

téma čísla

Dětská stomatologie



- Využití stanoveného dentálního věku dítěte k určení jeho chronologického věku
- Úrazy dočasných zubů
- Kontraindikace očkování
- Pertuse u kojence z pohledu infektologa
- Slovník sociálního zabezpečení 2015



Pracujeme pro zdravější svět™

NUTRICIA
BABY NUTRITION



do more
feel better
live longer





VAKCÍNY PROTI KLÍŠŤOVÉ ENCEFALITIDĚ

ENCEPUR® PRO DĚTI

Očkovací látka proti klíšťové encefalitidě
k aktivní imunizaci dětí od 1 roku do 11 let včetně.

ENCEPUR® PRO DOSPĚLÉ

Očkovací látka proti klíšťové encefalitidě
k aktivní imunizaci osob starších 12 let.

ZÁKLADNÍ očkovací schéma



UPRAVENÉ ZÁKLADNÍ očkovací schéma



ZRYCHLENÉ očkovací schéma



Zkrácená informace o přípravku ENCEPUR®: Název přípravku: Encepur® pro děti/Encepur® pro dospělé. 0,25/0,5 ml injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Imaktivovaná vakcína proti klíšťové encefalitidě. **Složení:** 1 dávka (inj. suspenze v předplněné stříkačce (Encepur® pro děti: 0,25 ml; Encepur® pro dospělé: 0,50 ml) obsahuje 0,75 µg (Encepur® pro děti) / 1,5 µg (Encepur® pro dospělé) inaktivovaného viru pomnoženého na buněčných kulturách kuřecích fibroblastů. **Indikace:** Aktivní imunizace proti klíšťové encefalitidě. **Dávkování:** Děti od jednoho roku včetně do jedenácti let včetně se aplikuje dávka 0,25 ml. Dětem od 12 let včetně a dospělým se aplikuje dávka 0,5 ml. **Základní očkování:** Běžné očkovací schéma: 1. dávka (den 0), 2. dávka (1-3 měsíce po první dávce), 3. dávka (9-12 měsíců po druhé dávce). Podání druhé dávky je možné urychlit a podat ji dva týdny po první dávce. U jednotlivců, kteří vyžadují rychlou imunizaci, lze použít alternativní očkovací schéma: Zrychlené očkovací schéma: 1. dávka (den 0), 2. dávka (7. den), 3. dávka (21. den). **Přeočkování:** Po ukončení základního očkování postačuje k posílení imunity dítě do 11 let včetně aplikace jedné dávky 0,25 ml přípravku Encepur® pro děti, osobám starším než 12 let se má aplikovat 1 dávka 0,5 ml přípravku Encepur® pro dospělé. Při běžném očkovacím schématu se první booster dávka podává 3 roky po poslední dávce základního očkování. Další booster dávky se podávají každých 5 let, pouze u osob starších než 49 let každé 3 roky. Při urychleném očkovacím schématu se první booster dávka podává za 12-18 měsíců po podání poslední dávky základního očkování. Další booster dávky se podávají každých 5 let, pouze u osob starších 49 let každé 3 roky. **Způsob podání:** Intramuskulárně, nejlépe do M. Deltoideus. Vakcína nesmí být aplikována intravenózně. **Kontraindikace:** U akutních onemocnění vyžadujících léčbu neočkovat dříve než dva týdny po jejich plném uzdravení. Očkování je kontraindikováno, při alergii na kteroukoli složku vakcíny. Ještě před očkováním vakcínu nezhodnou dítka, musí být považováni za kontraindikaci dalšího očkování stejnou vakcínou až do vyjasnění jejich příčin, zvláště u celkových nežádoucích účinků. Je nutno pečlivě zvážit očkování dítě a osob s anamnézou poškození mozku. **Interakce:** Při imunosupresivní terapii může být úspěšnost očkování snížena. Encepur® je možno aplikovat současně s jinými vakcínami, jednotlivé vakcíny musí být ale podány do různých očkovacích míst, nejlépe i do různých končetin. V případě vakcinace v odlišných očkovacích cích je nutné dodržet obecná pravidla pro odstup mezi podáním jednotlivých vakcín. **Těhotenství a kojení:** Bezpečnost podání očkovací látky během těhotenství a kojení nebyla stanovena v klinických studiích. Proto je nutno pečlivě zvážit rizika a prospěch před aplikací očkovací látky těhotným nebo kojícím ženám. **Nežádoucí účinky:** Lokální reakce (přechodně zarudnutí, otok a bolest, otok a bolest s tlakem přilehlých lymfatických uzlin). Zřídka po prvním očkování se mohou objevit celkové symptomy (zvýšená tělesná teplota na 38 °C doprovázená bolestí hlavy, parasetolem, vzácně nauzeou a zvracením). Dále se mohou vyskytnout celkové reakce (mohou být doprovázeny přechodnými nespecifickými poruchami vidění), návaly pocení, zimnice, únava, jakož i bolest svalů a kloubů. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte v chladničce 2 °C - 8 °C. Chraňte před mrazem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** GSK Vaccines GmbH, Emil-von-Behring-Str. 76, D-35041 Marburg, Německo. **Způsob účinnosti a výdej:** Přípravek je vložěn na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. **Datum revize textu:** 1/8/2015. **Registrační číslo:** 58/882/93-B/C, 58/882/93-A/C.



Stejně jako jiné vakcíny, ani vakcína Encepur® proti klíšťové encefalitidě neochrání 100 % očkovaných. Aplikace vakcíny Encepur® může být spojena s nežádoucími účinky, které jsou popsány v Souhrnu údajů o přípravku. Případné nežádoucí účinky prosím nahláste na cz.safety@gsk.com.

CZVAC015815 Schváleno: 10/2015

GlaxoSmithKline, s.r.o.,
Hvězdova 1734/2c, 140 00 Praha 4;
e-mail: cz.info@gsk.com; www.gsk.cz



	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Informace SPLDD	6
	Zápis z jednání Národní imunizační komise, konaného dne 8. 12. 2015 na Ministerstvu zdravotnictví	10
	Právní rubrika	11
	MUDr. Zdenka Adamová	12
	EIP 2015	
	Informace OSPDL ČLS JEP	13
	MUDr. Kristina Ginzlová	
	Využití stanoveného dentálního věku dítěte k určení jeho chronologického věku	14
	Doc. MUDr. Vlasta Merglová, CSc.	
	Epulis congenita	16
	Doc. MUDr. Vlasta Merglová, CSc.	
	Stomatologické ošetřování dětí v inhalační analgosedaci	18
	Doc. MUDr. Romana Koberová Ivančaková	
	Úrazy dočasných zubů	20
	MUDr. Parvine Gricová	
	Kontraindikace očkování	24
	MUDr. Jana Váchalová	
	Pertuse u kojence z pohledu infektologa, možnosti prevence	28
	MUDr. Jiří Novák	
	Zpráva o XIV. setkání lékařů ČR a SR v Litomyšli	30
	Ze světa odborné literatury	33
	Aktuality	34
	Řádková inzerce	37
	Autodidaktický test, Exotické infekční nemoci	38
	Slovník sociálního zabezpečení 2015	-

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX
PEDIATRIAE

březen 2016
číslo 3 • ročník 16

téma čísla
Pylové alergie








Časopis je poskytovatelem informací

připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

AHOU
GSK
MSD
NESTLÉ
PFIZER

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX
PEDIATRIAE

www.detskylekar.cz

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

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

Odborná garance: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

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

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

Jazykové korektury: Bohumila Weilová
Grafické zpracování: Michal Semerák

Úřední hodiny SPLDD ČR

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

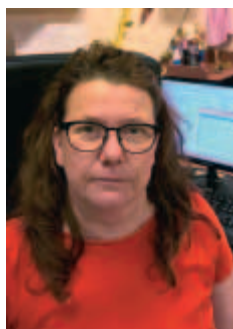
Sekretariát:
U Hranic 16, 100 00 Praha 10

telefon: 267 184 065
fax: 267 184 050

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

Foto na titulní straně: ordinace MUDr. Ireny Bijedíčové, Klatovy

Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům. Distribuce členům SPLDD ČR zdarma. Vychází 10× ročně v nákladu 2 200 výtisků. Povoleno Ministerstvem kultury pod číslem MK ČR E 10971, ISSN 1213-2241. Redakce nezodpovídá za obsah článků. Reprodukce obsahu je povolena pouze s písemným souhlasem redakce. Nevyžádané podklady se nevracejí. Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá za obsah inzercí a vložených tiskovin.



Vážení kolegové,
nastane opravdu konec dětských praktiků v Čechách, na Moravě a ve Slezsku?
Jsme opravdu druh na vymření? Vymřeme většinou po přeslici, těch nemnoho kolegů mi promine.
Jsme ohrožený druh, na který bude budoucí generace vzpomínat?
Jsme tak nepotřební a nedůležití v primární praxi?
Může v ordinaci sedět člověk bez vzdělání, který pracuje na počítači?
Stejně se v poslední době množí situace, že rodič si vše najde na internetu a pouze si přichází pro potvrzení diagnózy. Už asi nebude potřeba studovat medicínu, vše je na internetu. Ale samozřejmě všechno tam není a ani nemůže být. Jsou tam informace. Ale přiznejme si, že doktořina je poctivé řemeslo. Až práce člověka naučí.

Stala se mi v ordinaci nejedna příhoda, tak jako vám všem se stávají opakovaně a denně. Sedím už tam na té židli dlouho a ty Marušky, Honzíky a Pepíky znám od mala. Tak jedno odpoledne přišla Janička na očkování, jindy veselá a temperamentní holčička stála u dveří zaražená a tichá. Tak jsem se zeptala, zda se bojí očkování. Maminka odpověděla za ni. „Ale ne, ona se nebojí, ona je taková hřečka, ona spadla dnes z houpací.“ Protože Janičku znám dobře, nedbala jsem protestu matky a honem je poslala na chirurgii, kde diagnostikovali a také operovali krvácení do sleziny.

Myslí si zdravotnický ministr, že je dobře, aby se lékaři v ordinaci střídali?

Jindy jsme si tak vyšly se sestřičkou na odpolední novorozeneckou návštěvu do nedalekého městečka. Holčička si nějakou dobu pobyla na JIP v Brně. Po příchodu do rodiny a po prvním pohledu na holčičku jsem věděla, že je zle. Děvčátko bylo prosedlé a vyčerpané. Domluvila jsem se s matkou na transportu do nemocnice. Matka si chystala věci a dala mně malou do náručí. Sestra zatím domlouvala telefonicky sanitku. Můj další pohled na dítě už byl jasný. Evelinka se rozhodla všechno vzdát. Objevila se cyanóza kůže, srdeční akce nebyla, nedýchala. Okamžitě jsem zahájila resuscitaci. Třešinkou na dortu byl příjezd RZP. Vyčerpaný důchodový lékař při pohledu na dvouapůlkilový uzlíček řekl. „Ježíši, paní doktorko, co s ní mám dělat?“ V současné době má Evelinka přes dva roky, je to nádherná a šikovná holčička, která vždy, když přijde do ordinace, tak mi vběhne do náručí... Proč ne, vždyť je tak trochu i moje...

A co preventivní prohlídky, jsou vůbec nutné? Přišel ke mně chlapec na sedmnáctiletou prohlídku, sám. Po prohlídce jsem chlapce okamžitě odeslala na endokrinologii, kde našťěstí po hormonální terapii dohnal veškeré své mužství. Jiný chlapec se po prohlídce okamžitě přijímal na velkou urologickou operaci.

A co poradny pro kojence, jsou důležité? Známe dobře naše málem „k smrti ukojené“ kojence. A naše nekonečné debaty o důležitosti očkování. Tam už nám docházejí síly, bojujeme se zbedněností a tupostí, neschopností vyslechnout a přijmout jiný názor než ten vlastní. Nejvíce bojujeme s internetem, facebookem. Nějaký nýmand tam něco napíše a druhý nýmand si to přečte a věří tomu. Nedávno mi jedna matka řekla, že tam na tom internetu je tolik informací, že neví, čemu má věřit. Úplně jsem ji odzbrojila, když jsem se zeptala: „A co kdybyste věřila mně?“

Pane zdravotnický ministře, páni profesori, práce dětského praktika je náročné a poctivé řemeslo, které byste měli nejen zachovat, ale velmi výrazně podpořit. Vždyť přece primární péče šetří peníze. Zkušený, vzdělaný a dobře připravený praktik, který dobře zná svůj obvod, je pravý poklad pro danou oblast. Vzpomeňme si na doktora v podání R. Hrušínského z filmu Vesničko má středisková. Když si ho vybavíme, rozzáříme se všichni zevnitř do širokého úsměvu.

Vždyť i naše děti budou mít děti a přece chceme, aby měly svého dětského praktika, který je bude znát od mala se všemi radostmi a starostmi.

Přeji nám všem konečně klid na naši práci.

P. S. Opravdu nemusí na všechno být papír, opravdu nemusí být kojenec poučen a souhlasit.

MUDr. P. Zemánková,
předseda JMR

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

ČLS JEP si vás dovoluji pozvat na odborné semináře v roce 2016.

Semináře se konají vždy první čtvrtek v měsíci v Lékařském domě, Sokolská 31, Praha 2, stanice metra „C“ I. P. Pavlova, od 16:30 hodin. Vzdělávací akce jsou pořádány dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK a jsou ohodnoceny 2 kredity.

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

3. 3. 2016

Vitamin D. Obezita

MUDr. Božena Kalvachová, CSc.
Endokrinologický ústav, Praha



OSPDL ČLS JEP



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

Konec roku proběhl po dlouhé době v klidné atmosféře, úhradové dodatky s jednotlivými zdravotními pojišťovnami byly téměř dojednány. „Nezklamala“ VoZP, která zachovala svůj tradiční přístup a nenabídla k projednání žádný návrh cenového dodatku pro rok 2016. Ke konci roku 2015 a počátkem ledna 2016 byla většina dodatků zaslána jednotlivým poskytovatelům. Nově se v seznamu zdravotních výkonů objevil dlouho očekávaný nový kód naší odbornosti „02220 Rychlotest STREP A“. Je nutno připomenout, že si o tento kód musí poskytovatel v oboru PLDD individuálně požádat a podmínkou vykázání je imunoturbidimetrické stanovení antigenu *Streptococcus pyogenes*. V lednu proběhl v pořadí pátý cyklus Management lékařské praxe PLDD, který reagoval na narůstající sociálně-právní problematiku v našich ordinacích a věnoval se problematice přechodné pěstounské péče, rané péči u dětí se zdravotním postižením. Přínosným sdělením pro naše praxe bylo i téma spolupráce s OSPOD a právní problematika zastoupení nezletilých v praxi PLDD.

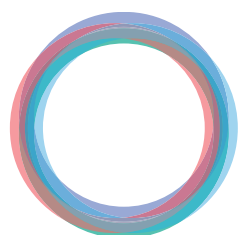
11. 12. 2015 se sešlo na posledním jednání v tomto roce předsednictvo SPLDD ČR a výbor OSPDL ČLS JEP. Společným hlavním tématem byl obor PLDD a další vývoj novely příslušného zákona. Sdružení řešilo v první řadě úhrady pro rok 2016.

9. 1. 2016 se konal v Praze v Průhoncích první z odborných seminářů Managementu lékařské praxe PLDD. Bohatá diskuze k sociálně-právní problematice bude jistě zdro-

jem dalších informací pro právní poradnu na našich webových stránkách.

12. 1. 2016 se poprvé v tomto roce sešli na svém plánovaném jednání zástupci Koalice soukromých lékařů. Diskutován byl zejména neproporcionální slibovaný nárůst úhrad ve prospěch nemocnic v roce 2016 oproti privátnímu ambulantnímu sektoru.

13. 1. 2016 v prostorách kanceláře SPLDD proběhlo jednání pracovní skupiny, která se zabývá webovými stránkami SPLDD. Uvítáme podněty a nápady z členské základny, které by napomohly k vylepšení našeho webu. Návrhy můžete zasílat do kanceláře Sdružení.



ZDRAVOTNICKÉ
FÓRUM Infekce od A do Z

Brno 7. 5. 16 / Holiday Inn Brno, Křížovského 20
Praha 11. 6. 16 / Autoklub ČR, Opletalova 1337/29

Registrace bude na detskylekar.cz a ahou.cz



Informace SPLDD

■ Prohlášení Celostátní konference Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR v Brně 2015

Vyzýváme prezidenta ČLK jako řádní členové komory, aby objektivně hájil zájmy praktických lékařů pro děti a dorost, kteří jsou součástí primární péče, a nepodílel se na devastaci historicky nastavené a fungující organizace péče o dítě. Nevidíme žádný pádný důvod ke zrušení základního oboru praktické lékařství pro děti a dorost a základního oboru dětské lékařství a jejich nahrazení jedním oborem pediatrie.

Vyzýváme ministra zdravotnictví, aby stáhl předkládanou novelu zákona č. 95/2004 Sb. jako návrh nekoncepční, bez ujasněných vazeb na jiné předpisy, bez předložení souvisejících vyhlášek a metodických pokynů. Předkládaná novela nerespektuje zájmy těch, kterých se tvrdě dotkne – dětí, jejich rodičů, praktických dětských lékařů i dětských lékařů v lůžkových zařízeních.

Místo překotné změny ve vzdělávání lékařů potřebujeme jasnou a propracovanou koncepci péče o dítě, po které voláme již řadu let.

V současné době dochází k tomu, že mladí lékaři, kteří se rozhodují o volbě oboru, jsou nejistí, a proto dochází k odlivu potenciálních zájemců o oba pediatrické obory.

Vyzýváme politické představitele, aby akceptovali projev nesouhlasu občanů i praktických lékařů pro děti a dorost s navrhovanou novelou zákona č. 95/2004 Sb., o vzdělávání lékařů. Kompatibilitu s jinými státy nevnímáme jako potřebnou, naopak náš dosavadní systém péče o dítě je progresivní a výhodný pro naše občany. Vyzýváme představitele ČPS ČLS JEP ke korektnímu jednání nad budoucností péče o děti.

Pojďme všichni zasednout ke společnému stolu a jednat racionálně, s respektem a bez emocí o budoucnosti nejen vzdělávání lékařů, ale i sester.

V Brně 31. 10. 2015

■ Reakce prezidenta ČLK na prohlášení SPLDD

Lékaři stárnou. V současnosti je z veškerého počtu pracujících lékařů všech odborností již 23 % kolegů starších 60 let. Zároveň roste podíl žen lékařek. Z čerstvých absolventů lékařských fakult tvoří ženy 2/3 a muži 1/3. Z celkového počtu 1 050 promujících lékařů jich 200 každý rok odchází do zahraničí hned po skončení školy, aniž by vůbec v ČR začali pracovat. Tolik statistika.

Nedostatek lékařů je patrný již prakticky ve všech odbornostech, avšak v obou oborech praktického lékařství je situace nejvážnější. V pohraničí se nedaří zajistit praktické lékaře ani za cenu bonifikací pro tzv. malé praxe, ani s pomocí podpory od obcí, které jim poskytují například prostory pro ordinace za symbolické nájem. Ve velkých městech je sice situace lepší, ale problém sehnat praktického lékaře, který by byl ochotný registrovat nové pacienty, je i zde.

Praktických lékařů pro dospělé eviduje lékařská komora 5 329, z toho 3 324 žen (62,4 %) a 2 005 mužů. Z celkového počtu praktických lékařů je 613 mladších 40 let, 2 990 je ve věku 40 až 60 let a 1 726 je starších 60 let.

Demografický strom má tedy již nutně podhlanou základnu.

Zatímco situace u praktických lékařů pro dospělé je vážná, u praktických pediatriů je, dá se říci, zoufalá. Rodiče tak stále obtížněji shánějí svým dětem registrujícího praktického pediatra. Komora ve svém registru v současnosti sice eviduje 2 042 praktických lékařů pro děti a dorost, ale to je málo. Lékařek pracujících v tomto oboru je 1 766 (86,5 %), lékařů 276. Z celkového počtu praktických pediatriů je navíc pouze 67 mladších 40 let, 1 218 je ve věku 40–60 let a 757 je starších 60 let. Průměrný věk pracujícího praktického lékaře (či spíše lékařky) pro děti a dorost tak již překročil hranici 56 let. Tak vypadá demografická katastrofa.

Opětovné sloučení pediatrie a praktického lékařství pro děti a dorost je tedy logickým řešením této vážné situace. Lékaři obou

oborů získají po změně zákona širší kompetence a lépe se uplatní na trhu práce. Je třeba si uvědomit rovněž to, že praktické lékařství pro děti a dorost (PLDD), které bylo u nás před několika lety uměle vytvořeno, není na rozdíl od pediatrie v rámci EU všeobecně uznávaným oborem. Znovusjednocená pediatrie tak bude pro mladé lékaře nepochybně atraktivnější volbou. Nikdo nebude poškozen, právě naopak.

Většina nejhlasitějších odpůrců sjednocení pediatrie ve skutečnosti kromě atestace z praktického lékařství pro děti a dorost, pokud ji vůbec má, skládala v minulosti atestaci z pediatrie. To jen tak na okraj.

V některých zemích se o děti starají tzv. rodinní lékaři a také to funguje. Přesto si myslím, že pro naše děti bude lepší, když jim budou primární péči zajišťovat kvalifikovaní pediatrii. A to je hlavní důvod, proč Česká lékařská komora podporuje opětovné sloučení obou pediatrických oborů.

Milan Kubek

■ Reakce Ministerstva zdravotnictví ČR na prohlášení SPLDD

MUDr. Jana Kulhánková
Místopředsedkyně SPLDD ČR
U Hranic 16, 100 00 Praha 10



V Praze dne 23. 11. 2015

Č. j.: MZDR 70938/2015-2/VLP
MZDRX00S8QNB

Vážené paní místopředsedkyně,

dovoluji si touto cestou reagovat na Vámi zasláné prohlášení Celostátní konference Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost v ČR konané v Brně dne 31. 10. 2015 k připravovanému návrhu zákona, kterým se mění zákon 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.



Změna tohoto zákona by měla přinést novou koncepci specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů. Tato změna čerpá z osvědčeného modelu vzdělávání, který u nás existoval od účinnosti vyhlášky č. 72/1971 Sb., o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví, ve znění pozdějších předpisů, resp. vyhlášky č. 77/1981 Sb., o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví, ve znění pozdějších předpisů. Tento model vzdělávání je odbornou veřejností všeobecně přijímán jako ideální a ministerstvo změnou uvedeného zákona nevytváří zcela nový systém. V rámci novelizace by mělo dojít k odstranění nedostatků specializačního vzdělávání, na které je v praxi poukazováno. Novela zákona dle mého názoru povede k zefektivnění postgraduálního vzdělávání lékařů a v důsledku k odstranění hrozby nedostatku kvalifikovaných lékařů. Tuto změnu považuji, především s ohledem na rozsáhlý konzultační proces, který provázel její přípravu, za propracovanou a koncepční změnu specializačního vzdělávání. Zájmy pacientů i odborníků byly při přípravách návrhu prioritou ministerstva.

Rád bych Vás znovu ubezpečil, že zájmem ministerstva je vzdělávání v oboru dětské lékařství podpořit a počet lékařů poskytujících primární péči pro děti a dorost (PLDD) zvyšovat. Dle návrhu novely zákona č. 95/2004 Sb., se základní obory dětské lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost sloučí jako dva rovnocenné do jednoho základního oboru. Nelze proto mluvit o zániku žádného z nich.

Nutnost tvořit systém specializačního vzdělávání lékařů kompatibilní s jinými státy Evropské unie je dána nejen závazky, které pro Českou republiku plynou ze členství v Unii, ale také potřebou konkurenceschopnosti lékařů na vnitřním trhu. Ministerstvo chce touto změnou ale především snížit motivaci lékařů odcházet po absolvování lékařské fakulty získávat specializovanou způsobilost do jiných států EU, kde specializační vzdělávání trvá zpravidla kratší dobu a je spojeno s menší administrativní zátěží, než je tomu v současné době u nás.

Závěrem bych Vás rád znovu upozornil na opakovaně jednání v této věci a na snahu Ministerstva zdravotnictví návrh zákona se Sdružením praktických lékařů pro děti a dorost ČR projednávat.

Mimo osobní schůzku s panem ministrem proběhl dne 23. 6. 2015 za mé účasti a účasti ředitele odboru vědy a lékařských povolání Mgr. Zbyňka Podhrázkého seminář pořádaný Výborem pro zdravotnictví Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR pod záštitou předsedy podvýboru pro ekonomiku ve zdravotnictví, zdravotní pojištění a lékovou politiku Ing. Ludvíka Hovorky na téma Budoucnost primární péče o děti a dorost v ČR, kde byla otázka sloučení oborů praktické lékařství pro děti a dorost s oborem dětské lékařství hlavním bodem programu.

Dne 4. 9. 2015 se dále uskutečnila schůzka s ředitelem odboru vědy a lékařských povolání, který byl pověřen projednáním této problematiky, s MUDr. Ilonou Hülleovou, předsedkyní SPLDD ČR, a MUDr. Alenou Šebkovou, předsedkyní OSPDL ČLS JEP.

Po tomto jednání byl dne 14. 9. 2015 návrh zákona postoupen k projednání Legislativní radě vlády ČR.

Dovoluji si tedy tvrdit, že diskusi o sloučení oboru praktické lékařství pro děti a dorost a dětské lékařství se ministerstvo před postoupením předmětného návrhu novely k projednání vládě ČR věnovalo intenzivně a soustavně, a to včetně osobních schůzek. Mimo to ministerstvo odpovídalo na několik dopisů v této záležitosti, a to mimo jiné včetně dopisu paní Ing. Pavly Gamba, výkonné ředitelky Českého výboru pro UNICEF, která se na nás obrátila z Vašeho podnětu s obavou o negativní ovlivnění stavu dětské populace u nás. A dále jsme se na ministerstvu vypořádávali i s dopady petice předkládané rodičům pacientů v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost, která dle mého názoru nevhodně využívala obav rodičů ze zániku primární péče o děti a dorost jako takové a nezohledňovala širokou problematiku postgraduálního vzdělávání v ČR a EU.

S pozdravem

prof. MUDr. Josef VYMAZAL, DSc.,
náměstek pro zdravotní péči

■ Zápis z jednání Komise MZ pro péči o děti a dorost ze dne 30. 11. 2015

Přítomni: dle prezenční listiny

Hosté: Mgr. et Bc. Jan Kříž, DZP MZ, MUDr. Milan Kudyn, SPLDD, MUDr. Jaroslava Lukešová, ředitelka DC při TN

1. Vyšetření nezletilých cizinců bez doprovodu (dále jen NBD)

Mgr. et Bc. Jan Kříž

NBD – právní mocí soudního rozhodnutí (pokud se OSPOD vzdá odvolání – okamžitě nabude právní moci) se stává NBD pojištěncem veřejného zdravotního pojištění, těsně před účinností novela – jakmile soud vydá rozhodnutí, je NBD účastník pojištění, NBD má stejná práva jako jakýkoliv pojištěnec, má i volbu zdravotní pojišťovny. Pokud tedy pracovník OSPODu nebo zařízení, kde je NBD umístěn, přijde k poskytovateli zdravotních služeb s pravomocným rozhodnutím soudu, je jasné, že se již jedná o řádně pojištěného nezletilého, i když ještě nemá vyřízený průkaz pojištěnce. Aktuální informace ohledně novely zákona, podle které budou nezletilé děti umístěné v příslušných zařízeních na základě předběžného opatření soudu zdravotně pojištěny již vykonatelností předběžného opatření (a ne až právní moci), tedy v zásadě již od umístění do zařízení: Tato novela byla dne 3. 12. 2015 publikována ve Sbírce zákonů (jako zákon č. 314/2015 Sb.) a nabývá účinnosti 15. dnem po vyhlášení, tj. 18. 12. 2015.

- slíbil shrnout problematiku pojištění cizinců, jaké typy zdravotního pojištění a z toho plynoucí hrazení poskytnuté péče,
- připravuje se novela zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území ČR, zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, a dalších zákonů, problematika pojištění cizinců by se sjednotila v této novele – předkladatelem je Ministerstvo vnitra, aktuálně probíhá vypořádání připomínek, vládě by měl být materiál předložen do konce roku 2015.

Komise se shodla, že není třeba striktní stanovení výčtu vyšetření u NBD. Je na rozhodnutí každého poskytovatele (praktický lékař pro děti a dorost, dětský lékař), jaká další vyšetření (mimo vyšetření k vyloučení infekčních onemocnění) na základě komplexního vyšetření provede.

MUDr. Milan Kudyn navrhl, zda by nebylo vhodné v každém kraji určit jednoho poskytovatele, který by zajistil zdravotní péči o NBD.



Z komise vzešel dotaz, do kterých zařízení jsou umísťováni NBD – odpověď níže

- Zařízení pro děti-cizince, diagnostický ústav, středisko výchovné péče a základní škola, Radlická 30, Praha 5 (30 míst). Odbor vzdělávání (oddělení institucionální výchovy) zprovoznil k 15. 7. 2015 na území ČR specializovanou skupinu pro děti-cizince ve Výchovném ústavu Praha 9-Klíčov (kapacita 8 míst) a ve Výchovném ústavu Višňové, Jihomoravský kraj (kapacita 8 míst).

2. Předávání novorozence k adopci nebo od náhradní matky v porodnici

doc. MUDr. J. Dort, Ph.D.

- v porodnici lze novorozence dát pouze matce (tj. ženě, která dítě porodila). V případě, kdy matka oznámí, že dítě odmítá, je kontaktován OSPOD. Po ukončení hospitalizace je dítě na základě souhlasu matky předáno do dětského centra, kde je zahájen proces zajištění a předání dítěte do náhradní rodinné péče. Druhou možností je předání dítěte z porodnice do přechodné pěstounské péče na základě rozhodnutí soudu. Nutným předpokladem je dostupnost pěstounky schopné přijmout novorozence do péče a její přiměřený zácvik v péči o novorozence.
- předání novorozence v porodnici jiné ženě než matce je postup, který není v souladu s platnou právní úpravou. Komise nesouhlasí s předáním dítěte v porodnici jiné ženě, než té, která dítě porodila.

3. Transformace péče o ohrožené děti

- široce byla diskutována problematika transformace péče o ohrožené děti a tlak na zrušení dětských domovů pro děti do tří let věku, které patří resortu zdravotnictví.

Komise se shoduje v navrženém postupu transformace dětských domovů pro děti do tří let věku na dětská centra, jak byl předložen Ministerstvu zdravotnictví a jak se již praxi osvědčuje (koncepte v příloze). Bylo by žádoucí, aby tato změna byla promítnuta i do stávající legislativy [zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)].

Komise také apeluje na náměstkyni pro zdravotní péči prof. MUDr. Josefa Vymazala, DSc., aby problematice transformace péče o ohrožené děti věnoval zvýšenou pozornost.

4. Předávání rizikových dětí do náhradní rodinné péče bez řádného vyšetření

- diskuse byla také věnována problematice dětí, především rizikových, umísťovaných do různých forem náhradní rodinné péče (pěstounská, adopce),
- kdo určí, že novorozenec je rizikový
- kde bude rizikový novorozenec vyšetřen

Komise navrhuje, aby

- před umístěním novorozence do náhradní rodinné péče neonatolog určil rizikovost novorozence,
- rizikový novorozenec prošel vyšetřením, které by vyhodnotilo zdravotní a sociální prognózu s cílem zvolit nejvhodnější typ náhradní rodinné péče,
- tuto diagnosticko-prognostickou rozvahu zajišťovaly odborné týmy v dětských centrech,
- soudy rozhodující o umístění dítěte do náhradní rodinné péče zohledňovaly doporučení zdravotníků.

5. Různé

Návrhy a podněty na další jednání komise

- vzdělávání dětských sester, novela zákona č. 96/2004 Sb. – hostem zástupce z Odboru ošetřovatelství a nelékařských povolání,
- rezidenční místa na celou délku vzdělávání pediatriů – hostem zástupce Odboru vědy a lékařských povolání,
- úhrady výkonů, které nejsou zařazeny v Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (nákladné výkony) ani není odpovídající úhrada přes DRG – hostem zástupce ÚZIS
- účast zástupce ze zařízení pro NBD
- příští jednání komise bude v druhé polovině února – předběžně 23. 2. od 12 hod

Schválil: MUDr. Jan Marounek, MBA

Zapsala dne 30. 11. 2015

Ing. Štěpánka Tyburcová

Kdo může předepsat inkontinenční pomůcky?

Při předepisování léčivých přípravků a zdravotnických prostředků je potřeba sledovat preskripční omezení a respektovat je. Chybné, resp. neoprávněné předepsání je předmětem revizní činnosti jednotlivých zdravotních pojišťoven s následným požadováním úhrady za takto předepsané přípravky či prostředky po předepisujícím lékaři.

Nejasnosti jsou zejména ve výkladu zkratk preskripčních omezení. Přehled těchto zkratk a jejich význam je uveden na <http://www.vzp.cz/poskytovatele/ciselniky/preskripzni-omezeni>

Příkladem problému s předepisováním zdravotnických prostředků s preskripčním omezením je vystavování poukazu na inkontinenční pomůcky pro děti. Nejčastějším důvodem k předpisu bývá neurologické postižení dítěte. Metodika VZP uvádí: „... zdravotnický prostředek pro inkontinenční pojištění předepisuje smluvní lékař Pojišťovny odbornosti PRL, URL, GYN, NEU nebo GER na Poukaz (odbornost souvisí s konkrétním typem ZP, viz Číselník VZP – ZP)...“. V praxi dochází ke sporům, kdy PLDD odmítá takové pomůcky předepsat, protože zde není jeho odbornost pod zkratkou PED uvedena, a odesílá rodiče/pacienta k předepsání ostatním specialistům (urolog, neurolog, případně gynekolog). Zkratka PRL je mylně přiřazována jen k odbornosti praktický lékař pro dospělé (VPL), tedy 001.

Nutno však upozornit na to, že odbornost označená jako PRL v sobě zahrnuje jak odbornost 001 (VPL), tak i 002 (PLDD). Pokud by byla uvedena odbornost PED, pak je oprávněn poukaz vystavit pouze PLDD (002). Ve vyjmenovaných odbornostech není uvedena odbornost J11 – pediater-specialista (301), tedy dětský lékař (odbornost 301) by neměl tyto pomůcky předepisovat vůbec.

Pokud některý oprávněný specialista předepíše pomůcku, má povinnost o předepsání zdravotní pomůcky a jeho množství informovat registrujícího lékaře, a to proto, aby pacient nečerpal větší množství pomůcek hrazených z v.z.p., než mu náleží.

Zpracoval: MUDr. Ctirad Kozderka
Dne 12. 12. 2015

Informace o nákaze virem „zika“, který se šíří v Brazílii a stojí zřejmě za nárůstem mikrocefalie u novorozenců

Cestou WHO a ECDC bylo MZ informováno o případech výskytu mikrocefalie u novorozenců, jejichž matky se v průběhu těhotenství nakazily virem „zika“.

Infekce zika virem je přenášena komáry. Zika virus (ZIKAV) byl poprvé identifikován v roce 1947 v lese Zika v Ugandě.

Mezi hlavní symptomy ZIKAV patří:

- zvýšená teplota (< 38,5 °C)



- přechodné artritida / artralgie s možnými otoky kloubů především v menších kloubech rukou a nohou
- makulopapulární vyrážka, často se šíří z tváře na tělo
- překrvění spojivek nebo bilaterální nejnišavý zánět spojivek
- obecné nespecifické příznaky (jako myalgie, slabost a bolesti hlavy).

Inkubační doba se pohybuje od 3 do 12 dnů. Příznaky onemocnění jsou obvykle mírné a trvají 2 až 7 dní.

K 1. 12. 2015 v Brazílii 18 států potvrdilo autotichonní přenos: severní oblast (Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima, a Tocantins), severovýchodní oblast (Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, a Rio Grande do Norte), jihovýchodní oblast (Espírito Santo, Rio de Janeiro a São Paulo), středo-západní oblast (Mato Grosso a Paraná). Celkem bylo registrováno 1 248 případů malformací (pro srovnání – v roce 2014 se v Brazílii narodilo „jen“ 147 novorozenců s mikrocefalií). Byla hlášena tři úmrtí – dva dospělí a novorozenec. Nejhorší situace stále panuje v severovýchodním státě Pernambuco.

Hlavní preventivní cíle jsou:

- Zvýšený dohled nad neurologickými syndromy a vrozenými malformacemi, a také doporučení pro následné sledování těhotných žen a novorozenců v oblastech, kde se ZIKAV vyskytuje.

- Mezi další přijatá opatření patří zapojení armády do odstraňování potenciálních líhní a přizvání specialistů na kontrolu šíření nákazy ZIKAV z USA.
- Vzhledem k velkému rozšíření Ae. aegypti a Ae. albopictus v Americe není možné zabránit množení inkriminovaného druhu komára, je nutné posílit kontroly v oblasti životního prostředí a je potřeba se zaměřit na odstranění vektorových hnízdišť.

Doporučení pro cestovatele:

Před odjezdem do zemí s výskytem horečky dengue, chikungunya nebo ZIKAV by měla být přijata nezbytná opatření, která spočívají:

- V ochraně před bodnutím komárem – používání repelentů a nošení vhodného oděvu minimalizující expozici kůže.
- Vyhnouti se oblastem, které jsou zamoreny komáry.
- Rozpoznání příznaků horečky dengue, chikungunya nebo ZIKAV a vyhledání odborné zdravotní péče pokud se vyskytne některý z příznaků infekce.

Riziko přenosu ZIKAV v EU:

Riziko přenosu infekce ZIKAV je v současné době v zemích EU velmi nízké, protože klimatické podmínky nejsou vhodné pro činnost potenciálních vektorů. V důsledku toho je riziko vystavení se infekci ZIKAV v zimním období extrémně nízké. Komár rodu Aedes albopictus se vyskytuje v mnoha částech EU, především v okolí Středomoří.

Riziko zavlečení a šíření infekce ZIKAV zahrnuje Madeiru, protože zde probíhá intenzivní obchod s Brazílií.

Guillainův-Barrého syndrom:

je akutní zánětlivá demyelinizační polyneuropatie, autoimunitní onemocnění postihující periferní nervovou soustavu (PNS), obvykle vyvolané akutním infekčním procesem. Syndrom je zahrnován do širší skupiny periferních neuropatií.

Vyšetřování stále probíhá v Brazílii a Francouzské Polynésii s cílem zjistit, zda ZIKAV infekce zvyšuje riziko vzniku syndromu Guillainova-Barrého (GBS). U pacientů s GBS mělo 62 % příznaky odpovídající ZIKAV infekci.

Dne 1. 12. 2015 podle Ministerstva zdravotnictví v Brazílii bylo hlášeno 28 případů GBS ve státě Sergípa, který je potenciálně spojen se ZIKAV infekcí. Dále sedm případů syndromu (GBS) byly spojeny se ZIKAV infekcí ve státě Pernambuco.

Zdroj: WHO–Světová zdravotnická organizace; ECDC–Evropské centrum pro prevenci a kontrolu nemocí

V Praze dne: 15. 12. 2015

Pro VOX připravil: MUDr. Ctirad Kozderka

Dětské klimatické pobyty o.p.s.

ve spolupráci s Výborem dobré vůle – Nadací Olgy Havlové, ÚMO Plzeň 3 a Plzeňským krajem pořádají

18. ročník léčebných klimatických pobytů pro rodiče s dětmi

Léčebné pobyty se týkají dětí s recidivami onemocnění dýchacích cest, astmatem a ekzémy.

- **Chorvatsko**, hotel Adriatic, Umag, **1.–10. 7. 2016**
- **Slovenská republika**, **14.–27. 8. 2016**, chata Opalisko nad Závažnou Porubou, Nízké Tatry

Nadační příspěvek předpokládáme stejný jako v minulých letech, tj. 3500 Kč.

Přihlášky do konce měsíce dubna 2016.

Kontaktní adresy:

MUDr. Jiří Liška, CSc., tel.: 377 677 190 a 191; e-mail: mudr.jiri.liska@seznam.cz
Privamed – Mulačova nemocnice, Dvořákova 17, 301 00 Plzeň;
MUDr. Radana Pečenková, privátní dětský lékař, Městská poliklinika, Francouzská tř., 326 00 Plzeň, tel.: 378 014 251



Zápis z jednání Národní imunizační komise, konaného dne 8. 12. 2015 na Ministerstvu zdravotnictví

Přítomní: viz prezenční listina

1) Na základě výsledků jednání Pracovní komise pro problematiku očkování ze dne 3. 11. 2015 byli na jednání NIKO přizváni zástupkyně LLP, Rozalia a RNDr. Petráš k prezentaci svých názorů na zavedení očkování hexavakcínou ve schématu 2+1 dávka. Prostor k prezentaci byl vymezen na 20 minut. RNDr. Petráš přítomným předal materiál, jehož je autorem „Očkování proti tetanu, záškrtu, dávivému kašli, dětské přenosné obrně, hepatitidě B a hemofilovým nákazám typu b ve schématu 2+1“, ke kterému bylo přítomným předáno podpůrné osobní stanovisko prof. Berana a doc. Thona. Záměrem prezentace hostů bylo rozvolnit nyní vyhláškou nastavené schéma tak, aby byl umožněn výběr schématu 2+1 a 3+1 dávka. Schéma 3+1 by mělo podle názoru hostů být ponecháno např. pro očkování dětí HBsAg pozitivních matek. RNDr. Petráš současně vyslovil pochyby nad očkováním proti polio v rozsahu 5 dávek, tak jak stanoví současně platná vyhláška o očkování. Dále vyslovil pochyby nad novelou vyhlášky o očkování, kterou se navrhuje stanovit termín horní hranice podání 1. dávky MMR a současně i posun termínu podání 2. dávky MMR.

V závěru svého vystoupení hosté vyslovili přání, aby s nimi NIKO zahájilo užší diskusi při formulování národní vakcinační strategie.

Členové NIKO i předseda NIKO vyslechli přednesené návrhy se závěrem, že se jimi budou seriózně zabývat.

Hlavní hygienik ČR následně seznámil členy NIKO s připravovanou doprovodnou novelou vyhlášky o očkování k novele zákona č. 258/2000 Sb., která řeší Mezinárodní očkovací průkaz, a se stavem paralelně probíhající novely této vyhlášky, která především stanovuje horní hranici podání 1. dávky MMR, posun 2. dávky MMR a zavádí očkování zdravotně stigmatizovaných osob proti některým infekcím. Návrh této vyhlášky je před předložením do porady vedení a následně k rozeslání do mezíresortního připomínkového řízení stále ještě na odboru LEG.

Problém v praxi může být s podáním druhé dávky MMR vakcíny, resp. se zvaním dětí na 2. dávku MMR v případech, kdy se obecně ví o zamýšleném posunu a novela vyhlášky nebude evidentně účinná k 1. 1. 2016. Do doby nabytí účinnosti nové vyhlášky se druhá dávka podává v intervalu podle platné právní úpravy. Navrhovaný posun je v souladu s mezinárodními doporučeními, zvaní dětí na 2. dávku bude v rámci pětileté prohlídky na 6 let věku dítěte a v praxi se jedná o tzv. předškolní booster. Podání 2. dávky MMR v sedmi letech by mělo být minimální. Závěry diskuze členů NIKO k předneseným návrhům zástupců Rozalia, LLP a RNDr. Petráše:

1.1. Očkování dětí starších, než stanoví vyhláška pro podání první dávky MMR, bude umožňovat nové ustanovení novely vyhlášky, které umožní toto očkování provést ve zdravotně odůvodněných případech později, a očkování bude i ZP uhrazeno.

1.2. Zavést připravovanou novelou vyhlášky o očkování schéma 2+1 bez širší odborné diskuse není v současné době optimální. Úkolem NIKO je v souladu s jeho statutem zvážit veškeré argumenty (např. nejsou data o očkování nedonošenců v tomto schématu, je třeba podrobně analyzovat epidemiologickou situaci v ČR ve výskytu pertuse, včetně provedení analýz dat ze SR, sledovat odborné zahraniční publikace se zaměřením na analýzu klinického dopadu přechodu na 2+1 schéma v zemích s tímto schématem, sledovat stanoviska a postoje ostatních evropských zemí včetně Německa ke schématu 2+1, přihlédnout k výsledkům sérologických přehledů 2016). Po zajištění všech potřebných podkladů a zvážení všech kladů a záporů této změny schématu podání hexavakcíny bude diskuse na odborné úrovni pokračovat a bude možné přijmout jednoznačné závěry.

2) Hlavní hygienik ČR projedná s ředitelem SÚKL způsob vyhodnocování hlášených a SÚKL publikovaných nežádoucích účinků po očkování.

3) Různé:

- OVZ ověří cestou odboru PRO, zda může dočasná pěstounka (placená státem) sama rozhodnout o odmítnutí očkování dítěte, které má v dočasné pěstounské péči.
- Projednána a schválena finální verze „Doporučení pro očkování těhotných žen proti pertusi v ČR“. Text byl podle vznesených připomínek členů NIKO upraven a určen k publikaci na webových stránkách MZ.

- NRL pro herpesviry SZÚ a Česká vakcinologická společnost ČLS JEP připraví návrh faktického záměru pro vypracování doporučení k vakcinaci žen ve fertilním věku proti varicelle a postexpoziční profylaxi matek/kontaktů pro vakcinologickou společnost ČLS JEP, která připraví podklad pro projednání na NIKO,

- Členové NIKO byli seznámeni s podporou České společnosti alergologie a klinické imunologie ČLS JEP k ev. zavedení vyšetření TREC/KREC s tím, že MZ bylo informováno o tom, že tato společnost navrhuje participaci na projektech (směřujících k zavedení těchto vyšetřovacích metod) prof. Šedivé, která je předsedkyní Skupiny pro primární imunodeficiencie této společnosti. Dopis bude předán doc. Duškovi, který je garantem akčního plánu pro screeningové programy.

- Zápis bude před oficiálním rozesláním zaslán všem členům NIKO k připomínkám.

V Praze dne 9. 12. 2015

Zapsala MUDr. Sylvie Kvášová

Verifikoval MUDr. V. Valenta, Ph.D., hlavní hygienik ČR



Právní rubrika

■ Dotaz PLDD na právní kancelář SPLDD

Prosím o právní rozbor elektronicky zasláné žádosti otce nezletilých dětí, které jsou u mne registrovány. Rodiče jsou rozvedeni, do ordinace se s dětmi dostavuje vždy matka. Otce osobně neznám, údajně žije v Německu, kam si děti pravidelně bere na návštěvy. Otec požaduje zaslání celé zdravotní dokumentace svých nezletilých dětí s tím, že mu postačuje její elektronická podoba. Současně požaduje po každém vyšetření či lékařském zákroku do budoucna zaslat zdravotní zprávu.

1. Mohu lékařskou zprávu naskenovat a zaslat na žádost otci na jeho e-mail, nebude ale ode mě elektronický podpis?
2. Mohu za tento výkon vyžadovat přímou platbu?
3. Mohu poslat poštou na adresu otce?
4. Platí žádost otce na neomezeně dlouhou dobu, jak otec vyžaduje „zasílat do budoucna po každém vyšetření lékařskou zprávu“?

■ Odpověď Mgr. Jakuba Uhra

Vážená paní doktorko, nejprve několik paragrafů – vše je zákon č. 372/2011 Sb.

Ustanovení § 65 odst. 1 písm. a): Do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi mohou v přítomnosti zaměstnance pověřeného poskytovatelem nahlížet, pořizovat si její výpisy nebo kopie pacient, zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta.

Ustanovení § 66 odst. 1 písm. a): Pokud si osoba, která je podle § 65 odst. 1 oprávněná k pořízení výpisu nebo kopie zdravotnické dokumentace, nepořídí výpis nebo kopii vlastními prostředky na místě, pořídí kopii zdravotnické dokumentace poskytovatel. Výpis zdravotnické dokumentace pro osoby uvedené ve větě první poskytovatel pořídí pouze v případě, je-li to účelnější než pořízení kopie, a to po dohodě s oprávněnou osobou. Poskytovatel pořídí výpis nebo kopii zdravotnické dokumentace pro

osoby uvedené v § 65 odst. 1 do 30 dnů od obdržení žádosti pacienta nebo jiné k tomu oprávněné osoby.

Ustanovení § 66 odst. 3: Poskytovatel, který na základě žádosti osoby uvedené v § 65 odst. 1 pořídil výpis nebo kopii zdravotnické dokumentace, může požadovat

- a) úhradu ve výši, která nesmí přesáhnout náklady spojené s pořízením výpisu nebo náklady vynaložené na pořízení kopie zdravotnické dokumentace; ceník za pořízení výpisu nebo kopie zdravotnické dokumentace musí být umístěn na místě veřejně přístupném pacientům,
- b) za jejich odeslání úhradu ve výši, která nesmí přesáhnout náklady spojené s jejich odesláním, nestanoví-li jiný právní předpis jinak nebo není-li hrazeno pořízením výpisu nebo kopie z veřejného zdravotního pojištění.

Ustanovení § 41 odst. 3: Pacient, zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta, osoba určená pacientem, osoba blízká pacientovi nebo osoba ze společné domácnosti jsou povinni prokázat svou totožnost občanským průkazem, jestliže o to poskytovatel nebo zdravotnický pracovník, jehož prostřednictvím poskytovatel poskytuje pacientovi zdravotní služby, požádá. Povinnost prokázat se občanským průkazem má rovněž osoba, která uplatňuje podle tohoto zákona nebo jiného právního předpisu právo na informace o zdravotním stavu pacienta, a osoba, která hodlá hospitalizovaného pacienta navštívit a není osobou podle věty první. Jde-li o cizince, totožnost se prokazuje cestovním dokladem nebo jiným průkazem totožnosti. Má-li zdravotnický pracovník pochybnost, zda jde o osobu blízkou, osvědčí osoba blízká tuto skutečnost čestným prohlášením, ve kterém uvede své kontaktní údaje a číslo průkazu totožnosti; čestné prohlášení je součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi.

Z toho nám vyplývá, že otec dítěte (zákonný zástupce) má právo na kopii dokumentace a ta mu musí být pořízena do 30 dnů od žádosti. Má pak právo na úhradu nákladů

na pořízení kopie a na úhradu nákladů za odeslání (poštovné).

Poskytovatel má pak právo na prokázání, že jde skutečně o zákonného zástupce – otce. To lze různými způsoby – buď se zeptám matky (tu znám) a ona mi podepíše, že pan ten a ten je skutečně otcem dítěte, nebo si vyžádám doložení kopie rodného listu. Zároveň mám právo na prokázání totožnosti.

V případě, kdy se otec fyzicky nedostaví a řeší se to pouze korespondenčně, pak lze podle mne akceptovat zaslání kopie rodného listu a kopie občanského průkazu. Zároveň nepopírám to, že by mohl lékař oprávněně požadovat předložení originálu občanského průkazu i osobně.

Pokud tedy vezmeme, že máme prokázáno, že daná osoba je skutečně otcem dítěte a právo má, pak lze odpovědět na konkrétní dotazy.

Otázka: Mohu lékařskou zprávu naskenovat a zaslat na žádost otci na jeho e-mail, nebude ale ode mě elektronický podpis?

Odpověď: Sken dokumentace je kopií – tedy elektronický podpis obsahovat nemusí. Přes to bych však e-mailem neposílal – je to z toho důvodu, že není dostatečně zajištěna ochrana zasílaných citlivých údajů. Určitě nejsem povinen to takto zaslat. Tedy bych šel cestou buď osobního převzetí otcem, nebo (pokud si přeje zaslat) zaslání doporučeným dopisem na adresu, kterou mi uvede v žádosti.

Otázka: Mohu za tento výkon vyžadovat přímou platbu?

Odpověď: Ano – mám právo na úhradu jak pořízení kopie, tak na úhradu nákladů za zaslání. Zde jen doplním, že podle mého názoru je nákladem nepochybně i čas strávený pořizováním kopií (nikoli tedy pouze dejme tomu papír a amortizace kopírky, tiskárny apod.). Podle mne je nejvhodnější již zohlednit v ceně kopie jedné stránky (např. nákladově mne přijde stránka na 2 Kč, jako cenu práce lékaře uvažuji 10 Kč za minutu a vezmu si, že udělám za minutu 10 kopií



– tedy rovnou do ceníku dám cena kopie dokumentace 1 stránka à 3 Kč).

Otázka: Mohu poslat poštou na adresu otce?

Odpověď: Ano, to je správná cesta a mám právo na úhradu nákladů – ovšem adresu, na kterou mám zaslat, bych chtěl mít uvedenu v žádosti od otce.

Otázka: Platí žádost otce na neomezeně dlouhou dobu, jak otec vyžaduje „zasílat do

budoucná po každém vyšetření lékařskou zprávu“?

Odpověď: Ne – možnost nahlížení a na ni navazující právo na kopii dokumentace se vztahuje vždy k aktuálnímu datu žádosti – tj. k dokumentaci, která je v tento okamžik. Nemůže se vztahovat na materiály a záznamy, které k tomuto datu v dokumentaci obsaženy nejsou. S tím souvisí i třicetidenní lhůta na pořízení kopie. Tedy dostanu-li žádost (a elektronicky s certifikátem došle), mám 30 dní na pořízení a zaslání kopie aktuální dokumentace.

Aby otec dostal něco dalšího, musí podat další žádost a postup je stále shodný. Zákon ovšem připouští, aby stejná osoba opakovaně vznášela žádosti o kopie, a poskytovatel musí i opakovaným žádostem vyhovět.

EIP 2015

MUDr. Zdenka Adamová

Ve dnech 10.–12. prosince 2015 jsem se ve Westminsterském opatství v Londýně zúčastnila 7. konference Excellence in Pediatrics.

Konference se tentokrát zaměřila zejména na zdravotní stav školních dětí a adolescentů. Zveřejnila výsledky třicetiletého mapování vývoje zdravotního stavu a životního stylu mladých lidí ve 44 zemích Evropy a Severní Ameriky. Organizace HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) má přímé odpovědi na dotazníky od více než dvou set tisíc chlapců a děvčat ve věku 11, 13 a 15 let, informace o veškerých aspektech jejich životního stylu, sociálního prostředí a chování ovlivňujícího jejich zdraví. Z těchto dat je dnes již možno vyslovit řadu závěrů. Ve stručnosti, pro naši praxi je zajímavý například pozitivní vztah pravidelné snídaně k lepší kvalitě stravování během dne – například k menší konzumaci „soft-drinks“. Ti, kteří pravidelně snídají, mají méně často nadváhu. Vynechávání snídaně je časté u adolescentů a je obvykle spojeno s rizikovým chováním. Pravidelně snídá 33–75 % adolescentů. Jsou to spíše hoši než dívky, spíše mladší jedinci, kteří jsou ještě více pod vlivem rodičů, spíše děti z úplných rodin a z rodin s vyšší životní úrovní. Pravidelná konzumace snídaně (rozuměno něco více než sklenice mléka nebo džusu) je indikátorem zdravého chování a životního stylu. Vynechávání snídaně je naopak indikátorem rizikového chování a nezdravého životního stylu.

Slovenští a čeští autoři prezentovali studii „Konzumace energetických nápojů

a zdravotní obtíže adolescentů“ autorů Holubčíková, Kolarčík, Gecková, Reijneveld a van Dijk z univerzit Košice, Olomouc a Groningen. Prokázali, že pravidelná konzumace energetických nápojů je vyšší u chlapců a u starších adolescentů, nezávislých na kontrole rodičů. Často může být spojena s výskytem bolestí hlavy, břicha, špatnou náladou a iritabilitou, nervozitou, poruchami spánku a závratěmi. Autoři Gecková, Badura, Sigmundová, Veselská z univerzit Košice a Olomouc se zase zabývali volnočasovými aktivitami adolescentů. Jejich práce „Organizování volného času a jeho benefity pro zdraví adolescentů“ prokázala, že mladí, kteří tráví svůj volný čas v organizacích, se cítí zdravější: lépe spí, netrpí tolik nervozitou a špatnou náladou. V tomto smyslu je nejlepší věnovat se ve volném čase také organizovanému sportu.

Význam vitamínu D zdůraznil Colin Michie z Velké Británie. Hovořil o vitamínu D jako o steroidním hormonu, mikronutrientu s metabolickými a neuromuskulárními funkcemi, nezbytném pro zdraví kostí. Reguluje prý expresi více než 2 000 lidských genů. Má vliv na IQ, pracovní kapacitu mozku, sluch, vlasové folikuly, úmrtnost maternální a dětskou i celkovou. Nedostatek vitamínu D často bývá skrytý. Jeho projevem může být svalová slabost, bolest svalů, karies zubů, onemocnění dásní, ztráta zubů. S nedostatkem vitamínu D je spojen výskyt nemocí jako plicní

tuberkulóza, epilepsie, kardiovaskulární nemoci, rakovina, potravinové alergie.

Studie týkající se výskytu potravinových alergií prezentovala Katie Allen z Austrálie. Toleranční interval pro introdukcii pevných příkrrmů do stravy kojence je nejrozsáhlejšími studiemi jednoznačně prokázán. Jde o období mezi 4. a 6. měsícem života. Závěrem shrnula preventabilní faktory potravinové alergie takto:

- 1) Zavedení vajec, arašídů a jiných alergizujících potravin do jídelníčku kojence mezi 4. a 6. měsícem je nejen bezpečné, ale působí i protektivně.
- 2) Přítomnost psa a více sourozenců se ukázala být protektivní.
- 3) Rozhodující může být udržení hladiny vitamínu D v krvi v normálních hodnotách během prvního roku života.
- 4) Zvlhčování kůže a její nepřesušování přílišným mydlením pomůže udržet kožní bariéru neporušenou. To zabrání vniknutí potravinového alergenu do těla kůže. Průnik alergenu kůže je totiž pro vznik potravinové alergie rozhodující.
- 5) Geny, rodinná anamnéza a lidská migrace hrají svoji roli.
- 6) Nejsou důkazy, že protektivně působí hydrolyzované mléčné formule.



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Alena Šebková
předsedkyně OSPDL ČLS JEP

Můžeme mít tisíc přání, tužeb i snů, ale jen štěstí, zdraví, láska a přátelství dávají světlo našim dnům...

Vážené kolegyně, vážení kolegové,
v úvodu první letošní (do lednového čísla informujeme o prosincové) činnosti vám všem ještě i dnes, kdy toto číslo vychází v únoru, přeji šťastné dny v novém roce. Doufejme, že i na naší politické scéně zvítězí zdravý rozum a že si naši političtí představitelé konečně po mnoha a mnoha letech uvědomí, jak důležitá je práce praktických lékařů pro děti a dorost, kteří vše, co je dnes schopna vykonávat medicína primární péče o naši nejmladší populaci, vybojovali vlastními silami, bez jakékoli podpory. A že místo zpochybňování existence oboru **Praktické lékařství pro děti a dorost** podpoří jeho rozvoj tak, aby mohl zůstat zachován dosavadní systém primární péče o děti a dorost v ČR.

Samozřejmě, že zástupci OSPDL společně se zástupci SPLDD se nejvíce věnují tématu oboru, probíhají další jednání, nadále běží petice.

Ve svém dnešním sdělení se ale budu věnovat **odborným tématům**, která jsou rozpravována.

Tak, jak jsem již informovala, pokračuje práce na zdokonalení péče o děti a dorost s poruchami autistického spektra (PAS). Doladíme pravidla včasného screeningu, nicméně pro zabezpečení dostatečné sítě odborníků pečujících o tyto pacienty je nutný přehled o počtu osob s touto diagnózou. Již v loňském roce se mnozí z vás podíleli na prvním, víceméně orientačním početním screeningu, nyní vás žádám o konkrétní pomoc při vyplnění jednoduchých **dotazníků**, které byly vypracovány členkou komise pro PAS při vládě a které by měly pomoci situaci zmapovat podrobněji. Technické podrobnosti obdržíte od svých regionálních zástupců OSPDL. Vzhledem k tomu, že problematika je určitě důležitá i pro kolegy všeobecné praktické lékaře, iniciovala jsem i **kulatý stůl** s touto problematikou na Kongresu primární péče za účasti dalších odborníků s cílem nastavit další možné formy spolupráce do budoucna.

Prakticky ve finální verzi je konsensus ČNeoS, ČSAKI a OSPDL pro doporučení **očkovaní nedonošených dětí**. Po schválení NIKO je v této době již velmi pravděpodobně doporučení na

webu společnosti, v příštím čísle VOXu vyjde v tištěné podobě.

Na základě započaté spolupráce s onkology, navazujíc, na loňské téma Zdravotnického fóra **„Prevence onkologických onemocnění začíná již v dětském a dospělém věku“**, jsem byla požádána paní docentkou Tesařovou, abych se jako koeditorka zúčastnila tvorby čísla časopisu Onkologická revue. Vznikla tiskovina, která obsahuje velmi zajímavé a odborně erudované články s výstupy důležitými pro naše praxe. Časopis bude distribuován praktickým pediatrům na Kongresu primární péče. Na tomto kongresu by zároveň mělo dojít k pracovnímu setkání odborníků, ze kterého by měla vyjít další spolupráce na toto důležité téma.

Od 8. 3. se rozbíhají **Pediatrické akademie** (dříve Očkovací semináře). Tématem již od loňska není jen očkování, ale i jiná zajímavá sdělení, proto obecnější název. Kromě novinek a nejčastějších otázek k očkování bude prezentováno téma Psychomotorický vývoj a indikace k fyzioterapii profesorem Kolářem a jeho spolupracovníky. Obě témata jsou naším denním chlebem, předpokládám tedy hojnou účast.

Definitivně jsou doladěna i páteřní témata s problematikou **Asthma bronchiale** a problematikou **ORL**. Obojí zaměřena na praxi, téma astmatu vychází z nových doporučení léčby v terénu. Opět velmi doporučuji hojnou účast v regionech! Kromě teorie se PS pro respirační choroby a alergie podílí s pneumology a alergology na vzniku další edukační brožury, která bude poslána distribuována prostřednictvím VOXu.

Ve finále je také program na letošní **Zdravotnické fórum: Infekce od A do Z** s podtitulem **Cizinci v našich ordinacích**, které letos opět proběhne ve spolupráci obou našich organizací. Téma cizinců je velmi různorodé, ať už se jedná o současnou situaci migrantů, ale i těch, kteří u nás již žijí nebo se žít chystají. Téma bude probíráno ze stránky legislativní, pojišťovenského, odborného – s jakými chorobami či potížemi se můžeme nejčastěji setkat, preventabilní infekce, očkování cizinců, dozvíme se i zkušenosti ze zahraničí. Akce se budou opět konat **v Brně 7. 5. 2016** a **Praze 11. 6. 2016**. Téma „infekce“ pak bude dále rozpracováno jako nosné téma **2. me-**

zioborového kongresu PLDD, který se bude konat **30. 9.–1. 10. 2016 v Olomouci**. Stejně jako při loňském, velmi odborně úspěšném kongresu bude program postaven „průřezem věku“ a již teď se rysují velmi zajímavá témata.

První schůzku už má za sebou a první úkoly před sebou mezioborová pracovní skupina **pro nové doporučení preventivního podávání vitamínu D** ve složení: doc. MUDr. Bronský, Ph.D. (PS pro dětskou gastroenterologii a výživu ČPS), MUDr. Kalvachová, CSc. (PS pro dětskou endokrinologii ČPS), prim. MUDr. Tláškal, CSc. (Společnost pro výživu), MUDr. Šebková, MUDr. Zima (PS pro dětskou endokrinologii OSPDL). Vzhledem k novým poznatkům, které vycházejí jak ze zahraničních, tak i z naší studie, a vzhledem k důležité úloze vitamínu D nejen v metabolismu kostí je nutné upravit dosavadní praxi. Po vypracování a schválení odbornými společnostmi bude doporučení vydáno ve VOXu a umístěno na web. Nadále pokračujeme v edukačních seminářích pod hlavičkou **1000 dní pro život**. Semináře se budou konat dvojí – téma **výživy nedonošenců po propuštění z porodnice** – téma velmi důležité z hlediska možného postnatálního růstového selhání, či naopak z hlediska možného rizika obezity. Tímto tématem pokračuje zahájená spolupráce s neonatologem. Druhé téma, které bude prezentováno ve formě malých workshopů, bude **výživa batolat**, čistě praktická záležitost – **Nutricheq**. Tento projekt byl představen na 1. MOK v Přerově a setkal se s velkým úspěchem. Velký kus práce na něm udělala PS pro gastroenterologii a výživu OSPDL. Patří jim za to velký dík! „Odměnou“ jim bude opět vaše kvalitní účast. Workshopy budou skutečně edukační záležitostí, jejich výstupy budou ulehčením práce každého z nás a naplňují požadavek zlepšení výživy batolat. Rozpracováno je také téma **Prevence obezity v ordinacích PLDD**, kde čekáme na vyjádření PS dětské obezitologické společnosti k vhodným principům edukace.

Vážení kolegové,

Odborná témata jsou velmi rozmanitá a především jsou stavěna tak, aby odpovídala potřebám vaší denní praxe. Doufám tedy, že využijete příležitosti k dalšímu rozvoji kvality poskytované péče v našich ordinacích.



Využití stanoveného dentálního věku dítěte k určení jeho chronologického věku

MUDr. Kristina Ginzelová, RNDr. Alex Vinšů, prof. MUDr. Tatjana Dostálová, DrSc., MBA

Stomatologická klinika dětí a dospělých 2. LF UK a FN Motol, Praha

■ Úvod

Jsou situace, kdy není znám věk dítěte. A to z důvodů neznalosti data narození:

- samotné dítě či jeho dospělý doprovod nezná datum narození,
- ve forenzních případech či u obětí přírodních katastrof je třeba určit věk oběti,
- úmyslně je udáván jiný věk za účelem získání různých výhod.

Od nepaměti se hledala různá řešení stanovení chronologického věku dle určitého stupně vývoje jedince. Stupeň biologické zralosti dětského organismu určuje tzv. biologický věk, ten charakterizuje celkový stav růstu a vývoje, je mírou formování jeho morfologických a funkčních znaků. Mezi chronologickým (kalendářním) a biologickým věkem je určitá disproporce, ta se liší v určitých věkových obdobích, dle pohlaví a dle způsobu stanovení biologického věku. Biologický věk lze stanovit různými způsoby, sledováním různých markerů. Metoda stanovení biologického věku a na jeho podkladě

odhad chronologického věku se volí dle specifických potřeb.

Často se užívá stanovení biologického věku na základě stanovení kostního věku na podkladě zhodnocení rentgenogramu ruky a distálních epifýz předloktí, také lze hodnotit osifikaci hrtanových chrupavek. Avšak stanovení biologického věku na podkladě dentálního, analýzou chrupu, má velkou výhodu ve velké přesnosti výsledků, směrodatná odchylka mezi biologickým věkem a věkem chronologickým je velice nízká.

■ Stanovení dentálního věku

Cílem je na podkladě zjištěného dentálního věku stanovit chronologický věk dítěte. Hodnotit zuby pro stanovení dentálního věku lze dvěma způsoby:

- dle morfologických změn na jednotlivých zubech,
- dle vývojových stadií jednotlivých sledovaných zubů.

Ve světové literatuře se dnes nejčastěji užívá hodnocení dle vývojových stadií zubů dle Demirjiana, jeho verze z roku 1976. Na rentgenových snímcích zubů (nejčastěji panoramatický snímek – obr. 1) se sleduje a hodnotí celkem osm vývojových stadií stálých zubů. Jednotlivá vývojová stadia jsou označena velkými písmeny A až H (obr. 2). Sledována je kalcifikace zubní korunky a vývoj kořene. V této verzi jsou hodnoceny v jednotlivých vývojových stadiích čtyři stálé zuby vlevo dole, a to:

- 2. stálý molár vlevo dole (zub 37 – M2),
- 1. stálý molár vlevo dole (zub 36 – M1),
- 2. stálý premolár vlevo dole (zub 35 – PM1),
- 1. stálý premolár vlevo dole (zub 34 – PM2).

Toto hodnocení je výhodné hlavně tam, kde nelze z technických důvodů zhotovit panoramatický snímek, pak lze zhotovit pouze dva standardní intraorální rentgenové snímky (kupř. užito po živelní katastrofě

Obr. 1 Panoramatický snímek – věk 6 let, smíšený chrup, stálé zuby v různých vývojových stadiích





	A	B	C	D	E	F	G	H
	mineralizace hrbolků	spojením hrbolků vytvořena oklusní ploška	extenze ke krčkové krajíně	počáteční mineralizace kořene	formace kořenu	divergence stěn kanálků kořene	paralelita stěn kanálků kořene	konvergence stěn kanálků kořene, vytvoření foramen apikale
Molars								
Bicuspid								
Canines	x	x						
Incisors	x	x						

Obr. 2 Schéma vývojových stadií zubů (hodnocení dle Demirjiana)

tsunami v Indickém oceánu 26. 12. 2004, 227 898 obětí). Zub 36 je často extrahován pro devastaci, to platí také o všech prvních stálých molárech v ostatních kvadrantech. Hodně rodičů tyto první stálé moláry z neznalosti pokládá za dočasné zuby. Důvodem k tomuto omylu je jejich prořezání v šesti letech za posledním dočasným zubem (2. dočasný molár v dočasném oblouku), nena- hrazují tudíž žádný dočasný zub. A pak o ně u svých dětí nedbají, stejně jako o ostatní zuby dočasné dentice, nedbají o dostatečnou hygienu zubů dočasné dentice, polovina pětiletých dětí v ČR má dočasný chrup devastovaný (obr. 3, 4). Hodnocení zubu 36 lze nahradit hodnocením zubu 31 (1. stálý řezák vlevo dole), neboť vývoj 31 je chronologicky stejný jako vývoj 36.

Problematické stanovení dentálního věku se věnovalo a stále věnuje mnoho autorů. V naší literatuře v roce 1984 prof. Komínek a prof. Rozkocová, jejich hodnocení vývoje zubů je však odlišné od hodnocení dle Demirjiana.

Pro praxi je důležité si uvědomit, že zuby prořezávají ve vývojovém stadiu zubu E a F. Dokončení vývoje zubu v ústech trvá od prořezání další 1,5 až 2 roky. Resorpce kořenu dočasných zubů začíná dva roky před jejich eliminací.

■ Práce na naší klinice

V letech 2013–14 jsme na naší klinice zhodnotili celkem 505 panoramatických snímků tříletých až osmnáctiletých dětských a mla-

distvých pacientů kavkazské populace. Všechny hodnocené snímky byly zhotoveny v rámci kurativy dětí a mladistvých, všechna pozorování byla provedena v souladu s etickými principy Helsinské deklarace. Směrodatná odchylka vyjadřující přesnost odhadnutého chronologického věku na podkladě dentálního věku se liší v jednotlivých věkových skupinách a též podle pohlaví. V naší studii byla směrodatná odchylka nejnižší, tedy odhad byl nejpresnější, u mladistvých ve věku 18 let, a to u chlapců 0,341 a u dívek 1,632. Naše výsledky se výrazně neliší od závěrů sledování v některých evropských státech (Španělsko, Anglie, Bosna a Hercegovina).

Obr. 3 Devastovaný dočasný chrup. Intubované dítě před ošetřením v celkové anestezii



Obr. 4 Devastovaný smíšený chrup





Epulis congenita

**Doc. MUDr. Vlasta Merglová, CSc., MUDr. Jiří Andrlé, MUDr. Petr Mukenšnabl, Ph.D.,
MDDr. Lucie Baborská**

Stomatologická klinika LF UK a FN v Plzni, Šiklův ústav patologie LF UK a FN v Plzni

Termín epulis se používá pro označení ohraňčených útvarů připomínajících nádor a nasedajících na sliznici alveolárních výběžků čelistních kostí. Kongenitální epulis je vzácná benigní léze novorozeneckého období, poprvé popsaná v roce 1871 Neumannem. V naší odborné literatuře se kongenitální epulis věnoval Švejda v roce 1957, Kilian v roce 1971, Doležal v roce 2009 a Laco ve stejném roce.

■ Kazuistika

Na dětském oddělení Stomatologické kliniky LF UK a FN v Plzni jsme měli možnost vyšetřit fyziologického novorozence ženského pohlaví ve stáří jednoho dne. Jednalo se o novorozence z druhého fyziologického těhotenství, narozeného v 36. gestačním týdnu záhlavím. Novorozenec měl hmotnost 3 200 g, délku 50 cm a velmi dobrou poporodní adaptaci. Na naše oddělení byl novorozenec odeslán pro útvar nacházející se na alveolu horní čelisti.

Při vyšetření dítěte byl patrný ovoidní útvar prominující z dutiny ústní a nasedající na alveolární výběžek horní čelisti v místě neprořezaného levého dočasného postranního řezáku a špičáku (obr. 1). Útvarek měl sytě růžovočervenou barvu, hladký povrch, tužší elastickou konzistenci, velikost 12 × 10 × 6 mm, spojení s alveolární sliznicí zajišťovala široká stopka. Kromě popsaného útvaru nebyly v dutině ústní žádné jiné pato-

logické změny. Na základě anamnestických údajů a klinického vyšetření jsme vyslovili podezření na diagnózu kongenitální epulis. Chirurgické odstranění epulis jsme odložili na pozdější dobu.

Novorozence jsme opět vyšetřili za 13 dní, protože si matka stěžovala, že dítě hůře saje. Z tohoto důvodu jsme se rozhodli pro okamžité chirurgické odstranění útvaru. Excize byla provedena elektrokauterem v místním znecitlivění. Krvácení po excizi bylo minimální, a proto jsme ránu neošetřili suturou a nechali ji zhojit *per secundam intentionem*. Bezprostřední pooperační průběh byl klidný a dítě bylo krátce po výkonu nakojeno. Přesto bylo dítě s matkou přijato k observaci na dětskou kliniku FN v Plzni.

Dva týdny po chirurgickém zákroku dítě dobře prospívalo, nemělo problémy se sáním a operační rána na alveolu byla zcela zhojena. Při kontrolním vyšetření 5 měsíců po chirurgickém zákroku byl na alveolu horní čelisti v místě původního útvaru patrný mis-

kovitý defekt (obr. 2). Při dalších kontrolních vyšetřeních jsme zaznamenali postupné zmenšování defektu. Dočasné horní řezáky začaly dítěti prořezávat okolo 11. měsíce věku a sklovina těchto zubů a později i špičáků byla bez vývojových změn (obr. 3).

Chirurgicky odstraněný útvar byl histologicky vyšetřen a popsán jako dobře ohraňčený nodul s hladkým povrchem. Mikroskopicky byla léze kryta dlaždicobuněčným nerohovějícím epitelem ústní dutiny. Samotný útvar sestával z poměrně uniformní populace buněk s centrálně uloženými jádry a s jemnou strukturou chromatinu. V minimálním množství stromatu se nacházely četnější tenkostěnné cévy s drobnými periferními nervy. V lézi nebyly patrné nekrózy ani mitózy (obr. 4). Imunohistochemicky byly buňky léze pozitivní na vimentin a negativní na S100 protein. Histologické vyšetření potvrdilo diagnózu benigní kongenitální epulis.

Obr. 1 Útvar prominující z dutiny ústní novorozence

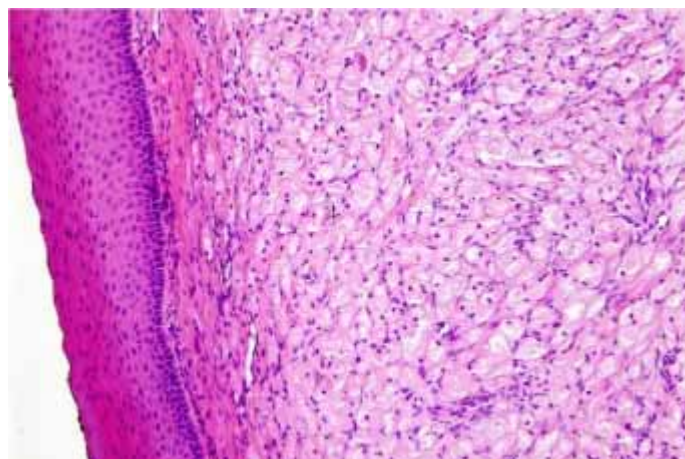


Obr. 2 Stav alveolárního výběžku horní čelisti po erupci horních řezáků





Obr. 3 Stav dutiny ústní po erupci horních dočasných řezáků



Obr. 4 Histologická skladba kongenitální epulis. Na povrchu léze se nachází dlaždicobuněčný nerohovějící epitel. Pod bazální vrstvou epitelu je tkáň tvořená uniformní populací objemných buněk s centrálně uloženými jádry. Buňky uložené blíže povrchovému epitelu měly protáhlejší, místy až vřetenovitý tvar (HE, původní zvětšení 100×)

■ Diskuse

Kongenitální epulis vzniká a zvětšuje se pouze prenatálně. Po porodu se její růst zastavuje. Vyskytuje se osmkrát až desetkrát častěji u novorozenců ženského pohlaví. Etiologie onemocnění je dosud neznámá, i když se jí snaží vysvětlit řada teorií (např. myoblastická, odontogenní, neurogenní, fibroblastická, histiocytická a endokrinní). Rovněž se uvažuje o hormonálním vlivu a o roli mezenchymálních kmenových buněk při vzniku kongenitální epulis.

Kongenitální epulis se nejčastěji vyskytuje na alveolární sliznici horní čelisti ve frontálním úseku v místě špičáků. Horní čelist je postižena třikrát častěji než čelist dolní. Ve většině případů se jedná o solitární lézi, ale je popsán i mnohočetný výskyt. Kongenitální epulis může být velikosti od několika milimetrů až po centimetry. Většinou se jedná o ovoidní útvar nasedající širokou či užší stopkou na vestibulární sliznici alveolárního výběžku. Při palpačním vyšetření má kongenitální epulis tužší elastickou konzistenci. Povrch bývá hladký nebo lehce hrbolatý a barva od růžové přes červenou až po lehce lividní.

Kongenitální epulis může být vzácně diagnostikována již prenatálně. Rozsáhlé kongenitální epulis je možné zjistit během rutinního sonografického vyšetření těhotné ženy, a to již od 26. gestačního týdne. Na sonografii se kongenitální epulis jeví jako dobře ohraničený echogenní útvar. Pro diagnostiku kongenitální epulis je nejdůležitější postnatální klinické vyšetření, které odhalí typický vzhled a lokalizaci.

Z diferenciálnědiagnostického hlediska je třeba při nálezů útvarů a zduření v ústní dutině novorozenců uvažovat o kongenitálních malformacích na straně jedné a benigních i maligních tumorech na straně druhé. Z kongenitálních malformací přicházejí v úvahu dermoidní cysty, ranula, teratomy, Bohnovy uzlíky i encefalokéla. Z benigních tumorů se v dutině ústní novorozence mohou vyskytovat hemangiomy, lymfangiomy, melanotické a neuroektodermální tumory a nádory z granulárních buněk. Z maligních tumorů dutiny ústní novorozenců je třeba uvažovat zejména o rabdomyosarkomu a alveolárním sarkomu měkkých tkání.

Kongenitální epulis bývá nejčastěji zaměřována s nádorem z granulárních buněk. Tento tumor se však obvykle objevuje až mezi 40 a 60 lety věku a postihuje kůži, plíce, oblast *processus mastoideus*, orbitu, infra- a supraglotickou oblast a v dutině ústní jazyk a rty. Rozdíly mezi kongenitální epulis a nádorem z granulárních buněk jsou rovněž v histologické skladbě. Tumor z granulárních buněk je kryt hyperplastickým epitelem a nádorové buňky infiltrují okolní tkáň. U tumoru z granulárních buněk je patrná exprese S100 proteinu a inhibinu, zatímco u kongenitální epulis je průkaz těchto markerů negativní.

Rozsáhlé kongenitální epulis mohou novorozencům působit potíže při dýchání a příjmu potravy. Prenatálně mohou extrémně velké kongenitální epulis obturovat dutinu ústní, porušit polykání amniotické tekutiny a tím zapříčinit polyhydramnion.

Jediným možným způsobem léčení kongenitální epulis je chirurgická excize, která se, pokud to je možné, provádí až okolo 6. měsíce věku dítěte. U novorozence je chirurgická intervence indikována, pokud nemůže sát a má potíže s dýcháním. Během chirurgického zákroku je třeba minimalizovat riziko poranění alveolární kosti a vyvíjejících se zubů. Po excizi kongenitální epulis nejsou popsány recidivy ani maligní zvrát po neúplném odstranění léze. Rovněž závažné poruchy vývoje alveolární kosti nebo zubů nejsou v literatuře uváděny. Za vzácně se vyskytující komplikace po chirurgickém odstranění kongenitální epulis se považuje vznik hypoplastických změn skloviny dočasných zubů v místě epulis, mírná hypoplazie horní čelisti, deformace horního rtu a zmenšený předozadní rozměr alveolární kosti. Žádná z těchto komplikací se u námi ošetřovaného a dlouhodobě sledovaného dítěte neobjevila.

■ Závěr

Kongenitální epulis je vzácný benigní útvar postihující novorozence. I když je často považován za nádor, pravděpodobně se jedná o nenádorovou afekci, která je vyvolána lokálními a metabolickými změnami v tkáních. Kongenitální epulis nevykazuje postnatální růst, nerecidivuje, může spontánně regredovat a po jejím odstranění není obvykle vývoj čelistních kostí, alveolárních výběžků a zubů narušen.

Literatura u autorů



Stomatologické ošetřování dětí v inhalační analgosedaci

**Doc. MUDr. Vlasta Merglová, CSc.¹, doc. MUDr. Romana Koberová Ivančaková, CSc.²,
MDDr. Lucie Baborská¹**

¹ Stomatologická klinika LF UK a FN v Plzni

² Stomatologická klinika LF UK a FN v Hradci Králové

■ Úvod

K dosažení kvalitního stomatologického ošetření dítěte je nutný psychoprofylaktický přístup zdravotnického personálu k dítěti, tlumení bolesti při výkonu, případně i po ošetření, a u některých dětí i použití analgosedace, či dokonce celkové anestezie.

■ Vlastní sdělení

Analgosedace se indikuje na základě zjištěných podrobných anamnestických dat, která se týkají nejen celkového zdravotního stavu dítěte, ale i sociální situace dítěte a jeho rodiny. Ptáme se rovněž na zkušenosti dítěte z předchozího stomatologického ošetření a na jeho chování.

Analgosedaci předchází klasifikace fyzického stavu dítěte podle kritérií ASA (American Society of Anesthesiologists) (tab. 1). Nespolutracující děti zařazené do ASA I nebo ASA II jsou vhodné pro ošetření

v analgosedaci, zatímco pacienti ASA III a ASA IV vyžadují individuální přístup, ošetření během hospitalizace a často za použití celkové anestezie. Analgosedace je vhodná u nespolutracujících dětí (ASA I a ASA II) z důvodů poruchy chování, nadměrného strachu z ošetření, mentální retardace a celkových chorob včetně psychiatrických onemocnění. Analgosedace je kontraindikována u dětí mladších než 3 roky a není vhodná u pacientů zařazených dle fyzického stavu do ASA III a ASA IV.

Před ošetřením dítěte v analgosedaci je nezbytné rodičům nebo zákonným zástupcům poskytnout napsané i ústní informace, které obsahují údaje nejen o samotné sedaci, jejím průběhu a použitých medikamentech, ale také předoperační a pooperační instrukce. Rodičem nebo zákonným zástupcem dítěte podepsaný informovaný souhlas s ošetřením jejich dítěte v analgosedaci je uchováván ve zdravotnické dokumentaci.

Zdravotnická dokumentace v případě ošetření dítěte v analgosedaci by měla obsahovat:

1. osobní anamnézu dítěte s důrazem na výskyt závažných celkových onemocnění a na pravidelné podávání léků,
2. stomatologickou anamnézu,
3. údaje o předchozích sedacích při vědomí nebo celkových anesteziích,
4. přípravu na sedaci při vědomí,
5. předoperační i pooperační instrukce,
6. souhlas zákonného zástupce dítěte,
7. průběh ošetření (monitorování, dávka a způsob podávání medikamentů, zubní ošetření, zhodnocení sedace, průběh sedace, komplikace),
8. pooperační doporučení.

Analgosedaci lze u dítěte navodit podáním vhodných léků různými způsoby – inhalačně, perorálně, rektálně, nazálně, intramuskulárně a intravenózně. U dětí jsou nejvhodnější způsoby aplikace inhalačně a perorálně, případně i nazálně. Perorální

Obr. 1 Nádechový ventil Carnét s náustkem



Obr. 2 Nádechový ventil Carnét s inhalační maskou





podání léků představuje nejjednodušší způsob aplikace a je výhodné i z hlediska nízkého výskytu komplikací. Mezi nevýhody patří delší nástup účinku a dlouhotrvající působení, těžko odhadnutelná resorpce ze žaludku, nesnadné určení nejvhodnější dávky a nutnost alespoň minimální spolupráce při podání léku.

Během celého průběhu analgosedace musí být dítě klinicky monitorováno. Sleduje se

- odpověď dítěte na fyzikální stimulaci a slovní pobídku,
- dýchání,
- pohyby hrudníku,
- frekvence dýchání,
- barva kůže.

Pravidelné používání pulsního oxymetru k včasné detekci nedostatečné saturace kyslíkem během inhalační analgosedace je v současné době diskutováno. V případě inhalační analgosedace oxidem dusným se zdá být dostačující klinické monitorování.

Nejčastější medikament používaný pro inhalační analgosedaci je oxid dusný. Oxid dusný (rajský plyn) je nedráždivý, bezbarvý, nezapáchající, nasládlé chutnající plyn s anxiolytickými, retrográdně amnestickými, analgetickými a anestetickými účinky. Oxid dusný pro inhalační analgosedaci se podává ve směsi s kyslíkem. Doporučené množství kyslíku ve směsi má být vyšší než 30 %, preparát ENTONOX obsahuje 50 % kyslíku. Obsah kyslíku v plyné směsi je nezbytně nutný pro bezpečí pacienta, pro zajištění dostatečné saturace kyslíkem.

Prvním klinickým příznakem účinku oxidu dusného je pocit omámení a někdy točení hlavy. Následují parestezie v horních i dolních končetinách a někdy i v dutině ústní. Dostavuje se pocit tepla, který probíhá ve vlnách. Nastupuje analgezie a pocit euforie. Krevní tlak a srdeční frekvence nejprve mírně stoupají, stejně tak respirační frekvence, vzniká periferní vazodilatace. Může se objevit flush (zčervenání v obličeji). Svalový tonus může mírně klesat a je provázen pocitem lehkosti dolních končetin. Také nastávají změny ve vnímání včetně hyperakuzie (zvýšené sluchové vnímání). Může se rovněž objevit smích nebo pláč.

Pro inhalační analgosedaci se doporučuje používat oxid dusný od věku dítěte 3–4 roky. Pro mladší děti není většinou vhodný, protože malé děti při strachu dýchají mělce, což způsobuje snížení dechových objemů a nízkou účinnost oxidu dusného.

Kontraindikace použití oxidu dusného vyplývají především z fyzikálních vlastností oxidu

dusného a jeho schopnosti difundovat do plynem naplněných uzavřených dutin a expandovat. Při delší expozici ovlivňuje oxid dusný metabolismus vitamínu B12 a kyseliny listové.

Kontraindikace:

1. pneumotorax, pneumoperikard, těžký plicní emfyzém, vzduchová embolie,
2. onemocnění dýchacích cest,
3. akutní infarkt myokardu,
4. porfyrie,
5. po intrakutánních plynových injekcích,
6. chemoterapie bleomycinem,
7. ileus,
8. při srdeční insuficienci nebo kardiální dysfunkci,
9. u pacientů se zvýšeným intrakraniálním tlakem,
10. při sníženém vědomí,
11. při neléčeném nedostatku vitamínu B12,
12. při poraněních obličeje, která znemožňují správné použití nádechového ventilu, obličejové či nazální masky,
13. ušní operace (tympánoplastika),
14. intraokulární plynové injekce nebo perforující oční zranění,
15. poškození hematoencefalické bariéry,
16. první trimester těhotenství.

Z uvedeného přehledu je zřejmé, že většina absolutních kontraindikací se netýká dětských pacientů.

Časté a dlouhodobé aplikace oxidu dusného představují určitá rizika pro přítomný zdravotnický personál, pokud se ordinace dostatečně nevětrají nebo nemají účinné odsávací zařízení. Dlouhodobé vystavení účinku oxidu dusného může vyvolat dřeňový útlum, megaloblastické změny v kostní dřeni, leukopenie, polyneuropatie či myelopatie.

■ Způsob podání směsi 50 % oxidu dusného a 50 % kyslíku (ENTONOX)

ENTONOX je dodáván v tlakových lahvích o velikosti 5 a 10 litrů s tzv. LIV ventilem (Linde integrovaný ventil), který má vestavěný regulátor tlaku, zabudovaný manometr, rychlospojku k připojení nádechového ventilu a také samostatný výstup pro konstantní průtok plynu. Pro podávání ENTONOXU je nutný nádechový ventil Carnét s náustkem (obr. 1) nebo inhalační maskou (obr. 2). Použít lze rovněž ventil s kontinuálním průtokem.

Pro ošetření v inhalační analgosedaci ENTONOXEM je nezbytné klidné prostředí,

psychoprofylaktický přístup k dítěti a dostatek času na ošetření. Před samotným výkonem se doporučuje asi 3 minuty vdechovat ENTONOX a poté aplikovat lokální anestezii. Analgosedace v žádném případě nenahrazuje místní znecitlivnění. Během čekání na nástup anestezie dítě pokračuje ve vdechování. Pro stomatologické účely (extrakce, intraorální incize, výměny drénů apod.) se ENTONOX používá krátkodobě, nejčastěji 15–20 minut. Účinek vdechování ENTONOXU odezní do 5 minut po ukončení aplikace, a proto není nutné nechávat dítě dospávat po ošetření.

■ Závěr

Analgosedace směsí oxidu dusného a kyslíku je bezpečná, s minimem krátkodobých vedlejších účinků a s minimálním rizikem předávkování. Lze ji bezpečně používat v kombinaci s běžnými analgetiky. ENTONOX může po zaškolení používat každý zdravotnický pracovník.

Inhalační analgosedace je v řadě případů výhodná pro dítě i pro ošetřujícího. U dětského pacienta slouží především ke zmírnění strachu a vnímání bolesti při ošetření. Analgosedace zlepšuje spolupráci při ošetření a slouží rovněž jako prevence vzniku strachu ze zubního ošetření. Pro zubního lékaře spočívají výhody analgosedace v usnadnění úspěšného ošetření, v redukci strachu a negativních emocí. Použití analgosedace při ošetřování nespolupracujících dětí se rovněž považuje za prevenci syndromu vyhoření u zubních lékařů.

Literatura u autorů

Skupina	Fyzický stav
I.	Zdravý pacient
II.	Pacient s lehkým systémovým onemocněním, bez omezení výkonnosti
III.	Pacient se závažnou celkovou nemocí, s omezením výkonnosti, bez dekompenzace
IV.	Pacient s dekompenzovanou systémovou nemocí, která znamená neustálé ohrožení života
V.	Moribundní pacient

Tab. 1 Klasifikace fyzického stavu dítěte dle ASA



Úrazy dočasných zubů

doc. MUDr. Romana Koberová Ivančaková, CSc.¹, doc. MUDr. Vlasta Merglová, CSc.²

¹ Stomatologická klinika LF UK a FN v Hradci Králové

² Stomatologická klinika LF UK a FN v Plzni

Úrazy dočasných zubů jsou častým důvodem návštěvy dítěte v ordinaci zubního lékaře. Úrazem jsou nejčastěji postiženy jeden či dva frontální zuby, zejména v horní čelisti. Poraněny mohou být tvrdé zubní tkáně, závěsný aparát zubu nebo jde o kombinované poranění. Často bývají poraněny také okolní měkké tkáně. Závažné úrazy dočasných zubů mohou být příčinou poškození zárodků stálých nástupců. Cílem práce je podat přehled o etiologii, klasifikaci a klinickém obraze úrazů zubů v dočasné dentici včetně možností terapie.

Klíčová slova: úrazy zubů, dočasná dentice, komplikace

■ Etiologie úrazů dočasných zubů

Je obecně známo, že úrazy zubů postihují v převážné většině děti. Někdy se může jednat o závažné poranění, zejména pokud je úraz doprovázen postižením závěsného aparátu zubu a okolních měkkých tkání. U malého dítěte, které se učí chodit a běhat, není ještě zcela vyvinutá koordinace pohybů a schopnost rozhodování, a tak nejčastější příčinou poranění v tomto věku jsou pády. U dětí ve starším předškolním věku jsou častou příčinou úrazů kolize mezi dětmi na hřištích, pády z odraždů a tříkolek. Poranění v oblasti hlavy a obličeje však může být, a to nejen u malých dětí, rovněž známkou fyzického týrání dítěte. Nejdůležitější aspekty fyzického týrání jsou následující:

- většinou se jedná o děti ve věku 1 až 3 roky,
- obvykle existuje značná časová prodleva mezi zraněním a návštěvou zdravotnického zařízení,
- většinou nacházíme na těle dítěte mnohočetné zhmožděny v různých fázích hojení,
- zhruba polovina dětí utrpěla poranění v oblasti obličeje a úst,
- anamnestické údaje získané od dítěte se neshodují s údaji rodičů nebo rodiči udávaný mechanismus úrazu neodpovídá klinickému obrazu poranění,
- při podezření na fyzické týrání dítěte je nutné neprodleně kontaktovat pediatra a odbor sociální péče.

■ Epidemiologie úrazů dočasných zubů

Epidemiologické studie zabývající se úrazy zubů ukazují, že častěji jsou postiženy dočasné zuby, asi ve 30 %, zatímco ve stálé dentici se incidence úrazů pohybuje kolem 22 %. Největší množství úrazů v dočasném chrupu se objevuje mezi 1. až 3. rokem věku. Ve věku 5 let je postiženo úrazem zubů 12–33 % chlapců a 4–19 % dívek. Úrazem jsou nejčastěji postiženy jeden či dva frontální zuby, zejména v horní čelisti. Nejčastějšími typy poranění dočasných zubů jsou poranění závěsného aparátu zubu (kontuze, subluxe, luxace), méně často jsou poraněny tvrdé zubní tkáně (zubní korunka, kořen zubu).

■ Vyšetření dítěte s úrazem zubů

Vyšetření dítěte s úrazem zubů bývá často stresující záležitostí pro dětského pacienta i jeho rodiče. Je nutné počítat se strachem dítěte a omezenou spoluprací jednak proto, že dítě s bolestí neví, co bude v ordinaci následovat, obává se bolestivých zákroků, a to tím víc, čím je mladší. Podrobné vyšetření dítěte s úrazem je však velmi důležité, protože je základem pro stanovení správné diagnózy a následné léčby. Akutní vyšetření dítěte s úrazem je v kompetenci každého lékaře včetně praktického lékaře pro děti a dorost. Následně by mělo být dítě v doprovodu rodičů odesláno na specializované stomatologické pracoviště k podrobnému vyšetření a ošetření.

■ Klasifikace úrazů zubů

V současné době se v zubním lékařství používá klasifikace úrazů doporučená

Světovou zdravotnickou organizací. Tato klasifikace dělí poranění zubů a okolních tkání na čtyři základní skupiny, jimiž jsou – 1. úrazy tvrdých zubních tkání a zubní dřeně, 2. úrazy tvrdých zubních tkání, zubní dřeň a alveolárního výběžku, 3. úrazy závěsného aparátu zubu a 4. poranění gingivy nebo ústní sliznice.

■ Poranění tvrdých zubních tkání a zubní dřeně dočasných zubů

Při poranění zubní korunky dochází k větší či menší ztrátě tvrdých zubních tkání. Lomná linie prochází sklovinou nebo sklovinou a dentinem s poraněním nebo bez poranění zubní dřeně. U zlomenin kořene je zubní dřeň poraněna vždy, ale vzhledem k tomu, že lomná linie je většinou lokalizována intraalveolárně, zub je relativně pevný a dítě nemá výraznější obtíže. Při žádném z těchto typů poranění nedochází ke zhmoždění či přerušení nervově-cévního zásobení zubní dřeně postiženého zubu.

Fraktura skloviny, fraktura skloviny a dentinu

Většina poranění zubní korunky postihuje sklovinu nebo sklovinu a část dentinu. Zub je pevný. Dítě si může stěžovat na zraňování rtů nebo jazyka ostrými okraji lomné plošky zubu. Ošetření většinou spočívá v zábrusu ostrých okrajů tvrdých zubních tkání. Ve výjimečných případech, pokud dítě dobře spolupracuje, lze ztracené zubní tkáně doplnit kompozitním materiálem.

Komplikovaná fraktura zubní korunky

Jedná se o závažnější ztrátu tvrdých zubních tkání, kdy lomná linie prochází zubní dření, která většinou krvácí. Dítě si stěžuje na bolest zubu při jídle a při dotyku. Otevřená a dutině



ústní exponovaná zubní dřeň představuje riziko infekce a následného odumření zubní dřeně. Vzhledem k omezené spolupráci malého dítěte je poraněný zub většinou extrahován. Jen ve výjimečných případech a za příznivé klinické situace lze poraněnou zubní dřeň ošetřit a zub zachovat.

Fraktura korunky a kořene zubu

Lomná linie u těchto úrazů zubů probíhá sklovinou, dentinem a cementem, většinou je poraněna také zubní dřeň. Ošetření je velmi obtížné, a proto jsou takto poraněné zuby téměř vždy indikovány k extrakci.

Fraktura kořene

Pokud je zlomenina lokalizována v gingivální třetině zubního kořene a koronární fragment je výrazně dislokován, metodou volby je extrakce zubu. Apikální fragment ponecháváme in situ, neboť revize apikální oblasti by s velkou pravděpodobností vedla k poškození zárodku stálého zubu. Ve většině případů dojde k resorpci apexu zubního kořene. Pokud koronární fragment není dislokován, jeví pouze mírný stupeň pohyblivosti, ponecháváme stav bez ošetření. Pacienta pravidelně kontrolujeme každé tři měsíce. Někdy dojde k nekróze zubní dřeně koronárního fragmentu, avšak v apikální části kořene zůstává pulpa vitální a často zub zůstává funkční až do fyziologické výměny.

■ Poranění závěsného aparátu dočasných zubů

V průběhu vývoje stálé dentice jsou zárodky horních řezáků uloženy palatinálně a postupně se dostávají do těsné blízkosti apexů dočasných řezáků. Z tohoto důvodu je při poranění závěsného aparátu dočasných zubů nutné myslet na možnost poškození zárodků stálých nástupců, především frontálních zubů (obr. 1).

Kontuze

Kontuze zubu společně se subluxací a luxacemi poraněními představují v dočasné dentici největší procento úrazů zubů. Velmi často jsou tyto stavy provázeny poraněním měkkých tkání (otoky rtů, lacerace a krvácení ústní sliznice a gingivy), které buď nevyžaduje žádné ošetření, nebo je ošetřeno suturou. Otok většinou do týdne odezní. Poraněný zub není dislokován ze své původní polohy a je pevný. Nedochází k poranění nervově-cévního zásobení zubní dřeně ani k poškození zárodku stálého nástupce. Dítě obvykle nemá žádné obtíže. Při kontuzi zubu rodiče často zubního lékaře ani nenavštíví a znepokojení začnou být až v případě vzniku komplikací, většinou změně barvy zubní korunky postiženého zubu.

Subluxace

Při subluxaci dočasných zubů dochází k různému stupni pohyblivosti postiženého zubu,

zub však stále zůstává ve svém původním postavení. U postiženého zubu je patné krvácení z okolní marginální gingivy, zub je bolestivý na poklep, pouze při těžkých subluxacích dochází k poranění nervově-cévního svazku v oblasti apexu zubu. Zárodek stálého zubu obvykle poškozen není. Stav zpravidla nevyžaduje ošetření, dítě má několik dní kašovitou dietu. K upevnění poraněných zubů dochází během 1–2 týdnů.

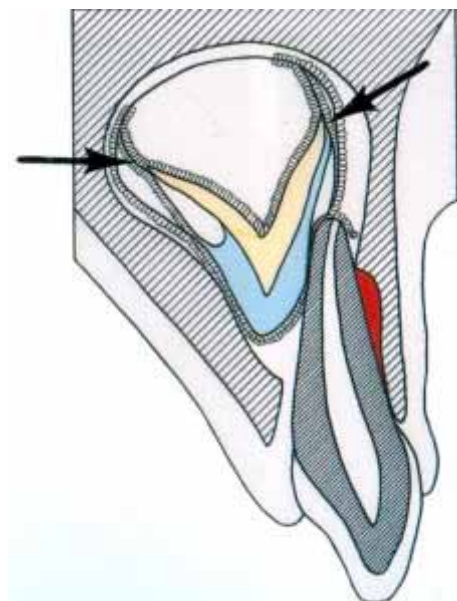
Extruzivní luxace

Při extruzivní luxaci dochází k dislokaci zubu ven ze zubního lůžka a poraněný zub je značně pohyblivý (obr. 2). Vlákná závěsného aparátu zubu jsou potrhána a poškozen je také nervově-cévní svazek. Součástí klinického obrazu je krvácení z periodontální štěrbin. Dítě si stěžuje na bolest zubu a často nemůže dokousnout. U méně závažných extruzí, pokud zub nepřekáží v okluzi, je možné stav ponechat bez ošetření. Většinou je ale nutné dočasný zub extrahovat.

Laterální luxace

Nejčastěji dochází k dislokaci zubu směrem palatinálním. V tom případě je kořen postiženého zubu daleko od zárodku stálého nástupce a stav ponecháváme většinou bez ošetření. Dislokovaný zub bývá zaklíněn v nové poloze relativně pevně. Během 1–2 měsíců tlak jazyka často posune postižený zub do původní polohy. V případě, že dočasný zub je dislokován bukálně, jakoby

Obr. 1 Poškození stálého nástupce při úrazu dočasného zubu – schéma



Obr. 2 Extruzivní luxace levého dočasného středního řezáku





Obr. 3 Avulze pravého dočasného středního řezáku, laterální luxace levého postranního řezáku



Obr. 4 Částečná intruzivní luxace levého dočasného středního řezáku

vyvrácen ven z dutiny ústní, extrahujeme jej pro nebezpečí další traumatizace zárodku stálého zubu.

Intruzivní luxace

Intruze znamená zaražení zubu do zubního lůžka. Intrudovaný dočasný zub je většinou značně dislokován a často bývají poraněny okolní měkké tkáně. Intruze může být buď částečná (obr. 3), kdy postižený zub je v infrapozici a v ústech je vidět pouze část zubní korunky, nebo úplná, kdy zub v ústech vidět není a často je mylně považován za avuldovaný (obr. 4). Diagnózu potom stanovíme až na základě zhotovení rentgenového snímku. U všech typů intruze je zásadní určení směru intruze, zda je palatinální, či bukální. Diagnóza by měla být stanovena na základě klinického a rentgenového vyšetření. Při klinickém vyšetření pátráme, zda nelze hmatat apex intrudovaného zubu vestibulárně. Pokud intruze není úplná, pomůže nám směr dlouhé osy korunky zubu. Na rentgenovém snímku můžeme vidět, že kořen intrudovaného zubu je jakoby zkrácený v porovnání

se zubem sousedním, což svědčí pro intruzi směrem bukálním (apex je mimo zárodek stálého zubu), nebo je naopak jeho stín prodloužený, a to znamená, že intruze je směrem palatinálním s pravděpodobným poškozením zárodku stálého zubu.

Pokud je dočasný zub dislokován palatinálně (směrem k zárodku stálého zubu), je nutné poraněný dočasný zub ihned extrahovat. Minimalizujeme tak případnou další traumatizaci zárodku stálého zubu. V případě dislokace dočasného zubu bukálním směrem ponecháváme stav bez terapie a vyčkáme spontánní reerupce, ke které dochází v průběhu 2–6 měsíců. V průběhu reerupce může dojít k nekróze zubní dřeviny poraněného zubu, proto dětského pacienta sledujeme jednou týdně po dobu 2–3 týdnů a dále po 3–6 měsících. Rodiče upozorníme na možnost otoku postižené oblasti, krvácení nebo vytvoření píštěle. V tom případě je nutné zub ihned extrahovat. Pokud k reerupci do půl roku nedojde, příčinou je pravděpodobně ankylóza intrudovaného dočasného zubu, který pak může být překážkou při prořezá-

vání stálého nástupce. Proto dočasný zub postižený ankylózou raději extrahujeme.

Avulze

Při avulzi zub zcela opustí zubní lůžko (obr. 5). V některých případech může dojít k záměně intruzivní luxace a avulze, a to zejména v těch případech, kdy je intruze úplná a zub v ústech není vidět. Pokud si nejsme jisti, o jaké postižení se jedná, je nutné zhotovit rentgenový snímek. K závažné komplikaci může dojít tehdy, pokud úraz nikdo neviděl a avuldovaný zub se nenajde. Může dojít k polknutí nebo vdechnutí zubu. Zejména vdechnutí představuje pro dítě značné zdravotní riziko. V takovém případě je nutné neprodleně odeslat dítě s doprovodem na rentgenové vyšetření (nativní rentgenový snímek hrudníku). Avuldované dočasné zuby nikdy nereplantujeme. Jednak pro obtížnost zhotovení dlahy k fixaci poraněného zubu či zubů, ale zejména pro nebezpečí poškození zárodku stálého nástupce.

Obr. 5 Úplná intruzivní luxace obou dočasných středních řezáků



Obr. 6 Těžká hypoplazie stálých středních řezáků jako následek úrazu dočasných řezáků ve věku 18 měsíců





■ Komplikace úrazů dočasných zubů

Pokud ponecháme dočasný zub po jeho poranění v ústech, je nutné dětského pacienta dispenzarizovat a pravidelně kontrolovat stav zubu či zubů klinicky a rentgenologicky. Včasné zjištění komplikací má zásadní význam pro osud stálého nástupce. V prvních 3–4 týdnech po úrazu proto kontrolujeme dítě v týdenních intervalech, později jednou za 3 měsíce a dále dvakrát ročně až do fyziologické resorpce dočasného zubu a prořezání zubu stálého.

Mezi nejčastější komplikace poranění dočasných zubů patří nekróza zubní dřeně, obliterace kořenového kanálku zubu a resorpce kořene dočasného zubu.

Nekróza zubní dřeně

Nekróza zubní dřeně je nejčastější komplikací úrazů dočasných zubů. Její diagnostika je na základě klinického vyšetření dítěte poměrně obtížná, neboť validní informace o stavu zubní dřeně a reakci na termické podněty jsou pro omezenou spolupráci dítěte nespolehlivé. Diagnózu stanovíme nejčastěji na základě diskolorace zubní korunky (šedé zbarvení). V případě, že zub je klinicky klidný a dítě nemá obtíže, není nutné dočasný zub ihned extrahovat. Dítě je však nutné pravidelně sledovat v tří- až šestiměsíčních intervalech. Pokud si dítě začne stěžovat na bolest zubu nebo se ve vestibulu objeví píštěl, je nutné zub extrahovat.

Obliterace kořenového kanálku

Obliterace kořenového kanálku je častou poúrazovou reakcí zubní dřeně dočasného zubu. Diagnózu stanovíme klinicky a rentgenologicky. Na rentgenovém snímku vidíme částečnou nebo úplnou kalcifikaci dřeňové dutiny, klinicky jeví korunka postiženého zubu žluté zbarvení. Ve většině případů obliterace kořenového kanálku ponecháváme zub bez ošetření. Tento stav často vydrží až do fyziologické výměny dentice.

Resorpce kořene

Etiologie a patogenese zánětlivé resorpce kořene dočasného zubu je stejná jako u zubu stálého. K resorpci kořene dochází nejčastěji po intruzivních luxacích a dále po luxačních poraněních, méně často po sublucacích dočasného zubu. Diagnóza této komplikace je indikací k extrakci postiženého dočasného zubu.

Poranění zárodku stálého zubu

Úrazy dočasných zubů mohou až v 50 % případů vést k poškození zárodků stálých nástupců. Nejčastěji k tomu dochází při intruzivních luxacích a těžkých sublucacích. Mechanismus poškození zárodku stálého zubu spočívá v přímé traumatizaci zárodku apexem dočasného zubu. Pokud dojde k nekróze zubní dřeně dočasného zubu a rozvoji zánětlivých komplikací v oblasti jeho apexu, jsou následky pro stálého nástupce o to horší. Závažnost poškození stálého zubu závisí na věku dítěte v době úrazu. Zárodek stálého zubu je náchylný na poškození zejména v časných stadiích svého vývoje, a proto k nejzávažnějšímu poškození stálého zubu dochází, jsou-li v době úrazu dítěti zhruba 3 roky. Nejčastěji dochází ke změnám v morfologii a mineralizaci zubní korunky stálého zubu, od malých opacit zubní korunky, hnědožlutých diskolorací a hypoplastických změn zubní korunky až po těžké malformace (obr. 6). V některých případech může dojít i k poškození vývoje kořene stálého zubu, k jeho ohnutí nebo zastavení jeho vývoje, což má za následek retenci stálého zubu.

■ Závěr

Úrazy dočasných zubů představují traumatizující zkušenost v životě malého dítěte a neméně stresující jsou pro rodiče. Ačkoli ošetření poraněných dočasných zubů bývá v porovnání se stálými zuby často radikálnější ve smyslu jejich odstranění, nelze tyto stavy podceňovat. Podrobné vyšetření, ošetření a následné sledování dítěte s úrazem vyžaduje značnou klinickou zkušenost a mělo by být prováděno na specializovaném pracovišti.

■ Literatura

The Dental Trauma Guide 2011.
www.dentaltraumaguide.com
Koberová Ivančáková R, Merglová V. Dětské zubní lékařství. Hradec Králové: Advertis group, 2014. ISBN: 978-80-260-6752-8
Andreasen FM, Andreasen JO, Andersson L. Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth, 4th ed. Oxford: Blackwell Munksgaard, 2007

Práce vznikla v rámci výzkumného záměru PRVOUK P-28.

■ Anorektičku s 29 kily od smrti dělily hodiny. Je k nevíře, jak se dala dohromady

Ve čtrnácti letech Australance Gemmę Walker (22) lékaři diagnostikovali bulimii i anorexii a varovali ji, že bez léčby by mohla zemřít. Dívka tehdy ale jakoukoli hospitalizaci odmítala. Když její váha v nejhorší fázi klesla k 29 kilogramům, nedávali jí už téměř žádné šance. Od smrti ji prý dělilo 48 hodin. Mladá dívka ale i v tak křehkém těle dokázala najít poslední zbytky sil a o svůj život zabojovala. Její vyléčení lékaři považují za malý zázrak. V době, kdy Gemmina váha nedosahovala ani třiceti kilogramů, už přestali doufat i zdrčení rodiče a rozhodli se pro paliativní péči, která je většinou poskytována pacientům v pokročilé fázi nemoci například v hospicích. Varovná kontrolka se naštěstí u dívky spustila včas a ona začala po sedmi letech odmítání konečně následovat rady odborníků, které byly poslední šancí na její záchranu.

Nyní je Gemma podle svých slov šest měsíců „čistá“ a svůj triumf oslavila odhodláním podělit se o děsivě vyhlížející fotografie ze své minulosti, aby pomohla odradit další dívky od posedlosti po štíhlosti. V jednu chvíli se přitom její léčba vymkla kontrole a ona byla schopna sníst i 6 500 kalorií během dvaceti minut, začala trpět i halucinacemi.

„Mé uzdravování bylo velmi traumatické. Váha mi stoupala hodně rychle, za méně než sedm měsíců jsem přibrala čtyřicet kilo. V tu dobu jsem na tom byla psychicky nejhůř, i když lidé kolem mě byli rádi, že se uzdravuji a už netrpím anorexií,“ svěřila se Gemma, která nakonec zhubla na zdravou váhu ve chvíli, kdy se s podporou rodičů a partnera začala o svůj jídelníček starat sama.

zdroj: D. Plechařová, super.cz



Kontraindikace očkování

MUDr. Parvine Gricová

PLDD Uherské Hradiště

Kontraindikací rozumíme riziko závažné nežádoucí reakce vakcíny, a tedy nemožnost její aplikace.

Každá vakcína je dodávána s příbalovou informací, kde jsou kromě jiného uvedeny všechny kontraindikace pro daný druh očkování s ohledem na konkrétní očkovací látku. Souhrn vlastností přípravku (SPC) uvádí některé specifikace podrobněji. Někdy se však obecná ustanovení liší od těch uváděných v příbalové informaci nebo SPC od výrobce. Například podle ACIP není očkování proti virové hepatitidě typu B v těhotenství kontraindikováno, zatímco výrobci uvádějí, že v těhotenství je toto očkování možné pouze tehdy, pokud je nezbytně nutné. Údaje uvedené v SPC jsou pro očkovacího lékaře závazné (i z forenzního hlediska).

Kontraindikace a upozornění mohou být obecné a platí pro všechny typy vakcín, nebo mohou být specifické pro jednu či více vakcín.

Doporučené postupy vycházejí především z doporučení ACIP (Advisory Committee on Immunization Practices – americký Poradní výbor pro imunizační postupy) patřícího pod vládní CDC (Centers for Disease Control and Prevention – Centra pro kontrolu a prevenci nemocí). ACIP se skládá z 15 členů, kterými jsou akademičtí odborníci na infekční nemoci, rodinní lékaři, státní a místní úředníci veřejného zdraví a konzumenti. ACIP má rozsáhlé vazby na odborné lékařské společnosti, vládní agentury a další instituce. Jeho doporučení jsou velmi často aktualizována a vycházejí z jednoznačně prokázaných dat. Doporučení jsou publikována v Morbidity and Mortality Weekly Report.

Původní „Guide to Contraindications to Childhood Vaccinations“ (průvodce kontraindikací dětských vakcín) byla vytvořena v rámci Národního programu pro očkování Spojených států s využitím informací odvozených ze standardů pro provádění dětského očkování – doporučení výboru pro infekční nemoci Výboru červené knihy (Red book Committee) Americké akademie dětských lékařů (AAP – American Academy of Pediatrics). Některá z těchto doporučení se mohou lišit od doporučení uvedených v příbalových letácích.

Jedinou všeobecnou kontraindikací platnou pro všechny očkovací látky je těžká alergická (anafylaktická) reakce po předchozí dávce nebo po jakékoli složce ve vakcíně obsažené.

Anafylaktické reakce po očkování jsou velmi vzácné (v řádu 1 : 1 000 000 dávek).

Alergická reakce může být způsobena vakcinačním antigenem, reziduálním živočišným proteinem, antimikrobiální látkou (např. neomycin, streptomycin, kanamycin), konzervačními látkami, stabilizátory (želatina) nebo jinými složkami. Nejčastějším živočišným proteinovým alergenem je vaječný protein, který je obsažen ve vakcínách vyráběných v kuřecích vajíčkách (vakcíny proti chřipce, žluté zimnici). Jedincům, kteří mají v anamnéze anafylaktickou reakci na vajíčka, by tyto vakcíny neměly být aplikovány. Morbilová a parotická složka MMR (measles, mumps, rubella) vakcíny Priorix se vyrábí na tkáňových kulturách kuřecích embryonálních fibroblastů, ale množství vaječných proteinů ve vakcíně je tak malé, že vakcína není kontraindikována a ani nevyžaduje žádná specifická opatření u jedinců s anafylaktickou reakcí po požití vajíček. Stejně tak vakcíny proti klíšťové meningoencefalitidě se připravují na tkáňových kulturách kuřecích embryonálních fibroblastů, přesto jsou tyto vakcíny při anafylaktické reakci na vajíčka kontraindikovány.

Živé očkovací látky jsou všeobecně kontraindikovány při imunodeficitu a v graviditě, ostatní vakcíny nemají žádné specifické kontraindikace.

Při závažných progresivních neurologických onemocněních je kontraindikována vakcinace pertuse až do objasnění a stabilizace stavu.

Trombocytopenická purpura v anamnéze = trvalá kontraindikace očkování proti ru-beole.

Relativní kontraindikace = zvýšené riziko závažných nežádoucích účinků nebo snížená účinnost vakcinace. Riziko závažné nežádoucí reakce je nižší než při kontraindikaci. Při relativní kontraindikaci se očkování

většinou odkládá. Většina relativních kontraindikací je přechodná a vakcína může být později aplikována. Pokud lékař usoudí, že přínos převyšuje riziko, očkovací látka může být podána.

Relativní kontraindikací jsou též středně těžká až těžká akutní onemocnění. Při mírném onemocnění není vakcinace kontraindikována. **Vakcinace se v těchto případech odkládá z důvodu nežádoucího souběhu akutních projevů nemoci s možnými nežádoucími účinky vakcinace a rizika diagnostických rozpaků (projevy akutního onemocnění × nežádoucí účinky vakcíny).** Rozhodnutí o podání či odložení vakcinace z důvodu současné nebo nedávné akutní nemoci závisí na intenzitě příznaků a etiologii onemocnění. Všechny očkovací látky mohou být aplikovány při mírném akutním onemocnění (např. průjem nebo mírná virová infekce horních cest dýchacích). Byla prokázána bezpečnost i účinnost vakcinace u jedinců s mírně probíhajícím onemocněním. **V našich podmínkách však není důvod očkovat dítě ani při lehce probíhajícím onemocnění, v rekonvalescenci a v inkubaci jiného onemocnění.** Vždy je možné vyčkat. Jistě by byla jiná situace při hrozící epidemii nebo jiné neodkladné situaci.

Žádná vakcína není kontraindikována z důvodu rodinné anamnézy (alergická nebo neurologická onemocnění).

Kontraindikacemi dále nejsou mírné až středně těžké lokální reakce nebo horečka po předchozí dávce, současná antibiotická terapie (při dodržení dočasné kontraindikace akutního středně závažného nebo závažného onemocnění), rekonvalescentní fáze onemocnění, nedonošenost, nedávná expozice infekčnímu onemocnění, jakákoli alergie (kromě uvedené v kontraindikacích), specifická imunoterapie, kojení, autoimunitní nemoci, stavy po kardiokirurgickém zákroku, neurologická onemocnění (kromě uvedených u pertusové složky vakcíny). Autoimunitní onemocnění nejsou kontraindikací žádné očkovací látky, protože běžně



dostupné vakcíny nezvyšují riziko exacerbace onemocnění. Pacienti s autoimunitními chorobami by měli být naočkováni co nejdříve (**samozřejmě ve stabilizovaném stadiu onemocnění!!!**) z důvodu možné budoucí imunosupresivní terapie, která zvýší riziko infekčních nemocí, sníží imunogenitu vakcín a pro některé se stane kontraindikací. **V těchto situacích je třeba postupovat individuálně s přihlédnutím k povaze základního onemocnění, současně i pravděpodobné budoucí terapii, pravděpodobnosti expozice dané infekci atd.**

■ Vakcíny obsahující pertusovou složku

V České republice se jedná o dětské očkovací látky s acelulární pertusovou složkou používané v národním imunizačním schématu DTaP (Infanrix) a DTaP-HepB-IPV/Hib (Infanrix Hexa). Kontraindikací další dávky je encefalopatie během 7 dnů po předchozí dávce, která nemá jinou identifikovatelnou příčinu. Encefalopatie je po očkování extrémně vzácná a kauzální vztah vakcinace sporný. Při progresivním neurologickém onemocnění (např. infantilní spasmy, nekontrolovaná epilepsie, progresivní encefalopatie) se vakcinace odkládá do objasnění a stabilizace neurologického stavu. Progresivní neurologické onemocnění není literárně přesně definováno a kontraindikace může být v těchto případech ovlivněna úvahou ošetřujícího lékaře. Stabilní neurologické stavy (např. DMO, kontrolovaná epilepsie, vývojová retardace) nejsou kontraindikací pertusové vakcíny. **Očkování dětí s podezřením nebo prokázaným neurologickým onemocněním DTaP vakcínou je individuální, závisí na povaze onemocnění, úvaze ošetřujícího lékaře a případně i na epidemiologické situaci.**

Relativními kontraindikacemi jsou horečka $> 40,5^{\circ}\text{C}$, kolaps či šokový stav (hypotonická-hyporeaktivní epizoda, HHE) nebo perzistentní neutišitelný pláč trvající déle než 3 hodiny (vše během 48 hodin po předchozí dávce) a křeče během 3 dnů po předchozí dávce. V těchto situacích by se mělo zvážit podání pertusové vakcíny jen při zvýšeném riziku získání pertuse (při epidemii). Tyto děti je lépe očkovat za hospitalizace, po konzultaci s odbornými lékaři a v plně stabilizovaném stavu.

Trvalé neurologické poškození po očkování je extrémně vzácné, a proto je kauzální souvislost s vakcinací velmi obtížně proka-

zatelná. Světová zdravotnická organizace (WHO) a Americká akademie pediatrie (AAP) opakovaně uvedly, že pertusová vakcína nezpůsobuje poškození mozku ani encefalopatii. K febrilním křečím dochází po vakcíně obsahující aP složku ve frekvenci 1 : 20 000 dávek, což znamená, že většina dětských lékařů se s nimi za celou svou kariéru v této souvislosti vůbec nesetká. Afebrilní křeče po vakcinaci jsou ještě vzácnější a souvislost s vakcinací nebyla nikdy prokázána. Frekvence HHE po DTaP je přibližně 1 : 100 000 dávek, riziko rekurence po další dávce nízké a dlouhodobá prognóza příznivá. Guillainův-Barréův syndrom (GBS) během 6 týdnů po předchozí dávce vakcíny obsahující tetanový toxoid je relativní kontraindikací další dávky takové vakcíny.

■ MMR (Morbilli, Parotitida, Rubeolla) a varicelová vakcína

Kontraindikacemi jsou gravidita (MMR, varicella, žlutá zimnice, OPV) a těžké imunodeficity.

K závažným imunodeficitům patří např. solidní a hematologické malignity, kongenitální imunodeficity, chemoterapie, imunosupresivní terapie, těžký imunodeficit při HIV infekci.

Oproti MMR varicelová vakcína není kontraindikována ani při těžkém deficitu humorální imunity. Relativní kontraindikací těchto živých virových vakcín je aplikace krevních derivátů obsahujících imunoglobuliny v posledních 11 měsících z důvodu možnosti interference protilátek s imunogenitou vakcíny. Interval mezi krevním derivátem a aplikací vakcíny je závislý na množství protilátek v podaném krevním derivátu. Další relativní kontraindikací MMR je trombocytopenie nebo trombocytopenická purpura v anamnéze. Frekvence trombocytopenické purpury po MMR je 1 : 30 000 očkovaných dětí, pacienti s imunní trombocytopenickou purpurou v anamnéze jsou k této komplikaci vnímavější. Kontraindikacemi nejsou kojení, gravidita matky nebo imunodeficit u člena rodiny nebo jiného těsného kontaktu, asymptomatická až mírně symptomatická HIV infekce ani alergie na vajíčka.

MMR a neurologická onemocnění:

V indikovaných případech lze očkovat při zajišťovací terapii Diazepam + antipiretikum ($2\times$ denně). U neživých očkovacích látek tuto terapii den před a 5 dnů po očkování. U živých očkovacích látek 12 dnů.

Rodin zasažených alergií v Česku za 15 let přibylo

Rodin zasažených alergií v Česku za 15 let přibylo. Zatímco v roce 1996 měla čtvrtina dětí mezi členy rodiny někoho s alergií, v roce 2011 už víc než polovina. Zjistili to odborníci ze Státního zdravotního ústavu, kteří situaci mapovali opakovaně v letech 1996, 2001, 2006 a 2011/2012.

Výslednou zprávu zveřejnili letos na odborné konferenci.

Opakovaná šetření sledovala u dětí ve věku pět, devět, třináct a sedmnáct let výskyt alergie, astmatu a respiračních obtíží diagnostikovaných lékařem. Do šetření se v 18 městech zapojilo šest desítek pediatriů.

Nejnovější šetření z období 2011/2012 potvrdilo alergii u 29,7 procenta sledovaných dětí, astma u 9,6 procenta, pylovou rýmu u 11,8 procenta a atopický ekzém u 10,9 procenta vyšetřených dětí.

Porovnáním výsledků výzkumníci zjistili zásadní změny v charakteristikách sledovaných rodin. Mezi prvním šetřením z roku 1996 a zatím posledním z období 2011/2012 nejenže stoupl podíl dětí s výskytem alergie v rodině z 26 na 51 procent, stoupl i podíl matek s vyšším vzděláním z 57 na 69 procent a narostl věk matek při porodu z 25 na 28 let. Narostl podíl předčasně narozených dětí ze sedmi na jedenáct procent a dětí s nízkou porodní hmotností z pěti na sedm procent.

Šetření ale přinesla i příznivá zjištění, například že průměrná doba kojení se prodloužila ze tří na devět měsíců. Méně dětí je doma vystaveno tabákovému kouři, podíl klesl z 32 na deset procent, a také méně rodin má v blízkosti bydliště průmyslový zdroj znečištění, podíl za 15 let klesl z 57 na 24 procenta.

V roce 2016 bude studie pokračovat a propojí šetření alergických onemocnění s biologickým monitoringem, tedy testováním krve a moči. Monitorovat se budou i rizikové ukazatele nemocí srdce a cév, konkrétně se bude zjišťovat hladina krevních tuků. Sledováno má být 7 000 až 8 000 dětí ve věku pět, devět, třináct a sedmnáct let v 18 městech, zapojit se má 60 až 70 praktických lékařů pro děti a dorost.

Zdroj: ČTK, 31. 12. 2015



Zemřel psychiatr se zásluhami o vyškrtnutí homosexuality z nemocí

Ve věku 83 let zemřel doktor Robert Spitzer, který v psychiatrickém společenství sehrál vůdčí roli v uznání, že homosexualita není odchylkou od normy. Oznámila to americká média s odvoláním na lékařovu ženu. Spitzer zemřel v pátek v Seattlu kvůli problémům se srdcem, uvedla jeho manželka, emeritní profesorka Kolumbijské univerzity Janet Williamsová. Spitzer v roce 1973 vyloučil homosexualitu z příručky pro diagnostikování a statistiku duševních nemocí. „Byl to velký průlom v profesi,“ řekla Williamsová, která s manželem pracovala na třetím vydání příručky, publikované v roce 1980, která se stala bestsellerem. Spitzerovo stanovisko ovlivnilo setkávání s aktivisty homosexuální komunity, při kterých si uvědomil, že homosexualita není porucha, když sami gayové jsou spokojeni se svou orientací.

„Spíše než jen se odvolávat na autority, na autoritu Freuda, otázka zněla: Jsou o tom studie? Jaké jsou o tom důkazy?“ řekl Spitzer o své práci časopisu New Yorker v roce 2005 a dodal, že si vybíral spolupracovníky, kteří se zavázali řídit se údaji. Emeritní profesor Allen Frances, který byl editorem pozdějších vydání příručky, řekl listu The Times, že Spitzer „byl zdaleka nejvlivnější psychiatr své doby“. Aktivisté za práva homosexuálů připsali Spitzerovi k dobru, že odstranil homosexualitu ze seznamu duševních poruch. „Zdravotní porucha by musela být spojována buď se subjektivní tísní – bolestí – anebo s celkovým znehodnocením sociální funkce,“ vysvětlil Spitzer v listu The Washington Post v době odborné debaty společenství psychiatrů o homosexualitě. Doktor Jack Drescher, gay a psychoanalytik v New Yorku, řekl The Times, že Spitzerův úspěšný tlak na odstranění homosexuality ze seznamu poruch znamenal velký pokrok pro práva homosexuálů. „Skutečnost, že jsou dnes povoleny sňatky homosexuálů, je zčásti zásluha Boba Spitzera,“ řekl. V roce 2012 se Spitzer veřejně omluvil za studii z roku 2001 o takzvané reparativní terapii, umožňující změnu orientace homosexuálních osob, pokud si to opravdu přejí. Připustil, že studie měla vážné nedostatky a dospěla k chybným závěrům.

Zdroj: ČTK, 28. 12. 2015

■ HRV vakcína (human rotavirus)

HRV vakcína je kontraindikována při těžkých imunodeficitech (jedná se o živou očkovací látku). Relativními kontraindikacemi HRV jsou aplikace produktů obsahujících protilátky v předchozích 6 týdnech, preexistující gastrointestinální onemocnění a intususcepce v anamnéze (viz Doporučení pro očkování proti rotavirové gastroenteritidě v České republice vydané českou vakcinologickou společností ČLS JEP).

■ Specifické situace

Imunodeficitní stavy či imunosupresivní terapie zvyšují riziko získání i závažného průběhu infekčních onemocnění včetně infekcí preventabilních vakcínami. Na druhou stranu snižují imunogenitu vakcín a zvyšují riziko nežádoucích reakcí způsobených infekcí vakcinačním mikroorganismem v případě živých očkovacích látek. **Přístup k vakcinaci imunodeficitních jedinců musí být individuální, je třeba brát v úvahu mnoho faktorů, k nimž patří kromě druhu očkovací látky také charakter a stupeň imunodeficitu, jeho předpokládané trvání, předchozí imunizace, riziko dané infekce aj. Zjednodušeně je možné říci, že při těžkých imunodeficitech jsou kontraindikovány živé očkovací látky (neplatí bez výjimky). Neživé očkovací látky kontraindikované nejsou.** V některých situacích, zejm. před zvažováním podání živé vakcíny, může být před očkováním vhodné laboratorní ověření stupně imunodeficitu (např. imunoglobuliny, počet lymfocytů, jejich subpopulace). Po vakcinaci může pomoci laboratorní ověření sérokonverze anebo podání vyššího počtu dávek. K závažným imunodeficitům patří např. solidní a hematologické malignity, kongenitální imunodeficity, chemoterapie, imunosupresivní terapie, těžký imunodeficit při HIV infekci. Za výrazně imunosupresivní dávku kortikosteroidů je považováno podávání prednisonu > 20 mg nebo > 2 mg/kg nebo ekvivalentu po dobu delší než 2 týdny. V těchto případech se očkuje živými očkovacími látkami nejdříve 2 měsíce po ukončení terapie. V ostatních případech imunosupresivní terapie je nutno přistupovat individuálně posouzením přínosu a rizika vakcinace. Naopak např. selektivní deficit IgA nelze považovat za závažný imunodeficit, a proto ani za kontraindikaci živých očkovacích látek (kromě OPV – orální polio vakcína). Všechny osoby v těsném kontaktu

s jedinci se závažnými poruchami imunity by měly být řádně očkovány všemi vakcínami včetně živých. Výjimku tvoří OPV, která je v této situaci kontraindikována, to už by ale pro Českou republiku vzhledem ke kompletnímu přechodu na IPV (inaktivovaná polio vakcína) nemělo být aktuální.

Nedonošené děti jsou do určité míry imunodeficitní a mají zvýšené riziko některých infekčních onemocnění. Byla u nich prokázána bezpečnost i účinnost rutinně používaných kojeneckých vakcín. Nedonošenost není kontraindikací pro žádnou vakcínu.

Očkování nedonošených dětí: viz Stanovisko České neonatologické společnosti a České společnosti alergologie a klinické imunologie k pravidelnému očkování nedonošených dětí v ČR.

Gravidita znamená velmi specifickou situaci, která vyžaduje velkou opatrnost při indikaci jakéhokoli léčivého přípravku z důvodu potenciálního rizika poškození plodu. Každému očkování gravidní ženy by měla předcházet úvaha o přínosu dané vakcíny a potenciálním riziku pro plod. Na druhou stranu je třeba zdůraznit, že nebylo nikdy zaznamenáno poškození plodu žádnou očkovací látkou (včetně živých, kromě dnes již nepoužívané vakcíny proti variole) a že očkováním v graviditě můžeme poskytnout protekci nejen očkované ženě, ale částečně i jejímu budoucímu novorozenci formou snížení rizika přenosu infekce z matky na dítě a pasivní imunizace plodu formou transplacentárního přenosu protilátek. Živé očkovací látky (MMR a varicela) jsou v graviditě kontraindikovány. Nikdy však nebylo zaznamenáno poškození plodu těmito vakcínami a v případě chybné vakcinace v graviditě či otěhotnění dříve než v doporučeném intervalu po vakcinaci (dle příbalového letáku) není indikováno přerušování těhotenství ani žádná laboratorní vyšetření. V případě neimunní gravidní ženy je potřeba řádně očkovat neimunní kontakty v domácnosti (zejména děti) a těhotnou doočkovat co nejdříve po porodu (ukončení gravidity). Neživé očkovací látky je možno v graviditě aplikovat, pokud existuje podstatné riziko infekce. TIV (trivalent influenza vaccine) je pro gravidní indikována a prokazatelně přínosná. V některých zemích je již zavedeno očkování gravidních ve 3. trimestru gravidity proti pertusi, které se ukázalo velmi výhodné pro ochranu novorozence před touto nemocí.



■ Resumé

I. Trvalá – (absolutní) kontraindikace

Trvalá kontraindikace je dána:

- Pokud je daná osoba vůči infekci imunní nebo její zdravotní stav brání podání očkovací látky
- Mimořádně závažné reakce s alteracemi celkového stavu po předchozím očkování dané vakcíny = alergická (anafylaktická) reakce na jakoukoliv složku vakcíny

Živé očkovací látky jsou všeobecně kontraindikovány při imunodeficitech a v graviditě, ostatní vakcíny nemají žádné specifické kontraindikace.

MMR je kontraindikováno:

- gravidní ženy
- nekompenzovaná nebo částečně kompenzovaná epilepsie
- demyelinizační onemocnění
- imunosupresivní terapie
- trombocytopenická purpura v anamnéze = trvalá kontraindikace očkování proti rubeole

TBE vakcína (tick born encephalitis = klíšťová encefalitida) – kontraindikována při anafylaktické reakci na vajíčka.

Kontraindikací aplikace další dávky pertusové vakcíny (i aceluární) jsou těžká pre- a perinatální rizika = těžká forma DMO, encefalopatie vzniklá do 7 dnů po aplikaci této vakcíny, která nemá jinou identifikovatelnou příčinu. U těchto dětí se doporučuje aplikace hexavalentní vakcíny s obsahem aP nejdříve v 6 měsících života v cloně Diazepamu a antipyretika.

HRV vakcína (human rotavirus) je kontraindikována při těžkých imunodeficitech.

Selektivní deficit IgA není kontraindikací živých očkovacích látek (s výjimkou OPV – orální polio vakcína, která se již v ČR nepoužívá).

Očkování živým polio virem (orální polio vakcína) je kontraindikována osobám blízkým imunodeficitním jedincům.

Anafylaktické reakce na neomycin a streptomycin (nebo kanamycin).

Alergie na maso nebo kachní peří u osoby, která má být očkována vakcínou proti vzteklině.

Při varicelle je kontraindikována kyselina acetylsalicylová z důvodu rizika Reyeova syndromu. Při chronické terapii kyselinou acetylsalicylovou nejsou a pravděpodobně nebudou dostatečná data, a proto je chronická terapie aspirinem další kontraindikací očkování proti varicelle.

Děti s neurodegenerativním a neurometabolickým onemocněním mají trvalou kontraindikaci očkování. Očkují se pouze proti tetanu, případně, pokud to vyžaduje epidemiologická situace, proti VHA a VHB.

II. Dočasná (relativní) kontraindikace očkování

Dočasnou kontraindikací očkování jsou akutní onemocnění s mírným nebo těžkým průběhem bez ohledu na existenci doprovázející teploty.

Při závažných progresivních neurologických onemocněních je kontraindikována vakcinace pertuse až do objasnění a stabilizace stavu – např. infantilní spasmy, nekontrolovaná epilepsie, progresivní encefalopatie.

Relativními kontraindikacemi jsou horečka > 40,5 °C, kolaps či šokový stav (hypotonická-hyporeaktivní epizoda, HHE) nebo perzistentní neutišitelný pláč trvající déle než 3 hodiny (vše během 48 hodin po předchozí dávce) a křeče během 3 dnů po předchozí dávce. V těchto situacích by se mělo zvážit podání pertusové vakcíny jen při zvýšeném riziku získání pertuse (při epidemii).

Guillainův-Barréův syndrom (GBS) během 6 týdnů po předchozí dávce vakcíny obsahující tetanový toxoid je relativní kontraindikací další dávky takové vakcíny.

Další relativní kontraindikací MMR a varicelové vakcíny je aplikace krevních derivátů obsahujících imunoglobuliny v posledních 11 měsících a trombocytopenie nebo trombocytopenická purpura v anamnéze.

Relativními kontraindikacemi HRV (human rotavirus) jsou aplikace produktů obsahujících protilátky v předchozích 6 týdnech, preexistující gastrointestinální onemocnění a intususcepce v anamnéze.

Živými očkovacími látkami je možno očkovat 2 měsíce po ukončení léčby Prednisonem.

Odstupy – intervaly očkování:

- Po inaktivované vakcíně 2 týdny
- Po živé vakcíně 4 týdny
- Po primovakcinaci BCG 12 týdnů
- Po BCG tuberkulinovém testu 1 týden
- Po léčbě vodními alergeny 2 týdny
- Po léčbě depotními alergeny 4 týdny

Tak jako v celém medicínské činnosti (léčebném postupu), tak ani ve vakcinaci nelze striktně uplatňovat daná (doporučená) schémata.

Je nutné zvlášť přísně dodržovat zásadu individuálního přístupu k aktivní imunizaci tak, aby výhody očkování převyšovaly jeho rizika – individuální přístup ke každému očkovanému dítěti vzhledem k jeho osobní a rodinné anamnéze a současnému zdravotnímu stavu.

Zodpovědnost za dodržení všech zásad správné vakcinace (indikace, kontraindikace, vlastní aplikace a vše další s očkováním související) vždy nese očkující lékař, kterým je nejčastěji PLDD.

Naštěstí skutečná rizika po očkování jsou však vzácná a v porovnání s riziky z prodělaného infekčního onemocnění jsou zanedbatelná.

■ Literatura

- MUDr. Daniel Dražan – Kontraindikace očkování
 RNDr. Marek Petráš – webové stránky
 MUDr. Jirsenská – přednášky
http://www.ockovanideti.cz/lekar/kontraindikace_DO.htm

INZERCE: 403 1-16

Olivova dětská léčebna, o.p.s., v Říčanech přijme **primáře/-ku se specializací dětské lékařství** s licencií ČLK pro výkon funkce primáře v oboru pediatrie. Žádoucí je koncepční seberealizace – z důvodu výročí 120 let existence zakladatelé ve spolupráci s vedením léčebny připravují strategii rozvoje na příštích 10 let. **Nástup možný ihned**, možnost podnikové garsonky.

Více informací podá personalistka Helena Ministrová, telefon 323 619 189, mobil 602 627 741, a také viz www.olivovna.cz



Pertuse u kojence z pohledu infektologa, možnosti prevence

MUDr. Jana Váchalová, doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.

Infekční klinika LF UK a FN Plzeň

Pertuse neboli černý, dávivý kašel je akutní, vysoce nakažlivé onemocnění dýchacích cest, které se šíří kapénkami vzdušnou cestou. Nakažlivost je poměrně vysoká – attack rate pro vnímavé osoby je 80–100 %.

Očkování proti pertusi, které bylo zahájeno v 50. letech 20. století celobuněčnou pertusovou vakcínou, vedlo k rychlému poklesu počtu onemocnění nejen v České republice, ale i v ostatních zemích. Od 90. let minulého století však incidence opět narůstá a v současné době dosahuje počet hlášených pertusí přibližně sto případů ročně. Reálně však předpokládáme mnohem více nemocných, u kterých nebyla diagnóza stanovena a kteří jsou zdrojem infekce pro své okolí.

Prodělané onemocnění nezanechává celoživotní imunitu. Titr ochranných protilátek postupně klesá na hraniční hodnoty a po 4–20 letech je jedinec opět vnímavý. Také očkování nechrání celoživotně, protilátky klesají po 3–12 letech, přičemž záleží na použité vakcíně (celulární/accelulární pertusová složka).

Počet onemocnění přibývá především u školáků, adolescentů a dospělých, u kterých nemusí být průběh zcela typický; právě oni jsou častým zdrojem infekce pro dosud neočkované jedince.

Za posledních pět let (2011–2015) jsme na dětském oddělení Infekční kliniky hospitalizovali šest dosud neočkovaných kojenců (do 4 měsíců věku) s typickým průběhem pertuse vyžadujícím intenzivní péči. Třikrát byla jako zdroj infekce stanovena matka.

Příkladem je tříměsíční Kristýnka, která byla hospitalizována na naší klinice v červnu 2015. Jednalo se o dítě z 1. rizikové gravidity (krvácení u matky v 1. trimestru), porozené v termínu ve 40. týdně, spontánně, s normální porodní adaptací. PH 3810 g/52 cm, ikterus s fototerapií (ABO inkompatibilita). Dítě kojeno 2,5 měsíce, umělou stravu snášelo dobře, dosud neočkováno. Matka 28 let, zdravá, otec 30 let, léčen pro alopecii a vazovagální synkopy, jinak zdravý. Sourozence holčička neměla. V osobní anamnéze seborrea, suspektní atopická dermatitida, dítě v péči dětského dermatologa, jinak nestonala. Na alergie zatím netesto-

vána, z trvalé medikace pouze vitamin D p.o., lokálně na kůži emolienca, při zhoršení mast s kortikoidy.

V anamnéze u dítěte asi týden respirační infekce s nápadným zhoršením v posledních dvou dnech. Pro tachydyspnoe se záchvatovitým kašlem s apnoickými pauzami přijata na JIRP DK. Po přijetí afebrilní, P 120/min., D 40/min., saturace O₂ na vzduchu 96 %. Vstupní laboratorní vyšetření prokázalo významnou leukocytózu s lymfocytózou (leuko 27,17 × 10⁹/l, 77 % lymfocytů), CRP 1 mg/l, jaterní testy, renální markery, glykémie, mineralogram v normě. Proveden bed-side test na RSV, který byl negativní, odesláno sérologické vyšetření na respirační viry, mykoplasmata a chlamydie. Dále odebrán výtěr z nosu a krku na bakteriologické vyšetření, současně poslán stěr z nosohltanu na kultivaci a PCR *Bordetella pertussis*. Na RTG plic známky bronchitidy až peribronchitidy se suspektní zánětlivou infiltrací retrokardiálně vlevo.

Po přijetí na JIRP kašel pertusoidního charakteru s apnoickými pauzami, poslechově na plicích bronchitický nález. Zahájena symptomatická mukolytická léčba, oxynoterapie, dítě zajištěno klarithromycinem i.v. Druhý den po přijetí hlášen pozitivní výsledek PCR *Bordetella pertussis*, Kristýnka nevyžadovala dechovou podporu, domluven přechod na standardní lůžko dětského oddělení Infekční kliniky FN Plzeň. Zde se pokračovalo v zavedené léčbě. Frekvence záchvatů s apnoí postupně klesala. Mezi záchvaty holčička v celkově dobrém stavu, bez dušnosti. Doba hospitalizace byla celkem 8 dní, *Bordetella pertussis* potvrzena z nosohltanu také kultivačně. Průběh komplikován rotavirovou střevní infekcí.

Z epidemiologických důvodů vyšetřena rovněž matka, u které zjištěna pozitivní DNA *Bordetella pertussis* z nazofaryngeálního výtěru (PCR), kultivace byla negativní.

Navzdory mnoha pokrokům v mikrobiologické identifikaci bakterií a virů zůstává potvrzení původce černého kašle stále obtížné. Základem je správně odebraný biologický materiál – nazofaryngeální aspirát nebo výtěr – nutná speciální výtěrovka s transportním médiem (obr. 1). Naopak orofaryngeální výtěr je nevhodný – neobsahuje dostatečný počet buněk řasinkového epitelu.

Kultivace je zlatým standardem, vyžaduje však speciální půdy – Bordet-Gengou, charcoal agar obsahující živočišné uhlí; je ale zdoluhavá, výsledek máme za 48–72 hodin. Rychlejší je detekce DNA *Bordetella pertussis* pomocí PCR ze stejného biologického materiálu (výtěr z nosohltanu nebo aspirát), výsledek máme do 24 hodin. Nevýhodou je možnost jak falešně pozitivního, tak falešně negativního výsledku. Konfirmace probíhá v SZÚ.

Dalším problémem je záchyt patogenu v různých klinických stadiích. Inkubační doba je 7–10 dní, v této době je nemocný většinou asymptomatický. Poté začíná katarální stadium, které trvá 1–2 týdny a probíhá pod obrazem infekce horních cest dýchacích – rýma, malátnost, nechutenství, kašel, ten však ještě nemusí mít záchvatovitý charakter. V této době, kdy ještě na pertusi nemusíme myslet, je největší šance zachytit patogen v nosohltanu. Následující paroxysmální stadium trvá 2–4 týdny, kašel je již typický, kokrhavý, se zvracením, zájknutím s apnoickou pauzou, ale výskyt bordetelly v HCD postupně klesá. V tomto stadiu má také podávání antibiotik výrazně menší efekt. Poslední, rekonvalescentní stadium trvá 3–4 týdny, záchvaty ustupují, ale je zde možnost rozvoje sekundárních komplikací.

Z uvedeného vyplývá, že základem pro stanovení diagnózy je klinická definice – záchvatovitý kašel trvající déle než 2 týdny, provázený některým z uvedených příznaků: 1) zájknutí, kokrhavý kašel, 2) zvracení,



Obr. 1 K záchytu *B. pertussis* je používána odběrová souprava s transportním médiem – Amiesova půda. Odběr z nasofaryngu je nutno provést nalačno v počátečním stadiu onemocnění ještě před nasazením ATB terapie

3) apnoe. Doplněn má být některý z laboratorních testů – kultivace, PCR, sérologie. Sérologický průkaz vyžaduje vyšetření párových sér, dva vzorky séra nabrané s odstupem 2–4 týdnů (tzv. sérum akutní a rekonvalescentní). Signifikantní vzestup protilátek nebo iniciální vysoký titer je konzistentní z recentní infekce. Přímý imunofluorescenční test je spolehlivý a rychlý pro výzkumné situace, v rutinních laboratořích je senzitivita nižší než 50 %, ačkoliv specificita je větší než 90 %. ELISA – detekce IgA, IgM, IgG protilátek (proti pertusovému toxinu a filamentóznímu hemagglutininu) je nejpoužívanější. Aglutinační test se využívá k identifikaci agens.

Lékem volby jsou makrolidy, alternativou je kotrimoxazol. Současně podáváme v úvodu antitusika, někdy v kombinaci s kortikoidy, následuje mukolytická a expektorační léčba, která je velmi účinná v inhalační formě. Často, zvláště u kojenců, je nutná oxygenoterapie za kontroly vitálních funkcí včetně ABR.

Nejnebezpečnější je tato infekce pro novorozence a dosud neočkované kojence, kde bývá průběh většinou nejtěžší. Katarální stadium je kratší, typické jsou záchvaty kašle se zvracením a apnoí. Proto zde zahajujeme léčbu co nejdříve, pokud máme na pertusi podezření.

A jaké jsou možnosti ochrany? Jednoznačně nejúčinnější prevencí je vakcinace. V naší republice bylo zahájeno plošné očkování proti pertusi v r. 1958 vakcínou s celulární pertusovou složkou. U nás je celobuněčná

pertusová složka obsažena ve vakcíně TETRAct-HIB, jedná se o kombinovanou očkovací látku proti záškrtu, tetanu, dávivému kašli a hemofilovým infekcím typu B. Je určena pro děti od 2 měsíců věku (od 9. týdne života), imunogenicitu, respektive séropozitivitu je po třech dávkách 75,5–98,7 %, po 4. dávce 100 %. Výrobce udává, že 96 % dětí udržuje protilátky po dobu 7 let. Celobuněčná pertusová vakcína je kromě obecných kontraindikací dále kontraindikována u dětí po febrilních křečích, DMO, dále u jedinců se záchvatovitými a progredujícími neurologickými, metabolickými nebo autoimunitními nemocemi.

Acelulární pertusová vakcína (aP) byla zavedena do pravidelného očkovacího kalendáře pro děti narozené po 1. 1. 2007. Jedná se o očkovací látku Infanrix Hexa. Jeden měsíc po ukončení základního očkování třemi dávkami vakcíny je imunitní odpověď na jednotlivé pertusové antigeny mezi 97,2–99,3 % (pertusový toxoid), 95,2–100 % (filamentózní hemagglutinin), 95,9–99,3 % (pertaktin). Po aplikaci 4. dávky ve 2. roce života je séropozitivita 97,2 %, 94,1 % a 100 %. Je zde nižší výskyt horečky, lokálních reakcí, HHS, křečí a encefalopatie. Proto je vakcína určena i pro děti po febrilních křečích (nejdříve za tři měsíce), DMO, děti těžce nedonošené, děti s orgánově specifickým autoimunitním onemocněním (neutropenie, hemolytická anémie, diabetes 1. typu, ulcerózní kolitida, tyreoiditida), děti po vaskulitidách (Kawasakiho nemoc a Henochova-Schönleinova purpura). Lze

podat i po reakci na celobuněčnou vakcínu. Acelulární pertusová složka je dále ve vakcínách Hexacima, Pediacel, Boostrix, Adacel, Boostrix polio.

Dle současně platné vyhlášky se po proběhlé základní vakcinaci provádí přeočkování proti dávivému kašli u dětí v 5. roce života – vakcína Infanrix (TDP).

Studie ukazují, že pertusové vakcíny chrání děti po dobu 6–12 let. Proto byla zaznamenána zvýšená incidence onemocnění u školáků (starší školní věk) a adolescentů. Tato situace byla vyřešena zavedením plošného očkování u školáků ve věku 10–11 let vakcínou Tdap + IPV (vyhláška č. 65/2009 Sb., platná od 12. 3. 2009).

Dále můžeme Tdap nabídnout při každém přeočkování proti tetanu. Tím prodloužíme ochranu proti pertusi i v dospělosti. Dospělí jsou totiž často zdrojem infekce pro své potomky. V rámci tzv. cocoon strategie se doporučuje očkovat vakcínou Tdap potenciální rodiče (věk 25–26 let, jako alternativu při revakcinaci proti tetanu), dále všechny dospělé osoby, které přicházejí do kontaktu s novorozenci a kojenci, kteří nejsou chráněni.

Doporučení NIKO z července 2011: Vakcína Tdap by měla být podána alespoň jednou v dospělosti všem osobám do 65 let (vhodné spojit s přeočkováním proti tetanu). Dále by měly být očkovány všechny osoby nad 65 let, které jsou v kontaktu s dětmi do 12 měsíců.

■ Závěr

V posledních letech byla zaznamenána zvýšená incidence černého kašle v Evropě i ČR. Zdrojem nákazy jsou často dospělí s atypickým mitigovaným průběhem. Důležitá je včasná diagnóza, léčbu zahajujeme co nejdříve, u kojenců raději ihned při podezření. Lékem volby je makrolidové antibiotikum, alternativou je kotrimoxazol. Diagnóza je mnohdy obtížná, důležitý je správný odběr biologického materiálu (speciální výtěrka s transportním médiem). Dále je možný sérologický průkaz – párová séra. Onemocnění podléhá povinnému hlášení, důležitá je izolace infekčního pacienta. Lepší je zaměřit se na prevenci, nejdůležitější prevencí je vakcinace. Zavedení plošné revakcinace u dospělých se řeší, návrhy jsou již vypracovány.



Zpráva o XIV. setkání lékařů ČR a SR v Litomyšli

Na této akci se ve dnech 15. a 16. května 2015 sešlo ve Smetanově domě a zámku v Litomyšli na 550 účastníků, z nichž téměř polovina sestávala z pediatriů. Z toho vycházela i náplň programu a diskusní témata. Symposium organizovali lékaři s orientací na pediatrii a klinickou imunologií a alergologií – MUDr. Jiří Novák (Praha), prof. RNDr. Jan Krejsek, CSc. (Hradec Králové), MUDr. Bronislava Novotná, Ph.D. (Brno). Níže jsou uvedeny výtahy z přednášek, podrobněji rozepsaných v tištěném sborníku přednášek a současně i s texty z minulých ročníků uvedeny na adrese: www.astmalitomyse.cz. Symposium zahájil úvodní přednáškou čestný předseda ČLS JEP **prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.** Po něm pokračoval další odborný program, převážně s pediatrickou problematikou.

■ **Glukokortikoidy navozená osteoporóza v dětském věku**
prof. MUDr. Milan Bayer, CSc.,
přednosta dětské kliniky v Hradci Králové

Vývoj kostní hmoty je během dětství a dospívání nerovnoměrný s maximy v prvních třech letech života a v období pubertálního spurtu. Glukokortikoidy (GC) mají svými účinky negativní vliv na remodelaci (obnovu starší tkáně) i modelaci (absolutní nárůst) kostní hmoty. Nejsou ušetřeny ani chondrocyty, jejichž proliferace klesá a dochází k poruše ultrastruktury růstové ploténky. Kostní hmoty působením GC rychle ubývá hlavně v prvních měsících léčby. Riziko zlomeniny stoupá s dobou podávání a denní i kumulativní dávkou. Nebezpečné je zejména opakování terapie GC během roku. Citlivost organismu vůči GC je však individuální a závisí na řadě faktorů (absorpce a distribuce GK, počet a afinita receptorů, polymorfismus genu pro GC receptor). Bezpečně nízká terapeutická dávka GC proto neexistuje. U dětí s kortikoterapií je vhodné provést denzitometrické vyšetření bederní páteře před léčbou a znovu po šesti měsících k určení trendu hodnot. Dále je nutné sledovat kalcii a parathormon v krvi. Ke snížení rizika vzniku GC navozené osteoporózy je

třeba podávat GC v nejnižší nutné dávce po nejkratší možné dobu. Zaručeně bezpečná a účinná terapie GC navozené osteoporózy neexistuje. Bisfosfonáty se u dětí preventivně nepodávají.

■ **Eozinofilní ezofagitidy u dětí**
Doc. MUDr. Peter Čížnár, PhD.,
1. dětská klinika v Bratislavě

Eozinofilie v krvi nebo ve tkáních se spojuje s celou řadou nemocí, jako je hypereozinofilní syndrom, helmintózy, alergie, granulomatózní vaskulitidy, imunodeficiency a eozinofilní gastrointestinální onemocnění. Této problematice se v posledních letech věnuje velká pozornost, protože incidence uvedených stavů stoupá a účinná léčba z dlouhodobého hlediska stále chybí. Eozinofilní ezofagitis je non-IgE alergické zánětlivé onemocnění, postihující všechny věkové skupiny. Klinický obraz připomíná GERD, charakterizují ho především dysfagie a bolesti břicha. Více než 50 % pacientů má současné atopické alergické onemocnění jako alergickou rinitis, astma nebo atopický ekzém. Diagnostika je založená na klinickém obrazu, histologickém nálezu eozinofilní infiltrace jícnu a odpovědi na léčbu. Eliminací diety je nejdůležitější součástí léčby, ale někteří pacienti vyžadují farmakoterapii kortikoidy. V současnosti jsou v klinickém zkoušení přípravky cílené biologické léčby.

■ **Sérologické přehledy 2013 v ČR**
MUDr. Eva Jílková, Ústí nad Labem

V roce 2013 bylo vyšetřeno 3 112 osob ze všech krajů ČR ve věku 1–64 let na sérové protilátky proti vybraným nákazám. Děti od 1 roku i dospělí byli vyšetřeni ve věkových skupinách po 100 respondentech. Důvodem k vyšetření protilátek byly u *příušnic* již čtvrtým rokem probíhající epidemie v různých krajích ČR. Např. v roce 2012 šlo o 3 902 případů v populaci proočkované na 95,8–100 %. Séropozitivita protilátek však byla zjištěna v průměru pouze u 53,3 %

populace. Nejvíce výskyt jsou osoby ve věku 15–24 let, kde bylo zjištěno pouze 33,2–36,4 % séropozitivních. Tvorba protilátek je v porovnání s výsledky z roku 2001 signifikantně nižší, zejména u očkovaných před více než 5 lety. Kolektivní imunita není dostatečná. Zvýšený výskyt *spalniček* jsme v ČR dosud nezaznamenali. Prevalence protilátek v plošně očkované populaci (tj. do 44 let) je vysoká a pohybuje se v rozpětí 77–100 %. Jsme svědky nárůstu případů *pertuse* (1 233 případů v roce 2013, 2 521 v 2014), dokonce došlo k úmrtím malých dětí do jednoho roku věku. Proto bylo v roce 2009 zařazeno do očkovacího kalendáře dětí přeočkování proti pertusi (dTAP+polio) u desetiletých, přeočkování (dTAP) je doporučováno i dospělým jako prokazatelným zdrojům především pro dosud vnímavé kojence. Pro zhodnocení výsledků jsou důležité tři skutečnosti: 1) v plně proočkované populaci je obtížné odlišit postvaccinační a postinfekční protilátky 2) není znám sérologický korelát protekce proti pertusi a 3) pertusi může onemocnět osoba, která má kompletní očkování a dokonce i která pertusi již prodělala. Séropozitivita slouží jako průkaz imunitní odpovědi, ale nevypovídá o ochraně před infekcí a onemocněním. Po očkování byla u vyšetřených dětí prokázána séropozitivita ve 100 %. Velmi rychle ale dochází k poklesu protilátek, např. u čtyřletých přetrvává séropozitivita pouze u 70 % dětí.

■ **Alergie na očkovací látky**
prim. MUDr. Eva Daňková, CSc.,
Immunia Praha

Hypersenzitivní reakce tvoří jednak imunologicky mediované reakce, které lze v širším slova smyslu považovat za reakce alergické, a jednak reakce, které jsou spouštěny neimunologickými mechanismy. Množství pravých alergických reakcí je neznámé, odhaduje se na 1 : 50 000 až 1 000 000 očkovaných. Závažné anafylaktické reakce jsou těžko předvídatelné, naštěstí jsou raritní. Výskyt je různý dle druhu vakcíny a je asi 1 : 1 000 000 až 1 : 1 500 000 aplikovaných



dávek. 1) Okamžité reakce začínají během několika minut až do jedné hodiny po očkování. Mezi tyto reakce patří život ohrožující anafylaxe, zprostředkované IgE i non-IgE mechanismy. 2) Opožděné reakce se objeví několik hodin až dnů po podání. Tyto reakce mohou být způsobeny různými mechanismy, ale jsou jen zřídka zprostředkované IgE protilátkami. Rozvoj imunitně mediováných chorob, například astmatu, roztroušené sklerózy či zánětlivých onemocnění střev, jako důsledek očkování nemá podporu v odborné literatuře. Na druhé straně se ukazuje, že genetická výbava jedince, která ovlivňuje též hormonální, enzymatické i imunologické reakce organismu, má vliv na rozvoj postvakcinační imunity i reakcí po očkování. Při revakcinaci dětí s předchozí alergickou reakcí na očkování je třeba zvážit poměr rizik a výhod očkování, pokud možno volit jinou vakcínu a jako premedikaci použít antihistaminika či kortikoidy.

■ **Soustavy imunitní a neuroendokrinní – funkční jednoty; základy psychoneuroimunologie**
Prof. RNDr. Jan Krejssek, CSc.,
ÚKIA Hradec Králové

V současnosti máme obrovské množství experimentálních i klinických nálezů, které ukazují na strukturní i funkční provázání nervové soustavy a soustavy imunitní. Imunitní buňky jsou schopny produkovat informační molekuly primárně fungující v nervovém systému a mají pro tyto „neuromediátory“ odpovídající receptory. Buněčné struktury nervové tkáně jsou schopny produkovat cytokiny a mají pro ně odpovídající receptory. Imunitní tkáň a orgány jsou inervovány. Buňky imunitní soustavy a humorální působky tvořené imunitou vstupují a vystupují do CNS přísně regulovaně. Osa neuroendokrinních regulací zprostředkovaná hypothalamem, hypofýzou a nadledvinkami představuje zásadní regulační prvek, který má zabránit rozvoji poškozujícího zánětu. Jejím prostřednictvím je mimo jiné regulován dopad fyzické i psychické zátěže na organismus. Rozsáhlé klinické zkušenosti ukazují, že zánětová reakce významně ovlivňuje psychické aktivity jedince. Důkazy přináší i biologická terapie cytokiny, která může významně ovlivnit psychiku léčené osoby. Jsou nacházeny objektivní abnormality funkcí imunitní soustavy u nemocných s chorobami nervové soustavy, např. depresí. Důvodem

může být snížená dostupnost tryptofanu, který je metabolizován do neuromediátorů. Zánětová reakce charakteristická aktivitou subsetu Th1 T lymfocytů a produkcí interferonu gamma indukuje četné regulační prvky, které mají utlumit potenciálně poškozující složky zánětu. Interferon gamma konkrétně zesiluje tvorbu enzymu dioxygenázy-1 (IDO), který rovněž metabolizuje tryptofan. Vzniklé metabolity tryptofanu snižují aktivitu potenciálně poškozujících subsetů Th1 a Th17. Zvyšují tvorbu regulačního subsetu Treg. Výsledkem je regulace poškozujících složek zánětu, která je však „zaplácena“ nízkou dostupností tryptofanu s negativními důsledky pro psychiku projevující se jako deprese, ať už v jednorázových situacích způsobených např. akutní infekcí, nebo u dlouhodobých stavů spojených s neregulovaným poškozujícím imunopatologickým zánětem.

■ **Autoimunitní limbické encefalitidy (ALE)**
MUDr. Jiří Novák, Praha

Jde o rozsáhlou skupinu autoimunitních nemocí, postihující především funkce limbických struktur v mediální temporální oblasti mozku, zejména amygdalu a hipokampus s výskytem i v dětství. V posledních pěti letech narůstají poznatky o patognomických protilátkách proti povrchovým strukturám neuronů, vázaných v komplexech s napěťově řízenými draslíkovými kanály – LGI1, CASPR2, DPPX a kontaklin. Jde o epitopy neuronálních membrán, zejm. synaptické proteiny, receptory a také bílkoviny secernované do synaptických štěrbin. Tyto antigeny se nevyskytují pouze v limbickém systému, ale mohou být v menších množstvích exprimovány téměř kdekoli v CNS a také v periferních nervech. Tomu odpovídá pestrá neurologická a psychiatrická symptomatika ALE. Někdy mohou být projevy izolované, např. epilepsie či psychózy. Výskyt ALE je častější, než odpovídá statistikám a diagnostikovaným onemocněním. Na speciálním pracovišti pro etiologii encefalitid v Kalifornii byly dokonce vyhodnoceny jako onemocnění častější než jakákoli encefalitida virová. Ve FN v Praze-Motole diagnostikovali za 2 roky nejčastější ALE s protilátkami anti-NMDAR 15×, z toho 6× u dětí. Ostatní formy ALE mělo dalších 12 pacientů. *I závažné postižení při ALE bývá po adekvátní imunoterapii často reverzibilní, přestože průběh bez léčby je obvykle devastující.* Léčba však musí být zahájena co nejdříve. Hlavní důraz je kladen

na bazální informovanost o ALE v širší rovině, tedy nejen u neurologů. Začátek může být i měsíce až léta nevyhraněný. Orientační vyšetření antineuronálních protilátek je však schůdné a suspekce na diagnózu tak může být v některých případech vyslovena již v první linii. (Antineuronální protilátky – viz původní článek Autoimunitní limbické encefalitidy, odst. antigeny a protilátky příznačně pro limbický systém: www.astmalitomysl.cz/uvod/clanky a programy z předchozích ročníků/14. ročník 2015).

■ Pruritus

Doc. MUDr. Karel Ettler, CSc.,
přednosta kožní kliniky FN Hradec Králové

Svědění je považováno za chronické, pokud trvá déle než 6 týdnů. Pruritus může být primárním projevem kožních onemocnění, často ale i sekundárním doprovodným projevem různých onemocnění. Mezi *endokrinní onemocnění s pruritem* patří hypotyreóza, hypertyreóza či diabetes mellitus. Z hematologických chorob působí pruritus například polycythemia vera. Svědění se zde typicky objevuje po sprchování se teplou vodou. U *Hodgkinovy choroby* se jako pruritogenní faktory uplatňují leukopeptidáza a bradykinin. Výskyt i u pacientů s *deficitem železa*, kteří ale nemusejí trpět anémií. Pruritus se objevuje často i jako doprovodný symptom u *maligních onemocnění*. Často se v lékařské praxi setkáváme s *cholestatickým pruritem*. Pruritus se objevuje u pacientů s *chronickým selháním ledvin* a v dialyzačním programu. *Psychogenní pruritus* (funkční svědivá porucha) může být lokalizovaný nebo generalizovaný. Typické je záchvatovité svědění, které se může rozšířit z jednoho místa na celé tělo, záchvaty se objevují nejvíce v noci. Začarovaný kruh svědění a stresu někdy vzniká v souvislosti s frustrací či deficitem v rozpoznávání, připouštění si a sdílení svých emocí. Tito pacienti pak mívají tendenci odmítat psychologickou interpretaci jejich svědění. Psychická nadstavba často zhoršuje i pruritus se somatickou příčinou (*anxieta, deprese*). Pruritus může provázet i *psychiatrická onemocnění* jako bludné poruchy (taktilní halucinóza, bludová parazitóza) a obsedantně kompulsivní poruchy (strach ze špíny a infekce). Pruritus byl zaznamenán jako nežádoucí účinek *celé řady léků*. V medikamentózní terapii pruritu jsou nejčastěji užívána antihistaminika, protože histamin patří mezi nejdůležitější mediátory pruritu. Neúčinkují však pokaždé, protože se



přenosu zúčastňují také četné jiné mediátory. Dále se užívají tricyklická antidepresiva a antagonisté opioidních receptorů. Účinná může být také psychoterapie. Svůj efekt přináší i systematický rodinný přístup v terapii dětí s pruritem.

■ Chronická urtikarie u dítěte

MUDr. Nina Benáková, Ph.D.,
kožní klinika VFN Praha

Urtikarie tvoří nesourodou skupinu, projevu jící se kopřivkovými pupeny, případně i angioedémem. U dětí bývá nejčastěji akutní, nicméně i u malých dětí se může vyskytnout urtikarie chronická. Nejčastějšími spouštěči v tomto věku bývají potravinové vlivy a infekty, včetně fokusů. Léčba a zvládání chronické urtikarie u dětí je náročnější než u dospělých, není však třeba se s ní předem smířit. Evropské doporučené postupy pro diagnostiku a léčbu urtikarie doporučují lékařům postupovat ve vyšetřování a léčbě dětí jako u dospělých. V případech, kde zvolená léčba nevede ke zlepšení průběhu, je třeba hledat rezervy v diagnostice, prevenci i léčbě. Pomýšlet i na souběh s jinými chorobami, problém pojímat v širších souvislostech a využívat mezioborové spolupráce (dermatolog, alergolog, revmatolog, gastroenterolog aj.).

Přednáškám druhého dne sympozia předcházela ranní workshop pro přihlášené – **LÉKOVÉ ALERGIE U DOSPĚLÝCH A DĚTÍ**, vedený brněnskými lékař-

kami **MUDr. Bronislavou Novotnou, Ph.D., MUDr. Zlatavou Jirsenskou** z FN Brno.

Diskuzní blok byl uveden třemi krátkými sděleními k navození rozpravy. **MUDr. Jiří Novák** zahajoval na téma **ASTMA MALÝCH DĚTÍ (AMD) A JEHO LÉČBA DLE GINA 2015**. AMD se od astmatu dětí starších 5 let liší. Predikční indexy astmatu mají svoje nedostatky, zejména v nezařazení některých, někdy i jediných projevů AMD. Pro každou farmakoterapii dosud platí: žádná léková intervence nezabrání vzniku astmatu a neovlivní jeho dlouhodobý přirozený vývoj. 1. stupeň léčby: SABA-MDI dle potřeby (např. Ventolin). Inhalační kortikosteroidy (IKS) lze zvážit i pro intermitentní aplikaci u dětí, kde mezi virovými obstrukcemi bronchů nejsou symptomy a samotné SABA na epizody nestačí. Vzhledem k riziku NÚ IKS je však GINA 2015 doporučuje velmi omezeně. 2. stupeň léčby – kontrolní medikace: a) IKS jsou preferované, zahájení vždy nízkými dávkami (u každého stupně astmatu). b) Antileukotrieny – alternativa nepreferovaná. c) Nověji IKS intermitentně – při frekventním, viry indukovaném wheezing těž na sezónní symptomy astmatu. Poprvé by však měl být většinou proveden léčebný pokus s pravidelnou aplikací. Pro léčbu IKS je velmi výhodné, že léčebné účinky nastávají při nižší dávce než nežádoucí. Nežádoucí začínají u AMD v průměru mezi dávkami 150–200 µg/24 h, zatímco maximální léčebné jsou dosaženy již denními dávkami 88

µg FP a 168 µg BDP. Pro převážnou většinu dětských astmatiků jsou doporučeny dávky nízké. U beklometasonu a flutikasonu propionátu to je 2× 50 µg denně. *Kombinace IKS + LABA není dle GINA 2015 (ani starších verzí) dětem do 5 let doporučena pro žádný stupeň léčby.* Podrobnosti ve VOX pediatriae č. 8/2015.

MUDr. Zlatava Jirsenská z dětské infekční kliniky v Brně měla třetí krátké vystoupení na téma **LÉKOVÁ ALERGIE VERSUS INFEKČNÍ EXANTÉMY**.

ALERGIE NA ŘEPKU – MUDr. Sáva Pešák, ÚKIA Brno. Pylová zrna řepky olejky díky lepivým látkám hrudkují, jejich transport větrem na větší vzdálenost je omezený, a proto způsobují potíže typicky v bezprostřední blízkosti osevních ploch, jejichž velikost od roku 1989 vzrostla čtyřnásobně. V příspěvku byl hodnocen dopad na vznik polinotických příznaků v souboru 326 pacientů, na kterých se však IgE mediovaná alergie podílela minimálně.

V kulturní části sympozia fascinovali svojí hudbou **Jaroslav Svěcený** (housle) a **Miloslav Klaus** (španělská kytara). Společenský večer pokračoval na zámku v Litomyšli i v jeho sklepích s depozitářem soch Olbrama Zoubka a vínem.

MUDr. Jiří Novák, Praha
novakjjj@gmail.com

15. setkání lékařů ČR a SR

se bude konat 13. a 14. května 2016

ve Smetanově domě a na zámku v Litomyšli pod názvem

Alergie, astma a imunita – mezioborová spolupráce

- Témata:** 1. Dušnost a kašel z pohledu různých oborů
2. Očkování – otázky z ambulancí praktika i specialisty
3. Různé (alergie, anafylaxe, resuscitace, rhinitis, léčba kožních onemocnění, vitamin D, nanočástice)

Organizují: MUDr. Jiří Novák, alergologie a klin. imunologie Praha 6, e-mail: novakjjj@gmail.com;
prof. RNDr. J. Krejsek, CSc., ÚKIA Hradec Králové, MUDr. B. Novotná, Alergologie, FN Brno-Bohunice.

Účastnický poplatek: do 10. března 980 Kč, od 11. března 1 180 Kč. Účastnickým poplatkem je hrazena účast na odborném jednání, společenském večeru, koncertu Spirituál kvintet a Dagmar Peckové i občerstvení na konferenci.

Sympozium má charakter postgraduálního vzdělávání. **Ohodnocení 12 kreditů** • Program, informace, přihlášky, platby, ubytování na www.astmalitomysl.cz • Kontakt: Leona Janovská, telefon 604 483 022, e-mail: info@astmalitomysl.cz



Ze světa odborné literatury...

■ Sonograficky sledovaná hydrostatická redukce ileokolické intususcepce u dětí – analýza selhání a úspěchů během osmileté doby sledování

Sonografie se více užívá pro dg. ileokolické intususcepce, zatímco fluoroskopie pro vedení neinvazivní redukce. Sledovali úspěch této neinvazivní, neradiační redukce během osmiletého sledování na univerzitním pracovišti. Do studie bylo zařazeno 56 pacientů od 3 měsíců do 7,8 roku. Kolem 80 % pacientů se řešilo takto v prvních 24 hodinách a zbytek 48 hodin po začátku symptomů. Z toho 7 pacientů bylo primárně operováno, resekce střeva ve třech případech. Hydrostatická redukce byla prováděna u 49 pacientů. Z toho úspěšně operováno, 41 pacientů. Po neúspěšném sonograficky vedeném výkonu bylo 8 pacientů nakonec operováno, z toho dva bez chirurgické resekce. Tato velká úspěšnost vede autory k výzvě, aby se v centrech tato metodika začala stabilně užívat.

Eur J Pediatr. 2015;174:307–316

■ Transkutánní pCO₂ monitoring u kojenců hospitalizovaných s virovou bronchiolitidou

Autoři se rozhodli u 60 kojenců provést korelaci transkutánního a venózního měření pCO₂ během bronchiolitidy na emergenci. Provedli 100 měření a zjistili velmi slušné korelace. Transkutánní pCO₂ byl nepatrně nižší než intravenózní. Obě hladiny ale korelovaly s tíží onemocnění. Stále považují bronchiolitidu za nejtěžší respirační onemocnění dětí pod 2 roky věku. Měření pCO₂ transkutánně stále považují za dostačující.

Eur J Pediatr. 2015;174:319–324

■ Bakteriální spektrum spontánně perforované otitidy v době pneumokokové vakcíny v Německu

V práci sledovali bakteriální spektrum u otitid před očkováním a po očkování sedmivaleนต์ pneumokokovou vakcínou. Sledovali během prvních tří let bakteriologické nálezy ze středního ucha a z nálezu v nosohltanu u spontánně perforované otitidy uvedeného věkového rozmezí.

Vzorky byly získány ve věkovém rozmezí od 2 měsíců do 5 let po perforovaných otitidách.

Z toho kolem 12 % mělo nálezy pyogenního streptokoka, 9 % *Staphylococcus aureus*, 6,5 % *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus* a *Moraxella* kolem 1 %. Izolované nálezy *Streptococcus pneumoniae* poklesly z 9 % na 5 %. U očkováných dětí bylo při statistickém zpracování nosičství pneumokoků ve 47 % u vakcinovaných oproti 53 % u nevakcinovaných v době očkování. Po vakcinaci sedmivaleนต์ vakcínou bylo nosičů jen 4,2 % vakcinovaných!

Eur J Pediatr. 2015;174:355–364

■ Alergie na kravské mléko, diagnóza a ošetřování, návod pro praxi

Práce sumarizuje evidence a doporučení ohledně alergie na kravské mléko, která je nejčastější potravinovou alergií. Setkávají se s ní lékaři v nemocnicích i v ambulancích. Byly studovány diagnostické pohledy včetně kožního Prickova testu, měření specifického IgE, anamnézy, fyzikálního vyšetření, diagnostické eliminační diety a testu perorální potravinové změny. Striktní vynechání alergenu je jedinou možností terapie. Alergie na KM bývá mnohdy častěji diagnostikována, v opačných případech poddiagnostikována. Často bývá zaměňována s laktózovou malabsorpcí. Eliminace všech produktů z kravského mléka vede k malnutrici nebo ke specifickému nutričnímu defektu. Zajímavá je definice, kdy se užívají pojmy alergie, hypersenzitivita a intolerance. Pojem alergie a hypersenzitivita značí specifický imunologický mechanismus. Prevalence alergie na KM se uvažuje kolem 3 %. Jen u plně kojených je menší. Jedná se o mechanismus IgE zprostředkovaný. Většina mechanismů IgE zprostředkovaných probíhá pod obrazem urtikarie a angioedému. Většina non-IgE pak pod klinickým obrazem kožního a gastrointestinálního postižení, zde pak jako indukovaný enterokolitický syndrom, indukovaná enteropatie postihující tenké střevo nebo indukovaná proktokolitida postihující rektum a kolon. Vlastní postižení se objevuje v kojeneckém a časném batolecím věku, většinou v prvních 6 měsících života. Velmi zřídka se tyto symptomy objevují po 12 měsících věku. Často jsou symptomy popisovány již za týden po zavedení kravského mléka do stravy. Objevují se ale také zprávy,

že gastrointestinální alergie potravinového charakteru jsou společně asociovány s extraintestinálními manifestacemi jako únavou, ústními ulceracemi, bolestmi břicha a hypermobilitou, alergickými kožními odlesky i poruchou spánku. Symptomy non-IgE reakce následují do dvou hodin po požití. Pokud jsou v popředí angioedém, urtikarie, zvracení a hvězdavý kašel, jsou velmi podezřelé z IgE zprostředkované reakce. Největší pozitivní změny v prognóze onemocnění jsou u non-IgE typu v dalším dětství nebo u typu s nízkou hladinou IgE v séru nebo s nízkými specifickými IgE. Ošetřování alergie na kravské mléko je vlastně léčbou alergie na jednotlivé proteiny. Používají se extenzivní hydrolyzované formule, které obsahují jen oligopeptidy o molekulové hmotnosti menší než 3 000 daltonů, a dále pak amino-acid formule. Ty poskytují proteiny jen ve formě volných aminokyselin a žádných peptidů. Dále pak autoři konstatují, že amino-acid formule používají více než extenzivně hydrolyzované formule u kojenců s IgE zprostředkovanou alergií s vyšším rizikem alergické reakce. Dále pak sojové, proteinové nebo kaseinové formule. Při používání specifických formulí připomínají dodávání vápníku. Upozorňují na možné nutriční deficiencie a poruchy růstu. Dále považují za nutné v kojeneckém věku každých 6 měsíců a v batolecím věku každých 12 měsíců připravit další dietní opatření. Žádná probiotická jednotlivá nebo kombinační léčba nezaznamenala zásadní změnu. V jedné velké studii byl uváděn *Lactobacillus rhamnosus*. Potenciální role pro probiotika se jeví v indukci imunotolerance. Imunotolerance byla patrná u non-IgE formy. Z hlediska ošetřování případné anafylaktické reakce je doporučováno v první řadě podávání adrenalinu, antihistaminik a steroidů. Doporučení pro prevenci je kojení pokud možno do 4–6 měsíců věku dítěte.

Eur J Pediatr. 2015;174:141–150

Ve spolupráci s firmou Mucos Pharma
připravil MUDr. Jiří Liška, CSc.



Aktuality...

Aby se i mužům dobře stárla

Kdyby ještě před patnácti lety přišel muž do ordinace svého praktického lékaře s tím, že ho bezdůvodně zmáhá únava a chmurné myšlenky a že přestává mít chuť na sex, odborník by si nejspíš nebral servítky: „A co se tak divíte? Ve vašem věku už je to přece normální.“

Jenže od doby, kdy se pánům na celém světě nabízí léčba testosteronem, vypadá jejich život po padesátce mnohem růžověji.

„Jeden z prvních pacientů si pochvaloval, že kromě jiného byl i po probuzení optimisticky naladěný,“ podělil se o svou zkušenost průkopník terapie mužským pohlavním hormonem, profesor urologie na Harvard Medical School v americkém Bostonu Abraham Morgentaler, který se už více než čtvrt století věnuje mužskému zdraví.

Testosteron má zelenou

Spolu s dalšími sedmnácti experty z deseti zemí a čtyř kontinentů se minulý měsíc v Praze sešli, aby na pravou míru uvedli informace, které před dvěma lety léčbu testosteronem zpochybnil. Šlo o studie upozorňující na to, že terapie ohrožuje srdce a cévy.

„Dopad těchto nepodložených informací byl obrovský. Mnozí pacienti přestali testosteron užívat a další se ho báli začít brát. Také lékaři, kteří předtím měli vynikající zkušenosti, si nebyli jisti, jestli něco nedělají špatně,“ vysvětloval profesor Morgentaler.

Setkání odborníků z různých oborů – od endokrinologů a urologů přes diabetology až po vědce – přineslo shodu v tom, že léčba testosteronem zvýšené kardiovaskulární riziko nepředstavuje a nelze ji v nadměrné míře spojovat ani s rakovinou prostaty. Naopak.

„Nepochybuji o tom, že deficit testosteronu přispívá ke špatnému zdraví stárnoucích mužů,“ nechal se na pražské konferenci slyšet také profesor Bruno Lunenfeld, prezident Mezinárodní společnosti pro studium zdraví a stárnutí mužů.

Mužnost kradou cukrovka i obezita

Zatímco ještě na konci 80. let minulého století se nedostatek tohoto hormonu, který je (v padesátkrát až stokrát větším množství) nechvalně znám také jako doping mezi sportovci, řešil především u mužů s některými typy nádorů či genetických problémů, dneska se nasazuje na daleko širší škálu příznaků. Má především stimulovat nízkou pohlavní touhu, potlačit impotenci, únavu, depresi, ztrátu svalové hmoty a tloustnutí.

„Volněji se teď hovoří o záležitostech sexuálního života a současně je na vzestupu mnoho chorob, které vedou ke snížení hladiny testosteronu, jako jsou obezita a cukrovka,“ zdůvodnil Abraham Morgentaler, proč má terapie čím dál větší uplatnění. Dodal, že svou roli sehrává i prodlužující se průměrná délka života a stárnutí obyvatelstva na celém světě.

„Deficit testosteronu je globální problém,“ shodli se odborníci s tím, že po letech, kdy se zdravotnictví zabývalo hlavně ženami, je na čase, aby se zaměřilo také na specifické potřeby mužů, a to bez ohledu na věk.

zdroj: M. Mitrofanovová, Právo, Novinky.cz, 11. 12. 2015

Zdravotnictví dostalo méně peněz. Na vyšší platy podle ministra není

Jen necelou polovinu z požadovaných 4,3 miliardy korun navíc pro zdravotnictví získal ministr Svatopluk Němeček (ČSSD) na odvodech státu pro příští rok. Platy ve státních nemocnicích sice mají od ledna stoupnout o pět procent, odbory by ale chtěly víc, jenže na to ministerstvo podle Němečka nemá peníze.

Ministerstvo nabralo i zpoždění v přípravě zákonů, hlavně protikuráckého, o neziskových nemocnicích a vzdělávání lékařů a sester. Kritická slova o „černých dírách“ neutichla ani poté, co v září začala platit transparentní novela, která má zlepšit kontrolu nad toky zdravotnických peněz. Finanční situace resortu je podle ministra stabilizovaná. Oproti loňsku daly zdravotní pojišťovny na péči o 2,8 procenta více, téměř 240 miliard korun, a příští rok plánují zhruba 250 miliard. Všeobecná zdravotní pojišťovna už druhý rok plní rezervní fond, pojišťovny platí včas. Podle nemocnic a ambulancí ale platí málo, na slíbený růst platů to prý nestačí.

Odbory chtějí vyjednat vyšší platy

Platy řešil ministr i ve druhém roce v čele resortu. Od ledna stouply platy ve státních nemocnicích o pět procent, v akciových společnostech rostly pomaleji nebo vůbec. Další pětiprocentní růst má být od ledna 2016. Odbory trvají na deseti procentech, chtějí to vyjednat ještě během roku. Na rychlejší růst platů resort podle Němečka nemá, nárůst odvodů státu nestačí. Žádal proto měsíční platbu za osobu zvýšit z 845 korun na 904, dostal 870 korun. Odbory varovaly, že z nemocnic odcházejí lékaři i sestry kvůli platům a přetěžování. Některá nemocniční oddělení omezují provoz a hrozí zavírání celých nemocnic.

Babiš růst platů odmítá

Podle ministra financí Andreje Babiše (ANO), který vyšší růst odvodů odmítá, stále ne hospodáří resort transparentně. Dokládá to auditu čerpání evropských dotací na přístroje do nemocnic, jež ukázaly pochybení za 300 miliónů korun. Evropská komise za to strhla 78,5 miliónu korun. Podle Němečka tak nízká stržená částka dokazuje, že nákupy předražené nebyly. Premiér Bohuslav Sobotka (ČSSD) i Němeček Babišovu kritiku odmítli. Podle Němečka je nyní zdravotnictví pod takovým rentgenem, jako není žádná jiná oblast financovaná z veřejných peněz. Další transparentností podle ministra peníze nepřitečou.

Zveřejňovat smlouvy

Krokem k transparentnosti je podle Němečka transparentní novela, podle níž musejí zdravotní pojišťovny zveřejňovat smlouvy a nesmějí platit jiným firmám za nákupy. Nákupy drahých přístrojů do nemocnic schvaluje přístrojová komise na ministerstvu, chystají se centrální nákupy. Podle premiéra za sedm procent HDP poskytuje české zdravotnictví péči srovnatelnou se zeměmi, které na ně dávají mnohem víc. Kvalita je na úkor platů zdravotníků. Ty by podle premiéra měly růst rychleji, aby české zdravotnictví bylo schopno konkurovat a sestry a lékaři neodcházeli. Premiér proto podporuje další zvyšování odvodů státu.



Varování před dalšími odchody

Prezident lékařské komory Milan Kubek varoval, že pokud zdravotníkům příjmy nestoupnou, odchodů přibude a poskytování zdravotní péče se zhroutí. Situaci resortu zhoršuje podle něj i to, že se zákony buď vůbec nepřijímají, nebo přijímají s velkým zpožděním. Ministerstvo vysvětluje zpoždění složitostí hledání správného řešení a tím, že v připomínkovém řízení chce vypořádat všechny připomínky. Protikuřácký zákon schválila vláda počátkem června, Poslanecká sněmovna se jím začala zabývat až v prosinci. Spor je hlavně o zákaz kouření v restauracích, podle průzkumu si ho přeje 78 procent občanů.

Platy ve státních a soukromých nemocnicích

Letos nabrala zpoždění i příprava zákona o neziskových nemocnicích, který zaručí stejné odměny ve státních i soukromých nemocnicích. Nyní sestry v soukromých nemocnicích mají o 6 000 korun nižší plat než ve státních. Chystaný zákon také zaručí neziskovým nemocnicím smlouvy s pojišťovnami. Soukromé nemocnice to vidí jako diskriminaci, obávají se, že při rušení nemocnic budou první na řadě. Chystaný zákon o vzdělávání lékařů, rovněž zpožděný, sníží počty atestačních oborů, vycházet budou univerzálnější lékaři. Část vzdělávání se přesune do menších nemocnic, vyřeší se tak prý zčásti nedostatek lékařů. Připravované změny ve vzdělávání sester mají přispět k tomu, aby v nemocnicích nechyběly. Letos vláda na Němečkův návrh schválila plán strategických investic, do sedmi nemocnic by do roku 2020 mělo plynout přes deset miliard korun. Postup investic ale bude záviset na možnostech státního rozpočtu.

zdroj: Novinky, ČTK, 26. 12. 2015

At předepisují léky i doktoři v penzi, navrhla komora. Ušetří to čas jiným lékařům a peníze pojišťovnám

- Česká lékařská komora chce, aby mohli doktoři v penzi předepisovat lidem léky. Recepty by mohli vystavovat svým příbuzným a nejbližším známým.
- Tyto medikamenty by pak pacientům musela zaplatit pojišťovna. Dnes praxe funguje jen „na dobré slovo“ – pojišťovna si může vybrat, jestli lidem léky uhradí, nebo ne.
- Změna má uspořít čas lékařům a milióny zdravotním pojišťovnám.

Lidé, kteří mají za souseda lékaře v důchodu, by už nemuseli chodit pro své léky do ambulance. Recept by jim mohl oficiálně vystavit právě jejich soused, a to přímo v obýváku. Praxi, která doposud fungovala jen „na dobré slovo“, chce nyní v zákoně ukotvit Česká lékařská komora. Lékařů ubývá. Zdravotnictví by navíc změna ušetřila milióny.

„Chceme, aby mohl nepracující lékař v důchodu předepisovat sobě či svým nejbližším léky. Tento způsob předepisování je sice možný i dnes, ale jen neoficiálně. Takže pokud lékař někomu takovým způsobem recept vypíše, záleží jen na pojišťovně, jestli pak tyto léky pacientovi uhradí, nebo ne,“ říká k tomu viceprezident České lékařské komory Zdeněk Mrozek.

Pokud by se ale pravidlo dostalo do zákona, pojišťovna by lidem léky z receptu zaplatit musela. Stejně jako kdyby recept vystavil doktor v ordinaci nebo v nemocnici. „Lékařům by to uspořilo spoustu času a systému zase peníze. Za každou návštěvu pacienta v ordinaci vydají pojišťovny řádově stokoruny,“ doplnil Mrozek. Třeba obyčejné vy-

šetření odborníkem, které musí před vypsáním receptu předcházet, stojí podle číselníku Všeobecné zdravotní pojišťovny dvě stě korun. Pokud se pacient nechá vyšetřit na pohotovosti, vydá pojišťovna dokonce 295 korun. Stačilo by tedy, aby každý z 4 261 neaktivních lékařů, kterých se změna týká, předepsal ročně jen jeden jediný recept, a české zdravotnictví by tím uspořilo kolem miliónu korun. Nápad komory už si proto získal také některé poslance. „Rozhodně bych to podpořil. Lékaři stárnou, třeba praktiků nad šedesát let už je dnes asi pětapadesát procent. Takže pokud by mohli neaktivní lékaři v důchodu předepisovat léky sami sobě či rodinným příslušníkům bez nutnosti chodit do ordinace, systému by to prospělo,“ rozhodl návrh například místopředseda zdravotního výboru sněmovny a sociální demokrat Jaroslav Krákora. Spokojení by byli i samotní lékaři. „Moje máma je celoživotně dětská lékařka, které je hodně přes osmdesát let. Ukotvení pravidel v zákoně bychom proto oba velmi uvítali,“ vyjádřil se pražský praktický lékař Jan Jelínek.

Naopak ministerstvo zdravotnictví a největší pojišťovna v zemi se k návrhu staví zdrženlivě. „Teprve až se na nás komora s tímto návrhem sama obrátí, budeme to s ní řešit,“ vyhnul se přímé odpovědi mluvčí Všeobecné zdravotní pojišťovny Oldřich Tichý. Ministerstvo zdravotnictví se k návrhu vůbec nevyjádřilo. Podle České lékařské komory ale slíbil ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček v minulosti spolupráci. Změna by se proto mohla podle lékařů do zákona o zdravotních službách dostat už příští rok. Česká lékařská komora eviduje celkem 50 876 členů, z toho 38 624 je aktivních lékařů – to znamená, že pracují v některé z českých nemocnic či ambulancí. Nepracujících důchodců je 6 651. O povolení předepisovat léky si prozatím zažádalo 4 261 z nich. Právě těchto lékařů by se změna týkala.

Zdroj: V. Rodriguez, idnes.cz, 30. 12. 2015

Osamělost těla škodí stejně jako kouření a lenost

Osamělost patří mezi nejnebezpečnější rizikové faktory onemocnění srdce, mozkové mrtvice a rakoviny. Sociální izolace má tedy nejen zhoubný vliv na mozek, kdy urychluje úpadek myšlení, paměti a nástup demence, ale také na fyzické i psychické zdraví jedince.

„Chybějící síť přátel či nefunkční vztahy s příbuznými jsou stejně nebezpečné pro zdraví jako nedostatek pohybu v mládí či diabetes ve stáří,“ tvrdí vědci z University of North Carolina.

Ačkoli se o osamělosti hovoří většinou pouze v souvislosti se stářím, zažívají ji rovněž milióny mladých lidí bez přátel a příbuzných, kteří by se o ně starali. U mladých jedinců osamělost navíc vyvolává zánněty v tkáních stejně intenzivně jako nedostatek pohybu. U starších jedinců zase samota vyvolává především vysoký krevní tlak.

„Podle těchto objevů je tedy podporovat dospívající a mladé dospělé, aby si tvořili široké sociální vztahy a pěstovali dovednosti pro mezilidské interakce, stejně důležité jako propagace zdravého stravování a fyzických aktivit,“ uvedla doktorka Kathleen Mullanová Harrisová z University of North Carolina.

Vztahy s přáteli a příbuznými podporují zdravé chování, ale jsou také oporou v těžkých životních chvílích, kdy je organismus vystaven nejvyšší míře stresu a nejvíce náchylný k rozvoji vážných chorob. U osamělých lidí je hladina stresových hormonů a dalších látek v krvi stabilně vyšší.

zdroj: Famous, Novinky.cz, 6. 1. 2016



Deset nejzdravějších potravin světa

Některé potraviny jsou v dnešní době přehlíženy vzhledem k tomu, že trendy je konzumovat především takzvané superfoods. Jenomže i obyčejné, snadno dostupné a běžné druhy mohou být ty nej. Deník dailymail.com zveřejnil seznam deseti nejzdravějších potravin světa.

Seznam byl sestaven cateringovou společností Plyvine Catering a figurují v něm potraviny, které se naprosto běžně vyskytují ve většině domácností. Od citrusů bohatých na vitamin C až po ořechy obsahující prospěšné omega-3 mastné kyseliny.

Citróny: Jeden citrón obsahuje více než 100 % denního příjmu vitamínu C, který pomáhá vyrovnávat HDL cholesterol, takzvaný „hodný cholesterol“, v krvi a posiluje kosti. Flavonoidy obsažené v citronech mohou zabraňovat růstu rakovinových buněk, a navíc také působí protizánětlivě.

Brokolice: Jedna středně velká brokolice obsahuje více než 100 % denního příjmu vitamínu K a téměř 200 % doporučené denní dávky vitamínu C, tedy dvou základních stavebních živin důležitých pro zdraví kostí.

Tmavá čokoláda: Pouze sedm gramů denně pomáhá snížit krevní tlak u jinak zdravých jedinců. Kakaový prášek je bohatý na flavonoidy a antioxidanty, které pomáhají snižovat LDL, tedy takzvaný „špatný cholesterol“, a zvyšují hodnoty HDL cholesterolu.

Brambory: Jedna červená brambora obsahuje 66 mikrogramů kyseliny listové, což odpovídá stejnému množství, jaké bylo objeveno v jednom šálku špenátu nebo brokolice. Jedna sladká brambora obsahuje hodnotný vitamin A, který je důležitý při boji s rakovinou a posilování imunitního systému.

Losos: Velkým zdrojem omega-3 mastných kyselin, které jsou spojovány se snížením rizikem deprese, onemocnění srdce i rakoviny, je oblíbený losos. Už 85 gramů této ryby obsahuje téměř 50 % denní dávky niacinu, který chrání před nemocemi a je označován i jako prevence Alzheimerovy choroby.

Vlašské ořechy: Vlašské ořechy obsahují nejvíce omega-3 mastných kyselin ze všech ořechů vůbec. Pomáhají snižovat hladinu cholesterolu a bylo prokázáno, že potraviny bohaté na omega-3 mastné kyseliny přispívají ke zlepšení nálady a mohou pomáhat v boji proti rakovině.

Avokádo: Avokáda jsou bohatým zdrojem zdravých tuků. V jedné studii bylo prokázáno, že přispívají ke snižování hladiny cholesterolu až o 22 %. Jedno avokádo obsahuje z poloviny vlákninu a ze 40 % kyselinu listovou, kterou je potřeba konzumovat denně zejména kvůli snížení rizika srdečního onemocnění.

Česnek: Česnek je velkým bojovníkem a pomocníkem v případě řady nemocí. Zastavuje růst bakterií a alicin, sloučenina nalezená v česneku, je silně protizánětlivou látkou. Také bylo prokázáno, že snižuje hladinu cholesterolu a nezdravě vysokého krevního tlaku.

Špenát: Špenát obsahuje lutein a zeaxantin, dva antioxidanty posilující imunitní systém s pozitivními účinky na zdraví očí. Nedávný průzkum zjistil, že mezi ovocem a zeleninou, které nejlépe a nejúčinněji bojují proti rakovině, špenát zaujímá první místo.

Luštěniny: Porce luštěnin (fazole, hrách, čočka) čtyřikrát do týdne pomáhá snižovat riziko srdečních onemocnění o 22 %. Tentýž návyk může také snížit riziko vzniku rakoviny prsu.

zdroj: ema, Novinky.cz, 6. 1. 2016

Ve školách zřejmě dojde k zákazu umělých sladidel, kofeinu i kečupu

Ve školních automatech a bufetech asi budou zakázána umělá sladidla a kofeinové, iontové a energetické nápoje. Obložené bagety budou muset být bez majonézy, dresinků, hořčice i kečupu. Vyplývá to z návrhu vyhlášky, který ve spolupráci s resortem zdravotnictví zpracovalo ministerstvo školství. Občanská iniciativa Skutečně zdravá škola záměr schvaluje, Potravinářská komora k tomu má výhrady.

Zákaz prodeje nezdravých potravin a nápojů ve školách je v zákoně zakotven od září loňského roku. Dosud ale chybí vyhláška, která by specifikovala povolený sortiment školních automatů a bufetů. Její návrh má za sebou připomínkové řízení. Schválena by měla být v únoru. Pak bude následovat několikaměsíční přechodné období, aby se školy i dodavatelé mohli podmínkám přizpůsobit.

Aktuální nabídka zdravé výživy neodpovídá

Cílem vyhlášky je podle ministerstva snížit celkové „obezitogenní“ prostředí ve školách. „Snadná dostupnost energeticky bohatých potravin včetně nápojů s výživovým složením, které jsou z hlediska zásad správné (zdravé) výživy naprosto nevhodné, nepochybně přispívá k rozvoji a posilování nezdravých výživových návyků, které jsou spolu s nedostatkem pohybu hlavní příčinou dětské obezity,“ uvádí úřad v důvodové zprávě. Aktuální sortiment školních automatů mívá ke zdravé výživě daleko. Česká školní inspekce v roce 2014 na základních školách například zjistila, že v 90 procentech z nich se prodávaly balené cukrovinky a čokoládové tyčinky. V drtivé většině automatů na teplé nápoje si mohly děti zakoupit i nápoj s obsahem kofeinu. Vedle absolutního zákazu sladidel, iontových a energetických nápojů a kofeinu s výjimkou čaje jsou ve vyhlášce nastaveny také parametry pro ostatní potraviny a nápoje. Výrobci jsou podle ministerstva schopni zajistit dostatek vhodných produktů pro zásobování automatů a bufetů. Vyhláška obsahuje mimo jiné požadavek na maximální obsah přidaného cukru u výrobků zařazených do programu Mléko do škol. Stanovenou hranici, která vychází z podmínek národního programu, nesplňují smetanové a tvarohové výrobky, jako je například Lipánek, Pribináček nebo Bobík.

Kritika z Potravinářské komory

Potravinářské komoře se nelíbí, že jsou výrobky z tohoto programu do vyhlášky zařazeny, ačkoli jsou podmínky podpory definovány v jiné národní i evropské legislativě.

„Zároveň se domníváme, že u mléčných výrobků v důsledku navrhovaných opatření by mohlo dojít k opačnému efektu, než jaký požaduje předkladatel, tedy ke zhoršení stavu výživy u dětí, protože většina výrobků navrhované limity nesplní,“ řekla mluvčí komory Dana Večeřová. Iniciativa Skutečně zdravá škola, která už dříve tento program kritizovala, ministerský návrh hájí. „Téměř všechny ostatní ochucené výrobky, včetně ochucených mlék, s přehledem projdou, některé budou moci výrobci i přisladit. Myslíme si, že prospěšnost mléka a mléčných výrobků nemůže být prezentována za cenu takto vysokého obsahu přidaných cukrů,“ tvrdí na svém webu. Potravinářská komora má výhrady k této regulaci obecně. Větší důraz by měl být podle ní kladen na osvětu o zdravých stravovacích návycích ve školách a rodinách. Děti si mohou nezdravé potraviny obstarat jinde. Potravináři považují za nešťastné, že se vyhláška vztahuje i na střední a vyšší odborné školy. „V tomto věku je mládež již zcela plně zodpovědná za svoje stravovací návyky, získá občan-



ský průkaz, a určovat jí, co má či nemá konzumovat, je poměrně absurdní," uvedla mluvčí.

zdroj: Novinky, ČTK, 11. 1. 2016

Na školu v přírodě by mohly i neočkované děti, navrhuje senátoři

Očkování by nemělo být podmínkou pro účast dítěte na škole v přírodě či letním táboře. Vyplývá to z návrhu senátorů, kteří také chtějí svou novelou o ochraně veřejného zdraví snížit z půl milionu na 30 tisíc korun pokutu pro mateřské školy, které by přijaly neočkované dítě. Horní komora ve středu v prvním kole schvalování tento návrh podpořila. Podobné změny prosazovala už loni, Sněmovna je ale odmítla. Novelu, pod kterou se podepsala téměř polovina všech senátorů ze všech frakcí, nyní projednají senátní výbory. Pokud novela získá souhlas Senátu i ve druhém kole, dostanou ji k projednání vláda a dolní komora parlamentu.

Stejně se po zbytek roku mezi vrstevníky pohybují...

Místopředsedkyně Senátu Miluše Horská z klubu KDU-ČSL a nezávislých uvedla, že cílem novely není vyřešit otázku povinnosti či dobrovolnosti očkování, ale napravit dvě nelogičnosti stávajícího zákona. Podle senátorky není důvod, proč by se neočkované děti nesměly účastnit škol v přírodě, když se po zbytek školního roku běžně pohybují mezi svými vrstevníky. Senátorka ČSSD a někdejší ministryně zdravotnictví Milada Emmerová k další části novely potvrdila, že až půlmilionová pokuta za přijetí neočkovaného dítěte do mateřské školy je nepřiměřeně vysoká. Podle předkladatelů by byla pro školky likvidační. Podobné úpravy Senát prosazoval loni v létě v rámci vládní novely zákona o ochraně veřejného zdraví. Sněmovna ale tehdy tyto úpravy odmítla. Senát tehdy navíc požadoval z novely odstranit ustanovení, podle kterého nebude hlukem hudba při venkovních produkcích. Do zákona se přes nesouhlas horní komory dostalo také právo hygieniků vstupovat do soukromých bytů kvůli kontrole zdroje hluku, kterým byly překročeny hygienické předpisy.

zdroj: Novinky, ČTK, 14. 1. 2016

Student v Plzni zemřel na meningitidu

Dvacetiletý student stavebního učiliště v Plzni v minulém týdnu podlehl meningokokové meningitidě. Podle lékařky Jitky Průchové z Krajské hygienické stanice v Plzni se onemocnění u nikoho dalšího ze školy nebo z rodiny nerozvinulo. Zdravotní stav chlapce se rychle zhoršil. Zatímco ještě minulý týden v úterý hoch seděl ve škole, o dva dny později už byl hospitalizován v těžkém stavu. V pátek zemřel.

Hygienici ihned po obeznámení s případem informovali další studenty, jak postupovat, pokud by se u nich objevily příznaky zdravotní potíže. „Meningokok se přenáší vzdušnou cestou. Zdroj nákazy z tohoto důvodu nelze identifikovat, riziko je přítomno kdykoliv a kdekoliv," řekla Právou lékařka Průchová s tím, že žádný další případ krajská hygienická stanice v tomto období hlášen neměla.

Způsobuje rýmy i kašle

Bakterie se běžně vyskytuje v populaci. Přenáší se z člověka na člověka. Způsobuje například rýmy nebo kašle. Prevencí je očkování. Některé kmeny meningokoka ale mohou způsobit závažné onemocnění. „Takové případy se vyskytují sporadicky. Za loňský rok jsme v okrese Plzeň-město nezaznamenali ani jeden," dodala Průchová.

zdroj: zaš, Právo, Novinky.cz, 14. 1. 2016

INZERCE

394 10-15

Přijmu lékaře do zavedené ordinace PLDD v **Praze 5**, částečný úvazek, výhodné podmínky, pozdější převzetí dohodou. Tel. 605 182 280.

395 10-15

Prodám dobře zavedenou **praxi** PLDD v **Praze 9**.

Kontakt: per.aspera@post.cz

397 12-15

Prodám zavedenou **praxi** s.r.o. PLDD v **Karvině**, ev. příjmu pediatra. Kontakt: 603 180 670, 596 316 498.

398 12-15

Hledám zástup za MD pro ordinaci PLDD v **Hradci Králové**, příjemné pracovní prostředí, skvělá sestřička, možnost ubytování. brezinova.eva@centrum.cz • 606 844 249.

399 12-15

Prodám zavedenou **ordinaci** praktického lékaře pro děti a dorost v **centru Zlína**. Vhodná i pro zájemce o částečný úvazek. Cena dohodou, kontakt: 736 786 459.

400 12-15

Poliklinika v Praze přijme na plný úvazek lékaře/ku PLDD. Jde o zavedený obvod v příjemném prostředí a mladém kolektivu. Nabízíme motivující mzdové ohodnocení a vstřícné jednání. **Nástup možný ihned**. Svě CV prosím zasílejte na: rageatm1983@gmail.com

401 12-15

Přijmu pediatra do dobře zavedené ordinace v **Praze 8** od 1. 4. 2016 na **částečný úvazek**. Výhledově předání ordinace. Telefon: 723 950 567.

402 1-16

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

404 1-16

Hledám PLDD s atestací k zastupování v ambulanci dětského lékaře v **Ivanovicích na Hané** v době dovolené. Případně na částečný pracovní úvazek. Tel.: 571 363 394.

405 1-16

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

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

Autodidaktický test 2/2016

Exotické infekční nemoci

1. Které onemocnění není virového původu

- a) žlutá zimnice
- b) dengue
- c) chikungunya
- d) malárie
- e) japonská encefalitida
- f) ebola

2. Očkování proti japonské encefalitidě může provádět i PLDD, a to již od věku dvou měsíců. K dispozici je očkovací látka Ixiaro. U dětí do tří let se používá poloviční dávka (tj. 0,25 ml/aplikace). Základní očkovací schéma je dvoudávkové, a to v intervalech:

- a) 0–28 dnů a booster do 24 měsíců
- b) 0–3 měsíce a booster za 1 rok
- c) 0–6 měsíců a booster do 5 let
- d) 0–14 dnů a booster za 6 až 10 měsíců

3. Očkování proti žluté zimnici smí provádět:

- a) jen specializované očkovací centrum v ambulancích cestovní medicíny, realizaci očkování zaznamená do mezinárodního očkovacího průkazu s úředním razítkem a podpisem
- b) fakultativně registrující lékař, realizaci očkování zaznamená do národního očkovacího průkazu se svým razítkem a podpisem
- c) obligatorně registrující lékař, realizaci očkování zaznamená do mezinárodního očkovacího průkazu se svým razítkem a podpisem
- d) jen specializovaná ambulance infekčních oddělení, realizaci očkování zaznamená do mezinárodního očkovacího průkazu s razítkem zařízení a podpisem

4. Které tvrzení je správné?

- a) japonská encefalitida je přenášena klíštětem
- b) ebola se nepřenáší vzdušnou cestou
- c) malárii vyvolává bakterie z rodu Anopheles
- d) případy západonilské horečky zachycené v Evropě jsou pouze importované případy

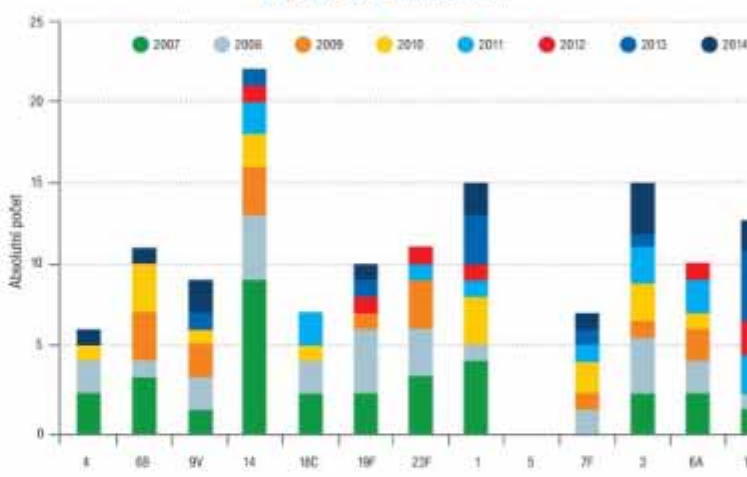
5. Malárie je jednou z nejzávažnějších infekčních nemocí s vysokou mortalitou. Očkovací látka proti malárii:

- a) je živá, atenuovaná
- b) je mrtvá, celobuněčná
- c) je mrtvá, acelulární
- d) neexistuje

K MODERNÍ MEDICÍNĚ PATŘÍ PREVENCE

**Nabídněte rodičům svých pacientů
očkování proti pneumokokovým
infekcím vakcínou Prevenar 13.**

Distribuce sérotypů *Streptococcus pneumoniae* zahrnutých v konjugovaných vakcínách, děti pod 5 let věku, ČR, 2007–2014. Surveillance data¹



- Jediná pneumokoková konjugovaná vakcína obsahující sérotypy 3, 6A a 19A.^{2,3}
- Pneumokoková konjugovaná vakcína s nejširší věkovou indikací (pro děti a dospívající ve věku 6 týdnů až 17 let).^{2,3}

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

Složení - léčivá látka: Jedna dávka (0,5 ml) obsahuje: *Pneumococcal polysaccharide* sérotypy 1* (2,2 mg), 3* (2,2 mg), 4* (2,2 mg), 5* (2,2 mg), 6A* (2,2 mg), 6B* (4,4 mg), 7F* (2,2 mg), 9V* (2,2 mg), 14* (2,2 mg), 18C* (2,2 mg), 19A* (2,2 mg), 19F* (2,2 mg), 23F* (2,2 mg). *Konjugován s nosným proteinem CRM197 a adsorbován na fosforečnan hlinitý (0,125 mg hlínku); a další pomocné látky. **Indikace:** Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění, pneumonie a akutní otitis media, vyvolaných *Streptococcus pneumoniae* u kojenců a dětí ve věku od 6 týdnů do 17 let. Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění a pneumonie způsobených *Streptococcus pneumoniae* u dospělých ≥ 18 let a starších pacientů. **Dávkování:** Kojenci ve věku 6 týdnů – 6 měsíců: Tři dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc mezi dávkami. První dávka se obvykle podává ve věku 2 měsíců. Čtvrtou dávku se doporučuje podat ve věku 11 až 15 měsíců. Předčasné narozené děti (<37 týdnů těhotenství): Tři dávky s intervalem nejméně 1 měsíc mezi dávkami, s první dávkou podanou ve věku 2 měsíců. První dávka může být podána nejdříve ve věku 6 týdnů. Čtvrtou dávku se doporučuje podat ve věku 11 až 15 měsíců. Dříve neočkovaní kojenci a děti ve věku ≥ 7 měsíců: Kojenci ve věku 7–11 měsíců: Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc mezi nimi. Třetí dávka se doporučuje podat ve druhém roce života. Děti ve věku 12–23 měsíců: Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 2 měsíce mezi nimi. Děti a dospívající ve věku 7–17 let: Jedna samostatná dávka 0,5 ml. **Dospělí ≥ 18 let a starší pacienti:** Jedna samostatná dávka. Potřeba revakcinace následnou dávkou přípravku Prevenar 13 nebyla stanovena. Bez ohledu na stav předchozí pneumokokové vakcinace, pokud je použit 23 valentní pneumokoková polysacharidová vakcína považována za vhodně, Prevenar 13 by měl být podán jako první. **Speciální populace:** Jedincům s chorobami predisponujícími k invazivnímu pneumokokovému onemocnění (například se získanou anémií nebo HIV infekcí) včetně jedinců dříve očkovaných jednou nebo více dávkami 23valentní pneumokokové polysacharidové vakcíny může být podána nejméně jedna dávka přípravku Prevenar 13. U jedinců po transplantaci hematopoetických kmenových buněk (HSCT) se doporučené imunizační schéma skládá ze čtyř dávek přípravku Prevenar 13 po 0,5 ml. Základní očkování tvoří tři dávky, a první dávka podaná 3 až 6 měsíců po HSCT a s intervalem nejméně 1 měsíc mezi dávkami. Čtvrtou (poslední) dávku se doporučuje podat 6 měsíců po třetí dávce. **Zvláštní podání:** Vakcína se má podávat formou intramuskulární injekce. Přednostním místem podání je anterolaterální část stehna (múculus vastus lateralis) u kojenců nebo dříve sval horní části paže u malých dětí. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku nebo na některý z komponentů. Podobně jako u jiných vakcín i aplikace přípravku Prevenar 13 má být odložena u jedinců typických akutním závažným horečným onemocněním. Přítomnost mírné infekce jako je nachlazení, by ale neměla být příčinou oddálení očkování. **Zvláštní upozornění:** Prevenar 13 nesmí být aplikován intravaskulárně. Tato vakcína nesmí být podána jako intramuskulární injekce kojencům nebo dětem s trombocytopánií nebo s jinými poruchami koagulace, které jsou kontraindikací pro intramuskulární aplikaci, ale může být podána subkutánně v případě, že potenciální přínos jasně převáží nad rizikem podání. Prevenar 13 chrání pouze proti těm sérotypům *Streptococcus pneumoniae*, které vakcína obsahuje a nechrání proti jiným mikroorganizmům, které způsobují invazivní onemocnění, pneumonie nebo zánež středního ucha. Podobně jako jiné vakcíny nemůže ani Prevenar 13 ochránit výsledný očkovací jedinec před pneumokokovým onemocněním. **Interakce:** Kojenci a děti ve věku 6 týdnů až 5 let: Prevenar 13 může být podáván současně s jinými dětskými vakcínami podle doporučených očkovacích schémat. Děti ve věku 6–17 let: V současné době nejsou k dispozici žádné údaje týkající se současného podávání s jinými vakcínami. **Dospělí ve věku 18–49 let:** Nejsou k dispozici žádné údaje týkající se současného podávání s jinými vakcínami. **Dospělí ve věku 50 let a starší:** Přípravek Prevenar 13 může být podán současně se sezónní trivalentní inaktivovanou chřipkovou vakcínou (TIV). Různé injekční vakcíny musí být vždy podány každá do jiného místa očkování. **Těhotenství a kojení:** Neexistují údaje o použití pneumokokové 13valentní konjugované vakcíny u těhotných žen. Přípravek by proto neměl být podáván během těhotenství. Není známo, zda je pneumokoková 13valentní konjugovaná vakcína vylučována do mateřského mléka. **Nužadující účinky:** Místi nejčastěji hlášené nežádoucí účinky u dětí patří k reakcím v místě očkování, horečka, podrážděnost, nechutenství, zvýšená úzkost a/nebo nespavost. V případě současného podání přípravku Prevenar 13 a přípravku Infanrix hexa byla pozorována zvýšená četnost hlášení křečí (s horečkou nebo bez ní) a hypotonicko-hyporeflexivních epizod (HHE) u dospělých osob snížení chuti k jídlu, bolesti hlavy, průjem, zvracení, vyrážka, zimnice, únava, zarudnutí, indurace/otok, bolest/přecitlivělost v místě očkování, omezení pohyblivosti paže, artralgie, myalgie. **Předávkování:** Předávkování přípravkem Prevenar 13 není pravděpodobné vzhledem ke způsobu balení v předpřipravené injekční stříkačce. **Uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2–8 °C). Chraňte před mrazem. Přípravek Prevenar 13 je stabilní při teplotách do 25 °C po dobu 4 dnů. Na konci této doby má být přípravek použit nebo zlikvidován. **Balení:** 0,5 ml injekční suspenze v předpřipravené injekční stříkačce s pístovou zátkou a ochranným krytem hrotu. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer Ltd., Ramsgate Road, Sandwich, Kent, CT13 9NJ, Velká Británie. **Registrační číslo:** EU/1/09/590/001-8. **Datum poslední revize textu:** 22.10.2015. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek Prevenar 13 je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění pro osoby splňující podmínky dané zákonem č. 48/1997 Sb. v aktuálním znění. Před předepsáním, se prosím seznámejte s úplnou informací o přípravku.

Reference: 1. Kozlovská J, Šebestová H, Křiváček P. Invazivní pneumokokové onemocnění v ČR v roce 2014. Zprávy ČEM (SZÚ, Praha) 2015; 24(3): 98–101. 2. SPC Prevenar 13. 3. SPC Synflorix.



Bílkoviny jsou stavební kameny života

OPTIPRO® po vzoru mateřského mléka



KVALITA bílkoviny nejbližší mateřskému mléku a jeho profilu aminokyselin¹⁻³

- Zdravé metabolické programování parametry metabolismu podobné jako u výhradně kojených dětí⁴⁻⁵
- Snadné trávení zdravě trávicí funkce⁶⁻⁸



KVANTITA (množství) bílkoviny nejbližší mateřskému mléku^{1,2}

- Zdravý růst a váhové přírůstky růstové parametry podobné jako u výhradně kojených dětí^{9,10}
- Snadné vylučování nízká zátěž nezralých orgánů jako u mateřského mléka^{10,11}
- Podpora imunitní obrany střevní mikroflóra s převahou bifidobaktérií^{12-14,15}



Tento výrobek doporučuje
Sdružení praktických
lékařů pro děti a dorost ČR.

Reference:

1. Nestlé. Data on file (2012). 2. Zhang Z et al. Nutrients 2013;5:4800-4821. 3. Nestlé. Data on file 2014. 4. Sleanhout P et al. Pediatric American Society Meeting (PASI), 14th May 2005, Washington, USA. 5. Labaune JM et al. Abstract of ESPR Meeting, 9th-12th October 2009, Hamburg, Germany. 6. Exl BL et al. Eur J Nutr 2000;39:145-156. 7. Billeoud C et al. Eur J Clin Nutr 1990;44:577-583. 8. Zabravský S, Zabravský M. Extr Paed 1987;11:10-2. 9. Grathwohl DJ et al. Abstract of EAPS Congress 2010. 10. Ziegler EE et al. Monatsschr Kinderheilkd 2003;151:565-571. 11. Rühb NCR et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2002;35:275-281. 12. Rochat F, Cherbut C, Barclay D. Nutr Res 2007;23:735-740. 13. Zunin C et al. Neonatal 1991;5:159-165. 14. Gibson GR, Roberfroid MB. J Nutr 1995;125:1401-1412. 15. Hascoet JM, Hubert C, Rochat F et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2011;52:756-762.

Důležité upozornění:

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

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

