



■ Obor PLDD
Teze novely zákona
č. 95/2004 Sb.

■ Právní rubrika: Zdravotní
způsobilost lékaře

■ Horečka dengue
a chikungunya

■ Exotické nemoci

■ Sexuální zneužívání

■ Kazuistika: Komplikovaná
cesta ke správné diagnóze

■ Metodický pokyn ředitele
odboru posudkové služby
pro posudkové komise MPSV



Pracujeme pro zdravější svět™

NUTRICIA
BABY NUTRITION



do more
feel better
live longer





Váš partner v očkování

GlaxoSmithKline s.r.o., Hvězdova 1734/2c, 140 00 Praha 4,
tel.: 222 001 111, fax: 222 001 444; e-mail: cz.info@gsk.com; www.gskkompendium.cz

CZ/VAC/0014/14

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Informace SPLDD	
	Zápis z jednání Koalice soukromých lékařů	6
	Zápis z jednání Národní imunizační komise (NIKO)	
	Obor PLDD	
	Základní teze novely zákona č. 95/2004 Sb. předložené MZ	
	Teze OSPDL ČLS JEP a SPLDD ČR k zachování oboru	8
	Stanovisko IPVZ, Katedry praktického lékařství pro děti a dorost	
	Stanovisko lékařských fakult ČR	
	MUDr. Mgr. Dagmar Záleská	14
	Právní rubrika: Zdravotní způsobilost lékaře	
	Informace OSPDL ČLS JEP	18
	Doc. MUDr. Rastislav Maďar, Ph.D.	19
	Exotické nemoci	
	MUDr. Milan Trojánek et al.	23
	Horečka dengue a chikungunya	
	Prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D., DSc.	26
	Sexuální zneužívání	
	MUDr. Parvine Gricová	31
	Kazuistika: Komplikovaná cesta ke správné diagnóze	
	Ze světa odborné literatury	33
	Aktuality	34
	Řádková inzerce	37
	Autodidaktický test, Gastroenteritidy	38
	Metodický pokyn ředitele odboru posudkové služby pro posudkové komise MPSV	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

Angelini Pharma

GSK

MEDAC

MSD

NESTLÉ

Olivova dětská léčebna

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

Autor obrázku na titulní straně – Marholdová Andrea, 9 let.

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

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

Odborná garance: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

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

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

Jazykové korektury: Bohumila Weilová
Grafické zpracování: Michal Semerák

Úřední hodiny SPLDD ČR

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

Sekretariát:
U Hranic 16, 100 00 Praha 10

telefon: 267 184 065
fax: 267 184 050

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



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

vstoupili jsme do nového letopočtu a bylo by asi vhodné bilancovat rok minulý a stanovit si priority pro nový rok, který je před námi. Nejprve bych však chtěla popřát vám všem do nového roku pevné zdraví, spokojenost a hodně úspěchů v práci i osobním životě.

Co se povedlo v loňském roce? Z pohledu ekonomického jsme díky dojednaným individuálním cenovým dodatkům s bonifikacemi udrželi pozitivní mírný nárůst v odměňování, a to i přes pokles vykazovaných očkovacích kódů (ubýlo očkování proti hepatitidě B a tetanu). Podařilo se od 1. 1. 2014 navýšit kódy ošetření dětí do 6 let věku, a tak výrazným způsobem navýšit kompenzaci zrušených regulačních poplatků u dětí. Nebyly uplatněny regulace. Podařilo se rozběhnout systém vzdělávacích akcí SPLDD a jejich kreditace. Svědčí o tom zvyšující se množství schvalovaných odborných akcí. Vydařily se centrálně pořádané vzdělávací akce – Kongres primární péče, managementy pro PLDD, Očkování

do A do Z, Komunikace v očkování atd. Začaly práce na generační výměně PLDD. Probíhá velmi úzká spolupráce se zástupci naší odborné společnosti OSPDL ČLS JEP. Byl schválen námi předložený nový výkon rychlé diagnostiky – Streptest. A mohla bych pokračovat dále, ale nechť si to vyhodnotí každý sám. Všem bych chtěla touto formou poděkovat za jejich odvedenou práci. Troufám si říci, že jsme zvládli i ten nával práce a povinností, bohužel již bez pomoci našeho dlouholetého předsedy Pavla Neugebauera, který nám moc chybí a na kterého stále vzpomínáme.

Vstoupili jsme do roku, ve kterém se bude opět po delší době rozhodovat o bytí či nebytí našeho oboru praktické lékařství pro děti a dorost. Více než půl roku vedeme diskuse, vysvětlujeme náplň naší práce, výsledky naší práce, hledáme kompromisní řešení s pediatrickou společností. Nakonec vždy narazíme na nutnost legislativního zakotvení oboru a jeho postavení v primární péči, které je základem pro naši práci. Ano, pediatrie je jedna, je základem naší práce, ale dlouholetá praxe ukázala, že pokud nechceme prodlužovat přípravu lékařů k atestaci a chceme zachovat kvalitu vzdělávání s jeho náplní zaměřenou na práci v primární péči, jeví se současný model jako vyhovující. Nebráníme se změnám, ale musejí být smysluplné. Zatím nás navržené změny ve vzdělávání lékařů (nových PLDD) nepřesvědčily. Žijeme v době, kdy věkový průměr PLDD je druhý z nejhorších v ČR, převládá feminizace na lékařských fakultách a pokud pomineme ekonomickou stránku věci, volí si noví lékaři většinou obor dle reálného uplatnění, délky a složitosti předatestační přípravy a reálnosti zajistit si pracovní místo v přípravě dle svých představ. Obecně je lékařů se zájmem o pediatrii málo, a pokud si lékař zvolí práci v terénu (v primární péči), nemůže kromě zajištění LPS být plnohodnotnou náhradou za kolegu na dětském oddělení. Nedovolí mu to čas, který musí denně věnovat svým registrovaným pacientům a své praxi. Naš systém zajištění primární péče o děti v ČR byl podpořen i na posledním jednání EAP v Bruselu. Výstupem je písemné doporučení našeho systému vzdělávání nových PLDD, ve kterém je mimo jiné uvedeno: „Jenom nedávno Evropská konfederace primárních pediatrií (ECPCP) vyvinula curriculum pro primární pediatrickou péči na základě českého curricula, které teď bude sloužit jako šablona pro všechny evropské státy s pediatrii pracujícími v primární péči.“ Co dodat? Vstoupili jsme do roku, kdy by mělo dojít k dalším změnám v našem odměňování. Současný systém založený na paušálu kapitační platby s nastavenými regulacemi se zdá být svým způsobem překonaný a naší snahou bude zvýšit odměnu těm, kteří poskytují kvalitativně vyšší péči a její dostupnost pro pacienty. Musíme si přiznat, že ne všichni pracujeme se stejnou intenzitou a kvalitou. Není tedy správné, když za rozdílnou práci dostanou všichni stejně. Budeme pracovat na zavedení dalších pozitivních stimulací v tomto duchu, které by měly vést k navýšení úhrad (další testy rychlé diagnostiky, racionální terapie, sledování a léčba vybraných onemocnění...)

V každém případě nás čeká mravenčí práce, jejímž smyslem je udržet PLDD v systému zdravotnictví v ČR, a to zejména jako nezbytnou složku primární péče. Nelze připustit, aby lékař bez atestace v příslušném oboru poskytoval samostatně péči dětem. Pokud by k tomu došlo, je to krok k zavedení odborného dohledu nad lékařem či k práci v zaměstnaneckém poměru, tak jako tomu bylo před rokem 1989. Byl by to krok k ohrožení privátních praxí, které jsme léta budovali. Čeká nás práce, jejímž smyslem je nejen obhájit, ale i posílit úlohu PLDD. Na druhé straně, pokud uhájíme existenci našeho oboru, čeká nás velký úkol, a to motivovat mladé budoucí lékaře, aby si zvolili právě náš obor pro své další působení v medicíně. Zejména v současné situaci, kdy orgány, které by měly být zodpovědné za nastavení koncepce péče o děti v ČR, dle našeho mínění neposkytují dostatečnou podporu pro zajištění mladých PLDD. Plánované změny ve vzdělávání lékařů to opravdu nevyřeší. Chtěli bychom motivovat budoucí kolegy již na fakultách, aby si zvolili náš obor a naši krásnou práci s dětmi a nahradili v našich řadách kolegy, kteří se chystají na zasloužený odpočinek. Cesta k tomu vede formou generační výměny, kterou máme vypracovanou a o jejíž podpoře vedeme diskuse se zástupci zdravotních pojišťoven, neboť ony jsou ze zákona odpovědné za zajištění zdravotní péče v ČR. Podařilo se navýšit ohodnocení práce akreditovaných pracovišť – školitelů formou vyšší kapitační platby za probíhající školení nových PLDD v roce 2015. Je potřeba, aby každý, kdo provozuje praxi PLDD, s předstihem nejlépe tři a více let začal aktivně pracovat na své generační výměně. Sdružení je ochotno pomoci metodicky, právní a ekonomickou radou, propojením žádostí mladých zájemců o praxi PLDD s těmi, kteří provozování této praxe hodlají ukončit. Pevně věřím, že společnými silami nedopustíme, aby se systém primární péče o děti v ČR, který nám okolní země závidějí a ke kterému směřují, postupně rozpadl. Těším se na další spolupráci se všemi, kdo jsou ochotni na této cestě přiložit ruku k dílu.

V úctě

Ilona Hülleová



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová

předsedkyně SPLDD ČR

V průběhu listopadu, po proběhlé celostátní konferenci SPLDD ČR, jsme pokračovali v obhajobě zachování oboru PLDD v primární péči tak, jak nás k tomu zavázalo usnesení celostátní konference. Dále se rozeběhla jednání se zdravotními pojišťovnami nad úhradovým dodatkem pro rok 2015. Předložený návrh úhradové vyhlášky MZ ČR pro rok 2015 neodpovídal dohodě našeho segmentu v rámci dohodovacího řízení a stal by se pro nás horší variantou. Naše připomínky jsme MZ ČR zaslali. Katalyzátorem jednání se zdravotními pojišťovnami se stal pozměňovací návrh poslance Hovorky k projednávané novele zákona č. 48/1997 Sb., který prošel třetím čtením ve Sněmovně a mířil do Senátu. Tento návrh by způsobil zásadní problémy při uzavírání úhradových dodatků v příštím roce. Dle něj by zdravotní pojišťovna byla povinna zveřejnit individuální smluvní ujednání (tím je téměř vždy dohodnutý úhradový dodatek mezi SPLDD a příslušnou zdravotní pojišťovnou díky různým bonifikacím či odlišnostmi v regulacích) do 30 dnů ode dne, kdy bylo uzavřeno, způsobem umožňujícím dálkový přístup. Navíc by toto individuální smluvní ujednání nabylo účinnosti nejdříve dnem zveřejnění. V důsledku běžné praxe, kdy se tyto úhradové dodatky podepisovaly během počátku roku, by tak mohlo dojít k dvojí úhradě pro jednotlivé poskytovatele v oboru PLDD – počátek roku dle úhradové vyhlášky MZ ČR (vydané každoročně v posledních dnech roku), dále dle individuálního úhradového dodatku poskytovatele s příslušnou zdravotní pojišťovnou, platného podle doby zveřejnění. Dobu zveřejnění by PLDD nemohl ovlivnit, neboť pojišťovna by měla k dispozici 30 dnů na zveřejnění. Z těchto důvodů, které jsme podrobněji v komentáři Mgr. Uhra zaslali členům SPLDD formou mailingu, jsme urychleně jednali v listopadu a počátkem prosince s jednotlivými zdravotními pojišťovnami a výstupem jsou úhradové dodatky, které jsme doporučili k podpisu, neboť se vždy jeví z pohledu poskytovatele výhodnějšími než návrh úhradové vyhlášky MZ ČR. Preferovali jsme bonifikaci za vzdělávání, očkování, racionální ATB terapii, používání rychlé diagnostiky. Vyjednali jsme navýšení bonifikace pro akreditovaná zařízení, která školí rezidenty či školence v oboru PLDD. Jediná zdravotní pojišťovna zvýšila věkový index u dětí ve skupině 5–9 let z 1,7 na 1,75 a dokompenzovala tak zrušené regulační poplatky. Tou pojišťovnou je OZP. Odsouhlasené úhradové dodatky najdete na našich webových stránkách. Po jednání nad všemi dodatky (s výjimkou VoZP, která zaslala již hotový dodatek) a po doporučení SPLDD ČR podepsat tyto dodatky došlo k tomu, že senátoři nepodpořili pozměňovací návrh poslance Hovorky a vrátili novelu zákona k přepracování do Sněmovny. Přesto jsou dohodnuté individuální úhradové dodatky v tuto chvíli pro PLDD výhodnější a doporučujeme je podepsat.

5. 11. 2014 se uskutečnilo jednání s ministrem školství Marcelem Chládkem na půdě MŠMT. Předmětem jednání byly přihlášky do škol a MŠ, posuzování pracovního vyučování a krátkodobých brigád. Zmíněná byla i problematika sportovních prohlídek a zejména nevyjasněné definování druhu sportu.

11. 11. 2014 jsme se s předsedkyní OSPDL zúčastnili jednání na MZ ČR. Předmětem schůzky bylo zavedení jednotného systému evidence očkování dospělých osob u praktických lékařů pro dospělé a o zavedení předávání standardizované formy výpisu ze zdravotní dokumentace od PLDD praktickým lékařům pro dospělé.

12. 11. 2014 jsem se zúčastnila jako členka výboru ČPS JEP setkání primářů dětských oddělení v ČR. Hlavní referáty věnované zejména dalšímu vzdělávání lékařů přednesli prof. MUDr. Josef Vymazal, DSc. (MZ ČR) a prim. David Kasal (zdravotní výbor PSP ČR). Diskutovaly se regionální problémy s LPS, program postgraduálního a kontinuálního vzdělávání v pediatrii, personální situace na DO, vztahy mezi DO a PLDD, po-

vinné očkování, problematika DRG systému a další okruhy.

18. 11. 2014 se uskutečnilo v kanceláři SPLDD jednání o úhradovém dodatku se zástupci ČPZP. Výstupem je úhradový dodatek s bonifikacemi ve prospěch PLDD.

19. 11. 2014 proběhlo jednání zástupců SPLDD a OSPDL na MZ ČR s prof. Vymazalem a Mgr. Podhrázkým. Předmětem byly teze pracovní skupiny MZ ČR k plánovaným změnám ve vzdělávání lékařů. Zástupci MZ ČR potvrdili plánované zrušení oboru PLDD a atestace, v plánu je jedna pediatrie. Opět jsme obhajovali existenci oboru PLDD a zejména skutečnost, aby v primární péči nadále pracoval lékař – PLDD s atestací. Tentýž den jsme jednali s další ZP o úhradách pro rok 2015. Konkrétně s OZP.

20. 11. 2014 proběhlo jednání o úhradovém dodatku s VZP a RBP.

22. 11. 2014 se konal v Ostravě první vzdělávací seminář z pořadí již čtvrtého managementu PLDD, který je plně věnován po-

sudkové činnosti a problematice povinností PLDD k SÚKL.

25. 11. 2014 se uskutečnilo pravidelné jednání Koalice soukromých lékařů, zápis z jednání najdete na dalších stránkách časopisu.

27. 11. 2014 na půdě MZ ČR proběhlo jednání pracovní skupiny k seznamu zdravotních výkonů, na kterém MUDr. Kulhánková a MUDr. Matoušková obhájily předložený nový výkon pro PLDD – Streptest (přístrojově), následovat bude přidělení kódu výkonu na VZP a jeho zařazení do číselníku od roku 2016. Sdružení se aktivně snaží tento kód nasmlouvat po dohodě se ZP dříve. Další předložený kód otoskopování dětí PLDD bude předmětem další diskuse se zástupci ORL odborné společnosti.

1. 12. 2014 se uskutečnila další jednání k úhradovým dodatkům, tentokrát se ZP Škoda a ZP MV ČR.



Informace PLDD

■ Zápis z jednání Koalice soukromých lékařů 25. 11. 2014

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

1. Novela zákona č. 95/2004 Sb. – plánované změny ve vzdělávání lékařů

- Novela zákona s sebou přináší řadu diskriminačních omezení. Vzhledem k tomu, že všichni zástupci KSL nemají teze MZ ČR k připravovanému návrhu novely zákona k dispozici, přesouvá se tento bod programu na lednové setkání Koalice. Dr. Šmatlák poskytne teze k rozeslání všem členům KSL.

2. Registrační pokladny

- Dr. Chrz upozornil na skutečnost, že registrační pokladny jsou ve zdravotnictví již povinně zavedeny na Slovensku a je velká pravděpodobnost, že i v ČR budou silit snahy o prosazení některé z forem sledování toku peněz ve zdravotnických zařízeních. Je třeba aktivně monitorovat legislativní dění a včas na podobné snahy reagovat.

3. Novela zákona č. 48/1997 Sb., zveřejňování smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb včetně cenových dodatků

- PSP ČR postoupila Senátu novelu zákona o veřejném zdravotním pojištění s pozměňovacími návrhy poslance Ing. Ludvíka Hovorky, které byly k novele připojeny bez předchozího standardního projednávání až na schůzi Poslanecké sněmovny. Přijetí těchto návrhů by negativně ovlivnilo systém úhrad zdravotní péče. Zástupci Koalice se společně dohodli oslovit členy Senátu a seznámit je s argumenty, které je vedou k protestům proti zveřejnění smluv zdravotních pojišťoven s poskytovateli zdravotní péče (pozn.: prohlášení KSL bylo všem členům Senátu zasláno 2. 12. 2014).

4. Různé

- Dr. Jojko informoval o vystoupení SAS ČR z Národního referenčního centra k 31. 12. 2014.

V Praze dne 12. 12. 2014

Zapsala: Mgr. Zina Sladkovská

■ Zápis z jednání Národní imunizační komise (NIKO) konaného dne 8. října 2014 na Ministerstvu zdravotnictví (MZ)

Přítomní dle prezenční listiny.

1. Antigenní složení očkovacích látek pro pravidelná, zvláštní a mimořádná očkování

Současný návrh antigenního složení pro rok 2015 nezahrnuje, s ohledem na současnou nedostupnost, divakcinu proti záškrtu a tetanu, jinak neobsahuje žádné rozdíly oproti materiálu upravujícímu antigenní složení pro rok 2014. Vzhledem k doposud rozpracované novele vyhlášky o očkování bude do textu antigenního složení pro rok 2015 doplněna možnost jeho úpravy během roku v návaznosti na finální podobu novelizované vyhlášky o očkování. Členové NIKO jednohlasně odsouhlasili návrh antigenního složení pro rok 2015, posléze bude materiál pod názvem „Sdělení Ministerstva zdravotnictví o antigenním složení očkovacích látek pro pravidelná, zvláštní a mimořádná očkování“ předložen ke schválení poradou vedení MZ a následně publikován ve Sbírce zákonů.

2. Sérologické přehledy (SP) 2013 – závěry a další strategie před publikací

V úvodu předseda NIKO MUDr. Vladimír Valenta, Ph.D., požádal členy komise, aby problematice SP věnovali zvýšenou pozornost a aby se aktivně zapojili do aktivit spojených s Národním očkovacím dnem, jejichž důležitou součástí bude také problematika infekčních nemocí a SP. Členové NIKO se vyjádřili k návrhu „Informace o vyhodnocení víceúčelového SP protilátek proti spalničkám, příušnicím, virové hepatitidě B a dávivému kašli“ (dále jen „Informace“), která vychází ze Závěrečné zprávy vypracované Zdravotním ústavem se sídlem v Ostravě a Zdravotním ústavem se sídlem v Ústí nad Labem a dále z „Návrhu odborných opatření k výsledkům SP 2013“ (dále jen „Návrh opatření“) vypracovaného prof. MUDr. Chlíbkem, Ph.D. Komentovaná informace bude v podobě odsouhlasené NIKO předložena ke schvá-

lení poradou vedení MZ. NIKO se usnesla na následujících úpravách Informace:

- Bod 3. Návrh rozhodnutí pana ministra
 - Na základě závěrů Návrhu opatření bude doplněn nový úkol – projednat možnost posunutí termínu aplikace 2. dávky MMR do pozdějšího věku. Ke splnění úkolu zajistí oddělení epidemiologie MZ ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem analýzu epidemiologické situace ve výskytu parotitidy, spalniček a zarděnek v ČR a okolních zemích (v provázanosti s jejich očkovacími schématy pro MMR) a dále stanovisko odborných společností pediatriů k optimálnímu věku dítěte pro aplikaci 2. dávky MMR (v návaznosti na termíny preventivních prohlídek dětí).
 - Bude doplněna možnost prezentace závěrů z vyhodnocení SP 2013 na odborných fórech včetně konferencí a publikací v odborných časopisech.
 - Úkol projednat s OSPDL ČLS JEP standardizovanou formu předávání výpisu ze zdravotní dokumentace praktickým lékařům pro dospělé, jejíž součástí bude i údaj o podaných očkováních, datum očkování a název vakcíny, bude doplněn o projednání povinnosti předávat ještě další údaj – počet aplikovaných dávek vakcín.
 - Bude doplněn nový úkol, kterým bude uloženo při nejbližší další novele zákona č. 48/1997 Sb. definovat částečnou úhradu alternativních vakcín pro pravidelná očkování.

II. Závěr Informace bude doplněn

- o uložení povinnosti projednat na NIKO možnou úpravu očkovacího kalendáře pro MMR;
- o větu upravující nezbytnost opakování SP – následující SP provést v roce 2016.

Závěrečná zpráva k SP 2013 bude ve formátu *.pdf na CD nosičích distribuována dotčeným odborným lékařským společnostem.

3. Různé

- Proočkovanost proti pneumokokům

Data o proočkovanosti proti pneumokokům získaná od VZP ČR a Svazu ZP ČR byla členům NIKO rozeslána, včetně do-



pisu VZP ČR, vysvětlujícího vznik předchozích diskrepancí v zaslaných údajích o proočkovanosti proti pneumokokům.

- **Stanovisko SÚKL k dopisu hlavního hygienika ČR**

Ředitel SÚKL zaslal hlavnímu hygienikovi ČR, na základě požadavku z jednání NIKO konaného dne 7. 7. 2014, stanovisko k diskrepancím v počtech hlášení závažných nežádoucích účinků vakcín, které jsou uvedeny v informačním Zpravodaji SÚKL 2/2014. NIKO k uvedenému konstatuje, že bere na vědomí gesci SÚKL za sběr dat z hlášení nežádoucích účinků vakcín, nicméně upozorňuje, že za prioritní považuje správnou interpretaci výsledků těchto hlášení.

- **Očkování chlapců proti HPV**

Na základě žádosti MZ o vyjádření k možnému rozšíření očkování proti HPV u chlapců vypracovala Česká vakcinologická společnost ČLS JEP stanovisko, ve kterém je mimo jiné vyjádřeno, že asociace mezi HPV infekcí

a karcinomem rekta není tak silná jako u karcinomu děložního čípku a nejsou dostupná dostatečná data prokazující účinnost a ekonomickou výhodnost očkování v případě rektálního karcinomu. Data o účinnosti v prevenci karcinomu anu byla dominantně sledována u homosexuálních mužů a předpokládá se, že absolutní přínos očkování s ohledem na prevenci rakoviny řiti je u obecné populace velmi nízký. Přesto je i tuto skutečnost nutno brát v potaz při možném rozhodování o rozšíření indikace očkování proti HPV i u mužské populace. Důležitým podpůrným argumentem je také schválení nové indikace, prevence premaligních análních lézí a análních karcinomů pro tetraovakcínu. V současné době je prioritní dosažení co nejvyšší proočkovanosti proti HPV u dívek.

- **Očkovací schéma u hexavakcíny**

S odkazem na žádosti některých rodičů týkající se očkování dětí hexavakcínou ve schématu 2+1 dávka, konstatuje NIKO, že pouze vyhláškou požadované schéma

3+1 je součástí národní strategie očkování. V tomto duchu bude formulováno oficiální stanovisko NIKO, které připraví prof. MUDr. Chlíbek, Ph.D., společně s MUDr. Cabrnchovou.

- **Novela vyhlášky o očkování**

Návrh novely vyhlášky o očkování, s ohledem na vytíženost odpovědných pracovníků MZ řešením opatření k prevenci zavlečení eboly, bude zaslán k připomínkám v průběhu roku 2015.

V Praze dne 7. listopadu 2014

Zapsal: MUDr. Jozef Dlhý, Ph.D.

Verifikoval: Prof. MUDr. Roman Chlíbek, Ph.D.



Olivovna

OLIVOVA DĚTSKÁ LÉČEBNA O. P. S.

Unikátní zařízení v Říčanech u Prahy poskytující již od roku 1896 zdravotní služby dětem od 1 do 18 let věku. V současnosti nabízíme péči o děti s onemocněním **dýchacích cest, pohybového ústrojí**, dětem trpícím **obezitou, refluxní chorobou jícnu**. Nabízíme také samoplátecké pobyty. V Olivovně se konají též odborné lékařské semináře, kulturní a společenské akce.

Gastroesofageální reflux (GER)

Používáme novou metodu **rehabilitace bránice** vycházející z konceptu Dynamické neuromuskulární stabilizace (DNS) Prof. Koláře. Pomocí této nové, zcela neinvazivní metody rehabilitujeme bránici s cílem zlepšení její „antirefluxní“ funkce. Cílem je využít vztahy mezi respiračním (bránicí), pohybovým systémem a orgány horní části zažívacího traktu. RHB bránice vede k léčbě GER, ale i obtíží respiračního traktu (tzv. extraesofageální reflux).

Atopická dermatitis

Nově zahajujeme péči o děti s atopickou dermatitis (atopickým ekzémem). Postupujeme podle doporučení prim. Čapkové, FN Motol, která je garantem této péče v Olivovně.

Více informací o nabízených programech naleznete na **www.olivovna.cz**

Primář MUDr. Jan Šulc, CSc. FCCP

Tel.: 323 619 104, 602 135 250, primar@olivovna.cz





Obor PLDD

Vzhledem k závažné situaci vyvolané navrhovanou novelou zákona č. 95/2004 Sb., která ohrožuje samotnou existenci oboru PLDD, otiskujeme vyjádření jednotlivých institucí k této problematice. Jedná se o Teze MZ, Teze OSPDL, Stanovisko IPVZ a Stanovisko lékařských fakult.

■ Základní teze novely zákona č. 95/2004 Sb. předložené Ministerstvem zdravotnictví

ÚVOD

Odbor vědy a lékařských povolání předkládá základní teze připravovaného návrhu novely zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 95/2004 Sb.“), a to v návaznosti na pokyn pana ministra ze dne 25.9. 2014 zasláný elektronicky panu náměstkovi pro zdravotní péči prof. MUDr. Josefu Vymazalovi, DSc. Předkládaný materiál obsahuje výčet nejzásadnějších změn v zákoně č. 95/2004 Sb. Je rozdělen na dvě části. První část obsahuje pouze teze. V části druhé jsou teze s krátkým komentářem. Návrh základních tezí vychází mimo jiné z doporučení pracovní komise pro novou koncepci specializačního vzdělávání (dále jen „Komise“), která byla na základě závěru z porady vedení Ministerstva zdravotnictví vytvořena pod záštitou pana náměstka pro zdravotní péči prof. MUDr. Josefa Vymazala, DSc., jejímiž členy jsou:

Prim. MUDr. Aleš Bílek

MUDr. Jiří Běhounek

Prof. MUDr. Zdeněk Broukal, CSc.

Prof. MUDr. Karel Vachovec, CSc., MBA

Doc. MUDr. Vojtěch Havlas, Ph.D.

Doc. MUDr. Leoš Heger, CSc.

MUDr. David Kasal

MUDr. Mgr. Tomáš Kocourek

MUDr. Josef Liehne

Prof. MUDr. Milan Macek, DrSc.

MUDr. Hana Malíková, Ph.D.

MUDr. Zdeněk Mrozek, Ph.D.

MUDr. Petr Svačina, CSc.

Prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc.

Předkládaný materiál byl schválen poradou vedení Ministerstva zdravotnictví dne 10. 11. 2014 jako výchozí ideový koncept v rámci přípravy návrhu novely zákona č. 95/2004 Sb. **Předepisujeme tak, že materiál může v průběhu dalšího legislativního procesu doznat dalších změn.** Dále

uvádíme, že problematika revize počtu základních oborů lékařů nebyla v této fázi legislativního procesu prozatím vedením Ministerstva zdravotnictví rozhodnuta.

ČÁST PRVNÍ

- Definice pojmu odborný dozor
- Předdefinování pojmu odborný dohled
- Vymezení kompetencí lékařů bez odborného dohledu na základě certifikátu o absolvování základního kmene
- 16 základních kmenů pro lékaře definovaných přímo zákonem
- Prováděcí právní předpis stanoví obsah vzdělávání v základním kmeni a specifikaci pracoviště, kde je možné vzdělávat
- Délka základního kmene lékařů 24 nebo 36 měsíců
- Kompetence lékaře ve specializační přípravě – ve vlastním specializovaném výcviku
- Nově definovaná zdravotní způsobilost lékaře, zubního lékaře a farmaceuta
- Zpřísnění definice bezúhonnosti lékaře, zubního lékaře a farmaceuta
- Zákaz souběžného zařazení do oborů specializačního vzdělávání
- Přesnější definice přerušení výkonu povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta
- Zpřísnění a předdefinování doškolení lékaře, zubního lékaře a farmaceuta
- Nové definování základních kmenů pro farmaceuty
- Nová úroveň specializačního vzdělávání – tzv. funkční kurzy, třetí úroveň posgraduálního vzdělávání lékařů
- Zjednodušení akreditačního řízení
- Akreditační komise – nový způsob tvorby komisí a přesnější vymezení úkolů akreditačních komisí
- Nový orgán – rada akreditačních komisí
- Zabezpečení administrace specializačního vzdělávání
- Demonopolizace celoživotního vzdělávání
- Financování specializačního vzdělávání – zapracování podnětů z praxe
- Klinická psychologie – převedení tohoto oboru do režimu zákona č. 95/2004 Sb.

ČÁST DRUHÁ

- Definice pojmu odborný dozor

Lékař bez základního kmene musí pracovat pod odborným dozorem. Odborný dozor vykonává lékař se specializovanou způsobilostí přítomný ve zdravotnickém zařízení.

• Nová definice pojmu odborný dohled

Odborný dohled bude vykonáván nad lékařem s certifikátem o absolvování základního kmene.

• Vymezení kompetencí lékařů se základním kmenem

Nový prováděcí právní předpis k zákonu, který stanoví kompetence na základě certifikátu o absolvování základního kmene pro jednotlivé lékařské obory.

• 16 základních kmenů pro lékaře definovaných přímo zákonem

anesteziologický, dermatovenerologický, gynekologicko-porodnický, hygienický, chirurgický, interní, neurologický, oftalmologický, ortopedický, otorinolaryngologický, patologický, pediatrický, psychiatrický, radiologický, všeobecné praktické lékařství a urologický.

• Obsah vzdělávání v základním kmeni a specifikaci pracoviště, kde je možné vzdělávat stanoví, prováděcí právní předpis

• Délka základního kmene lékařů 24 nebo 36 měsíců

Všechny kmeny s výjimkou pediatrického jsou plánovány v délce 24 měsíců. Pediatrický kmen délka 36 měsíců. Na základě absolvování tohoto kmene získává lékař kompetenci praktického lékaře pro děti a dorost (dále jen „PLDD“). Součástí tohoto kmene bude minimálně 6 měsíců praxe v ambulanci PLDD.

• Kompetence lékaře ve specializační přípravě – ve vlastním specializovaném výcviku

Prováděcí právní předpis stanoví maximální kompetence lékaře, nad kterým má být vykonáván odborný dohled. Hovoříme tedy například o lékaři s interním kmenem zařazeném v oboru lékařská mikrobiologie a o jeho kompetencích v tomto oboru.

• Zdravotní způsobilost

Novela zákona zavede pravidelné lékařské prohlídky v 65 letech. Následně tyto prohlídky budou opakovány každé 2 roky.



Zákon explicitně stanoví nemožnost prohlídky osobou blízkou dle zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.

Komise doporučila rozšíření výčtů diagnóz uvedených ve vyhlášce č. 470/2004 Sb., kterou se stanoví seznam nemocí, stavů nebo vad, které vylučují zdravotní způsobilost k výkonu povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta a k výkonu povolání dalšího zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka, druhy, četnost a obsah lékařských prohlídek a náležitosti lékařského posudku.

• **Bezúhonnost**

Na základě vyhodnocení rozhodování soudů dojde k zpřísnění definice tak, že za bezúhonného bude považován pouze ten, kdo nebyl pravomocně odsouzen pro trestní čin spáchaný v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb nebo se na něj hledí, jako by nebyl odsouzen.

• **Zařazení**

Nově nebude možné souběžné zařazení do dvou základních oborů. Znamená to tedy i nemožnost souběžné přípravy ve dvou základních kmenech.

Nebude možné taktéž zařazení do dvou nastavbových oborů.

Rovněž tak nebude možné souběžné zařazení do nastavbového a základního oboru.

• **Přerušení výkonu povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta**

Zákon explicitně stanoví časový rozsah výkonu povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. Rozsah menší než 0,2 stanovené týdenní pracovní doby bude považován za přerušení výkonu povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.

• **Doškolení**

Lékař, zubní lékař a farmaceut, který v posledních 6 letech na více než 5 let přerušil výkon povolání, bude muset absolvovat novou formu doškolení.

Doškolení bude probíhat pouze na akreditovaném pracovišti. V případě, že je lékař, zubní lékař a farmaceut zařazen do oboru nebo má specializovanou způsobilost či kmen z nějakého oboru, musí provádět doškolení na pracovišti akreditovaném pro obor, z něž má lékař nejvyšší vzdělání dle zákona č. 95/2004 Sb. Délka doškolení zůstává v rozsahu nejméně 60 dní.

Lékař a farmaceut se specializovanou způsobilostí, který přerušil výkon povolání lékaře nebo farmaceuta a je v režimu doškolení, může vykonávat pouze činnosti na základě certifikátu o absolvování základního kmene.

Doškolení je zakončeno zkouškou v rozsahu stanoveném platným vzdělávacím programem.

Zvláštní režim doškolení bude pro lékaře s certifikátem o absolvování pediatrického kmene. Lékař, který se bude věnovat více než 5 let z posledních 6 let jinému oboru než pediatrii, bude muset taktéž před znovuzahájením lékařské praxe v oboru pediatrie absolvovat zvláštní doškolení zakončené zkouškou, jejíž rozsah vymezí vzdělávací program oboru pediatrie. Jedná se na například o lékaře, který absolvuje pediatrický základní kmen a následně získá specializovanou způsobilost z oboru lékařská genetika.

• **Základní kmen – farmaceuti**

Nově definovány přímo zákonem dva základní kmene.

Základní kmen lékárenský o délce 18 měsíců.

Základní kmen technologickolaboratorní o délce 12 měsíců.

Tyto základní kmene budou znamenat zkrácení specializačního vzdělávání pro farmaceuty.

Základní obory navazující na lékárenský kmen – veřejné lékárenství a klinická farmacie.

Nově bude vázána kompetence vést lékárnou pouze na obor veřejné lékárenství. Nemocniční lékárenství bude nastavbovým oborem.

Obory navazující na technologickolaboratorní kmen budou teprve upřesněny, ale s určitostí můžeme konstatovat, že dojde ke snížení jejich počtu.

Na základě schválení tohoto materiálu zahájí odbor VLP jednání o počtu lékárenských nastavbových oborů se všemi dotčenými subjekty.

• **Nová úroveň specializačního vzdělávání – tzv. funkční kursy**

Funkční kursy by byly specifické a ohraničené vzdělávací aktivity v rozsahu 3 měsíců až 1 roku. U lékařů a farmaceutů by byly vázány na získání specializované způsobilosti. U zubních lékařů by byla možnost vstoupit do funkčního kursu již s odbornou způsobilostí.

• **Zjednodušení akreditačního řízení**

Odbor VLP navrhuje zjednodušit požadavky na akreditovaná zařízení tak, aby zdravotnické zařízení splňující požadavky na lůžkové zařízení v oboru, pro který je základní kmen, mohlo v tomto základním kmenu vzdělávat.

Akreditační komise dostanou zadání zkrátit pobyt mimo mateřské pracoviště na nezbytné minimum.

• **Akreditační komise**

Nově budou členové akreditačních komisí jmenováni:

jedna čtvrtina lidí navržená Českou lékařskou komorou, Českou stomatologickou komorou nebo Českou lékárnickou komorou, jedna čtvrtina odborné společnosti ČLS JEP,

jedna čtvrtina vysoké školy (lékařské fakulty).

jedna čtvrtina + 1 člen (z důvodu zachování celkového lichého počtu členů) na návrh Ministerstva zdravotnictví

Z odborných společností zaznívá taktéž požadavek, že akreditační komise by mohla sehrát roli znalecké komise ministerstva zdravotnictví pro příslušný obor. Odbor VLP by tedy na základě schválení tezí zákona zahájil jednání s odbornými společnostmi o přesnějším, rozšířeném vymezení kompetencí akreditačních komisí.

• **Rada akreditačních komisí**

Nový orgán řešící mezioborové spory. Bude složen z předsedů akreditačních komisí oboru, které mají základní kmen. V našem návrhu se tedy jedná o 16 členů + předseda jmenovaný z odborníků mimo akreditační komise ministrem zdravotnictví.

• **Zabezpečení administrace specializačního vzdělávání**

Z jednání Komise vyplynulo doporučení svěřit vzdělávání v základních oborech lékařským fakultám. Tento názor byl získán prostřednictvím dotazníku rozeslaného jednotlivým členům komise.

Nástavbové obory by byly pouze v kompetenci IPVZ. Zvažuje se též tuto kompetenci IPVZ svěřit v oborech s nejnižším počtem atestantů.

Aprobační zkoušky by dále zůstaly v kompetenci IPVZ.

IPVZ by vedlo také databázi školenců zařazených ve funkčních kursech.

IPVZ by dále zabezpečovalo veškerou administraci týkající se specializačního a dalšího vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů.

• **Celoživotní vzdělávání**

Cílem je demonopolizovat celoživotní vzdělávání.

Dále pak zvýšit úlohu odborných společností a vysokých škol v rámci celoživotního vzdělávání.



Zpracování sankčního systému za nedodržení povinnosti celoživotně se vzdělávat.

- **Financování specializačního vzdělávání**
Součástí této novely má být pouze modifikace systému rezidenčních míst (dále jen „RM“). Hlavní změna bude spočívat v posunutí časových limitů pro podávání žádostí a umožnění účasti v dotačním programu i lékařům, kteří jsou zaměstnáni na dobu určitou.

Bylo rozhodnuto, že náhrada přežívajícího se dotačního programu RM bude odložena do další novelizace zákona. Rozsáhlejší změny dotačního programu RM jsou totiž podmíněny i úpravou například daňových předpisů. Takto rozsáhlá změna vyžaduje delší časové období pro přípravu a spolupráci Ministerstva zdravotnictví s Ministerstvem školství, Ministerstvem financí a Ministerstvem práce a sociálních věcí.

- **Klinická psychologie**

Přesunutí klinických psychologů a dětských klinických psychologů z režimu zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, do zákona č. 95/2004 Sb., avšak pouze za podmínky celkové koncepční změny vzdělávání v uvedených nelékařských oborech tak, aby tento přesun měl pozitivní odraz ve vzdělávání ve specializačních oborech lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a nešlo tak jen o „formální“ přesun z jedné právní úpravy do jiné.

Teze Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP a Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR k zachování oboru praktické lékařství pro děti a dorost jako základního atestačního oboru v připravované novele zákona č. 95/2004 Sb., o specializačním vzdělávání lékařů

Základní atestační obor PLDD byl v roce 2004 ustaven pro nezbytné legislativní zakotvení existujícího systému primární péče o děti a dorost, jako reakce na po roce 1989 se objevující tendence vzniku „všeobjímajícího“ rodinného lékaře. Došlo v podstatě k administrativnímu potvrzení historicky

dlouhodobě existujícího a léty ověřeného modelu, kdy o dítě v terénu pečuje lékař vzdělaný v péči o dítě.

Cílem bylo zajištění komplexnosti péče, zkvalitnění primární péče (PP), rozvoj odborných, diagnostických i léčebných postupů a jasně vymezených kompetencí kvalifikovaného lékaře v primární péči.

Současná úroveň systému péče o dítě a dorost v primární péči v ČR potvrzuje správnost tohoto systému. Na základě propracovaného systému vzdělávání, jehož náplň byla vytvořena dle doporučení evropských vzdělávacích struktur Odbornou společností praktických dětských lékařů ČLS JEP a který v sobě zahrnuje dostatečnou praxi v ambulantní sféře, existuje erudovaný lékař, který kromě odborných schopností zná důkladně „pacienta“, rodinu, veškeré souvislosti, které se podílejí na zdravotním stavu nejmladší populace. Kromě odborné lékařské péče se totiž lékař v primární péči – tedy PLDD – zabývá rozsáhlou oblastí zdánlivě mimomedicínské péče, která ale velmi úzce se zdravotní péčí souvisí. Je to oblast sociální pediatrie, oblast sociálně-právní ochrany dětí, rodinné vztahy a zevní prostředí a jejich vliv na vývoj a stav dítěte, posudková problematika a způsobilost k povolání, hygiena a epidemiologie, oblast veřejného zdraví, výchova k odpovědnosti za své zdraví, výchova dítěte atd.

Přes existující vlnu antivakcinace je zásluhou PLDD ještě nadále udržována vysoká proočkovanost populace. Naprosto nezastupitelná je úloha PLDD i v ostatních oblastech preventivní péče, a to jak uložené vyhláškou, tak i v oblasti tzv. primární prevence v širším a společenském slova smyslu. V kompetencích PLDD je prevence vzniku aterosklerózy, rizikového chování (návykové látky), sexuální chování, prevence úrazů, existují či se rozvíjejí nejružnější projekty stojící na PLDD či projekty, na kterých PLDD spolupracují (kromě již zmiňovaných výživa v raném věku, školní stravování, prevence obezity, vzácná onemocnění, včasné vyhledávání primárních imunodeficitů atd.). Zástupci praktických lékařů pro děti a dorost jsou v současné době i členy komisi v programu Zdraví 2020 – provakcinační, prevence rizikového chování, výživa a prevence obezity.

Vzhledem k rozvoji oboru došlo ke snížení počtu hospitalizací obecně i s ohledem na diagnózy, které dříve vedly k hospitalizaci a dnes jsou zvládnuty v ambulantní péči, a to

i díky rozvoji diagnostických a léčebných metod (např. metody rychlé diagnostiky). Významně rozdílná část náplně činnosti v oborech klinická pediatrie a PLDD vyžaduje i určitou rozdílnost ve vzdělání s dostatečným pobytem lékaře v ordinaci PLDD, což se v každodenní praxi ukázalo jako vysoce účelné, přispívající k erudovanému poskytování komplexních služeb v primární péči pro děti a dorost. Při IPVZ za tím účelem vznikla katedra PLDD, zodpovědná za zdárný průběh postgraduálního vzdělávání a atestační zkoušku těch lékařů, kteří si obor PLDD zvolili za svůj profesní životní cíl. OSPDL ČLS JEP a SPLDD ČR jsou garanty kontinuálního celoživotního vzdělávání dětských praktiků – v současnosti je evidováno více než 2 100 těchto poskytovatelů zdravotních služeb.

Vzhledem k dlouhodobě neřešeným problémům ve vzdělávání mladých lékařů (nedostatečná výuka na LF, složitá administrace a financování rezidenčních míst, neexistující regionální stipendia) a k nedostatečné ekonomické motivaci ze strany zdravotních pojišťoven se v současnosti prohlubuje nepříznivá demografická situace PLDD. Ve výhledu několika let hrozí akutní nedostatek praktických pediatriů na území ČR, a tím i nedostupnost péče o děti a dorost v primární péči (první linii kontaktu pacienta s lékařem). V současnosti je cca 45 % lékařů nad 60 let věku.

K zajištění kvalitního poskytování komplexní zdravotní péče o děti a dorost v ČR považujeme za nezbytné:

- zachování oboru PLDD jako základního oboru v systému specializačního vzdělávání lékařů (SVL) – důvodem je stále se prohlubující odlišná činnost dětských lékařů na lůžkových odděleních a v ordinacích praktiků, s čímž souvisí i náplň postgraduální praxe, tak aby nedošlo ke zhoršení kvality poskytovaných služeb (očkování, sociálně-právní a posudková činnost, management soukromé praxe atd.), a dalším důvodem je legislativní zakotvení oboru PLDD v primární péči a navazujících zákonech a vyhláškách – v případě zrušení oboru hrozí rozkolísání systému a zhoršení kvality primární péče o děti a dorost;
- pro urychlení nástupu mladých lékařů do stávajících praxí PLDD je možné zkrátit postgraduální přípravu v oboru tak, aby lékaři při volbě nepreferovali obor všeobecné praktické lékařství, kdy rychleji dostanou samostatné praxe a jsou finančně nezávislí (feminizace oboru).



Za nezbytné ale považujeme dostatečně dlouhé vzdělávání v ordinaci PLDD a ukončení postgraduálního studia atestací, tak aby do praxe vstupoval „plnohodnotný lékař“, kterému bude umožněna registrace poskytovatele zdravotních služeb a uzavření smluvního vztahu se zdravotní pojišťovnou, aniž by kdokoli nyní či v budoucnosti mohl zpochybnit erudici a vzdělání takového lékaře;

- z pohledu generační výměny je žádoucí zamyslet se nad možností regionálních (krajských) stipendií či obdobných pobídek tak, aby v dané oblasti bylo zajištěno pokračování péče o děti a dorost, navazující na končící praxe lékařů v důchodovém věku, dále ekonomickou motivaci od pojišťoven směrem k lékařům, který převezme praxi v potřebné oblasti.

Navrhované „sjednocení“ pediatrie v návrhu novely zákona o SVL do jednoho základního oboru v žádném případě nevyřeší nepříznivou demografickou situaci praktických lékařů pro děti a dorost, nevyřeší zamýšlenou prostupností nedostatek pediatriů v lůžkových zařízeních či specializovaných ambulancích ani nezvýší zájem čerstvě promováných lékařů o pediatrii jako takovou. Naopak může ohrozit obsazenost dětských oddělení pediatrie. Případné prodloužení vzdělávání by bylo naopak signálem začínajícím lékařům, aby zvolili urychlený nástup do praxe volbou všeobecného praktického lékařství.

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR
MUDr. Alena Šebková
předsedkyně OSPDL ČLS JEP

■ **Stanovisko Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Katedra praktického lékařství pro děti a dorost, k diskutovaným tezím novely zákona č. 95/2004 Sb.**

Na základě diskuse proběhlé na Konferenci SPLDD ČR dne 1. 11. 2014 si dovoluji uvést několik skutečností a připomenout historii vzniku oboru Praktický lékař pro děti a dorost. Začátkem 90. let proběhla diskuse o budoucnosti primární péče v ČR. Zasluhou projektu PHARE byl systém definován tak, že nepočítal s rozvojem oboru Rodinný lékař, ale vnímal jako důležité ponechat v primární péči dvě existující odbornosti – praktického

lékaře a praktického lékaře pro děti a dorost. V našem případě se počátkem 90. let jednalo o odbornost 002, kterou se již v té době odlišovala náplň činnosti a kompetence od odbornosti 301 (pediatrie).

Budoucí vývoj pak znamenal v rámci systému úhrad přechod v případě odbornosti 002 na systém kombinované kapitačně-výkonové platby, což krom jiného byl významný síťotvorný prvek, který nastavil optimální síť ordinací praktických lékařů pro děti a dorost (PLDD). Bylo také již pro plátce neekonomické nasmlouávat pro ambulantní péči odbornosti 301, ale systém úhrady preferoval pro ambulantní péči v pediatrii registrovaní PLDD, případně specializované pediatrické ambulance. Odbornost 301 se stala odborností poskytovatelů péče lůžkové.

Rozvoj primární péče po roce 1993 vyžadoval vznik samostatného oboru rovnocenného oboru Všeobecný praktický lékař, a to především z důvodu požadavku na rozvoj kvality poskytované péče a současně také pro zakotvení tohoto principu do systému poskytované primární péče v ČR. Pediatr se neměl stát pouze „specialistou“ pro rodinného lékaře. Jakkoliv se zdá, že tento obor (Rodinný lékař) nemá v ČR budoucnost, celé období od roku 1993 se v různé intenzitě tato diskuse stále objevovala. Až vznik samostatného oboru PLDD s definovanou specializační náplní v roce 2004 na dlouhých deset let tuto debatu ukončil. Vznik samostatného oboru byl také logickým vyústěním vzniku samostatné odborné společnosti, která zajišťovala a zajišťuje krom jiného i kontinuální vzdělávání v tomto oboru.

Zákon o vzdělávání lékařů z roku 2004 musel vyřešit ve svých přechodných ustanoveních podmínky pro získání specializované způsobilosti (podmínka pro výkon samostatné práce, která byla dříve řešena přidělením licence ČLK po pěti letech praxe v oboru). Pro lékaře s atestací v oboru Pediatrie to byla nutnost doložit alespoň tříletou praxi v oboru a z toho alespoň rok v primární péči. Po několika dalších letech se nejprve dokončovaly atestace z pediatrie, vlastní atestace v novém oboru PLDD byly zahájeny až po splnění specializační náplně, která byla nejprve stanovena jako pětiletá (vzájemnou dohodou s oborem Dětské lékařství, kde Česká pediatrická společnost trvala na zachování tříletého pediatrického kmene). První lékaři se k atestaci mohli hlásit od roku 2008, postupně dochází ke zvyšování počtu nově při-

hlášených do oboru a počtu atestovaných. Nyní se tedy již třetí rok pohybujeme přes 50 lékařů nově do oboru zařazených a na každý termín atestace (na jaře a na podzim) se nám hlásí do 30 uchazečů. Poslední počty přihlášených do oboru za rok 2014 (do října) je 53 nových PLDD, na podzimní termín je k atestaci přihlášeno 30 lékařů. Počet atestovaných do podzimu 2014 bylo 163 nových PLDD, k dubnu 2014 bylo do oboru celkem zařazeno 208 lékařů.

Nově zařazení za rok 2012: 58 lékařů
Nově zařazení za rok 2013: 59 lékařů
Nově zařazení za rok 2014 (zatím do října): 53 lékařů

V případě zachování počtu atestujících lékařů a při zjednodušení procesu přechodu mezi jednotlivými obory bez nutnosti další atestace, ale při trvání na kvalifikačních požadavcích a zachování obou oborů se domnívám, že by počtem nově příchozích PLDD mohl být v budoucnu obor dostatečně saturován. Je třeba počítat s tím, že je nutné, aby tento systém bez vážných změn fungoval po delší dobu, aby byl efekt viditelný, tedy aby počty atestujících lékařů byly stabilní několik let (ne každý po atestaci ihned nastupuje do praxe, je vysoký podíl žen na MD, případně jiné důvody). Systém vzdělávání budoucích PLDD by měl být podpořen systémem doto- vaných rezidenčních míst.

MZ ČR uvažuje o tzv. „zjednodušení“, kdy vyhláškou upraví kompetence lékařů po pediatrickém kmeni, který by byl znovu tříletý a obsahoval 6 měsíců praxe v akreditované ordinaci PLDD, a vlastně by tak došlo ke zrušení samostatného oboru PLDD. Tady je nutné jednoznačně tento princip odmítnout, a to z několika důvodů:

1) Požadavek na zkrácení kmene na 2 roky vzešel z lůžkových pracovišť a byl zdůvodněn potřebou zkrácení délky vzdělávání do dosažení certifikátu, který by mohl lékaře kvalifikačně posunout na úroveň možné práce pod odborným odhledem s možností podílet se na nočních službách na oddělení. Ze stejného důvodu došlo k eliminaci prakticky veškerých ambulantních stáží a zkrácení pobytu na akreditovaném pracovišti II. typu z pediatrického kmene. Byl to náš obor, který musel ve své náplni na tyto změny reflektovat (úpravou z roku 2009), aby byla po 2 roky plus 1 rok vlastní specializované náplně zachována co největší kompatibi-



lita a možnost přechodu mezi jednotlivými obory.

2) V rámci požadavku na náplně kmenů se diskutuje o šestiměsíční přípravě napříč obory, v případě, že by 6 měsíců praxe u PLDD bylo také povinnou součástí pro všechny pediatri, každý pediatr v ČR bez ohledu na budoucí zaměření by tak z tříletého kmene pobýval 12 měsíců na jiných pracovištích. Domnívám se, že to by způsobilo významný pokles počtu lékařů pracujících na jednotlivých odděleních, a nepovažuji to za rozumné.

3) Zakončení společného kmene testem jsme vždy považovali za rozumné, to, že byl test zrušen, jsme opět museli respektovat a zpracovat tak do další novely náplně našeho oboru, která, ač prošla redakční radou, nebyla dosud MZ ČR schválena. Nová náplň reflektovala i vlastní požadavky MZČR na zvýšení kompetencí PLDD, které byly zapracovány do povinných kursů pro budoucí PLDD.

4) Vrácení povinného testu po kmeni a vytvoření tak modelu dvoustupňového systému vzdělávání považujeme jistě za rozumné. Tento test, jakkoliv bude nazván a začleněn do vyhlášky definovaných kompetencí pro jeho absolventy, nemůže nahradit zákonnou povinnost pro provozování samostatné praxe, tedy pro získání specializované způsobilosti v příslušném oboru!

Tady je jedinou možností zachování samostatného oboru, který navazuje na splnění podmínek pediatrického kmene, s vlastní specializovanou praxí v akreditované ordinaci PLDD a vlastními povinnými kursy v oboru a zakončený složením atestační zkoušky a získáním specializované způsobilosti k provozování samostatné praxe.

5) Zjednodušení náplně nepovede automaticky ke zvýšení počtu lékařů, motivace pro vstup do oboru jsou především finanční, a to nejen pro lékaře vstupující do oboru, ale i pro lékaře, kteří jim své fungující praxe budou předávat. Násilné narušení této rovnováhy může způsobit paradoxně zhoršení dostupnosti a především kvality poskytované péče.

6) Navrhovaný model podporuje provozování praxí PLDD při lůžkových zařízeních, které svou kvalitou nemohou stávajícím praxím odpovídat. Bude docházet ke střídání lékařů v ordinacích (po službě lékař odchází domů a není dostupný na pracovišti), bude popřen princip registrace na konkrétního lékaře, nebude možné udržet kvalitu v oblastech, pro které je školen PLDD (prevence, očkování,

posudková problematika, diferenciálnědiagnostická rozvaha bez nutnosti konziliárních vyšetření, otoskopické vyšetření, rychlá diagnostika bez zbytečných odběrů krve a další).

Jaké navrhujeme úpravy pro zvýšení zájmu o obor a navýšení počtu nových PLDD ?

1) Zvýšení počtu akreditovaných ordinací v oboru, zapojení systému akreditace do modelu generační výměny v oboru s různými modely finanční podpory ze stany státu. Zjednodušení procesu dotovaných míst přes tzv. rezidenční místa pro akreditované ordinace a přechod této agendy pod gesci IPVZ (již historicky takto probíhalo v oboru VPL) jako jednu z alternativ v případě nenařízení žádosti o podporu. Cílem by mělo být zjednodušení celé administrativy. Obdobně funguje v některých lůžkových zařízeních, kdy rezidenční místa pro obor PLDD jsou administrována také nemocnicemi.

2) Zjednodušení přechodu mezi obory bez nutnosti vykonávání další atestační zkoušky úpravou zákona. Pro lékaře, kteří žádají o uznání specializované způsobilosti v oboru PLDD a absolvovali atestaci z oboru Dětské lékařství, by měly být přechodnými ustanoveními zákona definovány podmínky (je možné přímo uvést do paragrafového znění zákona, upravit podmínku šestiměsíční praxe + povinných kursů, tedy doplnění v rozsahu náplně oboru v definované délce).

3) Finanční ohodnocení samostatných praxí v oboru PLDD umožňující zaměstnat budoucí zájemce o převzetí konkrétní praxe a spolufinancování nákladů na takto nově vytvářená pracovní místa.

4) Podpora praxí v geograficky nevýhodných lokalitách (systém dorovnání kapitační platby nezměněn od roku 1997). Tato podpora se netýká jen dorovnání kapitační platby pro nízký počet pacientů, ale souvisí také s další podporou z úrovně krajů, měst a obcí (pokrytí nákladů na provoz praxe v nevýhodných lokalitách, dostupné zázemí pro mladé rodiny, dopravní obslužnost a další).

Poznámka závěrem:

Přechod mezi oběma obory byl nyní řešen vzájemným uznáváním praxe na základě společného stanoviska obou kateder IPVZ (schváleno v roce 2010 a vyvěšeno na stránkách IPVZ). Podle tohoto materiálu se při vzájemném uznávání na základě náplní obou oborů postupovalo. Součástí bylo

a dle mého i v budoucnu musí být doplnění povinných kursů v našem oboru. Dosud bylo výsledkem vzájemného posouzení stanovisko, na základě kterého a po splnění všech povinností, bylo nutné složit další atestaci. Byla to ze zákona povinnost, na základě které pak byla přidělena specializovaná způsobilost (v našem oboru ospravedlňovala k zahájení provozování praxe PLDD). Výjimkou byla situace podle přechodných ustanovení zákona (pro ty kdo atestovali z pediatrie a měli 3 roky praxe v oboru a z toho 1 rok v primární péči). Ti získali specializovanou způsobilost bez nutnosti skládat další atestaci. Domnívám se, že při zachování obou oborů by šestiměsíční stáž v akreditované ordinaci PLDD plus splnění povinných kursů mohla být uvedenou podmínkou opět v přechodných ustanoveních zákona a byla by tím zajištěna možnost vstupu do našeho oboru a získání specializované způsobilosti bez nutnosti složení další atestace. Náplň šestiměsíční stáže by vycházela z teoretických a praktických dovedností stanovených pro vlastní specializovanou část našeho oboru – praxi u PLDD (obsaženo ve vzdělávací náplni oboru PLDD spolu s úpravami kursů v souladu s požadavky MZ ČR na oblast epidemiologie a posudkovou činností PLDD).

S pozdravem

MUDr. Hana Cabrnachová

vedoucí Katedry praktického lékařství pro děti a dorost IPVZ

■ Stanovisko lékařských fakult České republiky k systému specializačního vzdělávání lékařů

Současná podoba a administrace specializačního vzdělávání lékařů a zkoušení atestačních zkoušek vychází z několika premis: především decentralizuje proces vzdělávání, jeho administrativu a proces zkoušení atestačních zkoušek na pět českých a dvě, do budoucna tři moravské lékařské fakulty. Tím vytváří síť přirozených center lékařské vzdělanosti, která jsou lokálně zodpovědná za specializační lékařské vzdělávání, za pořádání kursů spojených s tímto vzděláváním, včetně kursů, které předcházejí ukončení kmenů a atestačním zkouškám. Vznik této sítě tak souvisí s demokratickými posuny ve společnosti a oproti dřívějšímu monopolu jediného centra vede ke spolupráci, komplexitě a komplementaritě v oblasti specializačního vzdělávání. Přitom jsou všechny aspekty tohoto vzdělávání několikrát ročně



diskutovány na zasedáních a internetových komunikacích specializačních oborových rad jednotlivých oborů (SOR), obecné podmínky vzdělávání pak na zasedáních Koordinační oborové rady (KOR). V těchto komisích pracují zástupci všech lékařských fakult. Do budoucna by bylo vhodné, aby jednáním těchto komisí byli přítomni zástupci České lékařské komory a odborných společností. Lékařské fakulty se ve své organizační činnosti, při organizaci kursů a při zkoušení atestačních zkoušek zásadně řídí dokumenty, které vydává Ministerstvo zdravotnictví České republiky a příslušné akreditační komise. Ministerstvo mimo jiné rozhoduje o počtu a názvech základních a nástavbových oborů, akreditační komise pak o náplni vzdělávání v jednotlivých oborech. V této oblasti je tedy Ministerstvo zdravotnictví ČR a jeho akreditační komise základní strukturou, která délku i náplň specializační výuky určuje. Dosavadní zkušenost lékařských fakult v oblasti specializačního vzdělávání je zásadně pozitivní. Počet administrativních problémů je minimální a systém se ustálil relativně velmi rychle. K jednotlivým oblastem specializačního vzdělávání přijali děkani lékařských fakult níže uvedené stanovisko.

1. Systém specializačního vzdělávání lékařů

Lékařské fakulty podporují zachování současného systému vzdělávání postaveného na přípravném kmene a následném specializačním vzdělávání v rámci vyhláškou stanovených základních oborů (ZO), resp. nadstavbových oborů (NO). Lékařské fakulty zastávají názor, že vzhledem ke kaskádě systémových otřesů v oblasti specializačního vzdělávání lékařů během posledních 10 let není v zájmu zachování stability vhodné provádět další zásadnější změny systému.

2. Zajištění a poskytovatelé specializačního vzdělávání lékařů

Lékařské fakulty podporují současné nastavení systému, kdy se na organizaci v rámci kmenů a ZO podílí 7 lékařských fakult, s důležitou výjimkou pro všeobecné praktické lékařství, resp. praktické lékařství pro děti a dorost (organizaci zajišťuje IPVZ). Lékařské fakulty deklarují plnou připravenost zajistit specializační vzdělávání lékařů také v rámci stávajícího rozsahu NO, se zachováním organizace s vedením specializačního vzdělávání farmaceutů a nelékařských pracovníků na IPVZ. Lékařské fakulty zastávají názor, že

na zkoušení atestačních zkoušek lékařů se musejí podílet odborné společnosti a Česká lékařská komora.

3. Délka a rozsah specializačního vzdělávání lékařů

Lékařské fakulty považují současný systém vzdělávání spočívající v 17 kmenech v délce 24 měsíců a následné specializační přípravě v rámci 47 ZO v délce 2–4 roky dle oboru za vyvážený. Lékařské fakulty se ve shodě s dalšími odbornými a stavovskými organizacemi domnívají, že není žádoucí další atomizace specializačního vzdělávání lékařů v podobě opětovného navyšování počtu ZO.

4. Ukončení kmene

Kmen by měl být ukončen ústní zkouškou organizovanou a odborně zajištěnou na příslušné lékařské fakultě. Na základě ukončení kmene by měl lékař získat kompetenci vykonávat specifické penzum základních výkonů, jejichž rozsah bude jasně určen akreditační komisí příslušného navazujícího ZO v rámci vzdělávacího programu. Další výkony lékař provádí pod dohledem.

5. Atestační zkouška

Atestační přípravu a atestační zkoušku odborně i organizačně zajišťují lékařské fakulty (s výjimkou všeobecného praktického lékařství, resp. praktického lékařství pro děti a dorost, kde přípravu a zkoušku zajišťuje IPVZ). Náplň a obsah atestační zkoušky určují jednotlivé oborové AK. Lékařské fakulty považují za nezbytné provedení harmonizace obsahové náplně VP pro jednotlivé obory, dále je nutné provést úpravy logbooků tak, aby reflektovaly současný stav medicíny a reálnou potřebnost praktických dovedností lékaře v daném oboru, a to na platformě jednotlivých AK, ve spolupráci s lékařskými fakultami a odbornými společnostmi.

6. Akreditace

Akreditace a síť pracovišť, na kterých probíhá specializační vzdělávání lékařů, by měla umožnit absolvování maxima přípravy v terénu. Specializovaná část teoretické přípravy by měla probíhat na lékařských fakultách, vybraná specializovaná část praktické přípravy pak ve fakultních a krajských nemocnicích, a to v souladu s navrhovanou revizí VP. Dále by dle názoru lékařských fakult měl být Ministerstvem zdravotnictví ČR zveřejněn a pravidelně aktualizován seznam

školitelů v jednotlivých nemocnicích a lékařských fakultách pro jednotlivé obory.

7. Akreditační komise

Náplní oborových akreditačních komisí je příprava a kultivace jednotlivých VP, za účelem koordinace by podle názoru lékařských fakult měla být zřízena Redakční rada akreditační komise. Nominace do akreditační komise by měla probíhat paritně cestou: odborné společnosti, lékařské fakulty a stavovské organizace. Lékařské fakulty zastávají názor, že strukturální parita členství v rámci jmenování akreditační komise by měla reflektovat také zastoupení terénních pracovišť, na kterých probíhá specializační vzdělávání lékařů.

8. Koordinace specializačního vzdělávání lékařů

Lékařské fakulty se domnívají, že koordinační a metodická role v rámci systému specializačního vzdělávání lékařů patří bezvýhradně Ministerstvu zdravotnictví ČR. IPVZ, jako jeden ze soutěžitelů daného segmentu specializačního vzdělávání lékařů (ale též farmaceutů a nelékařských pracovníků), nemůže principiálně plnit roli koordinátora, metodika či arbitra v rámci daného systému, neboť je ve střetu zájmů.

9. Registr školenců a atestantů

Lékařské fakulty se domnívají, že je nezbytné bezprostředně zajistit obnovu funkčnosti registru atestantů a školenců vedených v systému specializačního vzdělávání lékařů. Lékařské fakulty trvají na tom, že roli vedení a správy takového registru (např. v rámci stávajícího EZP) musí nezastupitelně plnit Ministerstvo zdravotnictví ČR. Vklad do registru musí být umožněn všem složkám podílejícím se na organizaci specializačního vzdělávání lékařů (lékařské fakulty a IPVZ). Lékařské fakulty považují za nezbytné, aby Ministerstvo zdravotnictví ČR zajistilo také jednorázové retroaktivní překlopení veškerých dostupných údajů o specializačním vzdělávání lékařů z minulosti do tohoto registru. Lékařské fakulty jsou připraveny v této souvislosti k bezprostřední součinnosti, popř. zajištění této agendy formou univerzitního grantového projektu.

V Praze 17. 11. 2014

prof. MUDr. RNDr. Miroslav Červinka, CSc.
prezident Asociace lékařských fakult ČR



Právní rubrika

Zdravotní způsobilost lékaře

MUDr. Mgr. Dagmar Záleská

právní kancelář ČLK

Téma zdravotní způsobilosti k výkonu lékařského povolání bylo v posledních týdnech poměrně hodně mediálně frekventované. Shrnujeme základní informace týkající se této problematiky s cílem pomoci lékařům se v problému lépe orientovat.

Zdravotní způsobilost je jednou ze tří základních podmínek, kterými zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, podmiňuje výkon povolání lékaře. Pro připomenutí uvedme, že každý, kdo má zájem na území České republiky vykonávat povolání lékaře, musí doložit, že je k výkonu tohoto povolání:

- odborně způsobilý (má potřebné vzdělání),
- bezúhonný (nebyl pravomocně odsouzen k nepodmíněnému trestu odnětí svobody za úmyslný trestný čin, kterého se dopustil v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb),
- **zdravotně způsobilý** (neexistují zdravotní překážky, které výkon povolání lékaře omezují nebo vylučují).

Tyto podmínky zakotvil zákon č. 95/2004 Sb. s účinností od 2. 4. 2004.

■ Kdo zdravotní způsobilost u lékařů posuzuje

Podle zákona č. 95/2004 Sb. může vydat lékařský posudek o zdravotní způsobilosti k výkonu povolání lékaře **registrující poskytovatel zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství (tj. registrující praktický lékař)**, a není-li, pak **jiný praktický lékař**. Posuzující lékař je povinen postupovat jak v souladu s obecnými pravidly posudkové péče, která upravuje zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, tak podle speciální právní úpravy propisování zdravotní způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, kterým je prováděcí předpis k zákonu č. 95/2004 Sb.

– **vyhláška č. 271/2012 Sb., o zdravotní způsobilosti zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka.**

Vyhláška č. 271/2012 Sb. určuje **obsah lékařské prohlídky a náležitosti lékařského posudku**. Posuzující lékař musí v závěru lékařského posudku uvést, zda je posuzovaná osoba pro účel, pro který je posuzována, zdravotně způsobilá, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s omezením. Diagnóza se v lékařském posudku neuvádí. I zde se uplatní obecné pravidlo, že posuzující lékař musí lékařský posudek vydat nejdéle do 10 pracovních dnů ode dne, kdy žádost o vydání posudku obdrží. Lhůta počíná běžet až po obdržení posledního potřebného podkladu pro posouzení.

Vyhláška č. 271/2012 Sb. obsahuje **seznam nemocí, stavů nebo vad, které omezují nebo vylučují výkon povolání lékaře** (dále jen „Seznam nemocí“). V části A Seznamu nemocí jsou uvedeny nemoci, stavy a vady, u kterých je **výkon povolání lékaře vyloučen**, v části B Seznamu nemocí pak nemoci, stavy nebo vady, u kterých lze uznat **zdravotní způsobilost k výkonu povolání lékaře s omezením**. Podmínkou pro uznání způsobilosti s omezením je provedení odborného vyšetření lékařem se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru, z jehož závěru je zřejmé, že nastala údrava nebo remise anebo je prováděna klinicky uspokojivá udržovací nebo profylaktická léčba, která umožňuje i nadále výkon zdravotnického povolání.

Jestliže se posuzovaný lékař odmítne podrobit lékařské prohlídce nebo vyšetření, které je její součástí, lékařský posudek se nevydává a posuzující lékař tuto skutečnost zaznamená do zdravotnické dokumentace. Na posuzovaného lékaře se v takovém případě pohlíží jako na zdravotně nezpůsobilého. V případě, že o posouzení zdravotní způsobilosti požádala jiná k tomu oprávněná osoba (např. zaměstnavatel, správní orgán), posuzující poskytovatel této osobě oznámí,

že posudek o zdravotní způsobilosti ze shora uvedeného důvodu nevydal.

Lékařský posudek musí být prokazatelně předán posuzovanému lékaři a osobě, která o posouzení zdravotní způsobilosti oprávněně požádala. Prokazatelným předáním se rozumí převzetí posudku posuzovaným lékařem stvrzené jeho podpisem s uvedením data převzetí. Pokud o vydání posudku požádala oprávněná osoba (např. zaměstnavatel, správní orgán), předává se lékařský posudek zástupci této osoby, přičemž se uvede jeho jméno, číslo občanského průkazu nebo jiného dokladu totožnosti a důvod vydání posudku. Potvrzení o převzetí lékařského posudku musí být založeno do zdravotnické dokumentace vedené o posuzované osobě. Praktické je uvádět potvrzení o převzetí jako součást formuláře lékařského posudku. Posudek se vypracovává ve dvou stejnopisech, přičemž jeden stejnopis zakládá posuzující lékař do zdravotnické dokumentace. Pokud je lékařský posudek zasílán poštou, musí být doručení doloženo doručenkou. Za prokazatelné předání se považuje i převzetí lékařského posudku na základě elektronického doručení podepsaného uznávaným elektronickým podpisem do schránky uvedené posuzovanou osobou, resp. osobou, která o posouzení zdravotní způsobilosti požádala. **Lékařský posudek se považuje za prokazatelně předaný také v situaci, kdy osoba oprávněná k převzetí posudku odmítne posudek převzít nebo jeho převzetí stvrdit podpisem.** Tuto skutečnost zaznamená posuzující lékař do zdravotnické dokumentace a záznam podepíše posuzující lékař a další zdravotnický pracovník přítomný převzetí posudku. V případě odmítnutí převzetí lékařského posudku doručovaného prostřednictvím pošty se považuje lékařský posudek za prokazatelně předaný dnem jeho vrácení poskytovateli. Jednoznačné určení doby, kdy došlo k předání lékařského posudku, je pro praxi velmi důležité, jelikož je určující pro právní účinnost lékařského posudku. Právní účinky



lékařského posudku se závěrem, že posuzovaná osoba je *zdravotně nezpůsobilá, dlouhodobě pozbyla zdravotní způsobilost nebo je zdravotně způsobilá s podmínkou*, nastávají pro posuzovanou osobu (v daném případě lékaře) nebo osobu, která o vydání lékařského posudku oprávněně požádala, **dnem jeho prokazatelného předání**. Naproti tomu u lékařského posudku se závěrem, že posuzovaná osoba je *zdravotně způsobilá*, nastávají právní účinky posudku **dnem, kdy končí platnost předcházejícího posudku (pokud byl vydán), nejdříve však dnem uplynutí lhůty pro podání návrhu na jeho přezkoumání nebo dnem prokazatelného doručení rozhodnutí o potvrzení posudku správním úřadem**.

V této souvislosti je třeba také zmínit lhůtu, ve které je možné lékařský posudek uplatnit. **Lékařský posudek lze uplatnit pro účely, pro které byl vydán, nejpozději 90. den ode dne jeho vydání**. Touto dobou se rozumí lhůta, ve které může posuzovaný lékař předat posudek osobě, které z posudku vyplývají práva nebo povinnosti (zaměstnavatel, správní orgán). Pokud je podán návrh na přezkoumání lékařského posudku (viz níže) a správní úřad napadený lékařský posudek potvrdí, může tento posudek k tomu oprávněná osoba použít pro účely, pro které byl vydán, **do 10 pracovních dnů ode dne prokazatelného doručení potvrzeného posudku**.

Dobu, po kterou je možné lékařský posudek uplatnit, nelze zaměňovat s dobou platnosti posudku. Doba platnosti posudku, pokud má být omezená, je uvedena v lékařském posudku. Pokud má posuzující lékař za to, že zdravotní stav posuzované osoby se může měnit, je oprávněn dobu platnosti posudku omezit. V takovém případě po uplynutí doby, na kterou byl lékařský posudek vydán, pozbývá tento posudek platnosti a posuzovaná osoba se musí znovu podrobit lékařské prohlídce za účelem vydání nového lékařského posudku. Pro posouzení dalšího trvání zdravotní způsobilosti lze lékařskou prohlídku posuzované osoby provést nejdříve 90 dnů před koncem platnosti dosavadního lékařského posudku.

■ Co má posuzovaný lékař dělat, když se závěry lékařského posudku nesouhlasí?

Pokud posuzovaný lékař se závěry lékařského posudku nesouhlasí, musí podat **návrh na přezkoumání lékařského posudku**. Návrh

se podává poskytovateli, který posudek vydal, a musí být podán ve lhůtě **10 pracovních dnů ode převzetí posudku**. Návrh na přezkoumání může podat i osoba, u které je lékařský posudek uplatněn, nebo osoba, která si jeho vypracování vyžádala (zaměstnavatel, správní orgán). V takovém případě běží lhůta k podání návrhu na přezkoumání ode dne, kdy tato osoba posudek od posuzované osoby převzala. Poskytovatel je povinen podání návrhu na přezkoumání posudku bezodkladně písemně oznámit osobě, které uplatněním lékařského posudku vznikají práva nebo povinnosti, pokud je mu známa, a posuzovanému, pokud se nejedná o osoby, které samy návrh na přezkoumání podaly.

U lékařských posudků se závěrem, že posuzovaná osoba je zdravotně nezpůsobilá, zdravotně způsobilá s podmínkou nebo pozbyla dlouhodobě zdravotní způsobilost, nemá návrh na přezkoumání lékařského posudku odkladný účinek. To znamená, že pokud je lékař vydán zdravotní posudek se závěrem, že není k výkonu povolání lékaře zdravotně způsobilý, nemůže povolání lékaře ode dne převzetí tohoto posudku vykonávat, i když podal návrh na jeho přezkoumání, a to až do doby vydání nového lékařského posudku, který jeho zdravotní způsobilost potvrdí.

Poskytovatel může návrhu na přezkoumání lékařského posudku v plném rozsahu vyhovět. V takovém případě napadený lékařský posudek bezodkladně zruší a na základě zjištěných skutečností, popřípadě nového posouzení zdravotní způsobilosti, vydá posudek nový. Svůj postup je povinen v písemném oznámení odůvodnit. V opačném případě postoupí spis s návrhem na přezkoumání, včetně podkladů potřebných pro přezkoumání lékařského posudku a svého stanoviska, krajskému úřadu, který udělil poskytovateli oprávnění k poskytování zdravotních služeb, a to do 10 pracovních dnů ode dne doručení návrhu na přezkoumání. Správní orgán do 30 pracovních dnů ode dne doručení spisu

- návrh na přezkoumání zamítne a napadený lékařský posudek potvrdí, nebo
- napadený lékařský posudek zruší a vrátí věc poskytovateli k vydání nového lékařského posudku, nebo
- napadený lékařský posudek zruší.

Další návrh na přezkoumání lékařského posudku potvrzeného nebo zrušeného příslušným správním orgánem nelze podat. Jestliže

příslušný správní orgán potvrdí lékařský posudek, lze nové posouzení zdravotní způsobilosti provést pouze v případě, kdy je z lékařské prohlídky zřejmé, že posouzení zdravotní způsobilosti povede pravděpodobně k jinému závěru, než je uveden v dosavadním lékařském posudku.

■ Kdy se zdravotní způsobilost k výkonu povolání lékaře zjišťuje

Na území České republiky je možné vykonávat povolání lékaře v pozici zaměstnance nebo jako osoba samostatně výdělečně činná (tzv. OSVČ, které příslušný krajský úřad nebo magistrát udělí oprávnění k poskytování zdravotních služeb).

Zákon č. 95/2004 Sb. ukládá každému lékaři, bez ohledu na to, zda se jedná o zaměstnance či OSVČ, **povinnost doložit zdravotní způsobilost lékařským posudkem** v následujících situacích:

- a) **před zahájením výkonu povolání a před pokračováním ve výkonu povolání**, byl-li výkon povolání přerušen na dobu delší než 3 roky, nebo
- b) **v případě důvodného podezření, že došlo ke změně zdravotního stavu**,
 1. **na vyžádání správního úřadu**, který vydal oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle zákona o zdravotních službách, jde-li o lékaře, který poskytuje zdravotní služby vlastním jménem (OSVČ), nebo o odborného zástupce, nebo
 2. **na vyžádání zaměstnavatele**, jde-li o zaměstnance, který podle lékařského posudku poskytovatele pracovnělékařských služeb pozbyl zdravotní způsobilost k práci.

Další situace, kdy lze požadovat přezkoumání zdravotní způsobilosti, stanoví zákon o specifických zdravotních službách v rámci pravidel posudkové činnosti. Pokud **posuzující lékař** (v daném případě praktický lékař) zjistí, že došlo ke změně zdravotního stavu, na základě které již není posuzovaný lékař zdravotně způsobilý k výkonu svého povolání, je **povinen tuto skutečnost oznámit posuzovanému lékaři a bezodkladně též osobě, které uplatněním lékařského posudku vznikají práva nebo povinnosti**, je-li mu tato osoba známa (zaměstnavatel v případě zaměstnance, správní orgán u OSVČ). **Posuzovaný lékař se po oznámení považuje za zdravotně nezpůsobilého, popřípadě zdravotně způsobilého s omezením, a to**



do doby, než nastanou právní účinky nového lékařského posudku.

Kromě posuzujícího lékaře ukládá zákon o specifických zdravotních službách oznamovací povinnost **každému lékaři**, který má důvodné podezření, že změnou zdravotního stavu pacienta došlo ke změně zdravotní způsobilosti k činnosti, pro kterou je posuzován (v daném případě k výkonu povolání lékaře). V takovém případě je **ošetřující lékař povinen o této skutečnosti informovat pacienta (v daném případě posuzovaného lékaře) a poskytovatele příslušného k vydání lékařského posudku, pokud je mu tento poskytovatel znám. Ošetřující lékař není oprávněn informovat zaměstnavatele nebo správní orgán.** Součástí informace jsou údaje o zdravotním stavu pacienta, které vedly k podezření, že došlo ke změně zdravotní způsobilosti. Posuzovaný lékař je v takové situaci povinen dostavit se na vyzvání k lékařské prohlídce za účelem přezkoumání zdravotní způsobilosti a vydání nového lékařského posudku.

Pokud například lékař psychiatr diagnostikuje u svého pacienta, který pracuje jako lékař, onemocnění, které je neslučitelné s výkonem lékařského povolání, je povinen o tom pacienta informovat, současně je povinen tuto informaci předat jeho registrujícímu praktickému lékaři, pokud je mu znám. Skutečnost, že pacient byl poučen, doporučujeme zaznamenat do zdravotnické dokumentace s tím, že pacient zápis podepíše. Stejně tak by měl být proveden zápis o tom, že byla předána zpráva praktickému lékaři, případně že pacient registrujícího praktického lékaře nemá nebo jej odmítl ošetřujícímu lékaři sdělit.

V této souvislosti je třeba zmínit obecnou **povinnost všech poskytovatelů informovat registrujícího praktického lékaře pacienta o poskytnutých zdravotních službách.** Tuto povinnost nemá pouze registrující poskytovatel v oboru zubní lékařství a v oboru gynekologie a porodnictví, pokud si u nich praktický lékař vyšetření nevyžádal. Podle zákona o zdravotních službách lze za neinformování registrujícího praktického lékaře uložit sankci až do výše 100 000 Kč. **Zakotvením informační povinnosti všech poskytovatelů zdravotních služeb (se shora uvedenou výjimkou) vůči registrujícímu praktickému lékaři je zajištěn přísun informací k praktickým lékařům, kteří jsou v drtivé většině případů vydavateli lékařských posudků pro různé účely.** Na plnění informační povinnosti je

proto třeba důrazně apelovat. Pacient je povinen pravdivě informovat poskytovatele zdravotních služeb o všech skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb, pro případ porušení této povinnosti však zákon o zdravotních službách žádnou sankci neukládá.

■ Pracovnílékařské služby

Vedle zákona č. 95/2004 Sb. stojí právní úprava pracovnílékařských služeb obsažená v zákoně č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách. Posuzování zdravotní způsobilosti k práci u zaměstnanců se týká i lékařů. Zdravotní způsobilost k práci je oprávněn posuzovat buď **poskytovatel v oboru všeobecné praktické lékařství**, nebo poskytovatel **v oboru pracovní lékařství**.

Každý zaměstnanec je povinen podrobit se pracovnílékařským službám u poskytovatele pracovnílékařských služeb, kterého zaměstnavatel určí, a tomuto poskytovateli sdělit jméno a adresu registrujícího praktického lékaře a dalších poskytovatelů, kteří ho přijali do péče.

Poskytovatel pracovnílékařských služeb se při posuzování zdravotní způsobilosti k výkonu povolání lékaře řídí obecnou právní úpravou obsaženou v zákoně o specifických zdravotních službách a vyhlášce č. 79/2013 Sb., o pracovnílékařských službách a druzích posudkové péče, a speciální právní úpravou obsaženou ve vyhlášce č. 271/2012 Sb., o zdravotní způsobilosti zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka, která má před obecnou úpravou přednost. Poskytovatel pracovnílékařských služeb je povinen vyžádat si od registrujícího praktického lékaře aktuální výpis ze zdravotní dokumentace. I když je poskytovateli pracovnílékařských služeb předložen lékařský posudek o zdravotní způsobilosti k výkonu povolání lékaře vydaný registrujícím praktickým lékařem dle zákona č. 95/2004 Sb., je poskytovatel pracovnílékařských služeb povinen při každé lékařské prohlídce zkoumat aktuální zdravotní stav posuzovaného lékaře, aktualizovat anamnézu i výpis ze zdravotnické dokumentace vedené praktickým lékařem s cílem vyloučit existenci onemocnění, která možnost výkonu práce lékaře eliminují, a posoudit, zda je lékař způsobilý pracovat na konkrétním pracovním místě, resp. zvládnout konkrétní pracovní podmínky.

■ Závěr

Podle zákona č. 95/2004 Sb. jsou lékaři povinni dokládat zdravotní způsobilost k výkonu povolání před začátkem výkonu lékařského povolání nebo pokud je výkon povolání přerušen na dobu delší než tři roky. Nové posouzení zdravotního stavu je oprávněn požadovat správní orgán nebo zaměstnavatel pouze v případě důvodného podezření, že došlo ke změně zdravotního stavu. V případě lékařů zaměstnanců se přidružuje povinnost podrobit se pravidelnému přezkumu zdravotní způsobilosti k práci v rámci pravidelných pracovnílékařských prohlídek, které zajišťuje zaměstnavatel. Odpovědnost za to, že jsou splněny všechny podmínky, které zákon pro výkon povolání lékaře předpokládá, včetně zdravotní způsobilosti, nese primárně každý lékař sám. Pokud tato sebereflexe selže a lékař změnu zdravotní způsobilosti k výkonu povolání lékaře sám neoznámí, jsou nastaveny mechanismy, jak se může zaměstnavatel nebo správní orgán, který lékaři vydal oprávnění k poskytování zdravotních služeb, o potřebě přezkumu zdravotní způsobilosti dozvědět. Předpokladem však je, že se dotčený lékař se svými zdravotními problémy léčí. V takovém případě hraje klíčovou roli registrující praktický lékař, ošetřující lékař a v případě lékaře zaměstnance i lékař poskytující pracovnílékařské služby. Jak již bylo shora uvedeno, každý lékař je povinen informovat registrujícího praktického lékaře o poskytnutých zdravotních službách. Touto cestou by se registrující praktický lékař měl dozvědět o všech léčených zdravotních problémech registrovaných pacientů, včetně těch, které mohou modifikovat zdravotní způsobilost k výkonu povolání. Současně platí, že každý ošetřující lékař, který diagnostikuje onemocnění, které může ovlivnit zdravotní způsobilost k výkonu povolání (nutná znalost speciálních právních předpisů, u lékařů vyhlášky č. 271/2012 Sb.), je povinen o tom informovat jak pacienta, tak registrujícího praktického lékaře. **Povinnost (tedy i oprávnění) informovat zaměstnavatele nebo správní orgán (v případě OSVČ) o nutnosti přezkumu zdravotní způsobilosti k výkonu povolání lékaře má pouze registrující praktický lékař. Tato informační povinnost však vzniká pouze v případě důvodného podezření (jednoznačný závěr odborného vyšetření), že došlo k takové změně zdravotního stavu, která**



zdravotní způsobilost k výkonu povolání lékaře mění. Praktický lékař zaměstnavateli ani správnímu orgánu zásadně nesděljuje diagnózu, pouze jej upozorní na potřebu přezkumu zdravotní způsobilosti. **V případě pracovnílékařských služeb má informační povinnost vůči zaměstnavateli poskytovatel pracovnílékařských služeb.**

Aby shora uvedený systém mohl fungovat jako systém, který zabrání zdravotně

nezpůsobilým osobám ve výkonu lékařského povolání, je nezbytné, aby lékaři znali obsah vyhlášky č. 271/2012 Sb., která stanoví podmínky zdravotní způsobilosti lékařů. Současně je nezbytné, aby poskytovatelé zdravotních služeb předávali všechny informace praktickým lékařům a posuzující lékaři byli při posuzování zdravotní způsobilosti důslední a vyžadovali doložení všech potřebných podkladů. Jenom pokud bude

tento kontrolní mechanismus funkční, bude možné eliminovat případné snahy o zavedení nových pravidel posuzování zdravotní způsobilosti lékařů, která by pro lékaře znamenala další zbytečnou zátěž.

Převzato z Tempus Medicorum 10/2014

Seznam nemocí, stavů nebo vad, které vylučují nebo omezují zdravotní způsobilost k výkonu povolání

A. Nemoci, stavy nebo vady, které vylučují zdravotní způsobilost posuzované osoby k výkonu povolání a současně způsobují zdravotní komplikace nebo odchylky negativně ovlivňující bezpečné poskytování zdravotních služeb:

- a) klinicky závažné poruchy pozornosti, paměti, intelektu, úsudku a orientace, a to
 - 1. demence atroficko-degenerativního původu, sekundární demence, organický amnestický syndrom, chronické či recidivující organicky podmíněné poruchy vědomí,
 - 2. organicky podmíněná porucha osobnosti nebo
 - 3. klinicky závažné formy specifické poruchy osobnosti, a to paranoidní, schizoidní, disociální nebo emočně nestabilní poruchy osobnosti,
- b) neléčené, recidivující nebo chronické psychotické poruchy, a to
 - 1. schizofrenie,
 - 2. schizoafektivní porucha,
 - 3. porucha s bludy nebo
 - 4. schizotypní porucha,
- c) neléčené, recidivující nebo chronické poruchy nálady, a to
 - 1. manická epizoda,
 - 2. depresivní epizoda nebo
 - 3. bipolární afektivní porucha,
- d) poruchy osobnosti nebo poruchy chování vyvolané účinkem zneužívání alkoholu, psychoaktivních látek, léčiv nebo jejich kombinací,
 - 1. neschopnost vzdát se požívání alkoholu nebo zneužívání psychoaktivních látek, léčiv nebo jejich kombinací ovlivňujících bezprostředně a opakovaně schopnost výkonu zdravotnického povolání,
 - 2. aktivní závislost na alkoholu, psychoaktivních látkách, léčivech nebo na jejich kombinacích,
 - 3. reziduální stavy nebo psychotické poruchy s pozdním začátkem vyvolané účinkem alkoholu, psychoaktivních látek, léčiv nebo jejich kombinací, a to poruchy osobnosti nebo chování, psychotické reminiscence, amnestický syndrom, demence.

B. Nemoci, stavy nebo vady, které omezují zdravotní způsobilost posuzované osoby k výkonu povolání a u kterých předpokladem uznání zdravotní způsobilosti k výkonu povolání s omezením je provedení odborného vyšetření:

- a) symptomatické organické psychické poruchy nebo trvalé organické psychické poruchy klinické závažnosti, včetně postencefalitického nebo postkontuzního syndromu,
- b) přechodné psychotické poruchy, a to
 - 1. akutní psychotická porucha s příznaky schizofrenie nebo bez příznaků schizofrenie,
 - 2. akutní schizoformní psychotická porucha nebo
 - 3. indukovaná porucha s bludy,
- c) poruchy nálady s uspokojivou remisí, a to
 - 1. rekurentní depresivní porucha,
 - 2. bipolární afektivní porucha,
 - 3. dystymie nebo
 - 4. cyklotymie,
- d) závažné formy obsedantně-kompulzivní poruchy, fobické úzkostné poruchy nebo přetrvávající změna osobnosti po katastrofické zkušenosti,
- e) klinicky závažné formy specifických poruch osobnosti, a to histeriánská, anankastická nebo anxiózní porucha osobnosti,
- f) poruchy osobnosti nebo poruchy chování vyvolané účinkem alkoholu, psychoaktivních látek, léčiv nebo jejich kombinací, především závislost na alkoholu nebo psychoaktivních látkách anebo léčivech nebo jejich kombinacích; za zdravotně způsobilého s omezením lze uznat posuzovanou osobu, pokud délka abstinčního období trvá nepřetržitě nejméně 2 roky; délka abstinčního období se potvrdí čestným prohlášením posuzované osoby a potvrzením lékaře provádějícího protialkoholní léčbu.



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Alena Šebková

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

Konference SPLDD ČR v Průhonicích potvrdila stanovisko OSPDL ČLS JEP a SPLDD ČR o zachování atestovaného oboru Praktické lékařství pro děti a dorost. Na všech jednáních, která absolvují zástupci OSPDL a SPLDD společně – především dr. Šebková a dr. Hülleová, toto stanovisko zastáváme. Byly vytvořeny mnohé materiály (za spolupráce dalších členů obou výborů, především dr. Kudyna a dr. Kubátové), včetně podporujících materiálů evropské organizace pro primární péči v dětském věku, vysvětlujících náplň práce a potřebnost oboru. Materiály byly poskytnuty zástupcům MZ ČR, ministerské komise pro vzdělávání, zástupcům zdravotního výboru Parlamentu (schůzka našich zástupců 3. 12.).

Zdůrazňujeme, jak je nutná kvalitní příprava lékaře, který má pracovat v primární péči a starat se o děti a dorost v první linii. Kvalita této péče u nás a zkušenosti mnohých z nás s „primární péčí v Evropě“, která je nám tak dávana za vzor (!), potvrzují správnost systému, který u nás funguje a ke kterému se dnes přibližuje curriculum primární péče o děti a dorost v Evropě, v současné době vypracovávané příslušnými evropskými organizacemi. Naše zástupkyně se na tvorbě tohoto curricula podílejí a je čerpáno z našich zkušeností!

A jak vypadá „realita“?

Cca půl roku leží žádost našich organizací o schůzku s ministrem zdravotnictví na ministerstvu. Předseda ČPS ČLS JEP informuje na různých jednáních, včetně Konference SPLDD, že souhlasíme se vstupem neatestovaného lékaře do praxe a požadujeme zkrácení předatestační přípravy. Na MZ u náměstka prof. Vymazala jsme se konečně „natvrdo“ dozvěděli, že je v plánu zrušení našeho oboru (jednání 19. 11.). Dosud nám

ale nikdo nebyl schopen racionálně vysvětlit důvod požadavku zrušení našeho oboru.

Možná je čas na otázku, jak to bude dál s pediatrií v ČR. Jakou koncepci péče o děti a dorost má náš stát? Má zájem o péči, kterou dětem garantuje Ústava ČR i Charta práv dítěte – tedy o péči na nejvyšší možné odborné úrovni?!

20. 11. – **Výbor OSPDL** – vybrané informace:

Vzdělávání v roce 2015:

Ve finále jsou témata **pátečních seminářů** na příští rok: Genetika a Ortopedie, jsou již postavené programy, přednášky jsou postaveny směrem do praxe a jsou velmi zajímavé. Finalizuje se program **setkání školitelů**, náplň bude odpovídat požadavkům z posledních setkání – především problematika a činnost akreditovaných pracovišť.

V rámci **Kongresu primární péče** se budou konat kulaté stoly a pracovní skupiny týkající se výživových témat, očkování, ale v souvislostech širších, bude nastavena spolupráce s neonatologií. Dále jsou v plánu **Konference od A do Z**, které měly v loňském roce velký úspěch, měly by být vyústěním **Očkovacích akademií**, jejichž program bude koncipován tak, aby byl stále přitažlivý a přinášel především novinky. V září 2015 se bude konat **1. mezioborová konference PLDD**, tentokrát na téma „Výživa v souvislostech“, kde bude pokračovat dosavadní nastavená a úspěšná spolupráce s Gastrologickou skupinou ČPS ČLS JEP, jmenovitě doc. Bronským, Společností pro výživu, prim. Tláskalem, dále bude program skládán ve spolupráci se Společností dorostového lékařství ČLS JEP, MUDr. Kabíčkem, a Neonatologickou společností ČLS JEP, MUDr. Kantorem. Program bude průřezem celým dětským a dorostovým věkem, té-

mata jsou postavena i s ohledem na životní styl, pohyb, riziková chování, složení potravin apod. Pokračovat budou „**interaktivní workshopy výživy**“.

OSPDL byla vyzvána MZ k zaslání připomínek k novele vyhlášky o lázeňské péči, připomínky vypracovala dr. Šebková, téměř všechny byly akceptovány.

Spolupráce se SZÚ:

Ve finále je materiál Vývoj řeči v dětském věku – vyjde jako materiál pro lékaře, ve stručné formě i jako materiál pro rodiče, dále bude k dispozici materiál Hyperaktivní dítě. Dále jsou domluveny úpravy materiálů Cvičení při vadném držení těla a pedes plani. Materiály ze SZÚ jsou povětšinou k dispozici na webu OSPDL, kde je i kontakt na pracovníci s možností objednání tištěných materiálů, které jsou na SZÚ k dispozici.

OSPDL se zapojila do propagace prevence onkologických onemocnění vyvolaných HPV infekcí. Připojili jsme podpis na výzvu HPV college k dalším společnostem (ČLS JEP, Česká dermatovenerologická společnost ČLS JEP, Česká gynekologická a porodnická společnost ČLS JEP, Sdružení soukromých gynekologů ČR, Sdružení praktických lékařů ČR, Česká společnost otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP), onkolog prof. Vorlíček, dr. Šebková a dr. Gricová se za OSPDL zúčastní dalších aktivit upozorňujících na možnosti prevence HPV infekce.

WEB OSPDL – doporučeno založit složku Doporučená literatura, stejně tak zvážíme možnost „knihovničky OSPDL“, kde by mohla být k dispozici odborná literatura. Jako první je k dispozici kniha Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví autorů P. Kabíček, L. Csémy, J. Hamanová a kol.

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

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

5. 2. 2015

Epidemiologická situace tuberkulózy. BCG vakcinace.

MUDr. Jiří Wallenfels

Národní jednotka dohledu nad TBC



OSPDL ČLS JEP



Exotické nemoci

Doc. MUDr. Rastislav Maďar, Ph.D.

Centra očkování a cestovní medicíny Avenier

Fórum infekční, tropické a cestovní medicíny

■ Žlutá zimnice

Žlutá zimnice je infekční onemocnění virového původu s vysokou letalitou. U neočkovaných osob může až v 50 % případů končit fatálně. Původcem onemocnění je virus žluté zimnice patřící do rodu *Flavivirus*, endemický v subtropických a tropických zemích Afriky (od subsaharské Afriky po Angolu a Tanzanii) a Latinské Ameriky (od panamského kanálu až po severní pohraničí Argentiny). Žlutá zimnice se vyskytuje ve dvojí formě – jako městský a džunglový typ.

Městskou formu šíří z člověka na člověka samičky komárů *Aedes*, kterým vyhovuje stávající trend urbanizace a vznik velkých metropolí. Krev sají opakovaně na více lidech a vyskytují se v blízkosti lidských obydlí. K množení jim stačí i malý objem vody v nádobách, sudech na vodu, odpadcích, pneumatikách apod. U džunglového typu nákazy, který se vyskytuje v tropických lesích, jsou rezervoárem různí obratlovci, zejména opice a vačice. Jedná se o nákazu s přírodní ohniskovostí. Touto formou nemoci onemocní lidé nejčastěji v období dešťů.

Inkubační doba nemoci je poměrně krátká, od dvou do šesti dnů. **Klinické onemocnění** začíná náhle horečkou, únavou, slabostí, bolestí hlavy, zad a kloubů, často bývá nechutenství, zvracení, světlolachost. Pacient má zarudlé spojivky a překrvené sliznice. Onemocnění může probíhat mírně, kdy dojde k poklesu horečky a k uzdravení. U části postižených horečka po dvou dnech znovu stoupne, objevuje se hepatocelulární ikterus, dochází k poškození ledvin a ke krvácení do kůže a sliznic. Pacient má zastřené vědomí, křeče, může se vyvinout kóma a úmrtí.

Neúčinnější prevencí žluté zimnice je očkování, které je při cestách do endemických oblastí doporučeno nebo povinné. Seznam endemických zemí i s uvedením případné povinnosti vakcinace vydává Světová zdra-

votnická organizace. Existují země, kde je v určitých oblastech vysoké riziko nákazy, jinde na jejich území je však nízké až nulové, např. Amazonie v Brazílii oproti pobřežnímu pásu a velkým městům Rio de Janeiro a São Paulo, nebo nížinné oblasti Etiopie v porovnání s hlavním městem Addis Abeba, jež je ve vysoké nadmořské výšce. Do hlavního města obou zemí je tedy možné cestovat bez preventivního očkování, rozhodnutí o výletu do rizikové oblasti přímo na místě však může mít pro neočkovanou osobu fatální následky. Při cestách do parciálně endemických oblastí (většinou v Latinské Americe) nemusí být očkování místními úřady vyžadováno povinně, neočkovaná osoba však může mít problém překročit hranice sousední země, která si chrání svou populaci před zavlečením žluté zimnice.

Očkování se provádí atenuovanou a lyofilizovanou vakcínou, která obsahuje živý oslabený virus pomnožený na kuřecích embryích. Doplňkovou prevencí je používání účinných repelentů v průběhu celého dne, tedy nejen večer. Očkují se dospělé osoby a děti od devíti měsíců věku. **Ve věku od šesti do devíti měsíců a nad šedesát let věku je očkování vhodné jen při jasné indikaci s pobytem ve vysoce rizikové oblasti. Očkování pod šest měsíců věku se nedoporučuje. Kojenci, těhotné a v minulosti neočkované kojící ženy by do vysoce rizikových oblastí cestovat neměli.** Preventivní očkování vyžadují i některé neendemické země od cestovatelů příjezdějících z rizikových oblastí v rámci maximální inkubační doby šesti dní jako prevenci importu. **Očkování by mělo být provedeno nejméně deset dnů před vstupem do endemické oblasti, jeho platnost je celoživotní (Life-long).** Vakcína se aplikuje v jedné dávce preferenčně subkutánně do deltového svalu nebo do anterolaterální strany stehna u malých dětí.

Očkování je dále kontraindikováno u osob

- alergických na vaječnou bílkovinu nebo kteroukoli složku přípravku,
- s imunosupresí,

- s dysfunkcí brzlíku,
- se symptomatickou nebo asymptomatickou HIV infekcí,
- dočasnou KI je aktuální těžký febrilní stav nebo významnější akutní nemoc.

Vakcína proti žluté zimnici musí být aplikována ve specializovaném očkovacím centru (ambulanci cestovní medicíny) a očkování musí být zapsáno v mezinárodním očkovacím průkazu. Osvědčení musí vlastnoručně podepsat oprávněný lékař nebo jiný způsobilý zdravotnický pracovník, který na podání vakcíny dohlížel, s potvrzením úředním razítkem oficiálního očkovacího centra. Zastává-li odborný pracovník názor, že očkování je ze zdravotních důvodů kontraindikováno, uvede dotyčnému pacientovi písemně v anglickém jazyce důvody, na nichž se jeho názor zakládá, a příslušné orgány při příjezdu, přiletu či připlutí by to měly vzít v úvahu. Dotyčný pacient musí být v této situaci informován o případných rizicích spojených s absencí postvakcinační imunity a jiných formách nespecifické prevence.

■ Malárie

Malárie je jedna z nejzávažnějších infekčních nemocí s vysokou mortalitou. Ročně jí onemocní více než 500 miliónů lidí, z nichž více než 1 milión zemře, většinou děti do pěti let. Toto číslo představuje více než dva tisíce smrtelných případů denně. Vyskytuje se v téměř stovce zemí světa. V posledních letech sledujeme vzestupný trend hlášených importovaných případů malárie v ČR oproti minulosti, přitom nemalá část případů prodělaných českými cestovateli v cizině hlášení a registraci uniká.

Nejrizikovější endemické malarické oblasti zahrnují Amazonii, subtropickou a tropickou Afriku, méně turistické a venkovské části Indie i Srí Lanky, povodí Mekongu, východní Indonésii a území Papuy-Nové Guiney. Vyskytuje se však i v dalších oblastech světa.



Inkubační doba závisí na druhu plazmodia, většinou od jednoho do šesti týdnů, výjimečně se může onemocnění projevit i za několik měsíců. Mezi **hlavní příznaky** malárie patří horečka a chřipce podobné projevy, včetně zimnice, bolesti hlavy, kloubů, svalů a únavy. Přítomné mohou být i nauzea, zvracení a průjemy. Nemocný se cítí zcela vyčerpaný, trpí záchvaty zimnice, třesavky. **Horečky se** mohou, ale **nemusejí pravidelně opakovat**. Objevují se anémie, ikterus, hepatosplenomegalie. Onemocnění terciánou či kvartánou mívá benigní průběh. Při onemocnění formou tropika (*Pl. falciparum*), pokud není včas zahájena léčba, může dojít k vzniku maligní malárie – ke změně vědomí, šoku, selhávání ledvin, plic a jater s poruchou hemokoagulace. Pokud v klinickém obraze převládají známky poškození mozku jako kóma, křeče a ložiskové příznaky, jde o cerebrální malárii. Po prodělané infekci **jsou možné opakované nákazy** stejným i jiným druhem malarického plazmodia. **Lékař má myslet na malárii při každém horečnatém onemocnění u osoby, která v posledních týdnech až měsících pobývala v malarické oblasti.** Předpokladem správné diagnózy je podrobná cestovní anamnéza. Základní vyšetření se provádí z periferní krve, tzv. tlustá kapka k nalezení plazmodií a tenký krevní nátěr k jejich druhovému určení. Pro dlouhodobé pobyty v endemické oblasti bez možnosti užívat antimalarika po celou dobu jsou k dispozici malarické rychlotesty s vysokou senzitivitou z kapky kapilární krve.

Předpokladem úspěšné **léčby** je včasná a přesná diagnóza a včasné podání účinného antimalarika. Přítomnost plazmodií ve více než 2 % červených krvinek svědčí pro maligní průběh onemocnění se závažnou prognózou. Pokud nemocný řádně užíval příslušnou chemoprophylaxi, k léčbě se volí zásadně jiné antimalarikum. Po aplikaci účinného antimalarika dochází během 48–72 hodin ke snížení horečky, zlepšení stavu a poklesu parazitémie. Nemocní s malárií se hospitalizují. Pro léčbu v terénních podmínkách jsou vhodné přípravky s obsahem artemisininu a lumefantrinu (tzv. ALU), které se nesmějí předepisovat preventivně z důvodu zábrany rezistenci. Chinin a SP (sulfadoxine/pyrimethamine) představují starší formy léčby se známou rezistencí,

lékem volby jsou proto při nedostupnosti léčiv s jinou účinnou látkou.

Nespecifická prevence malárie:

- Omezit pobyt venku od západu do východu slunce.
- Nosit volný světlý oděv, dlouhé rukávy a kalhoty, existují i repelenty na impregnaci oděvů.
- Ošetřit účinným repelentem kůži nekrytou oděvem.
- Používat insekticidy do místností, sítě do oken a dveří.
- Používat moskytiéry.
- Bydlení volit co nejdále od lůhnišť komárů.

Chemoprophylaxe musí být takzvaně „šitá na míru“, důležitý je výskyt a spektrum rezistence malarických kmenů v dané oblasti. Žádná chemoprophylaxe nechrání absolutně, u průlomových infekcí je však předpoklad zmírnění průběhu nemoci.

Při volbě antimalarik je vždy třeba vzít v úvahu:

- Výskyt malárie v místě pobytu (malárie má sezónní charakter), podíl tropické malárie v dané oblasti a výskyt rezistence na antimalarika. V mnohých zemích má malárie ohniskový výskyt, není přítomná v celé zemi.
- Délku a charakter pobytu (město × venkov, hory × nížina, batůžkář × hotelový turista). Nad 2000 m n. m. je riziko zanedbatelné.
- Speciální plánované aktivity (potápění s bombou, horolezectví, řízení motorových vozidel).
- Základní zdravotní stav cestovatele.
- Dostupnost zdravotní péče v místě pobytu.
- Vedlejší účinky a kontraindikace navrhovaného antimalarika a jeho interakce se současně podávanými léky.
- **Předchozí užívání antimalarik a jejich snášenlivost.**

Antimalarika je vhodné užívat s jídlem nebo po jídle a dostatečně zapít vodou. Antimalarikum na bázi meflochinu (Lariam) není od začátku roku 2014 v ČR k dispozici. V ČR jsou momentálně z antimalarik běžně dostupné:

- Plaquenil 250 mg, indikován z důvodu rezistence již jen do regionu Střední Ameriky.

- Malarone tbl. s izolovaným účinkem na *Pl. falciparum* nad 40 kg hmotnosti.
- Přípravky na bázi doxycyklinu, např. Doxyhexal, Deoxymykoin – je možné užívat je dlouhodobě, a to i několik měsíců, nejsou však vhodné pro děti do osmi let věku a při nadměrné expozici slunečnímu záření.

Cestovatelé z ČR směřují do rizikových malarických oblastí stále častěji, je třeba, aby je lékař vždy upozornil na možné riziko nebezpečné malárie. Doporučení vhodných antimalarik a poučení, jak se chránit před bodnutím komáry, může cestovateli zachránit život. V případě nejistoty nebo nedostatku času lze pacienta odeslat na specializované pracoviště očkování a cestovní medicíny. Účinná očkovací látka proti malárii stále není dostupná.

■ Horečka dengue

Horečka dengue je akutní virové onemocnění způsobené virem dengue, sérotyp DENV-1, DENV-2, DENV-3, DENV-4 z čeledi *Flaviviridae*. Incidence a geografická distribuce této nemoci jsou v posledních dekádách na prudkém vzestupu. **WHO odhaduje cca 50–100 miliónů infekcí ročně, z nichž přibližně 2,5 % nemocných infekcí podlehe. V riziku výskytu horečky dengue žije cca 2,5 miliardy osob, tj. 40 % celosvětové populace.** Před rokem 1970 se dengue vyskytovala jen v devíti zemích světa, v současnosti je tato infekce endemická ve více než stovce zemí v Africe, Americe, východním Středomoří, jihovýchodní Asii, západním Pacifiku. Nejrizikovějšími oblastmi jsou Střední a Jižní Amerika, jihovýchodní Asie a západní Pacifik s výrazně stoupajícími počty nemocných. Existuje i hrozba epidemií horečky dengue v Evropě, **lokální přenos byl zaznamenán ve Francii a v Chorvatsku v roce 2010.** V průběhu epidemie horečky dengue v roce 2012 **na Madeiře bylo diagnostikováno 1800 případů** a importované případy byly hlášeny z dalších pěti zemí Evropy.

Zdrojem nákazy je člověk ve stadiu virémie, která vzniká krátce před prvními příznaky nemoci. Nákaza se přenáší komáry rodu *Aedes* s největší aktivitou dvě hodiny po východu slunce a několik hodin před setměním. Larvy komárů se množí zejména ve stojatých vodách v malých nádržích, nádobách



a džbánech na vodu, ve vodních stokách na periferii velkoměst, v odhozených nádobách a v plastových lahvích.

Inkubační doba je v rozmezí 3–14 dnů.

Až 80 % nákaz proběhne inaparentně. **Typickými příznaky** onemocnění jsou zimnice, horečka, výrazné bolesti hlavy – obzvláště retrobulbární, bolesti svalů a kloubů, nauzea, zvracení, zarudnutí obličeje, krku a hrudníku. **Leukopenie a trombocytopenie** jsou běžným laboratorním nálezem.

Závažnější **maligní forma** může probíhat jako hemoragická horečka. Mezi 3. a 7. dnem nemoci dochází k náhlému poklesu teploty, pacient je neklidný, spavý, zvrací, má bolesti břicha, objevují se krvácivé projevy – petechie a sufuze na kůži, může nastat krvácení do gastrointestinálního, urogenitálního traktu nebo do CNS. Podle převažující symptomatologie se maligní forma označuje buď jako hemoragická horečka, nebo jako šokový syndrom. Po prodělané nemoci zůstává celoživotní imunita vůči sérotypu, který nemoc způsobil, avšak **následující infekce jiným sérotypem může způsobit těžký průběh nemoci**. V rámci diferenciální diagnostiky přicházejí v úvahu z infekčních nemocí zejména malárie, leptospiroza, břišní tyfus a chikungunya.

Léčba je výlučně symptomatická, zahrnuje klid na lůžku, dostatečnou hydrataci, antipyretika a analgetika. **Nedoporučují se nesteroidní antiflogistika**, která interferují s funkcí trombocytů a mohou prohloubit poruchu krevní srážlivosti. **Aplikace antibiotik a kortikosteroidů nemá žádný benefit**.

V současnosti není k dispozici účinná očkovací látka, očekává se však v dohledné době. **Prevencí je ochrana repelentními přípravky obsahujícími diethyltoluamid DEET**. Cestovatelé s anamnézou prodělané horečky dengue by se před touto nemocí měli chránit obzvláště pečlivě.

■ Horečka chikungunya

Podobný klinický obraz, terapii a prevenci jako horečka dengue má i arboviróza chikungunya s částečným překrytím endemických oblastí. Její prognóza je však mnohem příznivější, fatální následky jsou vzácné, většinou u pacientů s jinou závažnou diagnózou. V roce 2014 tato nemoc pronikla poprvé v historii významněji na západní

polokouli a endemizovala se zejména v karibské oblasti.

Nejčastějším dlouhodobým následkem je intenzivní perzistující artralgie, která může zejména u starších osob přetrvávat i několik měsíců. V roce 2007 došlo následkem importu cestovatelem z Indie po nasátí krve místními přenašeči k dočasné sezónní endemizaci horečky chikungunya na území severovýchodní Itálie v oblasti mezi Ravennou, Cesenou a Rimini se stovkami postižených obyvatel bez anamnézy pobytu v rizikové oblasti. Autochtonní přenos nákazy se zastavil až příchodem chladného ročního období.

■ Západonilská horečka

Západonilská horečka (West Nile Fever – WNF) je virová infekce přenášená komáry rodu *Culex*, méně často i *Aedes spp.*, *Anopheles spp.*, *Mansonia spp.* (v ojedinělých případech i klíšťaty), vyskytující se v tropickém i v mírném klimatickém pásmu. V posledních letech se čím dál častěji vyskytují lidské případy této infekce i na evropském kontinentu – Maďarsko, Rumunsko, Řecko, Kypr apod. Jedna z největších evropských epidemií této nemoci se dvěma případy úmrtí proběhla v létě 2010 v severním Řecku. Případy humánní infekce diagnostikovali v loňském roce i v Rumunsku a v Maďarsku (zde již i ve dvou předchozích letech). V létě roku 2009 bylo zaregistrováno 16 případů neuroinvasivní formy WNF v Itálii v regionech Veneto, Emilia Romagna a Lombardia. Doposud jsou v ČR hlášeny pouze dva případy nákazy virem WNF, a to jako importovaná onemocnění v roce 2007 v souvislosti s pobytem v Tanzanii a na Kypru. Vedle afrického kontinentu se tato nemoc vyskytuje zejména v oblasti Blízkého východu, Indie a Indonésie. Endemická je i na většině území USA. Je pravděpodobné, že v dohledné době se budeme setkávat s touto nemocí i u obyvatel ČR, a to i bez cestovatelské anamnézy následkem autochtonního (nebo dokonce endemického) přenosu v rámci území naší země.

Kromě lidí, ptáků a koní infikuje RNA virus WNF (který je podobný viru dengue a patří do antigenního komplexu japonské encefalitidy) i psy, kočky, netopýry, tchoře, opice, veverky a králíky. Virulence viru WNF je v porovnání s původci japonské encefalitidy nebo St. Louiské encefalitidy signifikantně nižší.

Většina případů nákazy probíhá asymptomaticky, i proto je komplikované stanovit skutečnou cirkulaci viru v populaci. U části infikovaných probíhá nemoc pod obrazem febrilní nemoci a jen u malé proporce dochází k zánětu CNS. Poměr těchto forem je přibližně 110:30:1. Vnímavost k nákaze je vyšší u osob nad padesát let věku, u mužů a při poruchách imunity.

Febrilní forma WNF má **inkubační dobu dva až patnáct dnů**, po které se s horečkou objevují bolesti hlavy (zejména frontální), zimnice, pocení, únava, lymfadenopatie, artralgie, myalgie a další chřipce podobné příznaky. Občas se na trupu projeví makulopapulózní exantém a u některých pacientů i příznaky postižení gastrointestinálního systému (nauzea, zvracení, anorexie, průjem). Příznaky ve většině případů ustupují za sedm až deset dnů, únava však může přetrvávat několik týdnů a lymfadenopatie až dva měsíce. U **infekce mozku** se k uvedeným klinickým příznakům přidružuje porucha vědomí, hyperaktivní a následně hypoaktivní šlachové reflexy, objevují se extrapyramidové symptomy.

Vzácnější postinfekční následky zahrnují i další stavy: anteriorní myelitidu, syndrom Guillain-Barré, multifokální chorioretinitidu, hepatitidu, myokarditidu, nefritidu, pankreatitidu, splenomegalii.

Principiální vektor – komár *Culex spp.* je schopen přezimovat chladné období ve formě hibernace v podzemních úkrytech, sklepích, jeskyních, opuštěných tunelech. Přenos infekce je za jistých okolností možný i interhumánně, např. krví nebo konjunktivální expozicí. Zjistil se také přenos krevní transfuzí, prostřednictvím transplantovaných orgánů, intrauterinně nebo kojením. I když zatím neexistuje specifická léčba, včasné zahájení terapie má významnou úlohu v prevenci neurologických komplikací a případných dlouhodobých následků s protražovanou rekonvalescencí. Klíčovou úlohu v prevenci nemoci má pečlivá ochrana před bodavým hmyzem.

Preventivní vakcinace ani kauzální léčba zatím nejsou k dispozici. Existuje neživá vakcína pro imunizaci koní, která byla ve vybraných zoologických zahradách použita i k imunizaci chovů ptáků, avšak se sporným efektem. Terapie je jen symptomatická, zkoušelo se použití antiretrovirových léků,



ribavirinu, intravenózně imunoglobulin nebo interferon alfa.

Prevence spočívá v ochraně před létajícím bodavým hmyzem: světlé oblečení, dlouhé rukávy a kalhoty, aplikace repelentu na kůži, moskytiéry, impregnace oděvů a sítí insekticidem. Od roku 2003 je v USA screening na původce WNF součástí rutinních testů dárců krve. Transfuzní stanice ve Velké Británii vyžadují po návratu z USA, Kanady a dalších endemických oblastí odstup minimálně 28 dnů od darování krve. Stejný odstup od návštěvy zájemce o darování krve v rizikových regionech (bez uvedení konkrétních zemí) požadují i transfuzní stanice v mnoha dalších zemích, včetně České republiky, interval 28 dnů uvádějí i doporučení Společnosti pro transfuzní lékařství.

■ Japonská encefalitida

Japonská encefalitida je specifickou nemocí asijského kontinentu, především jeho východní části od jižních nížinných oblastí Nepálu, Indie, jihovýchodního Pákistánu až po východní pobřeží Číny, Tchaj-wan, ruský Sachalin, Filipíny a Indonésii.

Jedná se o virový zánět mozku, který přenáší komár rodu *Culex*, každoročně postihuje desítky tisíc místních obyvatel. V některých oblastech hrozí nákaza jen na jaře a v létě, jinde v průběhu celého roku, nejvíce však během období dešťů.

Riziku jsou vystaveny zejména osoby pohybující se na venkově po západu slunce (tj. v době aktivity přenašeče), především v blízkosti chovů prasat, která jsou spolu s ptáky hlavním rezervoárem viru pro komáry. Často jde o zdravotníky, archeology, geology, výzkumníky, vědce apod., kteří do endemických oblastí přijíždějí z pracovních důvodů, nebo o osoby pobývající v rizikové zemi dlouhodobě, včetně studentů. Běžní turisté navštěvují endemické venkovské oblasti v rizikové sezóně poměrně zřídka. Ve velkých městech, tradičních turistických oblastech a přímořských letoviscích riziko nákazy většinou nehrozí nebo je nízké.

Japonská encefalitida si každoročně vyžádá tisíce lidských životů, především dětí (smrtnost dosahuje až 30 %) a starších osob, přibližně u třetiny přeživajících pacientů zanechává trvalé neurologické následky. I když u zahraničních návštěvníků je klinické onemocnění málo časté (možné

jsou i bezpříznakové formy infekce), tuto nemoc nelze podceňovat. Před cestou do endemických oblastí při splnění uvedených rizikových podmínek, tj. návštěva venkova, sezóna dešťů, pobyt ve večerních hodinách, se doporučuje preventivní očkování dvěma dávkami vakcíny Ixiaro v odstupu 28 dnů. Třetí dávka posilující imunitu se má podat v průběhu druhého roku po základním očkování, tj. nejpozději do 24 měsíců. U osob ve vysokém riziku nákazy se však doporučuje přeočkovat jednou dávkou po dvanácti měsících. Vakcínu Ixiaro je možné aplikovat dětem **od dvou měsíců věku i dospělým. Dětem do tří let se má aplikovat poloviční dávka vakcíny, tj. 0,25 ml z 0,5 ml ve stříkačce.** Druhou protektivní dávku vakcíny se doporučuje aplikovat nejméně dva týdny před příjezdem do rizikové oblasti, očkovat první dávkou je proto vhodné nejpozději šest týdnů před cestou. I pozdější očkování je však lepší než žádné. Je to neživá očkovač látka, kterou může aplikovat i praktický lékař. **Důležitou úlohu v prevenci japonské encefalitidy mají i repelenty, moskytiéry a další způsoby ochrany před komáry s veškerými nočními aktivitami.**

■ Ebola

Vysoká letalita, dramatický klinický obraz s vnějším krvácením u části postižených i absence očkovač látky a účinné terapie zaručují každé epidemii eboly značnou mediální pozornost již od prvního výskytu před 38 lety, kdy prokazatelně pronikla do lidské populace. A to i přes jinak nízkou incidenci (u současné epidemie cca 6,25/100 000 obyvatel/1 měsíc) i celkovou mortalitu (do této doby asi pět tisíc osob na více než 20 milionů obyvatel, přitom na malárii, hepatitidu, průjmů či infekce dýchacích cest umírá v Africe přes dva tisíce osob denně!). Zoonózy (resp. antropozoonózy) jsou často obecně horší než výlučně lidské infekce: jejich eradikace je prakticky nemožná, mají tendenci k mutacím, způsobují značné lidské i hospodářské ztráty a nezřídka poškozují lidský organismus více než zvířecí (alespoň pokud jde o některé druhy). Na druhou stranu se filovirus eboly nepřenáší vzdušnou cestou (bezkontaktně snad jen při zvracení), pacient není infekční již v inkubační době před nástupem prvních příznaků a nedochází k chronickému průběhu ani ke vzniku nosičství. K tomu je virus eboly málo

odolný vůči vnějším vlivům, na povrchích přežije jen krátkou dobu, obzvlášť pokud je vystaven suchu a slunečnímu záření. Přežívá a množí se jen v organismu člověka a zvířete – ať už v živém, nebo po nějakou dobu i v mrtvém. Jeho hlavní přírodní rezervoár, netopýrům příbuzní kaloni živící se ovocem, se u nás (mimo subtropické a tropické oblasti) nevyskytují. Import viru k nám je proto sice cestou individuálních osob možný, endemizace však už nikoliv, resp. je velmi nepravděpodobná.

V případě příletu ebolou infikované osoby budou tak jako v Africe pravděpodobně jako první exponováni rodinní příslušníci a zdravotníci. V rámci každé větší epidemie vyvolané virulentními kmeny eboly (zejména kmeny Zaire a Súdán) umírali vždy i sestry či lékaři. Přitom pacient nemusí mít viditelné vnější krvácení, přicestovat může i bez příznaků, v rámci inkubační doby nebo s problémy, které nejsou pro ebolu specifické a popsali bychom je jako chřipce podobné. Odběr krve bez rukavic (případně alespoň základní ochrany rizikových sliznic – nos, ústa, oči) může mít v takové situaci fatální následky. Pokud však budeme přistupovat ve své práci ke každému pacientovi jako k potenciálně infekčnímu, bez ohledu na to, jestli cestuje, nebo ne, riziko nákazy ebolou bude velmi nízké. Na rozdíl od tzv. západních zemí Evropy je však u nás v této oblasti pořád ještě dost velký alibismus, např. u odběrů venózní krve bez rukavic. Zdá se, že stávající epidemie eboly je po osmi měsících na ústupu, pro lidskou populaci však znamenala kromě utrpení místních obyvatel i globální přínos. Nejen tři nejvíce postižené země – Libérie, Guinea a Sierra Leone, ale i celý zbytek světa přinutila ebola prozkoumat své schopnosti zvládat boj s globálními infekčními riziky a hledat slabá místa ve svých systémech. Výsledkem by měl být svět mnohem připravenější na příští pandemii, které lidstvo nepochybně čekají. A pokud se bude jejich původce na rozdíl od viru eboly přenášet vzdušnou cestou, výskyt na všech obydlených kontinentech může být jen otázkou několika dní. Stávající epidemie eboly tak v konečném důsledku může zachránit mnohem více lidských životů, než si vyžádala.



Horečka dengue a chikungunya

**MUDr. Milan Trojánek^{1,2}, MUDr. Kristýna Herrmannová^{1,2}, Mgr. Naděžda Sojková³,
doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc.^{1,2}, RNDr. MUDr. František Stejskal, Ph.D.^{1,2,4,5}**

1) I. infekční klinika 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Nemocnice Na Bulovce, Praha; 2) Klinika infekčních, parazitárních a tropických nemocí, Nemocnice Na Bulovce, Praha; 3) Oddělení virologie, Zdravotní ústav se sídlem v Ústí nad Labem; 4) Infekční oddělení, Krajská nemocnice Liberec; 5) Ústav imunologie a mikrobiologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice, Praha

■ Abstrakt

V souvislosti s rozvojem cestovního ruchu dochází k nárůstu počtu importovaných infekčních onemocnění, která se endemicky vyskytují pouze v tropických oblastech. Mezi tropické nákazy, které jsou nejčastěji importovány do ČR, patří malárie a arboviróvé infekce.

Horečka dengue představuje celosvětově nejrozšířenější arbovirózu. Vyskytuje se především v jihovýchodní a jižní Asii a Latinské Americe. Onemocnění je vyvoláno čtyřmi blízkými příbuznými viry dengue 1–4, které patří do čeledi Flaviviridae. Infekce probíhá pod obrazem horečnatého onemocnění doprovázeného bolestmi hlavy, kloubů, svalů a výsevem exantému. Nákaza může proběhnout asymptomaticky, jako klasická horečka dengue či jako závažné onemocnění doprovázené rozvojem šokového stavu.

Horečka chikungunya je vyvolána stejnojmenným alfavirem z čeledi Togaviridae. V současné době probíhá rozsáhlá epidemie nákazy v Karibiku, Jižní Americe, jihovýchodní Asii a v Pacifiku. Mezi příznaky infekce patří horečka, výrazné protrahované artralgie a výsev exantému.

Předkládaná kazuistika popisuje typický průběh nekomplikované horečky dengue u sedmileté dívky.

■ Úvod

Horečka dengue představuje celosvětově nejrozšířenější arboviróvou nákazu. Původcem onemocnění jsou čtyři blízké příbuzné RNA viry dengue 1–4, které náleží mezi flaviviry. Výskyt této infekce je hlášen z více než 120 zemí a udává se, že v endemických oblastech žije přibližně 2,5 miliardy osob. Podle posledních odhadů se virem ročně nakazí asi 390 miliónů osob, avšak

pouze u 96 miliónů nákaza proběhne symptomatically [1].

Horečka chikungunya je vyvolána stejnojmenným RNA virem, který náleží mezi alfaviry z čeledi Togaviridae. Sporadické epidemie nákazy byly hlášeny ze subsaharské Afriky a Asie. Avšak v roce 2004 začala v Keni rozsáhlá epidemie horečky chikungunya, která se dále rozšířila na ostrovy Indického oceánu, indický subkontinent, do jihovýchodní Asie a v prosinci 2013 do Latinské Ameriky. Od prosince 2013 do října 2014 bylo ze zemí Latinské Ameriky hlášeno více než 776 tisíc suspektních případů a 152 úmrtí [2].

Přenašeči obou výše uvedených horeček jsou komáři rodu *Aedes*, zejména *A. aegypti* a *A. albopictus*. Vzhledem k tomu, že druhý jmenovaný komár se vyskytuje i v jižní, západní a částečně i střední Evropě, existuje potenciální riziko přenosu této infekce i v těchto částech Evropy. K autochtonnímu výskytu horečky chikungunya došlo v roce 2007 v severní Itálii v regionu Emilia Romagna, kde se v průběhu července až září nakazilo celkem 247 osob. Přenos horečky chikungunya byl v říjnu 2014 hlášen v okolí Montpellier v jižní Francii. Autochtonní případy horečky dengue v Evropě byly prokázány v roce 2010 ve Francii v okolí Nice a v Chorvatsku [3]. V těchto případech byla dengue i chikungunya přenášena komáry *Aedes albopictus*. Po roce 2005 došlo k rozšíření *A. aegypti* na ostrově Madeira, kde v letech 2012–2013 proběhla rozsáhlá epidemie horečky dengue s více než dvěma tisíci případy.

Výskyt obou výše uvedených nákaz v oblíbených turistických destinacích představuje riziko pro cestovatele. V posledních letech byl zaznamenán nárůst počtu importovaných případů i v ČR. Od roku 2004 bylo v systému hlášení infekčních nemocí EPIDAT SZÚ hlášeno celkem 224 případů horečky

dengue, ve stejném období bylo v Nemocnici Na Bulovce diagnostikováno celkem 155 případů dengue a 11 případů horečky chikungunya [4].

■ Kazuistika

Sedmiletá pacientka s nezávažnou osobní anamnézou byla odeslána k vyšetření pro febrilní stav po návratu z tropů. Od 22. 5. do 19. 6. 2014 pobývala v Indonésii na ostrovech Jáva, Borneo, Bali a Lombok. Rodina byla ubytována v hotelových komplexech, kde se i stravovala. Dívka byla řádně očkována dle kalendáře a před cestou i proti virové hepatitidě A, antimalarika během pobytu neužívala.

Dne 19. 6. dochází k rozvoji horečnatého stavu s nejvyšší naměřenou teplotou 39 °C. Nemocná si stěžovala na pocit únavy až celkové vyčerpanosti, intenzivní bolesti hlavy, které lokalizovala frontálně a retrobulbárně, bolesti kloubů, svalů a břicha. Pro výše uvedené obtíže byla následující den vyšetřena na ambulanci Kliniky infekčních, parazitárních a tropických nemocí Nemocnice Na Bulovce. Vstupní fyzikální nález byl chudý, bez známek dehydratace či centralizace oběhu, bez lymfadenopatie, hepatosplenomegalie, exantému či krvácivých projevů. Vzhledem k rizikové cestovní anamnéze byla nejprve vyloučena malárie a provedena základní biochemická a hematologická vyšetření, která však neprokázala významnější patologickou odchylku. Podrobné laboratorní nálezy uvádí tabulka 1. Vzhledem k dobrému celkovému klinickému stavu byla pacientka vyšetřována ambulantně, byl doporučen klidový režim, dostatečný příjem tekutin a při horečce a bolestech hlavy paracetamol.

Následující den rodiče pozorovali výsev drobného makulopapulózního exantému na končetinách. Dne 23. 6. se pacientka



s rodiči dostavila k plánovanému kontrolnímu vyšetření. V laboratorních odběrech byla přítomna leukocytopenie a hraniční trombocytopenie, mírná elevace AST, avšak hodnota CRP nebyla zvýšena. Sérologická vyšetření prokázala přítomnost NS1 antigenu viru dengue, tím byla potvrzena akutní fáze nákazy. Horečka ustoupila po sedmi dnech od začátku onemocnění. V průběhu rekonvalescence si nemocná stěžovala na zvýšenou únavu, přetrvávající bolesti hlavy a svědění kůže. Při další kontrole s odstupem sedmi týdnů byly již parametry krevního obrazu normalizovány a pacientka byla předána do péče praktického lékaře.

■ Diskuse a literární přehled

Předložená kazuistika uvádí případ horečky dengue s nekomplikovaným průběhem. Klinický obraz onemocnění odpovídal klasické horečce dengue a významněji se nelišil od typického průběhu nákazy v dospělém věku, kde však obvykle bývá výraznější elevace jaterních aminotransferáz.

Horečka dengue je vyvolána čtyřmi různými viry dengue 1–4, které náleží do čeledi Flaviviridae. Mezi blízké příbuzné viry patří původci žluté zimnice, západonilské horečky a japonské encefalitidy, které jsou též přenášeny komáry, či virus klíšťové meningoencefalitidy přenášený klíšťaty.

Podle údajů Světové zdravotnické organizace se v posledních pěti desetiletích počet případů nákazy asi ztřicetnásobil. Udává se, že zhoršení epidemiologické situace souvisí s rozšířením vektoru nákazy, urbanizací endemických oblastí, nárůstem cestovního ruchu, zvyšující se intenzitou nákladní dopravy a změnou klimatu. Odhaduje se, že symptomatická nákaza proběhne každoročně asi u 96 miliónů osob, závažná horečka dengue postihne přibližně 500 tisíc nemocných a k úmrtí dochází u 25 tisíc nakažených, zejména dětí žijících v endemických oblastech. Mezi oblasti s výskytem horečky dengue patří jihovýchodní a jižní Asie, Oceánie a Latinská Amerika. Nákaza se sporadicky vyskytuje i v subsaharské Africe, i zde však v posledních letech dochází k nárůstu počtu případů. Do endemických oblastí ročně cestuje asi 120 miliónů osob z vyspělých zemí [5].

K přenosu nákazy dochází sáním komárů rodu *Aedes*, zejména druhu *Aedes aegypti*.

Parametr	Jednotka	20. 6.	23. 6.	10. 8.
Leukocyty	$\times 10^3/\mu\text{l}$	4,8	2,8	7
Neutrofilní segmenty	%	75	37	54
Lymfocyty	%	15	48	34
Trombocyty	$\times 10^3/\mu\text{l}$	175	139	256
CRP	mg/l	1	0,6	–
AST	$\mu\text{kat/l}$	0,72	0,9	0,67
ALT	$\mu\text{kat/l}$	0,27	0,34	0,35

Tabulka 1. Výsledky laboratorního vyšetření

Komáři rodu *Aedes* se vyskytují ve většině tropických zemí. Výskyt *Aedes albopictus* je hlášen i z jižní a západní Evropy. Komáři jsou adaptováni na život v blízkosti lidských obydlí a v městských oblastech a bývají aktivní i přes den, zejména za úsvitu a v podvečerních hodinách. Rezervoárem nákazy jsou v městských aglomeracích osoby ve viremické fázi onemocnění [6].

Inkubační doba horečky dengue bývá obvykle 4 až 7 dnů (3 až 14 dnů). Nákaza probíhá podle posledních literárních údajů ve více než 70 % případů asymptomaticky [1]. V případě symptomatické nákazy dochází po krátké inkubační době k náhlému rozvoji horečky, která je doprovázena celkovou únavou až vyčerpaností, výraznou bolestí svalů a kloubů, především v zádech („break-bone fever“), a frontální či retrobulbární bolesti hlavy. Ve více než polovině případů je pozorován výsev drobnoskvřinového makulopapulózního exantému [7]. Klinický průběh nákazy virem dengue u dětí bývá oligosymptomatický, onemocnění často probíhá pouze pod obrazem horečnatého stavu bez jiných příznaků. Horečnatá fáze onemocnění trvá asi 3 až 5 dnů a přechází do rizikového období časně rekonvalescence, kdy nejčastěji dochází k rozvoji závažných komplikací [8]. V tomto období je proto nutno cíleně pátrat po tzv. varovných příznacích, mezi které patří intenzivní bolesti břicha, opakované zvracení, otoky, rozvoj ascitu či pleurálního výpotku, letargie či motorický neklid, slizniční krvácení a hepatomegalie. Mezi laboratorní varovné známky patří náhlý vzestup hematokritu a rozvoj trombocytopenie. Závažně probíhající dengue je definována přítomností některého z následujících projevů: rozvoj šokového stavu či akutního respiračního selhání, těžké krvácivé příznaky,

porucha vědomí, kardiální insuficience či těžké jaterní poškození (definováno aktivitou jaterních aminotransferáz: AST či ALT více než $16,6 \mu\text{kat/l}$) [9]. Komplikovaný průběh nemoci bývá nejčastější u dětí žijících v endemických oblastech.

Rizikové období přechází do rekonvalescenční fáze, která trvá i několik týdnů, během kterých si nemocní stěžují na únavu až vyčerpanost či stavy deprese. Někteří nemocní udávají svědění kůže dlaní a plosek nohou či pachutí v ústech.

V krevním obrazu u pacientů v akutní horečnaté fázi bývá leukocytopenie, která je v období defervescence následována rozvojem trombocytopenie. Hodnota CRP zůstává v normě. V rekonvalescenci dochází ke zvýšení aktivity jaterních aminotransferáz, která může přetrvávat i několik týdnů [10]. Patofyziologický mechanismus, který vede k rozvoji závažné dengue, souvisí s imunitní odpovědí hostitele. Nejpravděpodobnější teorie vzniku závažně probíhající dengue je usnadnění replikace viru při přítomnosti zkřížené reaktivních protilátek, které nemají neutralizační schopnost. Nákaza jedním typem viru vede k rozvoji homotypní imunitní odpovědi, která nakaženého dlouhodobě chrání před nákazou stejným typem viru, a heterotypní imunitní odpovědi, která chrání po dobu obvykle dvou až šesti měsíců před nákazou všemi typy viru. Avšak po uplynutí této doby přetrvává přítomnost protilátek, jež mají schopnost opsonizace heterotypních virů, které ale nejsou schopny neutralizovat. Výše uvedený fakt vede ke zvýšenému vstupu viru do buněk monocytomakrofágového systému, následně dochází k nadprodukci prozánětlivých cytokinů, což může vést k rozvoji závažně probíhající dengue [11].



V diagnostice byly dříve využívány nepřímé sérologické metody, především průkaz protilátek třídy IgM a IgG metodou ELISA. Problémem sérologie je častá nespecifická přítomnost IgM protilátek, proto je k ověření nákazy vyžadován odběr párového vzorku séra v době rekonvalescence. IgG protilátky však bývají rovněž přítomny u pacientů, kteří byli očkováni proti klíšťové meningoencefalitidě, japonské encefalitidě či žluté zimnici. V současné době jsou využívány zejména metody přímého průkazu viru (detekce NS1 antigenu a RT-PCR) [12]. Obě metody provádí Oddělení virologie ZÚ v Ústí nad Labem se sídlem v Praze a NRL pro arbovirové nákazy v Ostravě.

V diferenciální diagnostice horečnatého stavu po návratu z tropů je nezbytné na prvním místě zvažovat především malárii. Mezi další infekce, které mohou být importovány z tropů, patří další arbovirové infekce (chikungunya, západonilská horečka, flebovirozy aj.), břišní tyfus a paratyfy, rickettsií, schistosomóza či améboza. V diferenciální diagnostice by však neměly být opomenuty i běžné kosmopolitní nákazy a neinfekční příčiny horečky.

V současné době není k dispozici cílená antivirová terapie. Základem péče o nemocné je symptomatická léčba, avšak vzhledem k často přítomné trombocytopenii a riziku trombocytopatie není vhodné užívat nesteroidní antiflogistika (ibuprofen, diklofenak atp.), ale doporučuje se paracetamol v běžných terapeutických dávkách. Nezbytné je rovněž pravidelné sledování nemocného v rizikovém období a včasné zahájení parenterální aplikace roztoků krystaloidů jako prevence rozvoje šokového stavu [7].

V současné době je ve vývoji několik vakcín, které však budou určeny zejména pro malé děti žijící v endemických oblastech. Základním preventivním opatřením je zamezení poštípání komáry, proto je doporučováno nosit volné nepřiléhavé oblečení s dlouhými rukávy a nohavicemi a důsledně užívat účinné repelenty (nejlépe s 50 % DEET).

Původcem **horečky chikungunya** je stejnojmenný RNA virus, který náleží mezi alfaviry z čeledi *Togaviridae*. Původce byl poprvé izolován v roce 1952 během epidemie v Tanzanii. Až do minulého desetiletí se nárůsta vyskytovala sporadicky v izolovaných epidemiích v Africe a Asii. Avšak v roce

2004 začala v pobřežních oblastech Keni rozsáhlá epidemie této horečky, která se dále rozšířila na ostrovy v Indickém oceánu, na indický subkontinent a do jihovýchodní Asie. V prosinci 2013 došlo k zavlečení viru i na karibské ostrovy a do některých oblastí Jižní Ameriky [2].

Vektorem nákazy jsou shodně jako v případě horečky dengue komáři rodu *Aedes*. Udává se, že poslední rozsáhlou epidemií vyvolala bodová mutace v genomu viru (A226V), která umožnila efektivnější přenos viru komárem *Aedes albopictus*. Rezervoárem infekce jsou nakažené osoby nebo primáti. Inkubační doba onemocnění bývá obvykle dva až čtyři dny (rozmezí 1–13 dnů). Mezi příznaky onemocnění patří náhle vzniklá horečka doprovázená bolestmi kloubů a výsevem drobného makulopapulózního exantému. Mezi potenciální komplikace prodělané nákazy patří zejména protrahované artralgie [13].

V laboratorních nálezech bývá mírná leukocytopenie, na rozdíl od horečky dengue nebývá přítomna signifikantní trombocytopenie. CRP i jaterní testy bývají v normě [14]. Diagnostika je založena na průkazu protilátek metodou ELISA či průkazu virové RNA pomocí RT-PCR. Obě metody provádí Oddělení virologie ZÚ v Ústí nad Labem se sídlem v Praze a NRL pro arbovirozy v Ostravě.

Léčba onemocnění je pouze symptomatická. Při přetrvávajících artralgiích jsou doporučena nesteroidní antirevmatika (např. diklofenak) [14]. K individuální ochraně před infekcí slouží nošení volného světlého oblečení, používání moskytiér či aplikace repelentů a insekticidů. V minulosti byla připravena vakcína proti horečce chikungunya, ale ta se již nevyrábí.

■ Závěr

Arbovirové nákazy představují významnou příčinu nemoci a dětské úmrtnosti v endemických oblastech. V souvislosti s nárůstem počtu cest do rizikových oblastí dochází k nárůstu počtu importovaných případů do zemí mírného klimatu. Obdobný trend je zaznamenáván i v České republice, a proto lze očekávat, že s problematikou těchto tropických infekcí se setká i lékař primární péče.

■ Použitá literatura:

1. Bhatt S, Gething PW, Brady OJ et al. The global distribution and burden of dengue. *Nature*. 2013;496(7446): 504–507
2. Charrel RN, Leparc-Goffart I, Gallian P et al. Globalization of Chikungunya: 10 years to invade the world. *Clin Microbiol Infect*. 2014;20(7): 662–663
3. Tomasello D, Schlagenhauf P. Chikungunya and dengue autochthonous cases in Europe, 2007–2012. *Travel Med Infect Dis*. 2013;11(5):274–284
4. Státní zdravotní ústav. Vybrané infekční nemoci v ČR v letech 2003–2013 [on line]. [cit. 2014-11-18]. Dostupné na: <http://www.szu.cz/publikace/data/vybrane-infekcni-nemoci-v-cr-v-letech-2003-2012-absolutne>
5. Bäck AT, Lundkvist Å. Dengue viruses – an overview. *Infect Ecol Epidemiol*. 2013; 3: 10.3402/iee.v3i0.19839
6. Halstead SB. Dengue. *Lancet*, 2007;370(9599):1644–1652
7. Ashley EA. Dengue fever. *Trends Anaesth Crit Care*. 2011;1(1):39–41
8. Oishi K, Saito M, Mapua CA et al. Dengue illness: clinical features and pathogenesis. *J Infect Chemother*. 2007;13(3):125–133
9. Centers for Disease Control and Prevention. Dengue Homepage: Clinical description for case definition [on line]. [cit. 2014-11-18]. Dostupné na: <http://www.cdc.gov/dengue/clinicalLab/case-Def.html>
10. Bulughapitiya U, Siyambalapitiya S, Seneviratne SL et al. Dengue fever in travelers: A challenge for European physicians. *Eur J Intern Med*. 2007;18(3):185–192
11. Halstead SB. Controversies in dengue pathogenesis. *Paediatr Int Child Health*. 2012;32(Suppl 1):5–9
12. Huhtamo E, Hasu E, Uzcategui NY et al. Early diagnosis of dengue in travelers: comparison of a novel real-time RT-PCR, NS1 antigen detection and serology. *J Clin Virol*. 2010;47(1):49–53
13. Thiberville SD, Moyen N, Dupuis-Maguiraga L et al. Chikungunya fever: epidemiology, clinical syndrome, pathogenesis and therapy. *Antiviral Res*. 2013;99(3):345–370
14. Kucharz EJ, Cebula-Byrska I. Chikungunya fever. *Eur J Intern Med*. 2012;23(4):325–329



Sexuální zneužívání

Prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D., DSc.¹⁾, MUDr. Vanda Lukáčová²⁾

1) Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN, Katedra psychologie FF UK Praha

2) Psychiatrické oddělení ÚVN Praha

Autor se zabývá definicí a formami poruchy sexuální preference zaměřené na prepubertální děti (pedofilie), formami sexuálního zneužívání, jeho indikátory, jeho následky pro další vývoj obětí, specifikami incestního sexuálního zneužívání a specifikami sexuálního zneužívání chlapců.

Klíčová slova: sexuální zneužívání dětí, pedofilie, indikátory, následky, incest

■ Pedofilie

Název pochází z řeckého pais (hoch, dítě) a z řeckého philós (milovník). Pedofil je tedy milovník dětí. U této deviace jde o **erotické (erotosexuální) zaměření na objekty v prepubertálním věku (tedy na chlapce a dívky bez znaků dospívání)**. Nejčastěji se zde zaměření na děti ve věku 5–12 let. Pedofilové jsou lidé, kteří preferují jak fyzickou nezralost objektu, tedy nepřítomnost sekundárních pohlavních znaků (chybění pubického ochlupení a prsů u dívek, u homosexuálních pedofilů například nepřítomnost ejakulace, ochlupení), tak i jeho dětské chování. Před jakýmkoliv věkovým limitem dáváme vždy přednost skutečnému popisu somatosexuální vyspělosti objektu či objektů.

Rozeznáváme pedofilii heterosexuální, homosexuální a bisexuální (ambisexuální). Poslední skupina je pravděpodobně nejmenší. Heterosexuální pedofilové apetují většinou dívky ve věku 6–11 let, zatímco u homosexuálních pedofilů se setkáváme spíše s apetencí starších objektů, s preferencí chlapců kolem 12 let. U první skupiny, tedy u pedofilů heterosexuálních, zjišťují autoři užší vazbu k objektu, u homosexuálně orientovaných pedofilů spíše agresivní a k orgasmu směřující jednání. Při rozboru preferencí v případě bisexuálně se chovajících pedofilů pak věk objektu souvisí s faktem, že čím mladší je dítě, tím menší jsou somatické i behaviorální rozdíly mezi pohlavími.

Z historického hlediska je prodloužení věku sexuální nedotknutelnosti dítěte dospělým poměrně nedávným jevem. V této souvislosti je důležitý poznatek, který experimentálně prokázal, že při stimulaci obrázkem prepubertálního děvčátka s dětským genitálem lze falometricky sledovat sexuální vzrušení

i u normálních mužů. Je tedy zřejmé, že na kontrolu těchto (patrně přirozených) reakcí bylo potřebné vytvořit silné obranné mechanismy, pevné tabu pro sexuální kontakt s dítětem. Porušení zmíněného tabu je dodnes spojeno s extrémním společenským zavržením pachatelů – například i v rámci vězeňské subkultury jsou pedofilní delikventi jinými vězni ostrakizováni a stojí zde na nejnižším stupni sociální hierarchie.

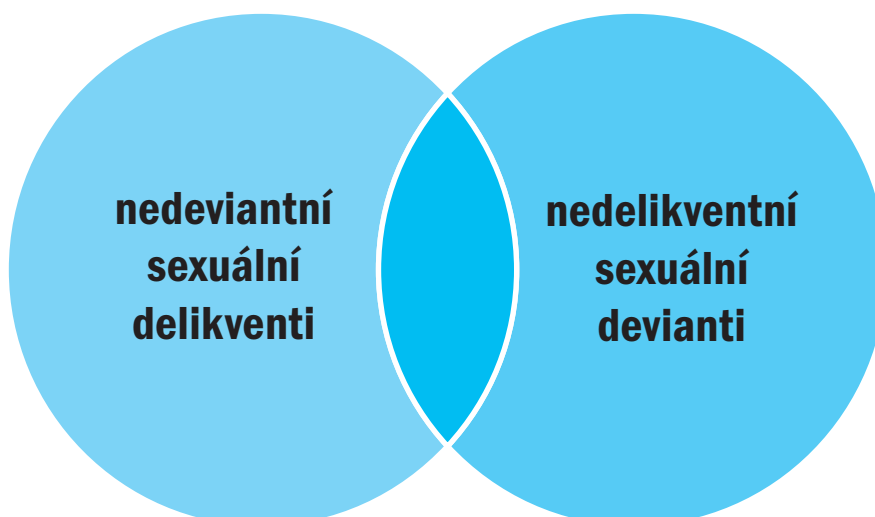
Důležitým diagnostickým vodítkem při zjišťování pedofilie je tzv. **pedagogicko-estetický komplex**. Tento pojem vyjadřuje skutečnost, že celá pedofilova osobnost je strukturována podobně jako osobnost dítěte. Svět dětí je proto pravým pedofilům blízký, cítí se v něm bezpečně, uvolněně, neutlačováni úzkostným očekáváním. Dětem rozumějí a jsou v dětském kolektivu obvykle velmi dobře přijímáni. Žijí v atmosféře dětského světa, hrají roli staršího kamaráda. Často se velmi dobře uplatní v zaměstnáních spojených s kontaktem s dětmi. Tato zaměstnání však nevyhledávají pouze pro uspokojení svých sexuálních potřeb, ale i pro prožití iluze dětského světa. Pokud nepodlehnou

svým sexuálním pohnutkám, mohou být právě pro porozumění dětskému světu velmi úspěšnými učiteli, skautskými vedoucími, trenéry či autory knih pro děti, přičemž v okolí nemusí vůbec vzniknout podezření na skrytě sexuální motivaci jejich společensky oceňovaných aktivit.

Toto řešení deviantních potřeb (sublimaci) přitom lze považovat v případě pedofilů za optimální, avšak dostupné pouze části z nich. Za rizikové lze pro většinu pedofilů naopak považovat takové projevy deviantních tendencí, které zvyšují četnost úzkých osobních kontaktů s preferovaným objektem. Pokud si deviant je vědom své poruchy, pokud dokáže včas a správně odhadnout situaci, v nichž hrozí přechod náklonnosti k dětem z roviny platonické do roviny fyzického kontaktu, nemusíme ho vždy nutně vést k přerušení práce s dětmi či mládeží. V případě, že u něj už k selhání dojde, je však odůvodněný požadavek celoživotního zákazu výkonu podobných zaměstnání.

Samozřejmě ne každý pachatel sexuálního zneužití je pedofil, tedy deviant v pravém slova smyslu – obecně platí, že ne každý

Graf 1. Deviantní a nedevariantní sexuální delikventi





pachatel sexuálního deliktu je deviant, současně však platí i fakt, že zdaleka ne každý deviant je i delikventní. Tyto dvě skupiny se překrývají pouze částečně (viz graf 1). Pedofilní a nepedofilní pachatelé mají přitom odlišnou motivaci svého chování. Pedofilové jsou primárně motivováni svou sexuální preferencí dětí jako objektů, zatímco nepedofilní delikventi mohou mít sex s dětmi například proto, že není dostupný dospělý sexuální partner. Zneužití dítěte dospělým může být i důsledek mentálního handicapu, psychopatologie či antisociálního chování pachatele. Výzkumy přitom prokazují, že **zastoupení deviantních mužů je vyšší mezi pachateli extrafamiliálních zneužití ve srovnání s pachateli incestních deliktů, mezi pachateli homosexuálních deliktů ve srovnání s heterosexuálními pachateli a mezi pachateli s více oběťmi ve srovnání s pachateli jednorázových zneužití.**

Pedofilové v zásadě pro tělesné zdraví či život dětských objektů obvykle příliš nebezpeční nejsou. Rizikovitost jejich aktivit spočívá spíše v možnosti narušení psychosexuálního vývoje obětí, eventuálně vývoje jejich interpersonálních a později i partnerských vztahů. Sexuální zneužití spáchané pravými pedofily nemívá závažnější charakter, spočívá zpravidla na nekoitálních formách vzájemného kontaktu s dítětem, často v kontextu hry, škádlení apod. Nejzávažnější formou tohoto typu zneužití je obvykle manuální či orální kontakt s genitálem objektu, eventuálně vyžadování masturbace či orálního dráždění. Podle definice zdravotní komise Rady Evropy z roku 1992 se za pohlavní zneužívání považuje **nepatřičné vystavení dítěte pohlavnímu kontaktu, činnosti či chování, jako je jakékoliv dotýkání, styk nebo vykořisťování, a to kýmkoliv, komu bylo svěřeno dítě do péče a/nebo kýmkoliv, kdo dítě zneužívá.** Může jít o bezdotykové setkání s exhibicionistou, ale i o účast na jakýchkoliv sexuálních aktivitách, kde nedochází k žádnému sexuálnímu kontaktu, například vystavení dítěte pornografickým videozáznamům a podobně. Kontaktní zneužívání je takové, kdy dochází k dráždění prsou, pohlavních orgánů, souloži, orálnímu či análnímu sexu. Český trestní zákoník v § 187 kvalifikuje jako pohlavní zneužití soulož s dítětem mladším patnácti let nebo jeho zneužití jiným způsobem. Za pohlavní zneužívání je tedy považováno jakékoliv jednání, jehož smyslem je dosažení pohlavního uspokojení pachatele nebo alespoň jeho

vzrušení. Čin je spáchán i tehdy, kdy přes snahu pachatele k uspokojení nedojde. Dítě je před předčasnou sexualizací ve většině zemí chráněno zákonem. Jak však ukazuje tabulka 1, v různých zemích je tento tzv. věk konsensu odlišný.

Tabulka 1. Věk konsensu v různých zemích světa

Asie
Filipíny – 12 let
Japonsko – 13 let
Bangladéš, Čína – 14 let
Kambodža, Laos, Severní Korea – 15 let
Hong Kong, Indie, Izrael – 16 let
Bhútán a Libanon – 18 let
Indonésie – 19 let pro ženy, 16 let pro muže
V Íránu je sex povolen až po svatbě, která může být pro ženy od 18 let, pro muže v 16.
Austrálie a Oceánie
Austrálie – 16 let
Jižní Austrálie, Tasmánie – 18 let
Nový Zéland – 16 let
Evropa
Vatikán, Malta – 12 let
Španělsko – 13 let
Německo, Rakousko, Bulharsko, Estonsko, Chorvatsko – 14 let
ČR, Dánsko, Francie, Řecko – 15 let
Arménie, Bělorusko, Belgie, Finsko – 16 let
Kypr, Irsko – 17 let
Jižní Amerika
Argentina – 13 let
Brazílie – 14 let
Guyana – 16 let
Bolívie – na začátku puberty (není definováno přesně)
Severní Amerika
Ve střední části Spojených států se hranice prvního sexuálního styku pohybuje mezi 15 až 18 lety.
Nejčastější je hranice 16 let, která je na Aljašce, v Coloradu, Texasu, New Yorku a také v Kanadě.
Až od 18 let je sex možný na Floridě, v Oregonu, Utahu nebo Wyomingu.

Některé kontaktní chování pedofilního jedince vůči nezletilému objektu může být odlišně posuzováno sexuologicky a právně. Například pohlazení dítěte po zadku přes šaty lze považovat u mnoha lidí za přiměřené, sexuálně nijak nemotivované chování, které pochopitelně nenaplnuje skutkovou podstatu trestného činu pohlavního zneužití.

Pokud takové jednání provede pedofil, je sexuální motivace vysoce pravděpodobná. V těchto případech však může být obtížné prokázat, zda došlo ke spáchání deliktu, a pokud ano, zda jeho nebezpečnost byla významná.

Jiná je situace i tehdy, kdy pachatel zneužití použije při svém činu vyšší míru agrese, dětskou oběť přímo znásilní či dokonce svou oběť mučí. Pachateli těchto sexuálních agresí vůči dětem či dospívajícím jsou totiž buď nedevidantní muži, u nichž základní porucha spočívá spíše v oblasti osobnostní či charakterové, kteří si dětský objekt volí jako náhradní, nebo – pokud jde o pachatele deviantní – jsou to většinou pedofilně orientovaní sexuální agresori či pedofilní sadisté (tedy jedinci s kombinovanou deviací). Ti pak přímo preferují překonávání odporu či trýznění dětské oběti (s větší mírou použitého násilí se obvykle setkáváme u homosexuálně pedofilních trestných činů). V některých případech pak jde o gynefilního (tedy na dospělou ženu zaměřeného) sexuálního agresora či sadistu, který si dětský objekt zvolí pro jeho snadnější dostupnost a menší pravděpodobnost prozrazení.

U mužů zaměřených na dospívající dívky, pubescentky (tedy na dívky se znaky pohlavního dospívání – s náznakem prsů, pubického ochlupení) mluvíme o **hebefilii**, u mužů zaměřených eroticky na dospívající hochy (tedy na chlapce s naznačeným pubickým ochlupením, eventuálně už se schopností ejakulace) o **efebofilii**. Efebofilní homosexuálové se často stávají konzumenty chlapecké a adolescentní prostituce.

■ Incest

Incest není deviace. Je to pojem kriminologický. U pachatelů incestních činů, tedy pohlavního styku s blízkou pokrevně příbuznou osobou, přičemž ve většině kriminálních případů jde o sexuální zneužívání vlastních dětí, je diagnóza pravé parafilie ve smyslu pedofilie naprosto výjimečná. Většinou jde o muže, u nichž je zneužití vlastního dítěte projevem jiné než sexuální patologie – tedy poruchy osobnosti nebo patologie rodinných vztahů. Incest není deviací a praví pedofilové se sexuálního zneužití incestního typu obvykle nedopouštějí. Pedofilie proto není automaticky důvodem k zákazu styku s vlastními dětmi. V případě rozvodu dokonce není ani důvodem, proč by děti nemohly být pedofilním otcům svěřeny do



péče, pokud ostatní podmínky vynívají pro toto svěření příznivě.

Při rozboru incestní delikvence badatelé vycházejí z předpokladu, že existuje vývojově vzniklý mechanismus, který vede k vyloučení sexuálních aktivit mezi blízkými příbuznými, a to především kvůli jejich možnému deterioračnímu vlivu na kvalitu potomstva. U subhumánních živočichů k tomu slouží například migrace mimo skupinu – pokud po dosažení sexuální dospělosti odcházejí k jiné skupině samci, takže skupiny sestávají z příbuzenských samic a přistěhovavších se samců, jde o matrilineární druhy, pokud naopak, o druhy patrilineární. U jiných druhů, kde probíhá náhodná kopulace (včetně kopulace s příbuznými), bylo zjištěno, že k vyloučení incestního oplodnění slouží dokonce selektivní postkopulační retence spermií.

Základem tohoto mechanismu u lidí je získaná averze nebo nezájem týkající se představy sexuálních aktivit s partnerem, s nímž byl jedinec v intenzivním kontaktu v době raného dětství, zvláště do věku 30 měsíců (tzv. **Westermarckův efekt**, nazvaný dle finského antropologa, který tento jev poprvé popsal v roce 1891). Uvedený mechanismus byl v minulosti k vyloučení možnosti incestních styků nutný, jelikož nejbližší sociální okolí našich předků bylo tvořeno blízkými genetickými příbuznými. Z této teorie pak plyne, že:

- zdaleka nejméně obvyklým druhem incestu je incest typu matka-syn, jelikož je blokován intenzivními pouty vytvořenými během synova kojeneckého období,
- incestů typu otec-dcera se dopouštějí především ti otcové, kteří se méně účastní péče o dceru v jejím raném věku i její výchovy a socializace, ve srovnání s otci, kteří se podobného chování nedopouštějí.

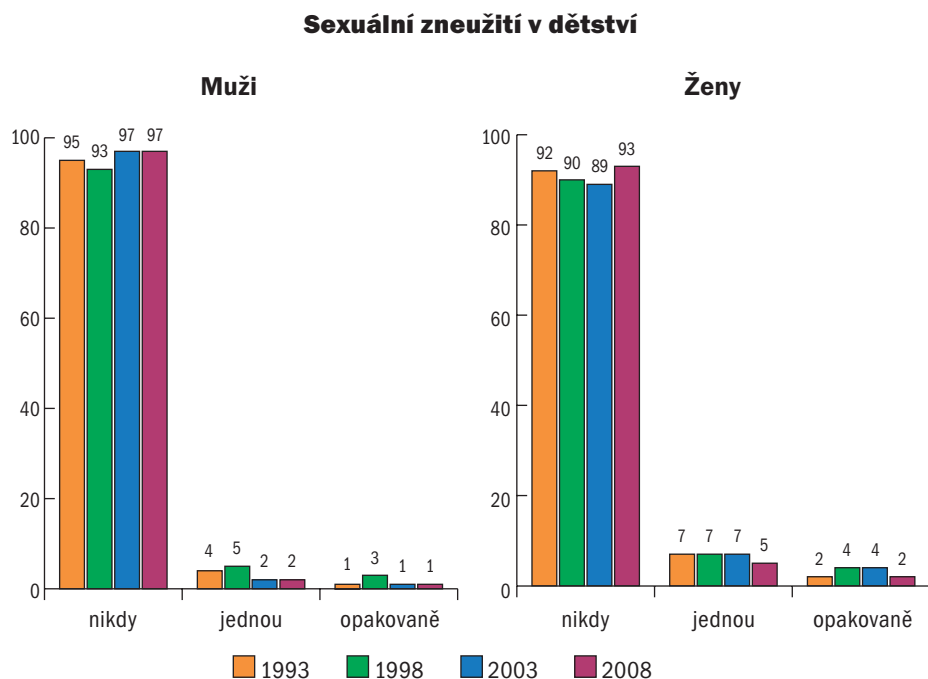
Současné vysvětlení zabraňování incestu, které kombinuje genetickou a kulturní evoluci, je přímým uplatněním principů sociobiologie. Cílem lidí je vyhnout se uzavírání sňatků na úrovni sourozenců či rodičů a dětí, protože jejich výsledkem je vysoké procento potomků s genetickou vadou (úmrtínost dětí narozených z incestu je přibližně dvakrát tak velká oproti úmrtínosti dětí z nepříbuzenského sňatku, a u těch, které přežijí, se dle autora desetkrát častěji vyskytují taková genetická postižení jako nanismus, srdeční deformace, těžká mentální retardace, hluchoněmost, zvětšení tračníku a abnormality urinární soustavy). Téměř všechny živočišné druhy, u nichž by mohlo dojít k pokrevnímu plození, používají nějakou biologicky naprogramovanou metodu, která incestu zabraňuje. U všech druhů sociálních primátů a u lidí tomu slouží právě především Westermarckův efekt. Důkazem platnosti tohoto mechanismu u lidí je například výsledek přirozeného experimentu proběhlého v izraelských kibucech, kde jsou děti od

útlého věku vychovávány v jeslích společně, v takové blízkosti jako bratři a sestry v tradičních rodinách. Výzkumně bylo v roce 1971 zjištěno, že z celkového počtu 2769 sňatků mladých lidí, kteří v kibucech vyrostli, nebyl ani jediný uzavřen mezi spolu vyrůstajícími členy téže skupiny. Dokonce mezi nimi nebyl zjištěn ani jediný případ heterosexuálního pohlavního styku, a to přesto, že jej pravidla kibucu a ani dospělí nijak nezakazovali.

Z Westermarckova efektu však neplyne pouze zjištění, že muži a ženy vychovávané společně mají menší pravděpodobnost sexuálního sblížení v dospělosti, ale i prokázaný fakt, že mezi biologickými sourozenci dochází k incestnímu sexuálnímu sblížení častěji v těch případech, když v kritické věkové periodě byli vychovávaní odděleně (alespoň po dobu jednoho roku do věku šesti let).

Ve většině zemí je styk mezi blízkými příbuznými zakazován zákonem, u nás je to podle § 245 tr. zák. (Soulož mezi příbuznými). Objektem trestného činu je **morální zásada bránící pohlavním stykům mezi nejbližšími příbuznými, jakými jsou příbuzní v pokolení přímém a sourozenci**. Stupeň příbuzenství dvou osob se určuje podle počtu zrození, jímž v přímé řadě pocházejí jedna od druhé, přičemž pro spáchání citovaného trestného činu na stupni tohoto příbuzenství nezáleží. Jedná-li se o bratry a sestry, jde o incest i v případě, že mají jen jednoho společného rodiče.

Graf 2. Počty sexuálně zneužitých mužů a žen v ČR v procentech (1993–2008)



■ Viktimologické aspekty sexuálního zneužití

V rámci viktimologických studií se nejvíce pozornosti celosvětově věnuje právě obětem sexuálního zneužití, jejichž počet dle různých zjištění neustále narůstá. Prevalenční studie běžně uvádějí nárůst v dětství sexuálně viktimizovaných osob v posledních desetiletích v populaci z 12 na 28 %. Autoři však na základě přehledu 400 průzkumů týkajících se prevalence tohoto jevu publikovaných v osmdesátých letech 20. století uzavírají, že uváděné zvýšení je spíše důsledkem změn v legislativě a ve společenském klimatu (větší informovanost, vyšší sebeuvědomění obětí, zvýšení společenské citlivosti vůči tomuto jevu) než důsledkem skutečného nárůstu sexuálních zneužití.

V reprezentativních výzkumech sexuálního chování obyvatel ČR v roce 2008 uvedlo 3 % českých mužů a 7 % českých žen, že bylo ve věku do 15 let sexuálně zneužito dospělou



osobou. Změny počtu zneužitých mužů a žen v reprezentativních výzkumech sexuálního chování přitom znázorňuje graf 2. Výsledky potvrdily i vysokou latentní kriminalitu v oblasti sexuálního zneužívání. Pouze velmi malá část těchto deliktů byla oznámena policii, u zneužitých chlapců to byly v roce 2008 pouze 9 %, u zneužitých žen dokonce pouze 4 %. Většina zachycených případů proběhla v mírnějších formách (osahávání, masturbace), pouze malá část z nich zahrnovala penetrativní chování pachatele (vaginální nebo anální soulož). U chlapců byl v tomto výzkumu nejčastějším pachatelem zneužití cizí muž (40 %), u dívek příbuzný (60 %). Příbuzný byl pachatelem (tedy zneužití mělo incestní charakter) i u 32 % chlapců.

Mezi **indikátory zneužití**, které jsou však velmi málo specifické, a proto představují velké riziko falešně pozitivních diagnóz, patří celá řada psychologických, sociálních i somatických příznaků: anální ochablost a fisury, vaginální krvácení, inkontinence, bulimie a anorexie, nespavost, změny nálad, úzkost, deprese, noční můry, záškoláctví, zhoršení prospěchu a mnoho dalších. Až v 39 % případů, kdy podle přiznání pachatele došlo ke genito-genitální souloži, je u obětí diagnostikován normální gynekologický nález, tedy neporušený hymen. Tyto normální nálezy se vysvětlují velkou variabilitou konfigurace a průměru hymenů i jeho schopností opět se po poškození v dětském věku zacelit.

Chování zneužitého dítěte vůbec nemusí odpovídat představám, které mají dospělí o tom, jak by se měla chovat oběť sexuálního zneužití. Není například vůbec vzácný případ, že dítě po zneužití v protikladu se stereotypními očekáváními naopak vyhledává další kontakt s pachatelem (zvláště při intrafamiliárním zneužívání) a má k němu silný citový vztah. Toto chování, které je zřejmě v rozporu s převládající představou o chování obětí, může pak mít vliv na další posuzování a vyšetřování případu, včetně jeho forenzního hodnocení.

Vymyšlená obvinění jsou dle některých odborníků v této oblasti vzácná a tvoří prý pouze několik procent všech udání z pohlavního zneužití. Falešná obvinění se někdy mohou vyskytnout v **situaci rozvodu rodičů**, kdy jeden z nich využije dítě k osočení druhého a tím k získání různých výhod, například k získání dítěte do své péče. Vyskytují se i v **situacích hromadného zneužívání**, např. ve školkách, kde je více dětí obětí zneužití a jako výsledek sugesce se i nezneužitě

děti vžívají do role obětí. Někdy je falešné obvinění **útokem na rodiče** – týká se to především starších dětí, jež tímto způsobem chtějí získat různé výhody nebo se rodičům pomstít.

Následky zneužití na další partnerský a sexuální život obětí jsou dle výzkumů velmi průkazné. Není jisté náhodou, že velký podíl žen v dětství sexuálně zneužitých je nacházen mezi prostitutkami, toxikomankami, alkoholičkami, ale například i mezi ženami pokoušejícími se o sebevraždu – až 56 % těch, jež se o sebevraždu pokusily jednou, a 70 % těch, jež se o ni pokusily opakovaně, mělo v anamnéze sexuální zneužití v dětství. Mezi psychiatrickými pacientkami všech diagnóz (především s diagnózou deprese, hraničních poruch osobnosti a poruch příjmu potravy) je rovněž počet zneužitých dívek významně vyšší než v obecné populaci.

Výzkumy indikují, že CSA (*child sexual abuse*) je asociováno s řadou dlouhodobých následků ve sféře kognitivní, afektivní i fyzické, ale i v oblasti vztahové a interpersonální. Ženy s historií CSA mají vyšší incidenci gynekologických a psychosomatických potíží, úzkostí, deprese, posttraumatických stresových poruch, vyšší sebevražednost a výskyt sebepoškození, poruch příjmu potravy, zneužívání psychoaktivních látek a poruch chování. Některé problémy v interpersonální oblasti spojené s historií CSA jsou spojeny s potížemi v emocionální a sexuální komunikaci podmíněnými nedostatkem důvěry. Zjištěna také vyšší pravděpodobnost reviktimizace, včetně fyzického zneužití či znásilnění partnerem. Sexuální koreláty CSA pak autoři rozdělují do dvou kategorií: sexuální fungování a sexuálně rizikové chování. Hlavními dysfunkcemi jsou u zneužitých žen nízká sexuální touha, potíže se vzrušením a s dosahováním orgasmu, časté je rovněž snížení sexuální spokojenosti. S CSA je spojeno rovněž vyhýbání se sexu, sexuální distres a pocity viny. Studie rovněž prokazují, že u žen s historií CSA je rovněž nižší věk prvního styku, méně užívají antikoncepci, více se zabývají sexem, jsou liberálnější v sexuálních postojích a mají vyšší pravděpodobnost, že se zúčastní rizikových sexuálních aktivit.

Ne každé zneužití však musí nutně vést k traumatizaci obětí. U české populace uvedla polovina obětí sexuálního zneužití v dětství, že zneužití nemělo žádné následky pro jejich další život, 51 % žen a 33 % mužů uvedlo, že zneužití mělo následky negativní, u menšiny respondentů (33 % žen a 22 %

mužů) byly tyto následky trvalého charakteru (u obou pohlaví především ve formě nedostatku sebevědomí, u dívek často též ve strachu z mužů a úzkostně-depresivní symptomatice). Existují dokonce výzkumy, které nezjišťují žádné významnější rozdíly v sexualitě a v chování zneužitých a nezneužitých žen.

Závažnost sexuálního traumatu pro další vývoj obětí souvisí:

- **s mírou použitého násilí** (pokud je v průběhu zneužití užitá síla, oběť poté vykazuje více negativních následků a horší vyrovnávání se s tímto činem),
- **s délkou doby traumatizace** (například je rozdíl, zda se jedná o jednorázové zneužití, anebo zda zneužívání probíhá po dobu několika let),
- **s věkem, v němž k traumatu dochází** (znásilnění ve dvanácti letech má obvykle závažnější následky než v sedmnácti). V případě incestního zneužití pak může hrát roli i
- **blízkost zneužívající osoby** – zneužití strýcem bude pravděpodobně obětí prožíváno jinak než zneužití vlastním otcem.

Frekvence a míra, v jaké se tyto následky u obětí rozvinou, záleží i na dvou dalších faktorech: na charakteru sexuálního zneužití (je rozdíl, zda se jedná o bezkontaktní, či kontaktní formu, zda došlo k souloži – **kontaktní forma**, resp. soulož, způsobuje u oběti větší trauma než forma bezkontaktní) a na **reakci rodiny a okolí** na odhalení zneužívání.

Chování okolí po zjištění sexuálního deliktu může hrát i podstatnou roli – nejednou je pro zneužitě dítě hysterické či necitlivé chování rodičů, učitelů či vyšetřovatelů, následující po oznámení činu (a poté i dle naší legislativy povinná svědecká účast při soudním přelíčení) větším traumatem než vlastní zneužití. Ideální se v této souvislosti zdá model užívaný ve vyspělých zemích (především ve Skandinávii a ve Velké Británii, ale v posledních letech i u nás), kde existují krizová centra, v nichž se obětem sexuálních trestných činů dostane komplexní péče zdravotní (gynekologické, psychologické) i právní. Případy zneužití (ale i znásilnění) pak řeší a výsledky vedou speciálně psychologicky vyškolení vyšetřovatelé a soudí je na tyto případy specializovaní soudci. V mnoha zemích (například v USA či v Izraeli) je určen i maximální možný počet výsledků dítěte vyšetřovateli či odborníky, a to v zájmu jeho ochrany před sekundární traumatizací. Při těchto výsledcích se doporučuje použití



magnetofonu a videozáznamu. Například v USA pak tyto záznamy mohou sloužit jako důkaz, i když méně hodnotný než vlastní výpověď dítěte před soudem.

Intrafamiliární – tedy incestní – zneužití mívá následky nejtragičtější. Kromě argumentů možných genetických následků pro potomky vzniklé z incestního spojení jsou argumenty proti incestu především psychologické. Incest totiž vždy vede k závažnému narušení interpersonálních vztahů mezi členy rodiny a vytváří patologické způsoby komunikace, přičemž dítě – oběť incestu – je obvykle postaveno do situace bez pozitivního řešení.

Pro mnohé děti z incestních rodin je sexuální kontakt jedinou cestou k získání lásky a pozornosti rodičů. Oběti paradoxně drží rodinu pohromadě, přebírají zodpovědnost za její fungování, považují často za přirozené plnit sexuální přání otce či bratra. Cítí se vinny za to, co se děje, a po případném oznámení deliktu jsou často nejvíce potrestány samy – ztrátou uvězněného otce a rozpadem rodiny, sociální stigmatizací nebo případným umístěním mimo rodinu v dětském domově. K oznámení incestu pak často dochází ve chvíli, kdy otec začne zneužívat i další dceru, a její starší sestra z důvodů žárliveckých nebo ve snaze ji ochránit otce udá.

Oběti incestu pocházejí většinou z rodin s autoritativním otcem, ve výchově absentující matkou (například matkou dlouhodobě nemocnou), často z rodin s konzervativními a rigidními postoji k sexu. Potlačování sexuality rodiči je přitom dobrým prediktorem zneužívání. Není bez zajímavosti, že v incestních rodinách byly často v dětství sexuálně zneužívány i samy matky. Matky jsou o tom, co se v rodině děje, často přímo či nepřímo informovány, nicméně volí raději mlčení v zájmu udržení rodiny, dceru více či méně vědomě nabízejí manželovi jako náhradu za sebe.

Následky incestního sexuálního zneužívání v dětství jsou přitom často dlouhodobé. Oběti incestu jsou v dospělosti významně nejistější v rodičovské roli, mají menší smysl pro rodičovskou zodpovědnost, jsou signifikantně nezralejší ve svých požadavcích na děti a vykazují i menší podporu svým partnerům. Incestní zážitek (ale jak už bylo uvedeno, i sexuální zneužití neincestního typu) může podstatně narušit pozdější schopnost žen navazovat adekvátní a funkční partnerské vztahy, nejednou vede k poruchám příjmu potravy, k depresím, k závažným se-

xuálním dysfunkcím nebo k promiskuitnímu sexuálnímu chování.

Zřejmě méně závažný než ostatní typy incestního zneužití je z hlediska možných psychologických následků **incest sourozenecký**. Již samotná definice sourozeneckého incestu však není vždy jednoduchá. Někdy je obtížné i rozlišení incestu a normální dětské sexuální zvědavosti. Incest je kontakt zahrnující sexuální chování, na které není zneužitý sourozenec vývojově připraven a které není motivované věkem přiměřenou zvědavostí. Může zahrnovat dotyky, mazlení, neslušné návrhy, pokus o styk a soulož, styk na základě nátlaku či síly. Nejčastější formou sourozeneckého incestu je sexuální vztah mezi sourozenci opačného pohlaví.

■ Chlapec jako oběť sexuálního zneužívání

V posledních letech se celosvětově věnuje zvýšená pozornost i **sexuálnímu zneužívání chlapců**. Podle různých výzkumů totiž chlapci tvoří značnou část všech obětí pohlavního zneužití. Situace zneužitých chlapců je přitom často obtížnější než situace zneužitých dívek, protože role oběti je pro ně společensky méně přijatelná.

Existuje několik důvodů, proč se literatura zaměřuje především na CSA u dívek:

- chlapci budou s menší pravděpodobností o svém zneužití vypovídat,
- chlapci budou s větší pravděpodobností vypovídat o svém zneužití nepřesně,
- závažnost zneužití u chlapců se často podceňuje,
- předpokládá se, že na chlapce má CSA méně nepříznivý vliv než na dívky,
- chlapci nemusejí v důsledku různých socializačních procesů interpretovat chování spojené s pohlavním zneužíváním jako zneužívající.

Zatímco u dívek se více vyskytuje sexuální zneužití v rodině, u chlapců je pachatelem častěji člověk jen známý – učitel, trenér apod., nebo člověk úplně cizí. Zneužití u nich může vést ke znejistění v mužské roli, v pohlavní identitě nebo v sexuální orientaci, a to i v případech, kdy pachatelkou zneužití byla žena. U zneužitých chlapců byly zjištěny pocity znehodnocení, často velmi negativní vztah k sexu, vysoký výskyt abúzu alkoholu nebo homosexuálně prostitučního chování.

Sexuální zneužití vede u chlapců často i ke ztrátě důvěry v rodiče (především pokud se jedná o incestní zneužití) a poté i v ostatní lidi. Někdy jsou tito jedinci naopak příliš

sociálně aktivní, neumějí diferencovat v mezilidských vztazích. Jelikož jsou muži od dětství obvykle více než ženy vedeni ke kontrole situace, sexuální zneužití (které vlastně představuje extrémní selhání této kontroly) u nich často vede i k pocitu ztráty mužnosti. V dospělosti pak mohou mít tendenci až nutkavě kontrolovat své okolí a blízké osoby. U některých se to může projevit až v agresivních a případně i v kriminálních formách chování.

Je pravděpodobnější, že chlapci budou na rozdíl od dívek po CSA své zkušenosti externalizovat v opoziční chování, agresi, impulzivitu, abúzus (na rozdíl od dívek, které spíše tyto prožitky internalizují do projevů deprese, úzkosti, posttraumatického stresu, sebevražedných myšlenek). Podobně dívky po CSA mohou spíše zakoušet větší sexuální úzkost, zatímco u zneužitých chlapců je pozorováno spíše zvýšené erotizované chování. Riziko rozvoje posttraumatické stresové poruchy po sexuálním zneužití se u dívek zjišťuje dvakrát až šestkrát vyšší než u zneužitých chlapců. Zneužívání jsou především chlapci ve věku do 13 let, pocházející z rodin s nízkým socioekonomickým statusem, vyrůstající bez otce. Pachatelé zneužití jsou většinou známí nepřibuzní muži, sexuální aktivita probíhá nejčastěji mimo domov, v penetrativní formě, a často více než jednou. Jako následek tohoto zneužití byl u obětí nejčastěji zjištěn distres, zneužívání psychoaktivních látek a problémy ve sféře sexuality. Zneužívání se přitom někdy odehrává v rámci komerčních sexuálních styků. Na základě i tohoto krátkého přehledu lze jednoznačně konstatovat, že sexuální zneužívání chlapců je problematikou, která je (na rozdíl od sexuálního zneužívání dívek) zatím prozkoumána naprosto nedostatečně a rozhodně by zasluhovala větší pozornost jak ze strany badatelů, tak i ze strany pediatriů a dětských psychologů. Vzhledem k možnosti skutečně závažných dalších následků traumatizace by včasné podchycení sexuálně zneužívaných chlapců v systému zdravotní péče mohlo významně přispět nejenom ke snížení utrpení pacientů, ale působit i preventivně ve smyslu snížení budoucí sexuální kriminality – vždyť jak tvrdí některé výzkumy, jeden z pěti sexuálně zneužitých chlapců se v dospělosti sám stává pachatelem tohoto činu.



Kazuistika

Komplikovaná cesta ke správné diagnóze

MUDr. Parvine Gricová

praktický lékař pro děti a dorost, Uherské Hradiště

Pacientka A. S., nar. 25. 3. 2002

OA: Dítě z I. rizikové gravidity. V 26. gest. týdnu na sonografii zjištěna dilatace K-P systému obou ledvin s těžkou oboustrannou hydronefrózou. 14. 3. 2002 intrauterinní punkce levé ledvinné pánvičky plodu s normálními parametry fetální moče.

Porod v 36. týdnu gravidity, fyziolog. PH 3320 g / 48 cm, AS 9/10/10. Poporodní adaptace bez komplikací. Postupně rozvoj renální hypertenze – od 2 let věku antihypertenzivní terapie.

Resumé: **Intrauterinní punkce levé ledvinné pánvičky, opakovaně punkční nefrostomie vpravo ve 2. měsíci života, nefrektomie vlevo ve třech letech věku pro multicystickou dysplazii vlevo a afunkční levou ledvinu, opakované transfuze pro anémii.**

Kojenecký věk: Prospívá dobře, kojená. PMV v normě. Nekalmetizovaná, základní očkování odloženo. Pravidelně sledována PLDD, okresní a krajskou nefrologickou poradnou. Od 2. měsíce života v péči dětské kliniky Praha. Pravidelné kontroly moče a sed., moče bak., TK – základní renální funkce v normě, při zavedené zajišťovací ATB terapii moč trvale sterilní.

Předškolní věk: Opakované infekty horních i dolních cest dýchacích s protrahovaným kašlem, intermitentně s teplotou – sérologicky vyloučena infekce mykoplazmatická, chlamydiová, pertuse, paraptuse. Vyloučeny AV i GER. V dalším průběhu spastické bronchitidy.

Alergologické vyšetření: 4/2007 – Prick testy negativní, celkové IgE 57, 400 IU/ml, specifické IgE negativní. Spirometrie – lehce snížená ventilační křivka.

Resumé: **Asthma bronchiale** – Symbicort, Beclomet, Aerius – léčba málo efektivní, přidán Bronchovaxom. Při nasazené antiastmatické terapii přetrvávají dlouhotrvající kašle, spastický poslechový nález. Alergologem doporučeno pokračovat v léčbě + lázeňská terapie.

Rok 2010: Při viróze dostala kiwi – záchvat kašle se sliněním a dušností. Pocit ztíženého dýchání po některých jídlech – ananasová pizza s kečupem, čokoláda, šumivé bonbony, hruškový kompot, rybízová marmeláda, nafukovací balónky. **Uvedené klinické projevy a anamnéza (opakovaně parenterální zákroky s použitím latexových pomůcek) měly vést ošetřujícího lékaře i alergologa k diagnóze alergie na latex. To se bohužel nestalo.**

5/2010 na základě **upozornění matky, která poučená MUDr. Internetem přichází s dg. alergie na latex – Prick testy potvrzují alergii na latex. Opoždění dg. minimálně o 3 roky!**

Latex: Pozitivní alergeny Latex – rHEv b1 latex – nízká hladina, rHEv b3 latex – středně vysoká hladina, rHEv b6.01 latex střední/vysoká hladina, rHEv b8 latex střední/vysoká hladina, rajče, banán, kiwi.

8/2010: zavedení specifické alergenové imunoterapie Pangramin SLIT – Latex (3 roky), kterou získala matka pacientky po

složitým vyjednáváním se zdravotní pojišťovnou na speciální dovoz.

Tajemství latexu: Koncem 20. století se objevila do té doby nevídaná alergie na latex, respektive alergie na kaučukovou pryž, na obyčejnou gumu. Jedná se vlastně o alergii na rostlinné bílkoviny – latex je šťáva (mléko) ze stromu kaučukovníku (*Hevea brasiliensis*).

Alergie na latex: celosvětový medicínský problém a častá příčina chorob z povolání. Hlavními rizikovými skupinami jsou zdravotníci, zaměstnanci kaučukového průmyslu a **pacienti s opakovanými operacemi**. Vzestup četnosti alergie na latex souvisí s prudkým nárůstem používání latexových pomůcek a výrobků. Z přírodního kaučuku je detekováno více než 250 odlišných polypeptidů, z nichž asi jedna čtvrtina je schopna vyvolávat IgE mediované alergické reakce. The International Nomenclature Committee of Allergens dosud klasifikovala 13 latexových proteinů (www.allergen.com).





Výskyt alergie na latex a rizikové skupiny: Výskyt u dospělé populace 1–2,5 % populace. Rizikovými skupinami jsou zdravotníci (8–17 %), děti se *spina bifida* – až 68 %, pracovníci ve výrobě latexu (11 %), dále **pacienti s mnohočetnými operacemi a opakovanými chirurgickými výkony** a pacienti s potravinovou alergií (až k 11 %). Čtyřikrát častější je alergie na latex u atopiků. S latexem se můžeme setkat ve 40 000 různých podobách: dudlíky, gumové hračky, ochranné pracovní i zdravotnické rukavice, mužská antikoncepce, boty, pásy a další. Vyšší koncentrace latexových částic byla zaznamenána také v okolí frekventovaných silnic, kde se dostávají do ovzduší při otěru pneumatik. Zdravotní význam zvýšené koncentrace latexových částic jako aeroalergenů v prachu kolem silnic je ale velmi sporný.

Alergie na latex je vždy jen alergie na přírodní latex.

Alergie na latex: Příznaky, diagnóza a léčba

Latex vstupuje do těla kontaktem se sliznicí (ústa, urogenitální trakt, pochva), kontaktem s kůží, dále vdechnutím či parenterálně. Přímým kontaktem se sliznicí dochází ke vzniku ekzému, kontaktní vulvitidy, stomatitidy apod. Po kontaktu s kondomem může dojít ke vzniku vyrážky, která se objeví na genitálu po souloží, dalším příznakem může být ekzém, svědění v pochvě, svědivý výtok apod. Alergie na latex může být při diagnóze zaměňována za kvasinkovou infekci. Vdechnutím latexových částic může dojít ke generalizované kopřivce, konjunktivitidě, průduškovému astmatu nebo až anafylaktickému šoku.

Latex-fruit syndrom – Zkřížená reaktivita latexu, pylů a následujících potravin: avokádo, banán, brambor, broskev, burský ořech, fík, grep, kaštan, kiwi, meloun, meruňka, nektarinka, papája, pohanka, pomeranč, rajče.

Rizikem jsou zejména ovocné šťávy v likérech, vínech, ovocných salátech, zmrzlíně, marmeládě, žvýkačkách, brambůrkách nebo müsli. Ale také ovocné enzymy (papain, bromelain, ficin), které se užívají při výrobě potravin a léků. Avokádový olej se používá v kosmetice.

Latex-fruit syndrom se projevuje svěděním rtů, jazyka a patra, někdy i otokem hrtanu po požití ovoce nebo zeleniny, které mají zkříženou reaktivitu s latexovým alergenem (tj. mají společné epitopy).

Rizikové potraviny ve vztahu k alergii na latex – Latex-fruit syndrom

Vysoké riziko = potraviny, které je nutno vyřadit: banán, avokádo, kiwi, jedlý kaštan

Střední riziko = potraviny vhodné k vyřazení: jablko, papája, meloun, mrkev, celer, rajče, brambory

Menší až malé riziko = dieta není bezpodmínečně nutná: hruška, broskev, nektarinka, třešeň, malina, pomeranč, grapefruit, fíky, ananas, mango, liči, lískový a vlašský ořech, arašíd, rýže, pšenice, oliva, paprika, sója a dokonce i mléko. U těžké latexové alergie rovněž špenát, hořčice, máta, pohanka, hlávkový salát, houby a bramborové výhonky.

Latex a rostliny: Málo známý je vztah kaučukovníku k pokojovým rostlinám. Nedávno se odhalily intimní alergenní vazby s běžnou okrasnou rostlinou našich i veřejných interiérů, fikusem plačícím – *Ficus benjamina*. Latexový alergik by se tedy měl vyhýbat bytům, kancelářím i obchodům ozdobeným touto rostlinkou.

Diagnóza alergie na latex: Dotaz na alergii na latex by se měl stát součástí rutinní anamnézy lékařů všech odborností, důležitá je anamnéza klinických potíží ve vztahu k expozici latexu nebo s latexem zkříženě reagujícím potravinám (latex-fruit syndrom) a fyzikální vyšetření.

Výběr diagnostických testů je dán klinickými projevy: kožní prick testy standardizovaným



alergenem, *in vitro* testy k detekci specifického IgE v séru pacienta (ELISA testy, např. CAP testy), nověji např. test aktivace bazofilů periferní krve nebo detekce cytokinů. Do budoucna je příslibem lepší diagnostiky použití rekombinantních alergenů, tj. alergenů, které jsou připraveny metodami molekulární biologie a představují definované molekuly (epitopy) alergenů nebo jejich fragmentů.

V péči o pacienta s alergií na latex je důležitá eliminace alergenů latexu a potravin s latexem zkříženě reagujících, vybavení pacienta průkazem o latexové alergii, důsledné označení latexových výrobků a vybavení pacienta pohotovostním setem obsahujícím autoinjekci adrenalinu k i.m. aplikaci (ANAPEN, EPIPEN), antihistaminikum p.o. a p.o. kortikosteroid.

Jedinou léčebnou metodou je specifická alergenová imunoterapie vakcínami sublingválními (SLIT) i parenterálními, které jsou v současné době v České republice jen na mimořádný dovoz.

Závěr: Při zavedené terapii je pacientka plně kompenzována.

Literatura

MUDr. Bronislava Novotná, Ph.D. – Alergologie Brno

Doc. MUDr. Jaromír Bystroň, CSc. – O imunitě

Prof. MUDr. Václav Špičák, CSc. – Astma

Prof. MUDr. František Vosmík, DrSc. – Nemoci kůže



Ze světa odborné literatury...

■ Děti s nevysvětlitelnou příčinou teplot a diagnózou infekce močového traktu

U většiny dětí s přetrvávajícími teplotami nacházíme spojitost s virovou etiologií. Ve studii vyšetřovali děti od jednoho měsíce do dvou let věku s nevysvětlitelnými teplotami. Děti s chronickým onemocněním byly vyloučeny. Cílem byla compliance se standardním postupem diagnostiky a faktory, které ji ovlivňovaly. Opakovaně vyšetřovali hemokulturu a kultivace moče. Využívali katetrizaci močového měchýře. Počet kontaminovaných kultur byl při správných postupech velmi nízký. Prevalence infekce močových cest se pohybovala kolem sedmi procent.

Eur J Pediatr. 2014;173:463–468

■ Steroid-responzivní encefalopatie asociovaná s autoimunní tyreoiditidou

Onemocnění se nyní uvádí jako Hashimotova encefalopatie. Je to poměrně řídké, imunitně zprostředkované onemocnění postihující děti a adolescenty. Je zde alterace mentálního stavu, křeče a kognitivní dysfunkce. Prezentována kazuistika třináctiletého děvčete, u něhož lékařská pohotovost řešila kóma a refrakterní *status epilepticus*. Generalizované tonicko-klonické křeče perzistovaly i po infuzní léčbě antiepileptiky. Laboratorně nalezeny antityreoideální protilátky a vysoké hodnoty TSH nejen v krvi, ale i v likvoru. Byla vyloučena traumatická, infekční, metabolická, toxická i neoplastická etiologie i další možné ekvivalenty autoimunních onemocnění. Při stanovení diagnózy autoimunní tyreoiditidy byla zahájena léčba kortikoidy a levotyroxinem. Tři měsíce po ukončení steroidního léčení se však objevil relaps. V práci jsou mj. předloženy veškeré známé diagnostické příčiny encefalopatie v dětském věku i u dospívajících. Z relapsů pak u těchto jedinců pramení poruchy intelektu a chování.

Eur J Pediatr. 2014;173:1263–1273

■ Streptokoková faryngitida u dětí – léčit, či neléčit?

Autoři se stále domnívají, že léčba streptokokové faryngitidy zůstává kontroverzní. Guidelines pro léčbu jsou v celé literatuře nejednotné. Některé státy Evropy doporučují antibiotickou léčbu jen u vysoce rizikových pacientů, naopak v USA ponechávají antimikro-

biální léčbu pro všechny děti se streptokokovou faryngitidou. To však může vést k narůstající rezistenci. Přimlouvají se za včasnou diagnostiku mezi virovou a bakteriální složkou, zvláště když akutní faryngitida skupiny A bývá izolována z hrdla.

Je vhodné provádět rychlý antigen detekční test. Vlastní ASLO test je vhodné realizovat až za tři týdny. Vzhledem k velké prevalenci streptokokové faryngitidy u školních dětí je vhodné si klinický obraz ověřovat rychlým antigen detekčním testem RADT.

Eur J Pediatr. 2014;173:1309–1317

■ Analýza otitis media s efuzí u dětí s Downovým syndromem

U dětí s Downovým syndromem často probíhají otitidy s komplikacemi včetně určitých ztrát sluchu. Byla zpracována dokumentace těchto jedinců ve věku mezi 6 měsíci a 12 lety. Zpracováno bylo celkem 107 dětí. Největší prevalence nalezena v roce věku, pak v 6 letech. Pokles nastává po osmém roce. Práh sluchu byl signifikantně změněn při bilaterální *otitis media* s efuzí. I určitá ztráta sluchu je spojena se snížením kvality řeči.

Eur J Pediatr. 2014;173:1319–1325

■ Klinický aspekt parapneumonického empyému u dětí léčených standardním způsobem

Incidence parapneumonického empyému se zvyšuje od roku 1990, spolu s dalšími pneumoniemi a jejich komplikacemi. Sem patří nekrotizující pneumonie, plicní absces, pneumotokéla a bronchopleurální fistula. Tento vzestup nebyl zastaven ani pomocí pneumokokové vakcíny. Vlastní léčba sestává z intravenózních antibiotik a zabránění pleurálním efuzím. V dalším pak mohou být intrapleurálně aplikována fibrinolytika nebo vše řešeno chirurgicky za videoasistovaných technik. Chirurgické řešení bývá nutné ve 20 % případů.

Eur J Pediatr. 2014;173:1347–1353

■ Efekt inhalovaného oxidu dusnatého na tromboelastogram u novorozenců s perzistentní plicní hypertenzí

Práce o vlivu inhalovaného oxidu dusnatého na časy krvácení a agregaci destiček u novorozenců jsou limitovány počty sdělení. Tromboelastogram ukazuje kombinovaný

efekt na koagulační faktory a destičkové funkce. Rozhodli se ohodnotit efekt této léčby u novorozenců s perzistující plicní hypertenzí. K využití došlo u 10 termínových dětí dostávajících NO pro plicní hypertenzi a 32 dětí zdravých. Závěrem bylo, že perzistující plicní hypertenze i oxid dusnatý mají negativní efekt na *in vitro* koagulační test. Novorozenci s plicní hypertenzí s potřebou oxidu dusnatého by měli být monitorováni pro možné koagulační problémy.

Eur J Pediatr. 2014;173:1381–1385

■ Inzulinom – jen u dospělých?

Inzulinom u dětí je v literatuře popisován zřídka. Zde u dvou dětí – jedenáctiletého a třináctiletého. V daném sdělení je zpráva o dvou dospívajících s hyperinzulinémií a hypoglykemií, iniciálně diagnostikované jako epilepsie nebo migrény. Výzvou byla lokalizace inzulinu. U jednoho pacienta provedena dokonce angiografie, CT i MRI. Laparoskopicky provedena distální pankreatická resekce u prvního a konvenční enukleace pankreatické hlavy u druhého z nich. Na rozdíl od dospělých převažovaly jen makrozomie a pokles školních schopností, stejně jako narušení kognitivních funkcí. Dále je zde vysoký glukózový práh nebo narušený poměr inzulín/glukóza.

Autoři se vracejí ke kongenitálnímu hyperinzulinismu, který je zapříčiněn difúzní nebo fokální hyperplazií beta-buněk pankreatu. Ten pak zapříčiňuje hypoglykemické stavy u novorozenců a kojenců. Pokud však se vyskytuje v dětství a v adolescenci, hypoglykemické stavy, ketotická hypoglykémie, intoxikace, metabolické nebo endokrinní nemoci včetně nesidioblastózy jsou řídkými nálezy. V literatuře je uváděno jen několik klinických obrazů inzulinu ve věku pod 3 týdny. Musíme jej proto zvažovat u všech neurologických křečí neodpovídajících na antikonvulziva. U všech těchto sporných obrazů opakovaná kontrola plazmatické glukózy, C peptidu a porovnání poměru inzulín/glukóza. Také se zmiňují o promptní léčbě diazoxidem per os s diuretikem v kombinaci v prevenci postižení mozku.

Eur J Pediatr. 2014;173:567–574

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



Aktuality...

Černého kašle je v ČR proti loňsku téměř třikrát víc, hlavně u teenagerů

Černého kašle v Česku nadále rychle přibývá. Za deset měsíců letošního roku bylo hlášeno již 2 188 případů, což je téměř trojnásobný počet proti stejnému období loňského roku, který byl doposud považován za rekordní. Novináře o tom ve čtvrtek informovala epidemioložka Státního zdravotního ústavu K. Fabiánová.

Letos nejčastěji onemocněli dospívající ve věku 15 až 19 let, přibýlo nakažených mezi budoucími rodiči, tedy mladými nad 20 let. Mezi dětmi nejčastěji onemocní kojenci do čtyř měsíců věku. Loni se za prvních devět měsíců nakazilo 880 lidí. Podle odhadu je výskyt nemoci u dospělých až 200krát vyšší, než uvádějí statistiky. Pokud totiž nemoc má jen mírnější formu, pacienti lékaře nevyhledají. Nevědomky ale nemoc dál šíří. Černý kašel se přenáší kapénkami a způsobuje záchvaty kokrhavého kašle. Novorozence a lidi s nemocemi dýchacího ústrojí přímo ohrožuje na životě. „Prodělání nemoci i očkování poskytují jen časově omezenou ochranu. Proti nemoci je proto potřeba se pravidelně přeočkovávat,“ uvedla Fabiánová.

Proti černému kašli se v Česku očkují povinně pouze děti, vakcinaci jim hradí zdravotní pojišťovny. Tzv. hexavakcína chrání kojence a batolata, přeočkovávají se předškoláci a od roku 2009 také děti ve věku deset až jedenáct let. Podle Fabiánové by se měli očkovat i dospělí, mimo jiné proto, že tím sníží riziko přenosu na nejmenší děti, které ještě očkované být nemohou.

Vakcinace chrání až dvanáct let

V Česku byly čtyři případy úmrtí nejmenších, dosud neočkovaných dětí kvůli komplikacím černého kašle, a to v letech 2005, 2007, 2008 a 2009. Ve všech případech se děti nakazily od členů rodiny. Vakcinace chrání tři až dvanáct let, národní imunizační komise doporučuje v dospělosti alespoň jedno přeočkování, dospělí si platí vakcínu sami.

„Při podezření na černý kašel je třeba co nejdříve pacienta vyšetřit a odebrat vzorky na laboratorní potvrzení nemoci,“ uvedla vedoucí Národní referenční laboratoře pro pertusi (černý kašel) Jana Zavadilová. Jak se onemocnění vyšetřuje, radí web Státního zdravotního ústavu. Návrat černého kašle a nárůst počtu onemocnění i úmrtí zaznamenávají i okolní evropské státy a USA. Takzvaná ochranná strategie (cocoon strategy), kdy se nechávají očkovat dospělí, aby zajistili bezpečnost novorozence ve svém okolí, výrazně pomáhá snížit nemocnost nejmenších dětí na černý kašel. Některé porodnice nabízejí očkování svým zaměstnancům i budoucím matkám a jejich rodinám.

Zdroj: iDNES.cz, ČTK, 20. 11. 2014

Postižené děti čekají zase jen zvláštní školy. Úřady jsou nevyzpytatelné

Novela školského zákona měla pomoci dětem s postižením do normálních škol, místo toho je však směřuje spíše do těch zvláštních. Postupy přidělování pedagogických asistentů se přitom

v každém kraji liší. Rodiče dětí s handicapem si tak stěžují na to, že úřady jsou v různých regionech nevyzpytatelné.

V jednom kraji rodičům mentálně a zdravotně postižených dětí ochotně poskytují pedagogické asistenty, v sousedním tyto děti skoro automaticky posílají do zvláštních škol. A kvůli připravované novele školského zákona se rodiče nyní bojí, že situace ve školství bude ještě horší.

Zákon je totiž podle kritiků tak nepřesně formulovaný, že si ho každý může vyložit po svém. Úředníkům při rozhodování o tom, zda dítěti přidělit speciální pomůcky či pedagogického asistenta, umožní ještě svévolnější přístup než dosud.

Novela z pera ministra školství Marcela Chládky (ČSSD) přitom měla situaci ohledně vzdělávání sociálně a zdravotně znevýhodněných dětí upřesnit. Česko totiž dlouhodobě čelí kritice, že příliš mnoho dětí posílá automaticky do zvláštních škol. „Mělo by dojít k lepšímu začleňování dětí do hlavního vzdělávacího proudu,“ uvedl ministr.

Jenže novela zavádí i opatření, které děti do speciálních škol naopak nasměruje. Píše se v ní totiž, že jedním z podpůrných opatření je zařazení dítěte do speciální třídy nebo školy, a to bez dalšího upřesnění, jak dlouho a v jakém pořadí se mají zkoušet předchozí možnosti.

Nové znění je spíše nebezpečný experiment

Experti varují před tím, že v souvislosti s nejasnou definicí mentálního postižení může nový zákon poslat do praktických škol i ty děti, které by mohly zůstat v běžném školním kolektivu. Jednou z nejzranitelnějších skupin při takovém rozhodování úřadů jsou Romové. O tom, jak je nyní situace ve vzdělávání dětí s postižením nepřehledná, svědčí případ rodiny z Olomoucka, na který nedávno upozornila MF DNES. Rodiče tříleté autistické dívky žádali, aby mohla nastoupit do mateřské školy s pedagogickým asistentem. Jenže navzdory doporučením psychologa a psychiatra jim olomoucké Speciální pedagogické centrum sdělilo, že holčičce pomoc nepřidělí. Dostane ji případně až poté, co se ukáže, že pobyt ve školce bez ní nevládne. To je přitom podle odborníků u dítěte s takovým postižením zcela zbytečný a nepřipustný experiment, což okamžitě uznala tatáž instituce sídlící v Ostravě. Když se rodiče obrátili tam, dostali asistenta hned.

Rodiče handicapovaných školáků budou závislí právě na posudcích z těchto poraden. „Posudky o mentálním stavu dítěte dělávají bez přítomnosti rodičů v takové rychlosti, že mnohdy ani není možné najít způsob, jak s dítětem komunikovat. Natož zjistit, jaké jsou jeho mentální schopnosti,“ popisuje svoji zkušenost Karla Trusková, jejíž rodině se podařilo prosadit, že desetiletá dcera s Downovým syndromem v Brně navštěvuje běžnou základní školu.

Organizace Člověk v tísni hovoří dokonce o tom, že rozhodování úřadů je v případě postižených dětí zcela nahodilé. Oslovila proto poslance s žádostí o to, aby tuto část novely ještě upřesnili. Že je situace nepřehledná, přiznává i ministerstvo. „O tomto paragrafu budeme ještě příští týden diskutovat se školským výborem a odborníky z praxe,“ říká mluvčí Ministerstva školství Klára Bílá. Zákon se přitom měl schvalovat na prosincové schůzi Sněmovny.

Zdroj: Z. Taušová, iDNES.cz, 2. 12. 2014



Pacienty budou operovat mladí a nezkušení lékaři. Jiní nebudou

Česko si podle odborníků neumí z absolventů medicíny vychovat vlastní špičkové specialisty a chystaná ministerská vyhláška tento stav zakonzervovává. Lékaři z Česka odcházejí do zahraničí v čím dál hojnějším počtu.

Guláš, do kterého každý dělesloužící ministr přihodil kousek něčeho jiného, o čem si myslel, že to vylepší večeři, jenže výsledný pokrm se nedá jíst...

Takové přirovnání má viceprezident České lékařské komory Zdeněk Mrozek na současný systém vzdělávání lékařů, který má z těch začínajících udělat specializované.

Lékaři z Česka odcházejí do zahraničí v čím dál hojnějším počtu. Ti, kteří zůstali, dramaticky stárnou a nové zkušené lékaře si podle lékařské komory neumíme vychovat.

Změny pravidel za pochodu

„Házíme jim nesmyslně klacky pod nohy. Jsou třeba lidé, kteří mají jít k atestacím, protože už splnili potřebný počet výkonů a délku praxe, poctivě se připravují a najednou zjistí, že se jim část praxe neuzná, protože jejich nemocnice mezitím třeba ztratila akreditaci. Nebo že se mezitím změnila pravidla pro získání atestace,“ popisuje Mrozek. Než se z nezkušeného lékaře po škole stane specialista v oboru, trvá to léta: nejkratší dobu se musí školit praktičtí lékaři (tři roky), nejdéle neurochirurgové (sedm let).

„Je nás padesát a žádní další nepřibudou, protože nová vyhláška bourá logickou praxi, že se lékař připravuje na svůj obor tam, kde jsou na něj skutečně specialisté. A ne v okresní nemocnici – jak tomu má být nově –, kde se doktor ke složitější operaci nedostane ani jednou za život,“ kroutí hlavou neurochirurg Eduard Zvěřina a nebere si servítky: „Vyhláška z pera ministerstva navíc nově umožňuje nezkušeným lékařům dělat spoustu výkonů, které dosud směl dělat jen zkušený lékař. To je nejen neetické, ale mělo by to být i trestné.“ Proč to tak je? „Vidím za tím snahu řešit nedostatek personálu na službách tím, že budou sloužit mladí lékaři před atestací. Jenže není možné, aby lékař, který absoluuje jen část dalšího vzdělávání a praxe, dělal totéž, co plně erudovaný doktor,“ říká viceprezident ČLK Mrozek.

Uvědomují si to i sami lékaři. „Nejsem blázen, abych sloužil služby sám a dopadl jako ten mladý kolega, který nepoznal špatně se vyvíjející porod a teď běhá po soudech,“ řekl MF DNES anonymně šestadvacetiletý doktor, který si atestaci jde udělat raději do Německa. Ministerstvo zdravotnictví přitom slíbilo, že systém vzdělávání zprehlední a zjednoduší.

„Ale materiál, který jsme dostali do rukou, o tom vůbec není. Naopak, v řadě případů zhoršuje současný systém,“ říká prezident komory Milan Kubek.

Ministerstvo zdravotnictví mělo ve čtvrtek a v pátek výjezdní zasedání, kde novou vyhlášku o postgraduálním vzdělávání lékařů řešilo. Co z připomínek vezme v potaz, bude jasné teprve tento týden.

V každém případě je zřejmé, že na lákání zahraničních nemocnic slyší čím dál víc českých lékařů. Nával mediků u německých náborových stánků při nedávném veletrhu pracovních příležitostí v Praze byl dostatečně výmluvný.

Zdroj: L. Petrášová, idnes.cz, 8. 12. 2014

Návod na posílání dětí do zvláštních škol se změnil, psychiatři se bouří

Ministerstvo školství chce změnit postup, podle kterého se rozhoduje o umístění žáků do praktických (dříve zvláštních) škol. Kromě IQ se zohlední i prostředí, ze kterého dítě pochází. Školní psychologové chtějí k tomu využít americkou metodu, podle psychiatrů je ale pro tento účel zcela nevhodná.

V současnosti se pravidla posílání žáků do praktických škol ne vždy dodržují. I proto Evropská komise kárala Česko, že má příliš vysoký počet romských dětí v těchto školách. Ministerstvo školství chce způsob výběru změnit od září 2016.

„Kromě IQ budeme hodnotit i to, jestli na výkon dítěte nemá vliv také sociálně-kulturní prostředí, z něhož pochází,“ vysvětluje Jana Zapletalová, jedna z autorek novely a školní psychologka. K hodnocení dětí chtějí používat takzvaný manuál DSM-V.

Proti tomu se však bouří psychiatři. Nelíbí se jim, že psychologové ze školských zařízení mají využívat systém určený pro psychiatry, tedy lékaře, a navíc americké. „V Evropě tento systém používáme jen pro výzkum. Není to ani testovací nástroj, ale jen klasifikační systém, podle kterého člověka zařadíte do určité škatulky, třeba jako atlas rostlin,“ vysvětluje psychiatr Cyril Höschl.

S převedením systému používaného americkými psychiatry do českého školského prostředí nesouhlasí předseda Asociace dětské a dorostové psychiatrie Jaroslav Matýs.

Podle něj se školní psycholog, který diagnostiku dětí provádí, nemůže pasovat do role lékaře. „Nemají atestace a chtějí jít na úroveň zdravotníků. V Evropě jsme zavázáni používat Mezinárodní klasifikaci nemocí a oni chtějí používat něco z amerického manuálu,“ říká Matýs.

Jana Zapletalová za školní psychology manuál hájí s tím, že ho chtějí využít pouze proto, že nejpodrobněji popisuje vliv sociálního prostředí. Podle Matýse se však dá vliv sociálního prostředí zahrnout i do diagnostiky, která probíhá dnes.

Zarážející je to, že manuál DSM-V, jež chce tým kolem Zapletalové používat k určování stavu dětí, psychiatři nepřijímají zrovna pozitivně.

„Diagnostický a statistický manuál se v Americe používá už více než půl století. Jeho pátá verze, kterou nyní představili, je takovým hybridem. Zavádí nové diagnózy, některé staré mění a má spoustu kritiků,“ říká psychiatr Cyril Höschl. Proč? Někteří psychiatři jej považují za příliš „přísný“. Jako hyperaktivní například označuje každé dítě, které prostě jen normálně zlobí. Diagnózou hodnou psychiatra je podle nového amerického systému i truchlení po smrti blízké osoby delší než dva měsíce.

Komu novela pomůže?

Přestože Jana Zapletalová za Ministerstvo školství ubezpečuje, že jediným cílem novely je zpřesnit diagnostiku a zmenšit počet dětí v praktických základních školách, aktivisté se obávají pravého opaku.

„V novele o použití metody DSM-V nebude nic napsáno. Máme proto strach, že se využije třeba pouze její část, jak ostatně tvůrci tvrdí, a nakonec nikdo nebude vědět, podle jakého klíče se děti rozřazují. To může vést ke zvýšení počtu dětí ve zvláštních školách,“ obává se Lenka Felcmanová, místopředsedkyně České odborné společnosti pro inkluzivní vzdělávání.

Stanislav Drbout z Asociace speciálních pedagogů ČR se používání nové metody rozřazování dětí neobává. Souhlasí s tím, že jde pouze



o zpřesnění. „Je ale na psychiatrech a psychologích, aby se mezi sebou nejdříve dohodli,“ říká.

Zdroj: M. Březinová, iDNES.cz, 11. 12. 2014

Praktičtí pediatři se obávají likvidace oboru

Ministerstvo zdravotnictví připravuje novou legislativu, která by v praxi prodloužila přípravu lékaře na samostatný výkon v oboru pediatrie. „Takový krok by vedl k faktickému zrušení oboru praktický lékař pro děti a dorost,“ upozorňuje členka vedení Koalice soukromých lékařů MUDr. Ilona Hülleová...

Zatím je to pouze návrh. Pokud by začal platit, dramaticky ovlivní budoucnost oboru praktický lékař pro děti a dorost.

Ministerstvo vypracovalo dokument, který předpokládá zásadní změnu ve vzdělávání pediatrií. Po 36 měsících absolvování kmene není dle navržených tezí novely zákona uvažováno o atestaci z oboru. V praxi to znamená, že lékař by po této době nebyl plně kvalifikovaný pro výkon soukromé praxe.

„Vzhledem k tomu, že se v ministerském návrhu neuvažuje o tom, že by po 3 letech byl společný pediatrický kmen zakončen atestací, dá se předpokládat, že pokud noví pediatři budou chtít mít atestaci, budou si muset prodloužit studium o další 2 roky. Tím pádem hrozí prohloubení krize v nepříznivé demografické situaci u stávajících pediatrií, což nepříznivě ovlivní stávající síť PLDD. Z těchto důvodů trváme na zachování oboru PLDD v primární péči, neboť ani sjednocení pediatrie nevyřeší nedostatek všech pediatrií,“ uvedla pro Medical Tribune MUDr. Ilona Hülleová.

Pokud by začaly platit navržené změny, měl by dětský lékař po třech letech přípravy nejasné kompetence a byl by bez atestace. Aby atestaci získal, musel by se školit ještě další dva roky. Pediatři se obávají, že prodloužování přípravy při stávajícím nedostatku PLDD může tento problém primární péče o děti v ČR ještě prohloubit. „Lékařky vzhledem k feminizaci oboru po absolvování lékařské fakulty raději preferují zařazení do oboru všeobecného praktického lékaře, kde po třech letech a atestaci mohou nastoupit do praxe praktického lékaře pro dospělé. Je to složité, ale navrhované změny zákona o vzdělávání bez dalšího systémového řešení mohou mít velmi negativní dopady na zajištění primární péče o děti, byť je to těžké podložit něčím konkrétním v současné situaci. Zásadně nesouhlasíme se zrušením oboru PLDD a s tím, aby budoucí PLDD mohl poskytovat péči dětem bez atestace,“ poznamenává MUDr. Hülleová.

Redakce Medical Tribune se zeptala ministerstva zdravotnictví, proč tuto změnu prosazuje, co je cílem prodloužení přípravy lékařů v oboru pediatrie a jak se staví k námitkám představitelů PLDD. Mluvčí ministerstva na tyto dotazy neodpověděla, pouze konstatovala, že návrhy se ještě mohou změnit.

„Pracovní skupina ministerstva zdravotnictví připravila určité teze k novele zákona č. 95/2004 Sb., které byly odeslány k základním připomínkám odborným společnostem. Tyto teze navíc prošly i rozsáhlou odbornou diskusí na sjezdu České lékařské komory, která měla k tomuto textu připomínky. Ministerstvo zdravotnictví zaslané připomínky k tezím zákona stále zpracovává a v současné době tedy ministerstvo neučinilo žádný definitivní závěr, tj. nebylo dosud rozhodnuto o zrušení PLDD, jednání s PLDD v tomto směru dále pokračují.“

Zdroj: www.tribune.cz, 9. 12. 2014

Převratný objev z Brna: domácí diagnostika rakoviny prostaty

Rakovina patří mezi největší strašáky současné společnosti. Pro úspěšnou léčbu je velmi důležitá včasná diagnóza. U rakoviny prostaty, která je nejčastějším zhoubným typem nádorového onemocnění u mužů v Česku, je to klíčové, protože v raném stadiu se dá v naprosté většině úspěšně léčit.

Muži však často preventivní prohlídky na urologii z nejrůznějších důvodů odkládají a pak už může být pozdě. Brněnští vědci z Mendelovy univerzity nyní představili přelomovou a ve světě unikátní novinku – domácí test, který rakovinu prostaty dokáže odhalit. Funguje jednoduše, podobně jako běžný těhotenský test.

Tým vědců z laboratoře metalomiky a nanotechnologií pod vedením profesora Reného Kizeka přes čtyři roky pracoval s aminokyselinou sarkosinem, která podle zjištění amerických vědců z roku 2009 funguje jako jeden z potenciálních ukazatelů onemocnění prostaty. Brněnští vědci při výzkumu spolupracují s urologickými odděleními fakultních nemocnic v pražském Motole a u sv. Anny v Brně.

„Analyzovali jsme vzorky více než pěti stovek pacientů a na základě toho jsme vyvinuli jednoduchý senzor pro domácí diagnostiku obsahu sarkosinu v moči. Senzor tedy bude podobný těhotenskému testu a lidé by si ho mohli koupit v lékárně nebo v obchodě za pár korun,“ vysvětlil Právu jeden z vědců Zbyněk Heger.

Onemocnění nebolí

„Doma papírek ponoří do nádoby s močí a pak se jim ukáže negativní nebo pozitivní výsledek. Je to vhodný nástroj pro muže, jejichž psychika velí, aby s problémem zůstávali doma a nešli k urologovi na nepříjemné vyšetření. Měl by to být impuls k tomu, aby se zvýšil záchyt karcinomů prostaty,“ dodal Heger.

Brněnští výzkumníci zjistili, že razantně zvýšená hladina sarkosinu se vyskytuje právě u pacientů s rakovinou prostaty. U ostatních urologických problémů, jako je třeba zbytnění prostaty, které postihuje většinu mužů nad padesát let, je jeho hladina takřka nezměřitelná. Přitom právě zbytnění prostaty i rakovina mají stejné příznaky, jako jsou časté močení a pocit nevyprázdněného močového měchýře. Mnoho mužů proto tyto indicie ignoruje s tím, že to patří k věku, a k lékaři se dostanou až ve chvíli, kdy agresivní rakovina prostaty metastazuje do kostí.

„Rakovina prostaty nebolí a výrazněji se projeví až ve chvíli, kdy metastazuje. Navíc při vyšetření, které se provádí pohmatem per rectum, může lékař často špatně identifikovat, jestli jde o nádor, nebo zbytnělou prostatu, takže velké procento mužů musí zbytečně na biopsii. I tam se ale lékaři nemusejí trefit zrovna do místa, kde nádor roste,“ upozornil Heger.

Idea brněnských vědců je taková, že muži v rizikovém věku by si mohli test pravidelně dělat doma, a jakmile by se objevil pozitivní nález sarkosinu, byl by to pro ně jasný pokyn, aby neprodleně vyhledali specializovaného lékaře.

„Dává to možnost zachytit rakovinu v té nejranější fázi. My jsme svou roli dotáhli až do konce, test je v podstatě nachystaný pro běžné použití, ale my těžko můžeme z naší laboratoře udělat továrnu na tyto testy. Nyní proto intenzivně hledáme partnera, který by náš nápad skutečně komerčně použil,“ řekl René Kizek.



Pracují na použití při prognóze léčby

Výzkumný tým se ale nespokojuje jen s tímto testem. Už nyní pracuje na dalším využití sarkosinu, neboť jako velice slibné se jeví i jeho použití při prognóze léčby rakoviny prostaty.

„Jde o muže, kterým byla prostata odstraněna, ale agresivní karcinom se může v těle udržet v okolní tkáni a rakovina u nich znovu propukne. U těchto pacientů podle dosavadního zjištění přetrvává

vysoká hladina sarkosinu, takže lékaři by mohli pak hned nasadit odpovídající léčbu. Je to pokus o personalizovanou medicínu, kdy u konkrétního pacienta může lékař stanovit přísně individuální léčbu. Tady jsme ale jen na začátku,“ dodal Heger.

Zdroj: P. Kozelka, Právo, 11. 12. 2014

INZERCE

326 8-14

Od 4/2015 **přenechám** (prodám nebo lékaře na plný úvazek zaměstnám) zavedenou **ordinaci** PLDD (s.r.o.) ve **Staré Boleslavi**. Telefon: 606 416 548.

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.

348 11-14

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

349 11-14

Prodám ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost v **Praze 10**. Ev. zaměstnám lékaře na libovolný úvazek dle dohody. Tel.: 731 781 134, e-mail: martikaktus@seznam.cz

350 11-14

Hledám lékaře pro převzetí pediatrické praxe v **okrese Brno-venkov** s nástupem jaro-léto 2015. Tel. 544 228 359, 722 162 590.

351 12-14

Pro zavedenou pediatrickou praxi v **Praze hledáme lékaře** s atestací PLDD na plný úvazek. Nástup začátek roku 2015 či dle dohody. Odpovědi e-mailem na sim.h.consulting@gmail.com

352 12-14

Hledám nástupce pro převzetí dobře zavedené pediatrické praxe v **okrese Havlíčkův Brod**. Zapracovaná sestra k dispozici. Mohu vypomoci s případným zástupem. Tel.: 777 252 593.

354 12-14

Hledám zástup pro ordinaci v **Průhonicích** (cca 6 hodin denně, ev. po domluvě i méně) v době od 8. 1. cca do poloviny února, případně na jakkoliv dlouhou dobu v tomto období. Sestra je zkušená, obvod menší, klidný. Kontakt: martina.kalinova@email.cz, tel.: 737 529 702.

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

Autodidaktický test 1/2015

Gastroenteritidy

1. Nejčastějšími původci akutních gastroenteritid u dětí v ČR jsou:

- a) viry (rotaviry, adenoviry, noroviry, enteroviry...)
- b) bakterie (*Campylobacter*, *Salmonella*, *E.coli*, *Yersinia*...)
- c) parazité (*Giardia lamblia*, *Entamoeba histolitica*, kryptosporidie...)

2. Bez ohledu na etiologii zvracení a průjmu je nutné zajistit dítěti náležitou hydrataci. Čím mladší dítě, tím vyšší riziko dehydratace, a to vzhledem k vyššímu procentu tělesné vody. Rozlišujeme dehydrataci lehkého, středního a těžkého stupně. Lehkou dehydrataci dítěte můžeme zvládnout v domácím prostředí při náležitém poučení rodičů. Léčebný proces zahajujeme ihned a nečekáme na výsledky případných laboratorních vyšetření. Lehká dehydratace je charakterizována:

- a) oschlým jazykem bez slinění, žízní, ochablostí, ztrátou hmotnosti < 5 %, normálním množstvím moči
- b) zachovanou produkcí slin a slz, výrazně halonovanými očima, ztrátou hmotnosti > 5 %, žízní, apatií
- c) normálním či jen lehce sníženým turgorem, zachovanou tvorbou slin a slz, normální produkcí moči, žízní, ztrátou hmotnosti < 5 %

3. Rehydratační léčba při akutních gastroenteritidách je již řadu desetiletí řešena perorálními rehydratačními roztoky. Oproti infuzní terapii je výhodou neinvazivita, dobrá snášenlivost, nízké náklady, vyšší bezpečnost a možnost domácího použití. Až do počátku 90. let 20. století se i v Evropě používal tzv. WHO perorální rehydratační roztok. V r. 1992 vydal ESPGHAN doporučení pro perorální rehydratační roztok pro evropskou dětskou populaci. Důvodem byl:

- a) vysoký obsah Na⁺/I ve WHO roztoku (90 mmol/I)
- b) nízký obsah Na⁺/I ve WHO roztoku (30 mmol/I)
- c) nepoměr mezi ztrátami Na⁺ stolicí u choleryových dětských gastroenteritid v rozvojových zemích a necholeryových gastroenteritid v rozvinutých zemích (90 mmol Na⁺/I stolice: 60 mmol Na⁺/I stolice)
- d) absence glukózy ve WHO roztoku

4. Podmínkou úspěšné perorální rehydratace je krom iontů důležitá přítomnost glukózy v rehydratačním roztoku (74–111 mmol/I) a jeho hypoosmolalita (200–250 mosmol/kg). Tyto podmínky splňuje a proto doporučíme k rehydrataci děti:

- a) ovocný džus
- b) hořký čaj
- c) Coca-cola
- d) WHO perorální rehydratační roztok
- e) ESPGHAN perorální rehydratační roztok

5. Při infekční etiologii průjmu dochází k hypersekreci vody a elektrolytů do střevního lumina. Příčinou je rozklad enkefalinů (neurotransmiterů) enkefalinázou obsaženou v enterocytech působením virů či bakteriálních toxinů. Enkefaliny snižují sekreci vody a elektrolytů intraluminálně. Při léčbě infekčního průjmu, případně při zvracení, můžeme u dětí pro zachování hydratace použít:

- a) adsorbenty (carbo medicinalis, diosmectit)
- b) antiemetika (metoclopramid)
- c) u bakteriální etiologie vždy antibiotika
- d) inhibitory enkefalinázy (racecadotril)
- e) přípravky tlumící střevní peristaltiku (difenoxylát – Reasec)



NAČECHREJ
SVĚ PLICE...



Utiší váš kašel...

LEVOPRONT®

sirup, kapky

Levodropropizin

Periferní antitusikum

stejně účinné a lépe tolerované
než centrální antitusika¹

Bez ovlivnění respiračních funkcí
a mukociliární clearance¹

ERDOMED®

erdosteín

Antibakteriální mukoregulátor s antiflogistickým a antioxidačním účinkem

Erdomed 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 vzácně 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:** Erdosteínium 300 mg v 1 tvrdé tobolce, Erdosteínium 175 mg v 5 ml suspenze, Erdosteínium 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 bronchiální, 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 naředění 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).


BEBA
Pokračovací kojenecká výživa.



Když jeho imunita je středem vaší pozornosti



Dosud kojíte, takže víte, že vaše mléko je přirozeným ochráncem vašeho miminka. Jestliže nevíte, jaké pokračovací mléko zvolit v zájmu jeho imunitního systému, vyvinuli jsme kojenecké mléko BEBA PRO 2, které obsahuje:

- **IMMUNO-COMPLEX*** – podporující **imunitní systém**
- **Bifidus B_L** – bakterie mléčného kvašení
- **OPTIPRO™** – vysoká kvalita bílkoviny

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

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

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

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

www.kojeneckavyziva.cz

