenní) zajišťují osteoblasty nacházející se podél krevních skeletárních cév. Osifikační děj je složitý, ale základním mechanismem je produkce kostního izoenzymu ALP osteoblasty. Známe 17 izoenzymů ALP. U dětí převažuje izoenzym kostní (až 85 % z celkové ALP). Pokud v séru dítěte naměříme 3–4násobek normy celkové ALP pro dospělé, budeme dif. dg. zvažovat, že by mohlo jít o:

- a) cholestázu (intra- či extrahepatální)
- b) reparační kostní proces (např. fraktura)
- c) nádor jater
- d) intoxikaci vitaminem D
- e) normální hodnotu

2. Z anatomicko-histologického hlediska je kost tvořena hutnou kostní tkání (substantia compacta) a houbovitou trámčinou (substantia spongiosa). Haversovy lamely:

- a) nacházíme v substantia compacta
- b) nacházíme v substantia spongiosa
- c) tvoří osteony
- d) tvoří soustředné vrstvy, uvnitř nichž probíhají Haversovy kanálky s krevními cévami
- e) tvoří trámčinu spongiózní kosti

3. Zánět kosti většinou postihuje všechny její struktury, často i kloub a okolní měkké tkáně. Proto mluvíme nejčastěji o osteomyelitidě, vzácně probíhá izolovaně jen ostitis či jen periostitis. U dětí postihuje zánět zejména dlouhé kosti (femur, tibia a fibula představují více než 50 % případů), a to ve většině případů oblast metafýz. K infekci v metafyzárních okřscích dochází proto, že:

- a) je zde vysoká osteoblastická aktivita
- b) je zde nesouvislá endoteliální vrstva kapilár, která má větší propustnost
- c) kapiláry a. nutriciae se zde stáčí do protisměru a pokračují do žilních sinusoid, čímž se zpomalí průtok a to usnadní uchycení infekce
- d) je zde nejvyšší mechanické zatěžování dlouhé kosti s častým vznikem mikrotraumat
- e) je zde nejmenší prokrvení a tím i nejméně imunokompetentních buněk

4. Diagnostika osteomyelitidy se opírá o laboratorní vyšetření zánětlivých parametrů a grafická vyšetření skeletu. V laboratorních ukazatelích nacházíme leukocytózu s posunem doleva, vysoké hodnoty CRP, FW a prokalcitoninu. Pro terapii je samozřejmě nutné pátrat po etiologickém agens

(hemokultura). Ze zobrazovacích metod má v úvodu akutní osteomyelitidy nejvyšší senzitivitu:

- a) sonografické vyšetření
- b) prostý RTG snímek
- c) CT
- d) MRI
- e) izotopové vyšetření ^{99}Tc

5. Predisponujícími faktory osteomyelitidy jsou nízký věk, tranzientní bakteriémie (sepsa včetně katetrové, pneumonie, otitida, IMC...), imunodeficientní stavy, diabetes mellitus, penetrující traumata, chirurgické výkony na skeletu. Akutní osteomyelitida:

- a) začíná pozvolným nástupem subfebrilií, většinou bez výrazné bolestivosti
- b) u kojenců je doprovázena hyperpyrexii a asymetrií ve spontánní hybnosti končetin (pseudoparalýzou postižené končetiny)
- c) začíná náhlými vysokými febriliemi až septického charakteru, bolestivostí v místě zánětu a nápadnou bledostí kůže nad ložiskem
- d) začíná náhlými febriliemi až septického charakteru, pseudoparalýzou postižené končetiny a lokálními příznaky zánětu (Celsovy známky)
- e) začíná hypestezií v postižené končetině rozvíjející se až do paralýzy, doprovodné jsou vysoké febrilie, často také tromboflebitida

6. Rychlá a adekvátní terapie akutní osteomyelitidy má vysokou naději na zabránění vzniku chronické osteomyelitidy, postižení růstové zóny dlouhých kostí u dětí a rozšíření zánětu do kloubu. Při hematogenní cestě vzniku osteomyelitidy vždy sanujeme zdroj.

- a) akutní osteomyelitida vyžaduje vždy hospitalizaci
- b) akutní osteomyelitida malého rozsahu je léčitelná v domácích podmínkách p.o. vysoko dávkovanými antibiotiky
- c) akutní osteomyelitida vyžaduje vždy chirurgické řešení s topickým i celkovým podáváním antibiotik
- d) akutní osteomyelitida vyžaduje vždy i.v. aplikovaná antibiotika po dobu nejméně 2–3 týdnů s navazující antibiotickou p.o. léčbou stejným antibiotikem po dobu 3–4 týdnů v běžných dávkách
- e) akutní osteomyelitida vyžaduje vždy i.v. aplikovaná antibiotika po dobu nejméně 2–3 týdnů s navazující antibiotickou p.o. léčbou stejným antibiotikem po dobu 3–4 týdnů v dávkách 2–3× vyšších, než je obvyklé u léčby zánětů měkkých tkání



Co je to DOBRÝ ANDĚL?

Nadační fond DOBRÝ ANDĚL je Systém finanční pomoci, který pravidelnými měsíčními příspěvky pomáhá rodinám s nezaopatřenými dětmi do 18 let, které trpí některým ze závažných onemocnění, např.:

- onkologickým onemocněním (bez omezení věku),
- cystickou fibrózou,
- svalovou dystrofií Duchenne,
- závažnou metabolickou poruchou,
- epidermolysis bullosa,
- regionální enteritidou a ulcerósní kolitidou,
- chronickým selháváním orgánů,
- jiným závažným onemocněním (např. těžkou DMO, vzácnými syndromy, kombinovanými postiženími).

Dobří andělé pomáhají také rodinám, kde trpí onkologickým onemocněním rodič.

Systém DOBRÝ ANDĚL je unikátní, protože:

1. Příspěvky odevzdává do posledního haléře.

Veškeré provozní náklady nadačního fondu jsou hrazeny ze soukromých financí jeho zakladatelů.

2. Víte, komu pomáháte.

Dárce (Dobry anděl) získá při registraci přístup na svůj Andělský účet na www.dobryandel.cz, kde každý měsíc uvidí rodinu, včetně jejího životního příběhu, které jeho příspěvek pomohl.

3. Pomáhá pravidelně, každý měsíc.

Výdaje na léčbu a provoz rodiny jsou potřeba každý měsíc, proto i nadační fond DOBRÝ ANDĚL posílá rodinám s dětmi pravidelné příspěvky měsíčně.

Jak to funguje?

Dobří andělé přispívají každý měsíc na účet Systému DOBRÝ ANDĚL. Všechny finanční prostředky, které do systému přijdou v jednom měsíci, se vždy první pracovní den následujícího měsíce přerozdělují mezi potřebné rodiny tak, aby každá dostala stejnou finanční pomoc. Rodiny příjemců jsou doporučovány lékaři - dětskými onkology, onkology a pediatry, kteří mohou sami pomoc nabídnout. Jejich úloha je naprosto klíčová, protože potvrzují diagnózu.

Děkujeme z celého srdce všem lékařům a sociálním pracovníkům, kteří již rodinu s dítětem do Systému DOBRÝ ANDĚL doporučili.

Děkujeme!



„Každý rok v České republice onemocní několik set dětí a dospívajících zhoubným nádorem. Šanci na vyléčení moderními léčebnými postupy - operací, chemoterapií, zářením - má 80% z nich. Daň, kterou mají pacienti a jejich rodiny platit za velmi dobré léčebné výsledky, není malá - léčba probíhá ve specializovaných centrech, většinou daleko od domova, trvá měsíce i roky, dítě a jeho rodiče cestují mezi lůžkovým oddělením, ambulancí, domovem. Děti jsou vytrženy z kolektivu spolužáků a přátel, jeden z rodičů musí většinou přerušit práci, druhý rodič musí zabezpečit zvýšené finanční nároky rodiny. Rodiče také nesmí zapomenout na péči o zdravé sourozence nemocného dítěte. To vše v dlouhotrvající nejistotě, podaří-li se nemoc vyléčit. Nádory mají vlastnost se vracet. Relaps nemoci znamená další, ještě větší nejistotu. Stoupá riziko pozdních následků léčby. Rodina tak žije v dlouhodobém stresu a nejistotě, snadno se dostane do finančních problémů. Pomoc a pochopení jiných lidí je pro rodinu darem, který jí pomůže nelehkou životní situaci zvládnout. Projekt DOBRÝ ANDĚL zprostředkuje tuto pomoc potřebným. Je to vynikající myšlenka, jejíž realizaci přeji úspěch.“

Prof. MUDr. Jan Starý, DrSc., Přednosta Kliniky dětské hematologie a onkologie UK 2. LF a FN Motol v Praze



DOBRÝ ANDĚL, nadační fond, Švédská 6, 150 00 Praha 5
IČ: 24161501, Spis. zn. N861 městský soud v Praze
www.dobryandel.cz, e-mail: andelskaposta@dobryandel.cz
telefon 733-119-119, číslo účtu 8001008/5500

Všechno není stejné...
... ani ochrana proti cervikálnímu karcinomu



Nejčastěji očekávanými nežádoucími účinky po očkování mohou být např. lokální reakce v místě vpichu, bolest svalů nebo hlavy, únava.

ZPRÁČENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU: NÁZEV PŘÍPRAVKU – CERVARIX™ INJEKČNÍ SUSPENZE. Vakcína pro lidskou papilomovinu [typy 16, 18] (rekombinantní, adjuvovaná, adsorbovaná). **SLOŽENÍ:** 1 dávka (0,5 ml) obsahuje Papilomovinu humane† typus 16 proteinem L1¹⁻² 20 mikrogramů; Papilomovinu humane† typus 18 proteinem L1¹⁻² 20 mikrogramů;† lidský papilomovinný – HPV – adjuvovaný na AS04 obsahující 3-úložkový 4'-monofosforylad A (MPL) 50 mikrogramů; adsorbovaný na hydroxid hlíny; hydroxydny (NDH) a celulozu 0,5 miligramu M. **TERAPEUTICKÉ INDIKACE:** k prevenci premaligních genitálních lézí (corvických, vulvárních a vaginálních) a corvického karcinomu, které jsou způsobeny určitými onkogenními typy lidských papilomoviny (HPV). Další informace podrobněji tuto indikaci ve třídě 4.4 a 5.1 Souhrnu odjeli a přípravku Cervarix™. Je určen k potání dvakrát ve věku od 9 let. **Dávkování a způsob podání: Dívky 9 – 14 let:** Doporučené očkovací schéma – 2 dávky v 0 a 5 měsících. Je-li třeba očkovací schéma upravit, druhá dávka může být podána mezi 5 a 6 měsíci po první dávce. **Dívky a ženy od 15 let a starší:** Doporučené očkovací schéma – 0, 1, 5 měsíců. Je-li třeba očkovací schéma upravit, druhou dávku lze podat mezi 1 a 2,5 měsíci po první a třetí dávka mezi 5 a 12 měsíci po první dávce. Pokud v jakémkoliv věku je druhá dávka vakcíny podána před 5. měsícem po první dávce, vždy má být podána třetí dávka. **Čas a potřeba podání posilovací dávky (dávky):** Stanovena Cervarix™ je určen k intramuskulární aplikaci do oblasti deltového svazu. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na bílkoviny hlíny nebo na kteroukoliv pomocnou látku. Je nutné náležitě aplikovat i osobopodání sklonem významný horečkový uveřejnění. Příznaky lehké infekce jako je nachlazení nebo konjunktivitida. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Stejně jako u všech jiných vakcín může být i na aplikaci této vakcíny pro případ volání ze vyvolující analýzou klinické reakce okamžitě k ústřední odpovědi klinické péče a dohled. Zvláštní u dospělých se může jako psychologické reakce na injekční stříkačku a jehlu objevit i v před očkováním vyvolání (nevolba). To je během zavazání spojená s různými neurologickými příznaky – například přechodná porucha zraku, porucha nebo burzo-klinické efekty konstat. Je důležité v případě malého vltu opatření k zamezení zranění. Vakcína nemá být v žádném případě aplikována intravaskulárně nebo intradermálně. Účinek u subkutánním podání neznámý k dispozici. Stejně jako u jiných vakcín aplikované intramuskulárně, musí být i Cervarix podáván opatrně osobám s trombocytopenií nebo s jakoukoliv poruchou koagulační, u kterých může dojít k krvácení. Stejně jako u jiných vakcín nemusí být v všech očkovacích jedincích dosaženo ochranní imunitní odpovědi. Cervarix bude chránit proti nemoci způsobené HPV typy 16 a 18 a v určitém rozsahu proti nemocem způsobeným určitými dalšími přístroji onkogenní HPV typy. První je nutné i nadále pokračovat ve vhodných opatřeních pro souhrnné přenosy nemoci. Cervarix je určen pouze k profylaktickému podání a nemá žádný efekt na již aktivní HPV infekci nebo klinicky příznaky onemocnění. Neprošlo se se, že by vakcína měla terapeutický efekt. Očkování nenahrazuje pravidelný cervikální skrínink. Vzhledem k tomu, že žádná vakcína není 100% účinná a Cervarix neposkytuje ochranu proti všem typům HPV ani proti již existující infekci HPV, zůstává pravidelný cervikální skrínink prováděn v souladu s místními doporučeními klinické důležitosti. Dávka odvolání může přenést stanovení. S výjimkou osob a asymptomatických infekcí včetně lokální imunodeficience (HIV), u kterých jsou dostupná omezená data o imunogenicitě, nejsou žádné údaje o použití vakcíny u osob se sníženou imunitní odpovědí, jako jsou pacienti podstupující imunosupresivní terapii. Stejně jako u jiných vakcín nemusí být v těchto jedincích dosaženo odpovídající imunitní odpovědi. Nejsou žádné údaje o bezpečnosti, imunogenitě nebo účinnosti, na jejich základě by bylo možné podotknout vzájemnost Cervarixu s jinými vakcínami pro HPV. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Jedinci, kteří dostali imunoglobulin nebo krevní deriváty během 3 měsíců před podáním první dávky, by se mohli podívat na všechny vakcíny zahrnuté do očkovacího schématu. Použití s jinými vakcínami lze současně podst s kombinovanou booster vakcínou obsahující difteri (d), tetanus (T) a pertu (acelulární) (pa) s nebo bez imitativní polyomyelitidy (PV), (dtpa, dtpa-pv vakcíny), bez klinicky relevantní interakce s protidávkovou odpovědí na některou ze složek složek z vakcín; s kombinovanou vakcínou proti hepatitidě A (vakcína) a hepatitidě B (HAB vakcína). Je-li Cervarix podán současně s jinou vakcínou, musí být vakcíny aplikovány na různých míst. Není důkaz, že by použití hormonální antikoncepce mělo vliv na účinnost Cervarixu. Podobně jako u jiných vakcín nemusí být u pacientů podstupujících imunosupresivní léčbu po očkování dosaženo odpovídající imunitní odpovědi. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Lidé nejsou dostatečně k tomu, aby bylo možné disponovat podání v průběhu těhotenství. Je třeba očkování odložit až na dobu po ukončení těhotenství. Očkování vakcínou během kojení by se mělo provádět jen tehdy, pokud malá vltody očkování převládá možné riziko. **Nežádoucí účinky:** Vmí časté reakce v místě vpichu včetně bolesti, zarudnutí, otoku; Únava, bolest hlavy, myalgie. Časté: horečka (≥ 38 °C), gastrointestinální symptomy včetně nauzey, zvracení, průjem a bolesti břicha, svědění/pruritus, vyrážka, kopřivka, artralgie. Méně časté: závrat, infekce horních cest dýchacích, jiné reakce v místě vpichu. **Inkompatibilita:** Přílože chybí studie kompatibility, není-li přípravek mísen s jinými léčivými přípravky. **Doba použitelnosti:** 4 roky. Po vyjmutí z chladničky podst ke negativě. Normálně získané účinky značí, že vakcína v jednodávčových baleních zůstane stabilní a může být podána v případě, že byla uchována mimo chladničku po dobu až 3 dnů při teplotě 8 °C až 25 °C nebo až jeden den při teplotě 25 °C až 37 °C. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte v chladničce (2 – 8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. Při uchování se ve stříkačce a vakcínu může vytvořit jemný bílý sediment a je třeba bez obav supermat. To však není známkou znehodnocení vakcíny. Před aplikací musí být obsah stříkačky před i po prořeptání vizuálně zkontrolován, zda neobsahuje jakékoli oči částice a/nebo jestli nemá změněný vzhled, je-li patrná jakákoliv změna vzhledu, je třeba vakcínu vyhodit. Vakcína musí být před aplikací dobře protřepána. Druh osoby a velikost balení: 0,5 ml suspenze v jednodávčové lahvičce se zátkou ve velikosti balení 1, 10 a 100. **DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI:** GlaxoSmithKline Biologicals s.a., Rue de l'Industrie 89, B-1330 Rixensart, Belgie. **REGISTRAČNÍ ČÍSLO(A):** EU/1/07/419/001, EU/1/07/419/002, EU/1/07/419/003. **DATUM PRVNÍ REGISTRACE:** 20. 9. 2007. **DATUM REVIZE TEXTU:** 18. 12. 2013. Podrobné informace o tomto přípravku jsou uveřejněny na webových stránkách Evropské úřední agentury (EMA) <http://www.ema.europa.eu/>. Tento registrovaný léčivý přípravek je vltán na lékařský předpis. S výjimkou úhrady pro 13leté dívky de novely zákona č. 48/1997 Sb. není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Seznamte se PŘEDEM s úplnou informací o přípravku, kterou najdete v Souhrnu údajů o přípravku i na www.pskkompendum.cz, na stránkách Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) pod odkazem Informace o léčivých látkách, nebo se obraťte na společnost GlaxoSmithKline s.r.o., Hlávčatova 1734/2, 140 00 Praha 4; e-mail: cz.ind@sk.com; www.usk.cz. Přílohy neobsahují účinky opatření hláse také na cz.ind@sk.com. Více SPC informací pod vltední materiálu (S1, 10, 2014). *Prosim vltední u zmínky v SPC.

Reference: SPC Driving 22.8.2014