

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX

PEDIATRIAE

březen 2016
číslo 3 • ročník 16



téma čísla

Alergie



- Specializovaná způsobilost v pediatrii
- Orgán sociálně-právní ochrany dětí

- Alergická rýma
- Alergie a volné radikály
- Pruritus v dětství a v dospělém věku

- Prevence závažných onemocnění očkováním – doposud málo využívaná možnost



Pracujeme pro zdravější svět™

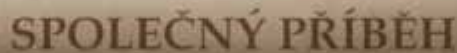
NUTRICIA
BABY NUTRITION



do more
feel better
live longer



Časopis je pravidelně podporován:



LÉKAŘŮ

Děti

RODIČŮ

Prověřený léty

NÁZEV PŘÍPRAVKU: Infanrix hexa, obsahuje a suspenze pro přípravu injekční suspenze v předepsané injekční stříkačce. Vakcína proti dítěti, tetanu (T), pertusi (asolium) komponenta) (Pa), hepatitidě B (DNA) (HbV), poliovirům (inaktivovaná) (IPV) a konjugované vakcíny proti *Klebsiellae* inflyzenz typu b (PHB), (adsorbované). **Kvalitaivní a kvantitaivní složení:** Po rekonstituci jedna dávka (0,5 ml) obsahuje: Diphtheria antitoxinem ne méně než 30 mezinárodních jednotek (ND), tetani antitoxinem ne méně než 40 mezinárodních jednotek (U) ; pertuse antitoxinem 25 mikrogramů; koagulační protein 25 mikrogramů; pertactin 8 mikrogramů; antigeny tetanu hepatitidy B 10 mikrogramů¹; viry polioviru (vakuolační) 4 typy 1 (kmen Mahoney) 40 D jednotek antigenu, typus 2 (kmen MEF-1) 8 D jednotek antigenu, typus 3 (kmen Saukett) 32 D jednotek antigenu; *Hemophilus influenzae* typus b polysacharidem 10 mikrogramů (polyakrylátový aldehyd) konjugováno s tetani antitoxinem jako nosným proteínem přibližně 25 mikrogramů¹; adsorbent na hydroxid hlíny, hydratovaný (Al(OH)₃) 0,5 miligramů Al³⁺ - vyřazené rekombinantní DNA technologie na kulturu kvasnicových buněk (*Saccharomyces cerevisiae*)¹; adsorbent na hydrated hlíny (APHA) 0,32 miligramů Al³⁺ - poměřeno na VERO buňkách. **Tato vakcína může obsahovat stop formalehydu, neomycinu a polymyxinu.** **Použití se používají v průběhu výrobního procesu.** **Indikace:** Infanrix hexa je určen pro základní očkování a předočkování dětí proti difterii, tetanu, pertusi, hepatitidě B, poliomyelitidě a onemocnění způsobeným *Hemophilus influenzae* typu b. **Dávkování a způsob podání:** Očkovač schéma vakcíny Infanrix hexa má být v souladu s dostupnými oficiálními doporučeními.¹ Základní očkovávací schéma spočívá v podání 0,5 ml dvítek (například ve 2., 3., 4. měsíci a ve 3., 4., 5. měsíci a ve 4., 6. měsíci) nebo dvou dávkách (například ve 3. a 5. měsíci). Mezi jednotlivými dávkami musí být interval nejméně 1 měsíc. Jestliže je při normální podání první dávky vakcíny proti hepatitidě B, může být od věku 6 týdnů i po podání dalších dávek vakcíny proti hepatitidě B použita vakcína Infanrix hexa. Pokud se druhá dávka vakcíny proti hepatitidě B podává před deseti měsíci tohoto věku, je nutné použít monovalentní vakcínu proti hepatitidě B. Pro očkovaní 2 dávkami vakcíny Infanrix hexa (například ve 3. a 5. měsíci) se musí podat posilovací dávka nejméně 6 měsíců po poslední dávce základního očkování. Upravidňuje se podání mezi 11. až 13. měsícem věku dítěte. Pro očkovaní 3 dávkami vakcíny Infanrix hexa (například ve 2., 3., 4. měsíci a ve 3., 4., 5. měsíci a ve 4., 6. měsíci) se musí podat posilovací dávka nejméně 6 měsíců po poslední dávce základního očkování. Upravidňuje se podání před 18. měsícem věku dítěte. Bezpečnost a užitečnost vakcíny Infanrix hexa z období starších 36 měsíců byla stanovena. Infanrix hexa je určen k širokému intramuskulární aplikaci. Další údaje je vhodné podávat také do opožděných dětí, než byl podán předchozí dávka. **Kontraindikace:** Hyperciticitivita na jakýkoliv složku této vakcíny nebo na jakýkoliv pomocný látky nebo **na formalehyd**, neomycin a polymyxin. Hypersenzitivita na předchozí aplikace vakcín proti difterii, tetanu, pertusi, hepatitidě B, poliomyelitidě nebo HB. Infanrix hexa je kontraindikován u dětí, u nichž se do sedmi dnů po předchozím očkování vakcínou obsahující pertusovou složku vyvíjel alergický nebo edematózní otok. U takových případů se musí ovladnout prota perstasi předtím a dále se očkuje jen vakcínami proti záškrtu-tetanu, hepatitidě B, poliomyelitidě a Hib. Podání jakékoli z jiných vakcín a aplikace vakcíny Infanrix hexa musí být odloženy u osob trpících vážným akutním hromadným onemocněním. Přímočasové slabé infekce jsou považovány za kontraindikaci pro použití vakcíny Infanrix hexa. Očkované jedince, u nichž se v anamnéze objevily těžké výskyty, je třeba pečlivě sledovat. Právě se tyto nežádoucí účinky mohou během 2 až 3 dnů po vakcinaci objevit. Infekce HIV nepředstavuje kontraindikaci pro vakcinaci. Předčasně narozeným dětem je možné na základě omezených údajů získaných od 183 předčasně narozených dětí vakcínu Infanrix hexa podat. Neměli by být zaznamenána žádná mutuality sdílená s úroveň klinické profese není známa. Mohlo nastat zpoždění a nutnost monitorování dýchání po dobu 48 – 72 hodin by se měly zdát při podávání druhé základního očkování nebo přeliezané nemocí dětem (nemocné) s < 28. týdne těhotenství) a zvýšení teploty, v jejich předchozí anamnéze byla respirační reakce. Protisvětlá odpověď je u této skupiny dětí vysoká, namísto by se vakcinace odložila ani odložena. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** U současném podání vakcíny Infanrix hexa s konjugovanými vakcínami proti spalničkám, příušnicím a záškrtu nejsou k dispozici dostatečné údaje týkající se účinnosti a bezpečnosti, které by umožnily stanovit nějaká doporučení. Údaje vycházející ze současného podání Infanrixu hexa a Prevenaru (pentavalentní sacharidový konjugovaný vakcína, adsorbovaná) nepřekročily negativních při základní vakcinaci 3 dávkami u žádné z zahrnuté a zahrnuté klíčové relevantní ověřené protizákeřkové odpovědi. **Těhotenství a kojenci:** Údaje nejsou k dispozici. **Nežádoucí účinky:** Podání jakékoliv z IPV vakcín a kombinovaných vakcín obsahujících IPV byla v porovnání s dalšími dávkami vakcíny Infanrix hexa pozorována vyšší míra reakce na heroická než po základním očkování. Má uvedený bezpečnostní profil nežádoucích účinků je založen na údajích získaných v klinických studiích (údaje od více než 16 000 jedinců) a v průběhu postmarketingového sledování. Velmi časté (> 1/10) a časté (> 1/100, < 1/10) nežádoucí účinky: nechtěvnost, nadměrná pláčovitost, podrážděnost, náhlá horečka 38,3 ° C, lokální otok v místě vpichu (< 50 mm), únava, bolest, zarudnutí, nervozita, průjmy, vzrůst, hemorea > 35 ° C, reakce v místě vpichu, akutní odření, lokální otok v místě vpichu (> 50 mm). U dětí očkových v rámci základní imunizace vakcínami obsahujícími acetylum perparosid bylo (se předchozím předpokládáním) výskyt otoku ve srovnání s dalšími očkovacími celodenními vakcínami. Tyto reakce odeznějí průměrně za 4 dny. **V klinických studiích, ve kterých byla současně podána vakcína Infanrix hexa s vakcínou Prevenar jako posilovací (čtvrtá) dávka těchto vakcín, byla zaznamenána horečka nad 38 ° C u 43,4 % kojenců očkovaných současně vakcínou Prevenar a vakcínou Infanrix hexa, ve srovnání s 30,5 % kojenců očkovaných samotnou hexavalentní vakcínou. Horečka vyšší než 39 ° C byla zaznamenána u 2,6 % a 1,5 % kojenců, kteří dostali Infanrix hexa s nebo bez vakcíny Prevenar. Při základním očkování byl výskyt horečky po současném podání těchto dvou vakcín nižší než ten, který byl zaznamenán při podání posilovací dávky. Při srovnání skupin, u kterých bylo bláženou použitou vakcínu Infanrix hexa spolu s vakcínou Prevenar 13, s těmi, u kterých bylo bláženou použitou samotnou vakcínu Infanrix hexa, naznačuje analýza z postmarketingových blášení možnost zvýšeného rizika výskytu křečí (s horečkou nebo bez horečky) a hypotonicko-hyporezpozivních epizod.** **Inkompatibilita:** Infanrix hexa nesmí být smíchán s žádnými dalšími léčivými přípravky. **Doba použitelnosti:** 3 roky. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte v chladničce (2 ° C – 8 ° C). Chraňte před světlem. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. Po rekonstituci se doporučuje podávat vakcínu ihned. **Ořízl rozhodnutí o registraci:** GlaxoSmithKline Biologicals s. r. o. Rue de l'Institut 89 B-1330 Rixensart, Belgie. Registrací číslo(a): EU/1/OQ/152/Q01-008. Datum první registrace/prodloužení registrace: 23. 10. 2000/St. B. 2010. Datum revize textu: 23. 10. 2014. ***Prosím věnujte pozornost změnám SPC.** Lák je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepisováním si přečtěte prospekt a informujte o přípravku, kterou najdete v Souhrnné informaci o přípravku na: www.gsk.com/czech nebo se obraťte na společnost GlaxoSmithKline s.r.o., Řešovská 1134/2c, 140 00 Praha 4, e-mail: cs.at@pharm.co.uk, www.gsk.cz. Přidejte nežádoucí účinky osobám bláží také na cs.safety@gsk.com. Verze SPC platná ke dni 29. 6. 2015.

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

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Informace SPLDD	7
	Diskusní fórum	8
	Používáme lékové formy penicilinu adekvátně?	8
	MUDr. Ilona Hülleová	10
	Specializovaná způsobilost v pediatrii	10
	JUDr. Adam Doležal	11
	Orgán sociálně-právní ochrany dětí	11
	Informace OSPDL ČLS JEP	13
	MUDr. Helena Zejdlová	14
	Alergická rýma	14
	MUDr. Václav Holeček	16
	Alergie a volné radikály	16
	Doc. MUDr. Karel Ettler, CSc.	18
	Pruritus v dětství a v dospělém věku	18
	MUDr. Parvine Gricová	22
	Prevence závažných onemocnění očkováním – doposud málo využívaná možnost	22
	Ze světa odborné literatury	30
	Aktuality	32
	Řádková inzerce	37
	Autodidaktický test, Diabetologie	38
	Obsah VOX PEDIATRIAE, ročník 2015	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

**AHOU
GSK
HAMÉ
HERO
MSD
NESTLÉ
NUTRICIA**

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 inzerenty
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. Jany Sudkové

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.



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

byl jsem osloven, abych napsal úvodník do březnového čísla. Nyní, v únoru, kdy letošní podivná zima u nás na Vysočině ještě ani pořádně nezačala, kdy ledový déšť rozpouští poslední zbytky umělého sněhu na sjezdovce na Fajtově kopci, se zamýšlím nad letošním jarem a vlastně celým letošním rokem. Co nás čeká?

Budeme dále usilovat o zachování našeho oboru, který, jak se zdá, předběhl svou dobu a nehodí se do evropských ani českých „škatulek“.

Mzdy ve veřejném sektoru se mají opět zvyšovat, prioritou mají být učitelé, policisté a zdravotníci, tak uvidíme, zda se nám opět podaří prosadit navýšení příjmů i v našich praxích.

Pravděpodobně bude pokračovat uprchlická krize a ovlivní náš profesionální a možná i osobní život.

Dále se budeme scházet na vzdělávacích akcích, konferencích, kongresech.

Budeme pracovat a také dále lehce stárnout.

Mám rád jaro. Mám rád ten čas, kdy voda v řekách začne proudit živěji a radostněji. Těším se na okamžik napětí předtím, než příroda exploduje tisícerými odstíny zeleně a zima se stane vzpomínkou.

Jaro je plné naděje.

Věřím, že se nám podaří uhájit obor, naši profesní nezávislost i evropské hodnoty.

Každé z vás, děvčata, chci věnovat první květ, který na vás pohlédne. Rozkvetete jen pro vás. Vám, pánové, přeji, ať vše, co zasejete, také vzejde. A všem nám přeji hodně štěstí a zdraví.

MUDr. Libor Beneš, PLDD





Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

Během měsíce ledna a února byly rozeslány jednotlivými zdravotními pojišťovnami úhradové dodatky, výjimkou byl dodatek VoZP, který jsme obdrželi až po urgencích koncem února.

2. 2. 2016 bylo zahájeno dohodovací řízení o výši úhrad pro rok 2017 a mělo by být ukončeno 30. 6. 2016. Časový harmonogram dohodovacího řízení není pro nás optimální, neboť v době vyjednávání úhrad pro příští rok nemáme k dispozici závěry analytické komise o výsledcích úhrad předcházejícího roku. Problematickým bodem jednání byl požadavek zástupců lékárníků na zřízení samostatného segmentu lékárenské péče. V tomto případě jsme se drželi dohody přijaté Koalicí soukromých lékařů, která vznik nového segmentu nepodporuje.

Během února prošla novela zákona o vzdělávání lékařů do Poslanecké sněmovny po předchozím souhlasu vlády. Obor Praktické lékařství pro děti a dorost zákon neobsahuje. SPLDD a OSPDL nadále usilují o zachování oboru.

22. 1. 2016 se sešlo na plánovaném jednání předsednictvo SPLDD.

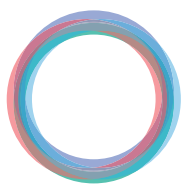
2. 2. 2016 proběhla na půdě MZ ČR první jednání dohodovacího řízení pro rok 2017.

6. 2. 2016 se konal v Ostravě poslední sobotní seminář Managementu PLDD, věnovaný sociálně-právní problematice. Krátký výstup z tohoto cyklu přednášek uveřejníme na stránkách našeho časopisu. Jedná se zejména o formu spolupráce PLDD a OSPDL.

9. 2. 2016 se konalo pravidelné jednání Koalice soukromých lékařů, výstupy najdete v časopise a na webových stránkách Sdružení.

10. 2. 2016 proběhlo v kanceláři SPLDD jednání se zástupci ZPMV ČR. Předmětem jednání byla problematika základního souboru výkonů v odbornosti 002, který bude po vzájemné dohodě definován v příloze k nově předložené smlouvě pro PLDD, jejíž platnost bude na dobu neurčitou. Dalším

bodem jednání byla úhrada klinického vyšetření u pacienta nad 19 let věku, který doposud není zaregistrován u praktického lékaře pro dospělé a vyhledá ošetření u svého původního PLDD. ZPMV ČR upraví informační systém pojišťovny, tuto péči uhradí, bude monitorovat počet ošetření a po roce vyhodnotí situaci.



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



**MEZIOBOROVÝ
KONGRES PLDD**
30. 9.-1. 10. 2015 / OLOMOUC

OSPDL ČLS JEP a SPLDD ČR
Vás zve na MEZIOBOROVÝ KONGRES na téma:
„Cizinci v našich ordinacích“

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

Již v květnu bude zahájena registrace za zvýhodněné ceny.



Nutrilon **AR** - pomáhá při opakovaném ublinkávání nekojených dětí

- s karubinem - pro zachování vysoké viskozity mléka*
- s nukleotidy - pro rychlejší regeneraci jícnové sliznice*

✓ **ÚČINKY
KLINICKY
PROKÁZÁNY***

Nutrilon **NUTRITON** - jediná varianta na trhu i **pro kojené děti.**



*) Wenzl TG, Schneider S, Scheele F, Silny J, Heimann G, Skopnik H. Effects of thickened feeding on gastroesophageal reflux in infants: a placebo-controlled crossover study using intraluminal impedance. Journal of Pediatrics 2003; 111:e355-e359.

Kojení je nejprůročnějším způsobem výživy kojenců. Kojenecká výživa by měla být používána na doporučení lékaře. Potravina pro zvláštní výživu – dietní potravina pro zvláštní lékařské účely. Způsob použití a další informace najdete na obalech a webových stránkách www.nutriklub.cz. Infolinka: 800 110 000. Materiál pro odbornou veřejnost.



Informace SPLDD

■ Zápis z jednání Koalice soukromých lékařů 12. 1. 2016

Přítomni: dr. Jojko, dr. Stará, dr. Kudyn, dr. Chrz, dr. Šmatlák

Omluveni: dr. Hülleová, dr. Dvořák

Hosté: dr. Chudoba – prezident ČLnK, Mgr. Krebs – viceprezident ČLnK, dr. Kopecký – člen představenstva ČLnK

1. Návštěva PharmDr. Lubomíra Chudoby, prezidenta České lékařnické komory

- Dr. Chudoba požádal o podporu návrhu České lékařnické komory vytvořit v rámci dohodovacího řízení samostatný segment lékárenské péče. Svůj požadavek odůvodňoval propadem příjmů a zanikáním lékáren v malých městech a obcích, které z důvodu finančně slabší klientely nemohou nabízet léky, které by výši marže pokryly náklady lékárny a vytvořily přiměřený zisk.
- ČLnK vidí řešení v prosazení pevné částky hrazené z veřejného zdravotního pojištění prostřednictvím zavedení výkonů. Kromě výdeje léku na předpis i postupným rozšířením o další výkony (měření tlaku, rozpoznání diabetes, poradny odvykání kouření atd.)
- Argumenty dr. Chudoby zástupce Koalice nepřesvědčily, obávají se dalšího odčerpávání peněz z již tak napjatého rozpočtu veřejného zdravotního pojištění a jednomyslně se rozhodli návrh České lékařnické komory na vytvoření samostatného segmentu lékárenské péče nepodpořit.

2. Úhrady 2016

- Zástupci KSL se vzájemně informovali o jednáních se zdravotními pojišťovnami po skončení dohodovacího řízení a individuálních dohodách jednotlivých sdružení.
- Negativně hodnotili nepoměrně vyšší procento nárůstu úhrad do lůžkových zařízení ve srovnání s privátním ambulantním sektorem. Pokud se podaří získat přesné údaje o financování nemocnic v roce 2016, dr. Jojko připraví text prohlášení KSL.

3. Návrh zákona o neziskových zdravotnických zařízeních

MZ ČR stále zpracovává připomínky. Tento bod bude i nadále zařazován do programu jednání KSL.

V Praze dne 20. 1. 2016

Zapsala: Mgr. Zina Sladkovská

■ Nadbytek soli škodí dětem i dospělým

Dne 15. 12. 2015 se v Lékařském domě v Praze uskutečnil v gesci prof. MUDr. Jana Jandy, CSc., za účasti médií The 4th Czech Salt Awareness Week 2015, upozorňující na vysoký příjem soli v České republice a na jeho negativní vliv na zdraví. Na semináři vystoupili odborníci z řad pediatri (prof. Janda, MUDr. Procházka), internistů (prof. Adámková, IKEM), potravinářů-biochemiků (prof. Dostálová, VŠCHT), zástupkyně SZÚ (MUDr. Nejedlá) a zástupci Zdravotněsociální fakulty v Českých Budějovicích (prof. Velemínský, Bc. Klouzková).

Sůl je k životu nezbytná, ale vysoká spotřeba soli vede ke zvyšování krevního tlaku s rizikem rozvoje kardiovaskulárních komplikací, a to zejména hemoragických cerebrovaskulárních příhod a infarktu myokardu. Vysoká spotřeba soli je také propojena se zvýšeným příjmem tekutin a kalorií, což vede k obezitě. Méně se ví, že nadměrný příjem soli také může způsobit nádory žaludku, onemocnění ledvin a osteoporózu.

Podobně jako dnes hovoříme o nutričním programování, je pravděpodobné, že k obdobnému jevu dochází při příjmu soli. Časný návyk na vysoký příjem soli může vést k závislosti na soli v dalším životě se zvýšením rizika hypertenze.

Sůl je používána nejen jako konzervační látka a dochucovadlo, ale také jako látka „maskující“ nekvalitní potraviny. Sůl je dokonce přidávána i do sladkých produktů, paradoxně za účelem zvýšení pocitu sladkosti. Až 80 % soli si domů přineseme v hotových potravinách z obchodů, zejména v uzeninách, cereáliích, některých sýrech, konzervách. Zbýlých 20 % je sůl používána při vaření v domácnosti. Proto opakovaně zaznívá požadavek na snižování obsahu soli

v hotových výrobcích a uvádění informace o množství obsažené soli v gramech na obalech výrobků. Zajímavé bylo sdělení ředitelky české sekce jedné nadnárodní fast-foodové společnosti, která uvedla, že v prodáváných jídlech již snižují obsah soli a že např. smažené bramborové hranolky si může zákazník objednat bez soli. Přesto je ale Česká republika ve spotřebě soli stále na předních pozicích v Evropě, a to hned po Maďarsku a Balkánu. Spotřeba soli v ČR u dospělých dosahuje 15–16 g/den, přičemž doporučení WHO je 5 g/den. Referenční hodnotou denního příjmu soli by zřejmě měla být spotřeba soli před řádově tisíciletími, která se pohybovala pravděpodobně kolem 2 g/den. Doporučeno je proto postupně snižovat v ČR spotřebu soli na 9–10 g/den. Spotřebu soli je možné snížit náhradou bylinkami či vhodným kořením. Ve stravě naopak přijímáme málo draslíku, který je obsažen zejména v zelenině a ovoci. Ve studiích byl prokázán příznivý efekt dostatečného příjmu draslíku na snížení TK.

Redukce příjmu soli v ČR je úkol pro všechny – vládu, ministerstva zdravotnictví, zemědělství, školství, SZÚ, média, zdravotníky napříč všemi odbornostmi včetně pediatri, kteří by měli rodiče dětí seznamovat s doporučenými dávkami soli a nabádat je ke zdravému způsobu stravování a výchově dětí ke správnému životnímu stylu. V tabulce jsou uvedena doporučená množství soli dle věku.

Informace k solení lze najít na několika odborných webových stránkách a to ve formě srozumitelné i laikům: www.pediatrics.cz, – informace pro rodiče, www.szu.cz, www.mene-solit.cz, www.detskylekar.cz v sekci edukační materiály.

Doporučený příjem soli dle věku:

kojenci	max. 1 g NaCl/den
1–6 let	max. 2 g NaCl/den
7–14 let	max. 5 g NaCl/den
dospělí	max. 6 g NaCl/den

Na základě vyslechnutých přednášek a z materiálů laskavě poskytnutých prof. MUDr. Janem Jandou, CSc., zpracoval MUDr. Ctirad Kozderka



Diskusní fórum

Používáme lékové formy penicilinu adekvátně?

Všichni jsme v rozhodování o léčebné strategii denně konfrontováni s vlivem mnoha faktorů. Ve svém rozhodovacím algoritmu bychom měli krom jiného také zvažovat, zda je nutné medikaci vůbec zahájit, a pokud ano, jaký přípravek zvolit pro daného pacienta a jeho chorobný stav a jakou galenickou formu. A právě galenické formě se chci věnovat v tomto zamyšlení.

Jedním z diskutovaných léků je „starý dobrý“ penicilin. Pokud indikujeme penicilin dle pravidel racionální antibiotické terapie, měli bychom zvolit i adekvátní lékovou formu. Nebudu se tedy věnovat otázce správné indikace penicilinu jako takového, ale otázce volby jeho lékové formy. Na našem trhu je pro použití v primární péči dostupný penicilin pro podání p.o., a to ve formě sirupu a tablet nebo ve formě injekční suspenze pro i.m. podání. Lůžková zařízení mají možnost sáhnout i po krystalickém penicilinu pro i.m. či i.v. aplikaci. Tato forma ale není pro ambulantní péči vhodná pro nutnost jeho podávání nejlépe ve čtyřhodinových intervalech.

Při volbě galenické formy bychom se neměli nechat ovlivnit iracionálními požadavky či zvyklostmi vycházejícími jak ze strany pacientů/rodičů, tak i samotných lékařů. Někteří pacienti/rodiče dětí žádají přímo prokain benzylpenicilin s i.m. aplikací 1× denně z důvodu zachování jejich pohodlí anebo z důvodu představ o lepší účinnosti. Bohužel i mezi lékaři napříč odbornostmi, PLDD nevyjímaje, je prokain benzylpenicilin považován za lepší pro jeho domnělý rychlejší nástup účinku a promptní dosažení MIC, lepší prostupnost tkáněmi a vůbec lepší efekt. Pak si ale sami sobě komplikujeme provoz ordinací, kdy stojí za dveřmi fronta nervózních rodičů s ještě nervóznějšími a řvoucími dětmi na další a další dávku prokain benzylpenicilinu.

Při volbě formy léku bychom si měli umět zodpovědět, proč volíme právě tu a ne jinou galenickou formu, a to z hlediska nejen odborného, ale i ekonomického, právního a etického. Jak už to v medicíně chodí, vždy si musíme na misky vah položit všechny argumenty pro finální rozhodnutí s tím, že si musíme umět své rozhodnutí relevantně

obhájit. Neméně důležité je i sledování dynamiky onemocnění a dle průběhu strategii léčby upravovat.

Po i.m. aplikaci léku, prokain benzylpenicilinovou suspenzi nevyjímaje, by měl pacient striktně vyčkat ve zdravotnickém zařízení po dobu 30 minut pro případ rychlého zásahu v případě vzniku anafylaktické reakce. Denně jsme svědky ignorování tohoto doporučení některými rodiči v souvislosti s očkováním dětí. Není v našich silách kontrolovat, zda v čekárně skutečně vyčkají. Až se ale stane nehoda, bude nezodpovědný rodič svádět vinu na zdravotníky (ten doktor/doktorka/sestřička to špatně píchl/a...). Proto bychom si při volbě neindikované lékové formy měli uvědomit i riziko případné forenzní dohry. Provedeme po přísátí klíštěte širokou excisi nebo klíště odstraníme dle doporučeného postupu a poučíme pacienta o potřebě observace? Budeme každému dyspnoickému pacientovi aplikovat 100% kyslík? Asi ne. Tak proč dáváme tak často přednost prokain benzylpenicilinu před některou perorální formou? I v lůžkových zařízeních při léčbě závažnějších bakteriálních infekcí je zahájena terapie parenterálně podanými antibiotiky dle citlivosti, ale jakmile to stav umožní, přejdou na totéž antibiotikum v perorální formě. Proč tedy někdy tvrdošíjně lpíme na aplikaci prokain benzylpenicilinu po dobu 10 dnů a pak ještě dávce benzathinbenzylpenicilinu (pokud by byl k dispozici)? Jak budeme argumentovat u soudu v případě závažné nehody a obhajovat zvolenou aplikáční cestu penicilinu? Byl postup skutečně lege artis, nebo jsme již za hranicí a postup bude hodnocen jako non lege artis se všemi forenzními důsledky?

Kdy bychom mohli zvažovat parenterální aplikaci penicilinu? Nemožnost p.o. aplikace např. při opakovaném zvracení, možná v úvodu onemocnění, když je dítě schvácené. Skutečně výjimečnou indikací by mohla být nespolehlivost rodičů a nedodržování intervalů v podávání perorální formy penicilinu. Zde je ale potřeba rodiče vychovávat ke zodpovědnosti za péči o jejich dítě, a to nejen

ve zdraví, ale i v nemoci. Nesmíme dopustit, aby nezodpovědný rodič zodpovědnost přehodil na zdravotníky.

Protože se velmi často setkávám s indikováním aplikace prokain benzylpenicilinu z jiných pracovišť (ať lůžkových, včetně klinických, nebo ambulantních specialistů, ale i z řad PLDD, kteří o víkendech odesílají své pacienty na LPS), požádal jsem o rozbor Farmakologický ústav Univerzity Karlovy v Praze. Pan prof. Ondřej Slanař byl tak laskav, že mi poskytl informace o galenických formách penicilinu a dal mi i svolení k jejich použití v tomto zamyšlení.

Dotaz

Vážený pane profesore, obracím se na Vás s dotazem týkajícím se indikací jednotlivých forem PNC v terénní praxi. Dlouhá léta řeším problém, kdy podat PNC formou p.o. (např. V-Penicilin, Oспен) a kdy formou parenterální (v případě ordinace v primární péči o děti se jedná o přípravek Prokain-Penicilin 1,5 MIU). Řada pracovišť, jak v primární péči, tak klinických, indikuje téměř výhradně na všechny infekce způsobené citlivými kmeny (zejména Str. pyogenes) injekční formu Prokain-PNC, a to bez ohledu na další faktory, jako je např. komorbidita, možnost užití p.o. formy, celkový stav apod. Osobně se domnívám, že pro parenterální (i.m.) aplikaci by měl mít indikující lékař dostatečný důvod. Pokud pacient nemá zdravotní indikaci k podání parenterální formy PNC, a přesto ji indikují, pak se domnívám, že postupují non lege artis (paralelou je např. automatické podání 100% kyslíku každému apnoickému novorozenci nebo fototerapie při hyperbilirubinémii novorozence bez jasné indikace – „jen pro jistotu“).

Jako příklad reálných kauz, s nimiž jsem se v poslední době osobně setkal a dovolil si zpochybnit postup, si dovoluji uvést:

- 1) Tříměsíční kojenec s rino-faryngitidou, v kultivaci z nosu Str. pyogenes, v kultivaci z krku nález fyziol. flóry, celkově bez



alterace, subfebrilní, nezvracel, přesto indikován P-PNC i.m.

- 2) Osmiletý chlapec s otitis med. ac., v kultivaci po paracentéze Str. pyogenes, klinicky bez alterace stavu, po paracentéze druhý den afebrilní, při kontrole po třech dnech bubínek zklidněn, bez sekrece. Při kontrole dle mikrobiol. nálezu nasazen P-PNC s požadavkem jeho další aplikace 5 dnů (!!!).

Při žádosti o odůvodnění indikace P-PNC jsem od kolegů dostal toto odůvodnění: P-PNC má lepší účinnost a je nutno jeho podání dokončit injekční formou, protože se lépe udrží hladina ATB v tkáních.

Můj přístup k indikaci P-PNC je poněkud rezervovaný a indikaci si snažím vždy odůvodnit.

P-PNC proto indikuji jen jako přechodnou formu podání, pokud je např. na začátku choroby alterace stavu, zažívací potíže (zejména zvracení), ev. jiné (ani mne nenapadá, co ještě jiného v terénní praxi), a jakmile to stav umožní, přecházím na formu p.o. s nižším rizikem nežádoucích účinků oproti parenterální aplikaci (analogicky postupují i lůžková zařízení např. při léčbě pneumonie, kdy medikace je zahájena i.v. aplikací ATB a po stabilizaci je pacient převeden na p.o. formu).

Na základě výše uvedeného si dovoluji tedy položit konkrétní dotazy:

- a) Jaká je doba dosažení MIC u podání P-PNC i.m. v porovnání s p.o. podaným PNC (V-PNC tabl., Oспен sirup)?
- b) Je po dosažení MIC rozdíl v jejím udržování formou parenterální a perorální?
- c) Jaký je rozdíl v distribuci PNC v tkáních při podání P-PNC a p.o. PNC, pokud nějaký je?
- d) Existuje jasný indikační seznam pro parenterální podání P-PNC? Pokud ne, můžete mi sdělit alespoň rámcové indikace, a kdy naopak parenterální forma není vhodná (samozřejmě krom kontraindikací uvedených v SPC)?
- e) Je indikováno zahájení i.m. aplikace P-PNC po ukončení p.o. aplikace PNC,

a to pro přetrvávání či opětovné zjištění pozitivního kulturačního nálezu? (Často bývá indikován P-PNC po využívání V-PNC s tím, že „když nezabraly tablety, tak ten penicilin napícháme“.) Domnívám se, že je příčina spíše někde jinde (např. nedodržení dávkování či intervalů, nedokončení léčby, nedodržování hygienických pravidel...).

- f) Je vyšší riziko závažných NÚ u některého z obou způsobů podání PNC? Převažuje léčebný efekt některé cesty aplikace nad rizikem s tím spojeným?

Děkuji.

S pozdravem

MUDr. Ctirad Kozderka

■ Odpověď

Vážený pane doktore, zasíláme vyjádření k Vašemu dotazu ohledně PNC.

Po p.o. podání fenoxymethylpenicilinu (dále V-pen) je dosaženo maximálních plazmatických koncentrací cca za 30–60 minut. Po i.m. podání prokain-benzylpenicilinu (dále P-pen) je dosaženo max. plazmatických koncentrací v průměru za cca 2 hodiny (1–4 hod. dle prokrvení svalu, atd.). **V-pen tedy velmi pravděpodobně o něco dříve dosáhne MIC**, ale klinický význam rozdílu nelze očekávat.

Základní peniciliny se dobře distribuují v extracelulárním prostoru, **průnik obou penicilinů do cílových tkání bude odpovídat jejich koncentraci v plazmě.**

Biologický poločas základních penicilinů je cca 45 minut. V případě P-pen však plazmatické hladiny klesají pomaleji, vzhledem k postupnému uvolňování benzylpenicilinu z P-pen. Tento fakt je však pro klinickou účinnost velmi významný. Peniciliny patří mezi tzv. ATB s účinkem závislým na čase. Pro dostatečnou účinnost je třeba, aby plazmatická koncentrace byla vyšší než MIC alespoň po dobu 40 % dávkovacího intervalu. U těžších infekcí se však doporučuje

držet plazmatickou koncentraci nad MIC po co největší část dávkovacího intervalu. Obecně platí, že zvýšení účinnosti může být dosaženo prodloužením doby, po kterou je hladina vyšší než MIC. Samotné zvýšení maximálních dosažených hladin ke zvýšení účinku nevede.

Z toho vyplývá, že P-pen podaný i.m. má farmakokinetický profil, který je pro účinnost výhodnější než p.o. podaný V-pen. Na druhou stranu tato farmakokinetická výhoda jde kompenzovat četností podávání p.o. přípravku. **Nelze tedy obecně tvrdit, že by injekčně podávaný měl vždy lepší účinnost než p.o. V-pen přípravek, neboť je třeba vzít v úvahu i frekvenci podání. Při podávání P-pen i.m. à 24 hodin je dle SPC patrné, že hladiny v pozdějších časech dávkovacího intervalu jsou poměrně nízké.** Při takovémto podávání nelze očekávat, že by jeho účinnost byla lepší než u V-pen podávaném à 6 hodin.

Pokud by bylo cílem zvýšit účinnost, bylo by racionální zvážit podání v intervalu à 12 hodin u P-pen. Analogicky u V-pen je účinnost vyšší, pokud je podáván à 6 hodin ve srovnání s dávkováním à 8 hod.

V principu tedy souhlasíme s Vaší úvahou o tom, že i.m. podávání by mělo mít své důvody, mezi které jistě patří závažné infekce, schopnost/možnost užít p.o. dávky apod. Automatická preference i.m. aplikace je neopodstatněná.

Co se týká nežádoucích účinků, **při i.m. podání P-pen hrozí (navíc oproti p.o. podání V-pen) bradykardie způsobené prokainem a Hoigne syndrom vyplývající z i.m. podání.** Oba tyto NÚ jsou však vzácné (četnost KVS NÚ je < 1/10 000 a četnost Hoignesy se uvádí 1/10 000 až 1/1000).

Pokud byste potřeboval radu v individuálních případech, nabízíme pomoc i formou konzílií klinického farmakologa.

PharmDr. Martin Šíma,
prof. MUDr. Ondřej Slanař, Ph.D.

Setkání absolventů Fakulty dětského lékařství 50 let po promoci v Praze-Motole

Prosíme kolegyně/kolegy, kteří promovali v roce 1966 na FDL, aby se ohlásili na e-mailu prof. Jandy jandajan1@seznam.cz.

Požádali jsme děkanát 2. LF o seznam promujících v roce 1966, prosíme ale všechny, aby se pokoušeli **dodat současné kontakty a návrhy termínu setkání** (červen?, září?). Loni proběhlo velmi úspěšné **setkání absolventů 40 let po promoci**, tak to hodláme zkusit i **po těch 50 letech**. O získání současných kontaktů slovenských kolegů prosíme prof. MUDr. Tibora Šagáta z Bratislavy.



Specializovaná způsobilost v pediatrii

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

Návrh zákona předložený do vlády ruší obor Dětské lékařství, ruší obor Praktické lékařství pro děti a dorost a zavádí nový obor pediatrie. Navrhujeme jiné řešení.

Naším cílem je vytvořit systém specializačního vzdělávání, který bude pro lékaře atraktivní, bude produkovat lékaře připravené poskytovat kvalitní zdravotní péči a přijmout odpovědnost odpovídající tomu, kde budou pracovat.

Naším zájmem je zachovat **základní obor Dětské lékařství** jako základní klinický obor a **základní obor Praktický lékař pro děti a dorost** jako plnohodnotný obor v primární péči.

Podporujeme zachování systému **kombinovaných kapitačně výkonových plateb** v primární péči.

Pro další rozvoj oborů je klíčové zachování systému rezidenčních míst pro lékaře ve specializační přípravě.

Navrhujeme zachovat dva obory, Dětské lékařství a Praktické lékařství pro děti a dorost.

Pro oba obory bude **společný kmen** v trvání dva roky na dětském oddělení. Tento kmen bude zakončen jednotnou – **společnou zkouškou**.

Třetí společný rok stráví pro oba obory lékaři na dětském oddělení.

Specializační příprava oboru **Dětské lékařství bude trvat pět let**. Po třech společných letech na klinice stráví lékaři další dva roky na dětském oddělení, z toho tři měsíce v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. Specializační příprava oboru **Praktické lékařství pro děti a dorost bude trvat čtyři roky**. Po třech společných letech na dětském oddělení stráví lékaři jeden rok v akreditované ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost.

Ministerstvo zdravotnictví jmenuje **společnou oborovou atestační komisi**, před kterou budou skládat atestační zkoušku lékaři jak pro obor Dětské lékařství, tak pro obor Praktické lékařství pro děti a dorost. Obě odborné společnosti navrhnou do atestační komise stejný počet členů. Obě společnosti se dohodnou na tom, že 2 z 3 otázek u atestační zkoušky budou ze společného „koše“. Lékař, který získal specializovanou způsobilost v oboru Dětské lékařství a pracoval v oboru alespoň 6 let, získá specializovanou způsobilost v oboru Praktický lékař pro děti a dorost po absolvování vzdělávacích kursů specifikovaných v náplni specializačního vzdělávání a po doškolení na akreditovaném

pracovišti – ordinaci PLDD – v rozsahu 60 pracovních dnů (podobně jako při přerušení výkonu povolání).

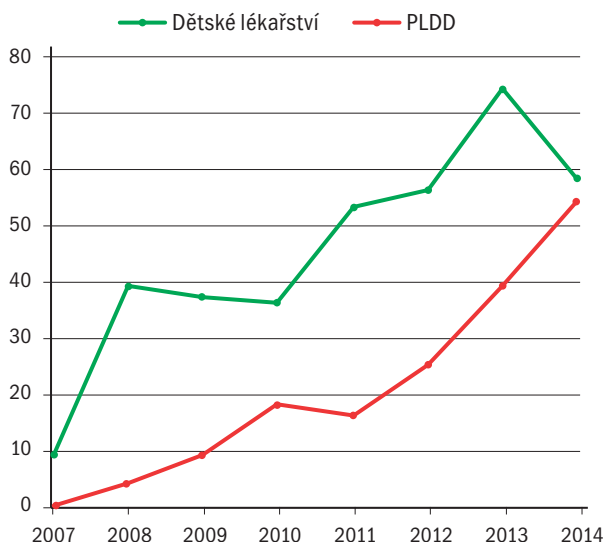
Stejně tak lékař, který získal specializovanou způsobilost v oboru Praktické lékařství pro děti a dorost a pracoval v oboru alespoň 6 let, získá specializovanou způsobilost v oboru Dětské lékařství po absolvování vzdělávacích kursů specifikovaných v náplni specializačního vzdělávání a po doškolení na akreditovaném dětském lůžkovém oddělení v rozsahu 60 (ev. více) pracovních dnů (podobně jako při přerušení výkonu povolání).

Přehled odatestovaných lékařů v oboru PLDD

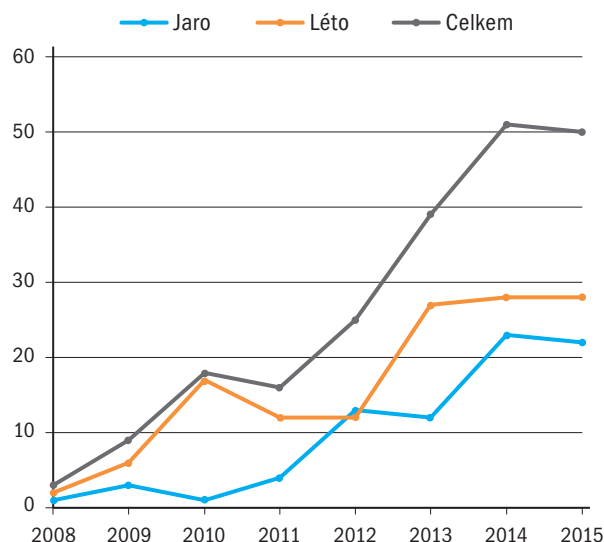
Rok	Jaro	Podzim	Celkem
2008	1	2	3
2009	3	6	9
2010	1	17	18
2011	4	12	16
2012	13	12	25
2013	12	27	39
2014	23	28	51
2015	22	28 *)	50 *)

*) odhadováno

Počet odatestovaných lékařů v oborech Dětské lékařství a Praktický lékař pro děti a dorost v letech 2007–2014



Přehled odatestovaných lékařů v oboru PLDD





Orgán sociálně-právní ochrany dětí

JUDr. Adam Doležal
právník SPL ČR

V průběhu měsíce ledna a února pořádalo SPLDD celorepublikový cyklus vzdělávacích konferencí pro praktické lékaře pro děti a dorost. Jedním z témat této konference byla i právní problematika týkající se otázek oznamovací povinnosti poskytovatelů zdravotních služeb a lékařů vůči orgánu sociálně-právní ochrany dětí (dále jen „OSPOD“) a povinné mlčenlivosti lékaře a dalších zdravotnických pracovníků. Seminářů se účastnili jednak právníci SPLDD, jednak i Mgr. Adam Křístek, právník Ministerstva práce a sociálních věcí z Oddělení ochrany práv dětí a náhradní rodinné péče. Na základě těchto seminářů se SPLDD rozhodlo vydat určitou praktickou metodiku pro praktické lékaře pro děti a dorost (dále též „PLDD“), jak v případě spolupráce s OSPOD postupovat.

Povinná mlčenlivost je upravena v ustanovení § 51 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (dále jen „ZZS“). V odstavci 1 je uvedeno, že poskytovatel je povinen zachovávat mlčenlivost **o všech skutečnostech**, o kterých se dozvěděl v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. Jedná se tedy o všechny skutečnosti, které se dozvěděl, **nikoliv pouze informace o zdravotním stavu**.

Za porušení povinné mlčenlivosti se nepovažuje sdělování údajů nebo jiných skutečností, je-li poskytovatel **zproštěn pacientem**, popřípadě zákonným zástupcem pacienta, mlčenlivosti a sděluje-li údaje nebo tyto skutečnosti v rozsahu zproštění.

Výjimka z povinné mlčenlivosti vyplývá z § 51 odst. 2 písm. c) ZZS ohledně sdělování, popřípadě oznamování údajů nebo jiných skutečností podle tohoto zákona nebo jiných právních předpisů, **pokud z tohoto zákona nebo jiných právních předpisů vyplývá, že údaje nebo skutečnosti lze sdělit bez souhlasu pacienta**. Zvláštním právním předpisem, na základě něhož může existovat výjimka, je v případě sociálně-právní

ochrany dětí **zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí** (dále jen „ZSPOD“).

ZSPOD řeší v zásadě dvě situace, kdy dochází k prolomení povinné mlčenlivosti. První je **aktivní oznámení ze strany lékaře**, tj. situace, kdy lékař má povinnost poskytnout hlášení OSPODu. Tuto situaci řeší ZSPOD v ustanovení § 10 odst. 4, podle kterého je poskytovatel zdravotních služeb povinen oznámit obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností **skutečnosti, které nasvědčují tomu**, že jde o děti uvedené v § 6 ZSPOD, a to bez zbytečného odkladu poté, kdy se o takové skutečnosti dozví. Ustanovení zní následovně:

„Sociálně-právní ochrana se zaměřuje zejména na děti,

- a) jejichž rodiče
 1. zemřeli,
 2. neplní povinnosti plynoucí z rodičovské odpovědnosti, nebo
 3. nevykonávají nebo zneužívají práva plynoucí z rodičovské odpovědnosti;
- b) které byly svěřeny do výchovy jiné osoby odpovědné za výchovu dítěte, pokud tato osoba neplní povinnosti plynoucí ze svěření dítěte do její výchovy;
- c) které vedou zahálčivý nebo nemravný život spočívající zejména v tom, že zanedbávají školní docházku, nepracují, i když nemají dostatečný zdroj obživy, požívají alkohol nebo návykové látky, jsou ohroženy závislostí, živí se prostitucí, spáchaly trestný čin nebo, jde-li o děti mladší než patnáct let, spáchaly čin, který by jinak byl trestným činem,⁴⁾ opakovaně nebo soustavně páchají преступky⁵⁾ nebo jinak ohrožují občanské soužití;
- d) které se opakovaně dopouští útěků od rodičů nebo jiných fyzických nebo právnických osob odpovědných za výchovu dítěte;

- e) na kterých byl spáchán trestný čin ohrožující život, zdraví, svobodu, jejich lidskou důstojnost, mravní vývoj nebo jmění, nebo je podezření ze spáchání takového činu;
- f) které jsou na základě žádostí rodičů nebo jiných osob odpovědných za výchovu dítěte opakovaně umísťovány do zařízení zajišťujících nepřetržitou péči o děti nebo jejich umístění v takových zařízeních trvá déle než 6 měsíců;
- g) které jsou ohrožovány násilím mezi rodiči nebo jinými osobami odpovědnými za výchovu dítěte, popřípadě násilím mezi dalšími fyzickými osobami;
- h) které jsou žadateli o udělení mezinárodní ochrany, azylanty nebo osobami požívajícími doplňkové ochrany, a které se na území České republiky nacházejí bez doprovodu rodičů nebo jiných osob odpovědných za jejich výchovu;

pokud tyto skutečnosti trvají po takovou dobu nebo jsou takové intenzity, že nepříznivě ovlivňují vývoj dětí nebo jsou anebo mohou být příčinou nepříznivého vývoje dětí.“ Tedy nemůže se jednat o situace, které jsou například pouze jednorázové a nemají silnou intenzitu (např. pokud rodič dá facku dítěti, není to důvod k hlášení, bije-li však dítě trvale, důvodem to bude).

V praxi půjde zejména o děti, které jsou buď **týrané, zneužívané**, nebo **zanedbávané**. To vyplývá i z určité nesrovnalosti ve výkladu ustanovení § 10 odst. 4 ZSPOD a § 53 ZSPOD, kde jsou výslovně uvedeny právě jen výše uvedené skutečnosti týrání, zneužívání a zanedbávání.

V praxi je nejpálčivější otázkou PLDD otázka **dětí, jejichž rodiče odmítají povinné očkování, a dětí, které se nedostavují na preventivní lékařské prohlídky. Jak tedy postupovat v takovém případě?**

Situaci je nutné rozdělit na dva okruhy dětí. U dětí, které pravidelně docházejí na léka-



ské kontroly, pouze jejich rodiče odmítají očkování jako určitý prostředek ochrany zdraví, lze i v souvislosti s novým rozhodnutím Ústavního soudu ve věci *sp. zn. I. ÚS 1253/14* doporučit, aby lékař takové skutečnosti OSPOD **nehlásil**.

Odlišně lze situaci hodnotit v případech, kdy se jedná o děti, které se nedostavují na preventivní prohlídky a vůbec nedocházejí k PLDD. Domníváme se, že vzhledem k tomu, že lékař má povinnost hlásit **skutečnosti, které (pouze) nasvědčují tomu** (tj. nejedná se o stoprocentně prokázanou skutečnost), **že rodiče neplní povinnosti plynoucí z rodičovské odpovědnosti**, je zcela namístě ohlásit uvedenou skutečnost příslušnému orgánu OSPOD. Odlišné stanovisko zaujímá ale například Mgr. Křístek, který se domnívá, že ohlašování ani v tomto případě není správné, protože ani neplnění výše uvedených právních povinností (povinné očkování, preventivní prohlídky) ještě neznamená, že by docházelo k porušení náležité rodičovské péče.

V souhrnu lze říci, že podle našeho názoru nelze považovat za prolomení povinné mlčenlivosti, pokud lékař nahlásí skutečnost o pacientovi, který se zcela nedostavuje k PLDD, zvláště pokud tomu nasvědčují i předchozí kontroly, OSPOD.

Kromě aktivní oznamovací povinnosti mají PLDD i pasivní oznamovací povinnost.

Ta je upravena v ustanovení § 53 ZSPOD. Jedná se o povinnost poskytovatele zdravotních služeb na výzvu orgánů sociálně-právní ochrany sdělit údaje potřebné podle tohoto zákona pro poskytnutí sociálně-právní ochrany nebo pro účely rozhodování o vydání pověření, nebrání-li tomu zvláštní právní předpis. Povinnosti zachovávat mlčenlivost podle zvláštního právního předpisu se nelze dovolávat, jestliže mají být sděleny údaje o podezření z týrání, zneužívání dítěte nebo ze zanedbávání péče o ně.

Pokud dané podezření OSPOD má, pak je ovšem musí výslovně v žádosti uvést.

Žádost o podání informací by tedy musela obsahovat údaj o tom, že důvodem dožádání údajů je to, že OSPOD má podezření buď na zanedbávání dítěte, týrání dítěte, nebo zneužívání dítěte. Pokud takové údaje žádost neobsahuje, je lékař i nadále vázán povinnou mlčenlivostí. Prolomení povinné mlčenlivosti by dále nastalo za podmínky, pokud by OSPOD měl souhlas oprávněné osoby (zákonného zástupce) nebo pokud by OSPOD jednal jako tzv. veřejný poručník. I o těchto skutečnostech je ovšem povinen podat informaci.

Pokud žádost žádnou z výše uvedených skutečností neobsahuje, pak je nutné obrátit se na OSPOD, aby takovou informaci v žádosti doplnil, v opačném případě pak odmítnout o uvedených skutečnostech informovat.

Diferenciální diagnóza v pediatrii

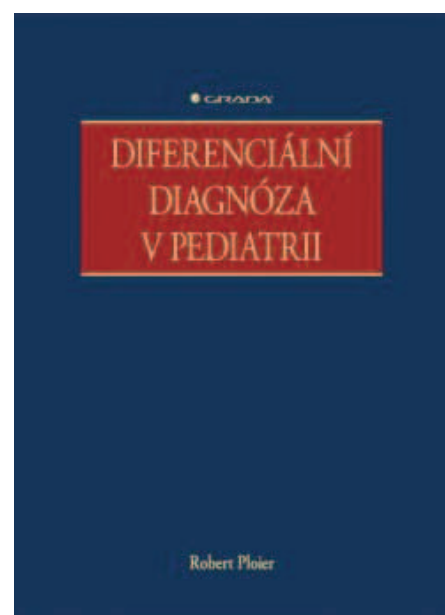
Koncem roku 2015 se objevil v nabídce nakladatelství Grada překlad knihy Roberta Ploiera, kterou v roce 2012 vydalo stuttgartské nakladatelství THIEME-VERLAG pod názvem „*Differenzialdiagnosen in der Kinder- und Jugendmedizin*“. V takovém rozsahu nevyšla u nás podobná monografie již téměř 50 let. Poslední taková česká publikace věnovaná diferenciální diagnostice v pediatrii pochází z roku 1966 od autorky prof. Jiřiny Čížkové-Pišarovicové. Nyní dostupný překlad z němčiny o 432 stranách obsahuje 100 symptomů abecedně řazených a s tím souvisejících diferenciálnědiagnostických kapitol. Mimořádně didakticky pojatá učebnice je přehledná, stručná a konkrétní, pomáhá jí v tom více než 600 diferenciálnědiagnostických tabulek. Kniha uvádí též obrazy nemocí, které nejsou časté, a umožňuje tak navazovat i mezioborovou spolupráci s dalšími potřebnými lékařskými

obory – propojuje pediatrii, všeobecné lékařství, dětské chirurgie a internisty.

Kapitoly mají jednotnou strukturu, stručně uvádějí do potřebné problematiky a v následném diferenciálnědiagnostickém přehledu vedou k řešení. Kniha uvádí četné přehledy, které se liší podle různých úhlů pohledu (např. podle manifestace příznaků, etiologie, patogeneze, akutního či chronického vývoje apod.). Publikace je po odborné stránce velmi dobře hodnocena.

Na jejím překladu se podíleli přední domácí odborníci pod vedením prof. MUDr. Jana Jandy, CSc.

Toto ucelené dílo by jistě mělo zaujímat čestné místo v knihovničce začínajícího i zkušeného pediatra. Diferenciální diagnózu v pediatrii lze zakoupit za 1299 Kč na e-shopu www.grada.cz nebo v knihkupectvích s odbornou literaturou.





Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Alena Šebková

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

Na počátku roku 2016 byla dr. Šebková požádána o podílení se na vytvoření suplementa Onkologická revue – Onkologická prevence začíná v dětském a dorostovém věku. Na tomto suplementu spolupracovali kolegové, kteří jsou odborníky v dětské onkologii, dermatologii, PLDD. Vznikl velmi kvalitní časopis se zajímavými články, který byl k distribuci na Kongresu primární péče. Tam se také stal materiálem pro kulatý stůl se stejným tématem. Výstupy setkání PLDD s odborníky budou uvedeny v některém z dalších čísel VOX.

13. 1. proběhla schůzka zástupců SPLDD a OSPDL s tématem kultivace webových stránek. Tak, jak jsme již několikrát avizovali, kultivace webových stránek je velmi nutná jednak pro nepřiliš kvalitní přehlednost, jednak pro stále přibývajících témat, k jejichž prezentaci by měly být stránky využívány.

10. 2. se konala pracovní schůzka dr. Šebkové se zástupkyněmi fyzioterapeutů, kteří se „v čele“ s prof. Kolářem budou podílet na části odborného programu v rámci Pediatrických akademií. Rýsuje se velmi kvalitní a dlouhodobá spolupráce.

20. 2. ČT reportáž – rozhovor s dr. Šebkovou

21. 2. Výbor OSPDL – vybrané informace:

- Na počátku MUDr. Szitanyi seznámila členy výboru a regionální zástupce OSPDL s programem NutriCHEQ, který by měl být využíván v našich ordinacích. Jedná se o edukaci rodičů v oblasti výživy batolat. První seznámení proběhlo na 1. mezinárodním kongresu v Přerově a rozjedou se workshopy po celé republice. Program je velmi zajímavý a velmi přínosný jak pro

naši práci, tak pro rodiče a děti, o které pečujeme. Velmi doporučuji účast.

- Dále jsme byli seznámeni zástupcem firmy MSD s připravovanou akcí – očkováním chlapců proti viru HPV. Některé pojišťovny (VZP, RBP, ZP Škoda) se rozhodly proplatit očkování chlapců od 9 do 14 let. U distributorů budou tyto vakcíny odlišeny od kohortové vakcíny pro děvčata. S technickými záležitostmi budou po konzultaci i se SPLDD seznámeni všichni kolegové.
- Rozjíždějí se cykly vzdělávání pro tento rok: Pediatrické akademie, „výživové“ semináře a workshopy – v letošním roce nedonošenci a batolata. Letošní Zdravotnické fórum: Infekce od A do Z bude mít podtitul Cizinci v našich ordinacích a je opět organizováno ve spolupráci obou organizací, v Praze a Brně. Program je dopilován a velmi zajímavý. Téma infekce se pak rozvine na podzimním 2. mezinárodním kongresu PLDD v Olomouci. Je totiž mnoho témat, která je potřeba probrat podrobněji.

27. 1. se v kanceláři SPLDD/OSPDL sešli zástupci obou organizací s vedoucí katedry PLDD dr. Cabrnachovou a předsedou akreditační komise pro obor PLDD. Náplní schůzky bylo zdokonalení informovanosti PLDD o agendě týkající se akreditací a rezidenčních míst.

- Páteční semináře již mají programy, témata Astma bronchiale a Problematika ORL odpovídají aktuálním novým poznatkům. V rámci spolupráce s dětskými pneumology a alergology vznikne i nový doporučený postup pro léčbu astmatu.

Na jeho tvorbě se podílejí i kolegyně z „re-spirační“ pracovní skupiny – dr. Verdánová a dr. Tvrdoňová – oběma kolegyním patří dík.

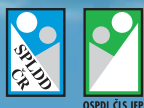
- ČSAKI a ČNeoS sepsaly stanovisko k očkování nedonošenců. OSPDL/SPLDD dostaly k připomínkám, z nichž některé přijaty byly, některé ne. Verze byla odeslána NIKO.
- OSPDL vydala stanovisko o vhodnosti očkování chlapců proti HPV na základě nových poznatků – rozšíření indikací, zavádění v některých evropských státech. Toto stanovisko je v souladu i s názory některých dalších odborných společností.

9. 2. se konalo další zasedání **NIKO** – po obdržení zápisu bude vyvěšen na webu OSPDL. Téma pro nás důležité – stanovisko k očkování nedonošenců – zatím nedošlo ke konsensu, bude svolána ještě schůzka zainteresovaných odborných společností.

17. 2. – MUDr. Šebková – účast na semináři v Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR na téma ABA terapie, která je užívána v terapii dětí s PAS.

Po celý únor vrcholily **přípravy na X. konres primární péče.**

OBOR – vládou prošla novela zákona č. 95/2004 Sb., o vzdělávání lékařů. Je evidentní, že s touto novelou jsou nespokojeni mnozí další odborníci, a dokonce i ti, kvůli kterým se dle MZ provádí – mladí lékaři. Není divu, když novela vznikla naprosto bezkonceptně, bez předchozí diskuse. Pokračujeme ve snaze o vítězství zdravého rozumu.



www.detskylekar.cz

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost České republiky





Alergická rýma

MUDr. Helena Zejdlová

Dětská alergologicko-imunologická ambulance, Krajská nemocnice T. Bati, a. s., Zlín

Alergická rýma v posledních desetiletích vykazuje zvyšující se prevalenci a stává se tak celosvětovým medicínským a sociálně-ekonomickým problémem.

■ Prevalence

V současné době je ve světě udávána prevalence alergické rýmy asi u 40 % populace, v naší republice podle odhadu odborníků je postiženo 10 % dětí a 20 % dospělých, přičemž jen asi polovina je trvale léčena. Bohužel stále je nosní problematika podceňována jak lékaři, tak pacienty. Nejmenší výskyt týkající se věkového období je v předškolním věku, následuje vzestup v adolescenci a dospělosti a s věkem následně pozvolna klesá. Onemocnění postihuje častěji chlapce, s přibývajícím věkem se rozdíl mezi pohlavími vyrovnává.

■ Definice a klasifikace rýmy

V posledním období si stále více všímáme souvislosti alergické rýmy a vzniku průduškového astmatu. Na základě tohoto zjištění byla vytvořena iniciativa ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Astma, Alergická rýma a její vliv na astma). ARIA definuje rýmu jako zánět nosní sliznice, jehož hlavními příznaky jsou svědění nosní sliznice, kýchání, hypersekrece a obturace nosu s častou hyposmií. Potíže jsou přítomné dva nebo více dní po sobě a déle než jednu hodinu po většinu dní.

Klasifikace podle ARIA nově zohledňuje frekvenci a intenzitu příznaků a vliv na kvalitu života pacientů. Dříve uváděné rozdělení na sezónní a nesezónní bylo nahrazeno novým dělením na intermitentní a perzistující a u obou případů na lehkou a středně těžkou.

Klasifikace alergické rýmy z pohledu na kvalitu života pacienta – viz. obr. 1.

■ Etiopatogeneze

Alergická rýma má stejnou podstatu jako ostatní alergická onemocnění. Jde o přehnanou reakci organismu na přirozené

intermitentní
symptomy
< 4 dny v týdnu
nebo < 4 týdny

lehká

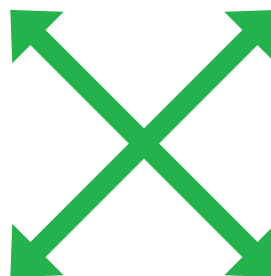
- bez narušení spánku
- bez narušení denních aktivit, sportu, zábavy
- bez problémů ve škole a zaměstnání
- bez přítomnosti obtěžujících příznaků

perzistující
symptomy
> 4 dny v týdnu
a > 4 týdny

středně těžká/těžká

(platí 1 nebo více údajů)

- symptomy narušují spánek
- narušeny běžné denní aktivity, sport, zábava
- problémy ve škole a zaměstnání
- obtěžující nosní příznaky



Obr. 1 Klasifikace alergické rýmy s ohledem na ovlivnění kvality života pacienta

antigeny prostředí (nejčastěji pyly, roztoči, plísňe, zvířecí a potravinové alergen), při které se rozvine kaskáda obranných reakcí. Po novém kontaktu s alergenem, již u sensibilizovaného jedince vzniká časná alergická reakce, při které dojde k specifické tvorbě IgE protilátek a jejich navázání na membrány efektorových buněk s následnou degranulací a rozvinutím kaskádové reakce, v jejímž konečném důsledku u pacienta vzniká během pár minut alergická reakce v cílových orgánech. Při delším trvání kontaktu s alergenem vzniká pozdní alergická reakce, která se většinou objeví za 2–6 hodin s opětnými klinickými obtížemi. Rozhodující roli hrají v pozdní fázi alergické reakce eozinofily. Pozdní fáze je významným faktorem pro udržení hyperreaktivity sliznice dýchacích cest a obstrukci nosní sliznice. Zároveň se může podílet na zvýšené vnímavosti k nespecifickým podnětům, jako je poletavý prach, vůně, chlad, kouř.

■ Genetika

K rozvoji alergického onemocnění je nutná genetická predispozice pacienta – atopie. U dětí rodičů s atopií, pokud je jeden z rodičů alergik, je riziko rozvoje alergického onemocnění 40 % (více u alergické matky), a 60 %, jsou-li alergici oba rodiče. K manifestaci alergického onemocnění je potřebný kromě genetické predispozice opakovaný kontakt s příslušným alergenem.

■ Klinické projevy

Klinické projevy mohou být velmi variabilní v závislosti na charakteru příčinného alergenu. Nejčastěji se jedná o aero alergen (pyly, roztoči, plísňe, zvířecí alergen), které se dostávají do organismu inhalační cestou. V začátku reakce se objeví kýchání, svědění očí, nosu, sklovitá sekrece z nosu, v rámci pozdní reakce je zřejmá obstrukce



nosu, zhoršení čichu, otok víček, svědění v krku a uších a často se setkáváme se zvýšenou bronchiální reaktivitou a projevy průduškového astmatu. Pacienti s pylovou alergickou rýmou mohou trpět příznaky kožní alergie projevující se svěděním kůže, exantémy, kopřivkou, atopickým ekzémem, který se v pylové sezóně může výrazně zhoršovat. Podobné projevy jsou spojeny i s reakcí na plísňové, roztočové a zvířecí alergen. Napolykáním pylových částic se mohou objevit gastrointestinální příznaky. Často vidíme OSA (orální alergický syndrom) vznikající na základě zkřížené reaktivity pylů s potravinami, kde se předpokládá stejná chemická struktura (nejčastěji některé druhy ovoce a zeleniny). Výjimečně se může objevit i Quinckeho edém a pseudorevmatické obtíže (bolesti kloubů). U části pacientů se můžeme setkat s nižší výkonností, zvýšenou únavou, poruchou soustředěnosti, menším školním výkonem.

■ Diagnostika

Péče o alergika vyžaduje mezioborovou spolupráci. Ta předpokládá úzkou spolupráci praktického lékaře pro děti a dorost, alergologa, otorinolaryngologa a nezávislého i očního lékaře. Alergická onemocnění jsou nejčastějšími chronickými nemocemi dětského věku, včasné odeslání dítěte k alergologovi je přínosem pro pacienta a jeho budoucí zdravotní stav.

Základem pro diagnostiku stále zůstává pečlivá rodinná anamnéza s doplněním informací o klinických projevech a o jejich tíži, o místě a době výskytu potíží.

Při klinickém vyšetření nacházíme při dlouhodobém přetrvávání obtíží u dětí tzv. facies allergica (typická je rýha na kořeni nosu vznikající opakovaným třením nosu dlaní) časté jsou tmavé stíny na dolních víčkách tzv. halonované oči, podmíněno rozšířenou cévní pletení, dýchání ústy v důsledku neprůchodnosti nosu.

Základem alergologického vyšetření jsou kožní tzv. prick testy (je možno provádět od jednoho roku věku dítěte), které zahrnují základní řadu inhalačních alergenů. Sem patří pyly travin, stromů, plevelů, obilí, alergenů roztočů, plísní, a zvířecích alergenů. Pokud nelze provést kožní testy (zhoršený atopický ekzém, akutní zhoršení alergického onemocnění, jiný patologický stav, snížená reaktivita kůže, nemožnost vysadit antialergika a u pacientů s rizikem anafylaxe při

testování), provádíme odběr specifického IgE.

ORL vyšetření tvoří nedílnou součást diferenciální diagnostiky, proto je vhodné je provést ještě před vyšetřením u alergologa, výhodou by bylo i doplnění krevního obrazu a diferenciálu, případně celkového IgE. U pacientů s alergií nalézáme typický lividní charakter sliznic, je nutné doplnění informací o stavu paranazálních dutin, středouší a tonzil. Na specializovaných odděleních se provádí rinomanometrie.

ARIA doporučuje u všech pacientů s alergickou rýmou provádět za účelem vyloučení průduškového astmatu spirometrické vyšetření.

■ Diferenciální diagnostika rýmy

Mechanické faktory:

- deviace septa
- hypertrofické konchy
- adenoidní vegetace
- anatomické odchylky ostiomeatálního komplexu
- cizí tělesa
- atrezie choan

Polypy

■ Terapie

Léčba má tři základní složky, které se vzájemně doplňují.

1. režimová opatření a edukace pacienta.
Ta by měla zahrnovat informace o možnosti eliminace alergenů, ev. případná jiná možná řešení (sledování pylového zpravodajství a v souladu s ním upravit denní režim dítěte, vhodnost klimatických pobytů v přímoří nebo ve vysokohorském prostředí).
2. specifická alergenová imunoterapie (SIAT) patří pouze do rukou alergologa. Je indikována především tam, kde nelze vyloučit příčinný alergen. Imunoterapie je jediný možný léčebný postup, jak přeladit atopickou odpověď k normální odpovědi. Lze ji provádět formou injekční nebo sublinguální nejméně 3–5 let. Účinnost obou forem je dle dlouhodobých klinických zkušeností srovnatelná, obě metody mají svá úskalí a konečný výsledek je závislý především na spolupráci pacienta. U dětí častěji používáme perorální léčbu, abychom se vyhnuli zbytečné traumatizaci pacienta a v neposlední řadě i zbytečným absencím ve škole. Injekční léčba se provádí

zásadně v alergologické ambulanci, vždy v doprovodu rodičů.

3. farmakoterapie – je u většiny pacientů nutná, podává se dle častosti obtíží trvale nebo intermitentně. Dříve podávaná antihistaminika I. generace pro svůj sedativní účinek byla nahrazena nesedativními antihistaminiky II. generace, kde se předpokládá kromě antihistaminického efektu i účinek antialergický, zasahující do různých fází alergické reakce. Antihistaminika tlumí především svědění, kýčání a hypersekreci, je udáván i imunomodulační efekt, méně již ovlivňují blokádu nosu, která je podmíněna cévní složkou. V lehčích případech lze podávat lokální antihistaminika do očí i nosu. U pacientů s těžkou a středně těžkou formou alergické rýmy podáváme topické steroidy, které v doporučených dávkách mají nízkou systémovou biologickou dostupnost. Hlavní efekt spočívá v potlačení zánětlivé reakce a rozvoje pozdní fáze alergické reakce. Topické steroidy nemají bezprostřední úlevový efekt, proto vyžadují dlouhodobější podávání. I při relativní bezpečnosti je vhodná zvýšená opatrnost podávání u dětí. Pokud je pacient současně léčen IKS a pokud mu bude podáván topický kortikoid do nosu, je nutno vnímat dávky jako celek. Dekongestanty jsou používány ke zvládnutí akutních obtíží, zmenšují pouze obstrukci nosu, ale nemají vliv na kýčání, svědění a sekreci z nosu. Při dlouhodobém podávání jsou rizikem pro rozvoj tzv. medikamentózní rýmy.

■ Závěr

Závěrem nutno říci, že úspěšná léčba alergické rýmy je spojena s důslednou edukací pacienta. Zvláště je nutné věnovat pozornost vysvětlení rozdílu mezi preventivní a úlevovou léčbou, nacvičit správný způsob aplikace topických léků, upozornit na vedlejší účinky léčby, zdůraznit nutnost režimová a eliminační opatření v rámci životních aktivit. Důležité je zdůraznění možnosti rizika rozvoje průduškového astmatu, což by nemělo být podceňováno pacienty, ale zrovna tak ani lékaři.



Alergie a volné radikály

MUDr. Václav Holeček, CSc., MUDr. Jiří Liška, CSc.

Mulačova nemocnice v Plzni

Alergie je přehnaná, nepřiměřená reakce imunitního systému organismu na látky, se kterými se běžně setkáváme v našem prostředí. Je způsobena nesprávnou aktivací protilátek ze skupiny imunoglobulinů E (IgE) vlivem daného alergenu. Procento astmatických dětí v současné době stále stoupá. Projevů alergie je mnoho, počínaje sennou rýmou až po astmatické záchvaty nebo anafylaktický šok. Mezi běžné příčiny alergie lze uvést pylové alergie, alergie na lepek, mléko, chlad, potraviny, slunce, roztoče, laktózu, kočky, atd.

Dědičnost: U dítěte, jehož jeden rodič trpí alergií, je riziko vzniku alergického onemocnění 30 %. Jsou-li alergiky oba rodiče, zvyšuje se riziko na 60 %. Může se ale stát, že dědičný základ „přeskočí“ jednu generaci.

Prevence: Konzumace některých potravin v průběhu těhotenství může vést k ekzémům (celer, citrusy, syrové papriky, margarín, rostlinný olej), naopak prevencí může být vysoký příjem zinku, selenu a antioxidantů. Astma, alergie i ekzémy může u dětí spustit i kouření matky během těhotenství. Příčin alergie je více, a proto bychom se měli soustředit alespoň na některé z nich. Alergie má i určitou závislost na volných radikálech, což dosud je relativně málo sledováno. Oxidační stres ovlivňuje patogenезi a progresi mnoha chorob. Včasná diagnóza oxidačního stresu u malých dětí přináší užitek – minimalizaci oxidačního poškození. Polyfenoly účinkují jako antialergika. Interakce polyfenolů s proteiny může modulovat proces alergické senzibilizace. Endogenní antioxidační schopnost limituje velikost buněčného poškození volnými radikály během alergického záchvatu.

Expozice ozónu po narození přispívá ke vzniku alergického astmatu. Vystavení ozónu ovlivňuje hyperreaktivitu na vzduch, počínaje poškozením epitelu přes nervovou excitaci až po nervové reprogramování během dětství. Inhalované oxidanty přispívají k mnoha patologickým procesům jako exacerbaci nemocí dýchacích cest (astma, chronická obstrukční plicní choroba, akutní respirační distress syndrom). Též na oxidaci vyvolané choroby mají vliv rizikové faktory jako věk a genetika. Antioxidanty proti vol-

ným radikálům podávané těhotným ženám významně nesnížily výskyt astmatu, rinitidy nebo ekzému u jejich dětí v 5. roce života. Magnesium chránilo před ekzémem. Je ovšem možné, že uvedený časový interval podání antioxidantů v těhotenství nebyl vhodný. Oxidační stres (tj. relativní nadbytek volných radikálů) zvyšuje zánětlivou odpověď na astma a alergii, suplementace antioxidanty astma snižuje, ale nebrání vzniku astmatu či alergie. Odpověď na antioxidanty může být modifikována věkem, genetikou a zevními zdroji oxidačního stresu. **Zranitelná populace má deficit dietních antioxidantů, malý přísun antioxidantů v dietě a vysoký přísun zdrojů oxidantů.**

Přítomnost dětí do 3 let více než 60 hodin ve chlorované vodě bazénů zvýšila riziko vzniku zánětu dýchacích cest a IgE senzibilizace na domácí prach nezávisle na jiných rizikových faktorech.

Děti s velmi nízkou porodní hmotností (< 1000 g) po porodu velmi často sípají, a proto se diagnostikují jako astmatici. Děti byly vyšetřeny v 6–7 letech života. Sípání bylo časté v 64 % případů dětí, které byly hospitalizovány do 2 let jejich života a bylo u nich častěji konstatováno astma (ve 32 %), kontroly měly vyšší IgE. Děti s nízkou porodní hmotností měly častěji respirační, ale ne alergické problémy ve srovnání s kontrolní skupinou. Potřeba rehospitalizace ve 2 letech byla významnějším faktorem pro budoucí respirační problémy v 7 letech – bronchopulmonální dysplazii nebo alergii – než perinatální faktory.

Není známo, zda alergický zánět dýchacích cest má souvislost s nadváhou nebo obezitou a dětským astmatem. Ze zvýšeného množství tělesného tuku je obviňován vitamin D. Obézní děti v Africe při 12 hodinách na slunci mají deficit v tukích rozpustného vitaminu D, který je v tukách degradován. Indikátory adipozity mají vztah k astmatu dětí s nízkým FeNO (frakčním vydechovaným NO – biomarker eozinofilního zánětu dýchacích cest). U dětí s nízkým FeNO je spojitost s BMI, procentem tělesného tuku a obvodem boků. U pozitivních indikátorů adipozity je horší stav astmatu u těch, kteří mají vysoký FeNO. FeNO je významně

vyšší u dětí, jejichž matky kouřily. Kouření matky zvýšilo FeNO a působilo horší plicní funkce u předškolních dětí. Signifikantně byla zvýšená i hladina kotininu v moči. Kuřačky mají astma častěji než nekuřačky. Během těhotenství byla exacerbace astmatu běžnější a těžší u kuřaček než u nekuřaček. Účinek astmatu matky na fetus je větší než u matek, které nikdy nekouřily. Sledován byl vztah mezi specifickými IgE a FeNO (40 alergenů). Nalezen pozitivní vztah mezi FeNO a senzibilizací na domácí zvířata, šváby, sýr, některé mořské živočichy, *Blomia tropicalis*, *Dermatophagoides pteronyssinus* aj. Senzibilizace na některé potraviny může přispět k rychlému zánětu dýchacích cest. Atopie byla u 75 % dětí, ale nekorelovala s hladinou FeNO.

U alergií volné radikály podporují lipoperoxidaci. Antioxidanty v potravě u alergií působí profylakticky. Celková antioxidační kapacita je nízká u pacientů se zvýšenou lipoperoxidací a také u akutní exacerbace CHOPN a astmatu. Astma je charakteristické akumulací aktivovaných eozinofilů. Bronchiální epitelální buňky uvolňují cytokiny včetně granulocyt-makrofág kolony stimulujícího faktoru (GM-CSF). Eozinofilová peroxidáza stimuluje epitelové buňky k uvolňování GM-CSF. Zánětlivé buňky u astmatu uvolňují volné kyslíkové radikály, které poškozují tkáň a zvyšují zánět dýchacích cest. Antioxidační enzymy pak mají protektivní účinek na dýchací cesty. Antioxidanty též mají protektivní účinek proti TNF- α cytotoxicitě. Infuze SOD s katalázou v liposomech chrání živočichy před toxicitou kyslíku. Imunoterapie může zabránit alergii nebo ji snížit jednak zvýšením tvorby IFN- γ , jednak snížením produkce IgE. Léky proti manifestaci alergie zahrnují kumariny, glukokortikoidy, antileukotrieny a antihistaminika. Se a Zn jsou kofaktory mnoha enzymů (např. glutathion peroxidázy – Se, Cu, Zn – SOD aj.). Děti mající alergii na potravu mají významně nižší koncentraci selenu a zinku i enzymů je obsahujících. Tyto děti mají i sníženou antioxidační kapacitu. Podávání magnesia během těhotenství chránilo před rizikem ekzémů v 5 letech. Účinek jiných antioxidantů se na alergiích neprojevil, ovšem nelze ho vyloučit.



Alergie často přechází ve vážné astmatické stavy. Astmatický záchvat se projevuje mj. zvýšenou produkcí volných radikálů a následně i snížením antioxidantů. Těžké astma je charakterizováno trvalým zánětem dýchacích cest a zvýšenou tvorbou ROS. Glutathionová homeostáza v dýchacích cestách je u dětí s těžkým astmatem poškozena, je snížena hladina GSH (redukováného glutathionu) a zvýšená hladina GSSG (oxidovaného glutathionu) v bronchoalveolární laváži. S tím současně byla zvýšena koncentrace malondialdehydu, 8-isoprostanu a peroxidu vodíku v ELF (epithelial lining fluid). Patogeneze astmatu zahrnuje zánět dýchacích cest a nerovnováhu antioxidantů a oxidací. Před cvičením měla skupina astmatiků vyšší MDA a NO a nižší aktivitu SOD a GSH-Px. Vyšší specifické IgE pro šváby, prach a myši bylo spojeno s vyšší koncentrací FeNO, horší funkcí plic a vyšší hladinou eozinofilů v krvi. Též docházelo k častější hospitalizaci. Byla vyšší senzibilizace a expozice, která vedla k závažnějšímu astmatu. Farmakologický zásah a cvičení 8 týdnů signifikantně zlepšilo funkci plic a snížilo markery oxidačního stresu, tedy zlepšení bylo způsobeno příznivým ovlivněním oxidačního stavu.

S tíží astmatu stoupá hladina malondialdehydu (MDA) a klesá hladina vitaminu C, E a kyseliny močové. U těžkého astmatu se signifikantně prohlubuje negativní korelace mezi MDA a vitaminem C. Děti při astmatickém záchvatu mají signifikantně vyšší MDA a nižší vitamin C, E a kyselinu močovou v krvi. Astmatické děti měly dále signifikantně nižší hladiny vitaminu A a E, Se a koenzymu Q10, celkovou antioxidantní kapacitu, ale ne hladinu betakarotenu. Měly vyšší FeNO. Suplementace vitaminem E a selenem zvýšila celkovou antioxidantní kapacitu, snížila hladinu malondialdehydu, ale jen u astmatiků. U alergického astmatu byla pozorována inzulinová rezistence, byl zvýšen i IL-6 a TNF- α . Oxidační stres vede u dětí k perifernímu poškození DNA u bronchiálního astmatu. Poškození DNA u bronchiálního astmatu bylo signifikantně vyšší než u kontrol. Byl vyšší celkový oxidační stav a celková koncentrace peroxidů. Poškození DNA korelovalo s celkovým oxidačním stavem. Nález ukázal, že poškození lymfocytární DNA se zvyšovalo u dětí s bronchiálním astmatem a se zvyšováním oxidačního stresu.

U dětí s astmatem je běžná alergická rinitida. Diagnóza a léčení kortikosteroidy do nosu zřejmě zlepšují kontrolu astmatu u dětí. Podávání středomořské stravy, hlavně čerstvého ovoce, snížilo frekvenci astmatických příhod a rýmy u dětí, ale i u dospělých se zvýšila frekvence kontrolovaného astmatu oproti kontrolám. Alkohol působil opačně. Vzhledem k heterogenitě velkého množství studií nelze dělat definitivní závěry, ale některé práce ukazují na to, že fyzický trénink může snížit záněty dýchacích cest u astmatiků. Měřila se teplota dechu, FeNO a spirometrie u dětí ve věku $11,2 \pm 2,5$ roku. Teplota vydechovaného vzduchu byla dobře reprodukovatelná, u astmatických dětí byla o $1,1^\circ\text{C}$ vyšší než u kontrol. Takto lze sledovat účinek léků – kortikosteroidů, které tuto teplotu snižují.

Závěrem lze říci, že vyváženost poměru volných radikálů a antioxidantů hraje jak ve vzniku, tak v terapii alergií důležitou roli. Náchylnost k alergiím vzniká už během těhotenství a je ovlivňována vnitřními i vnějšími vlivy během celého života.

Literatura u autorů.

Hamánek
péče v každé lžičce



www.hamaneck.cz

To nejlepší pro děti

Vyvážená strava dětí v prvních měsících ovlivňuje zdraví dítěte po celý další život.

Nejnovější světové i domácí studie dokazují, že nejenom správný výběr stravy, ale především správné načasování jejího zavedení hraje velmi důležitou roli. **V období tzv. okna imunologické tolerance, které spadá do období od ukončeného 16. týdne až do 26. týdne biologického věku dítěte, by měly být zaváděny všechny základní potraviny včetně obilovin s lepkem, ryb, vajíček či mléčných bílkovin.** Současně je však třeba respektovat případnou citlivost či skutečnou potravinovou alergii.

Proto jsme ve spolupráci s vámi, pediatry a odborníky na výživu, připravili výrobky Hamánek tak, aby plně odpovídaly novým výživovým doporučením. Můžete si být tak spolu s rodiči malých dětí jisti, že jim nabízíte s maximální péčí to nejlepší pro jejich správný růst a vývoj. **Hamánek příkrmy můžete s čistým svědomím doporučovat.**





Pruritus v dětství a v dospělém věku

Doc. MUDr. Karel Ettler, CSc.

Klinika nemocí kožních a pohlavních LF UK a FN Hradec Králové

■ Úvod

Pruritus neboli svědění kůže je nepříjemný pocit, který u pacienta vede k nutkavému škrábání. Postihuje pouze kůži a přilehlé části sliznice.

Svědění během života zažije každý člověk. Pokud trvá déle než šest týdnů, je považováno za chronické. Výskyt chronického pruritu není přesně znám, odhaduje se, že postihuje až 20 % dětské a dospělé populace. Pruritus obecně není vázán na pohlaví, ale dle příčin se může u mužů a žen lišit.

Pruritus se dá dělit do skupin podle různých hledisek. Existuje jako lokalizovaný i generalizovaný, bývá periferní i centrální. Může být primárním projevem kožních onemocnění, bývá také sekundárním doprovodným projevem různých onemocnění interních, neurologických i psychiatrických.

Intenzita svědění může kolísat (často se zesiluje večer a v noci). Pokud přetrvává, může výrazně zhoršit kvalitu života.

■ Patofyziologie pruritu

Pocit svědění je vyvolán drážděním volných nervových zakončení v kůži. Tento vjem mohou vyvolat mechanické (dotek, vibrace, tlak), elektrické či tepelné podněty. Volná nervová zakončení jsou umístěna v dermo-epidermální junkční zóně i v epidermis, která je pro vnímání svědění zásadní. Keratinocyty exprimují řadu neuropeptidů (substance P, opioidy, proteázy, endokannabinoidy aj.) a také receptory (PAR-2, vaniloidní a kanabinoidní receptory aj.).

V pocitu svědění hraje roli řada mediátorů. Mediátory pruritu jsou histamin, tryptáza, chymáza, acetylcholin, substance P, bradykinin, serotonin, prostaglandin E, opioidy, NGF (nerve growth factor), leukotrien B₄, IL-31, CGRP (calcitonin-gene-related peptid), VIP (vasoactive intestinal peptid), somatostatin aj. Mezi nejdůležitější z nich patří histamin, proto jsou často jako antipruriginózní léky užívána antihistaminika. Antihistaminika však neúčinkují pokaždé a v těchto případech je zřejmé, že se přenosu účastní jiné mediátory.

Signál z podrážděných nervových zakončení je přenášen nemyelinizovanými vlákny typu C a myelinizovanými vlákny typu Aδ kontralaterálně do spinotalamických drah. Bylo zjištěno, že dráhy pro přenos pocitu svědění se liší od drah pro přenos bolesti. Vzruchy jsou také vedeny dvěma hlavními drahami do mozkové kůry – senzomotorické oblasti a oblasti cingula. Senzomotorická oblast odpovídá za nutkavé škrábání, cingulum pak za emoční složku.

Na centrální úrovni se uplatňují i opioidní látky a periferně mohou zesilovat signál zprostředkovaný histaminem. Neurogení pruritus je spouštěn aktivací μ -opioidních receptorů, zatímco κ -opioidní receptory mají antagonistický účinek.

■ Klinický obraz a příčiny pruritu

Při pruritu jsou patrné známky škrábání jako lineární exkoriace a krusty. Při chronickém pruritu často pozorujeme zhrubnutí kůže, tzv. lichenifikaci, se suchým šupením a olupováním na povrchu, často spojené s hyperpigmentací. Kožní nález se může různě

kombinovat a modifikovat podle základního kožního onemocnění.

Prurigo se projevuje jako tuhé uzlíky, často s exkoriací, hyperpigmentací. Při vyhasnutí pruritu v daném okrsku pak často depigmentované, atrofické jizvy.

U kopřivky nalézáme pomfy červené, růžové, bílé barvy, od drobných okrouhlých pupenů po rozsáhlé splývající plochy, živě červený až plastický dermatografismus.

Asi nejčastěji a nejúporněji se se svěděním setkáváme u atopického ekzému. Dominuje zde suchá, dráždivá kůže, lichenifikace, lineární exkoriace, ale také živé papulo-vesikulky především v predilekčních lokalizacích (loketní a podkolenní jamky, ruce, obličej, krk). U těžších případů je patrný bílý dermatografismus, který nemocný spontánně vyvolává ustavičným škrábáním. Právě k objektivním příznakům patří četné lineární exkoriace (obr. 1), často s impetiginizací, dále pak lesklé, vyhlazené nehtové ploténky od neustálého tření (obr. 2).

Lichen ruber mívá v typických místech drobné červenofialové, ploché, lesklé papuly (zápěstí, kotníky, bérce), ale také projev na

Obr. 1 Exkoriace lineární – krusty, impetiginizace, lichenifikace, hyperpigmentace





sliznicích (dutiny ústní, genitálu) ve formě bělavé sítky. Někdy jsou papulky lineárně seřazené právě v místech poškozených škrábáním (Koebnerův fenomén).

Svědění svrabu vrcholí v noci po ulehnutí a zahřátí v posteli. Na kůži jsou pak drobné papulky, exkoriace, řadící se do dvojic v predilekčních lokalizacích (zápěstí, přední axilární čára, mamily, meziprstí horních končetin, na hranách dlaní a ploskek, popř. větší papuly na genitálu u mužů).

Poštípání hmyzem svědí často velmi intenzivně: v kopřivkovém pupenu je patrný centrální vpich, někdy s hemoragií, ev. puchýřek (strophulus u dětí).

Dermatitis herpetiformis doprovází celiakii. Silně svědivé a rozškrábané puchýřky jsou na loktech, kolenou i v křížové oblasti.

Mastocytóza (urticaria pigmentosa) mívá drobné pigmentované makuly, často v hustém výsevu, na mechanické podráždění reagující začervenaním a elevací (Darierův příznak).

Rozlišujeme několik skupin příčin pruritu u starších dětí a dospělých způsobeného interními a systémovými onemocněními: cholestatický pruritus, pruritus při hematologických, endokrinních, onkologických či renálních onemocněních a idiopatický pruritus. Mezi endokrinní onemocnění s pruritem patří hypotyreóza, hypertyreóza či diabetes mellitus. Hypotyreóza se často vyznačuje xerózou kůže, která sekundárně působí pruritus. V případě hypertyreózy

vede nadbytek tyroidálních hormonů k aktivaci kininů, dochází k vazodilataci cév v kůži a ke změně prahu pro vznik pocitu svědění. U diabetu zatím neznáme přesné mechanismy vzniku pruritu. Je diskutována spoluúčast autonomní dysfunkce, anhidrózy či diabetické neuropatie. Z hematologických chorob působí pruritus například polycythemia vera a Hodgkinův lymfom. Polycythemia vera se vyznačuje zvýšeným množstvím bazofilů a žírných buněk. Patofyziologicky se uplatňují prostaglandiny uvolněné žírnými buňkami a degranulace krevních destiček. Svědění se typicky objevuje po sprchování teplou vodou. U Hodgkinovy choroby se jako pruritogenní faktory uplatňují leukopeptidáza a bradykinin. Pruritus se objevuje i u pacientů s deficitem železa, kteří ale nemusejí trpět anémií. Železo je totiž součástí mnoha důležitých enzymů a jeho role při vzniku svědění se zdá být nezávislá na hemoglobinu. Pruritus se často objevuje i jako doprovodný symptom u maligních onemocnění. Karcinoid bývá doprovázen karcinoidním syndromem, jehož součástí může být i svědění spouštěné vyplavením serotoninu. Velmi často se v lékařské praxi setkáváme s cholestatickým pruritem. Dříve se předpokládalo, že svědění je přímo podmíněno přítomností žlučových kyselin v kůži, ale ukázalo se, že tomu tak není. Cholestatický pruritus je komplexně podmíněný symptom. K jeho příčinám se řadí zvýšené uvolňování histaminu, retence pruritogenních sub-

Kritéria moderní komunikace splňuje jen tisícovka ordinací

V Česku ze zhruba 25 000 soukromých ordinací jen tisícovka podle názoru pacientů, kteří se zúčastnili prvního ročníku celorepublikové soutěže Ordinance roku, splňuje kritéria moderní komunikace s nemocnými. Řada ordinací nepoužívá počítač, ani internet...

Pacienti hodnotili, zda má ordinace počítač, internetové připojení a zda informace o svém provozu poskytuje on-line. Vyjadřovali se i k tomu, zda lékař objednává pacienty přes internet, vypisuje elektronické recepty a ke komunikaci s pacienty používá i sociální síť.

Řada ordinací nepoužívá počítač, internet a nemá ani vlastní webovou stránku, sdělila manažerka soutěže Z. Štemprochová. Pacienti hlasovali od loňského dubna, hlasování už je ukončeno, ceny vítězům budou předány v březnu. Počty hlasujících organizátoři nesdělili. Ze soutěže podle Štemprochové vyplynulo, že nejvyšší úroveň modernizace a stupně informačního pohodlí se dostává pacientům v místech s vyspělou infrastrukturou a hustým osídlením. Vesměs jsou na tom nejlépe velká města, jako Praha, Brno či Plzeň, kde počet ordinací, v nichž pacientům neposkytují ani ten nejzákladnější elektronický informační standard, nepřekračuje tři procenta, uvedla. Zcela opačná je podle manažerky situace na severu a východě Čech, podle odpovědí pacientů se tam přes 23 % ordinací stále ještě zdráhá ke komunikaci používat internet. Z celkového počtu 1020 nominovaných ordinací získaly při hodnocení elektronické komunikace 36 % hlasů ty, které provozují praktičtí lékaři, 26 % ordinace praktických lékařů pro děti a dorost. Na posledním místě v elektronické komunikaci skončila revmatologická a alergologická zařízení s 0,1 % hlasů. PL z Prahy 9 M. Haaseová potvrdila, že s používáním počítače a internetu mohou mít někteří kolegové problém. Ví ale, že i mnoho lékařů starší generace moderní technologie běžně využívá. Avšak i přes všechny výhody, které s sebou moderní komunikační technologie přinášejí, já osobně stále ještě za ten nejdůležitější aspekt považuji osobní kontakt mezi lékařem a pacientem – ten totiž nelze nahradit ani tou nejmodernější technologií, zdůraznila.

Zdroj: www.tribune.cz, ČTK, 4. 3. 2015

Obr. 2 Vyhlazení nehtových plotének





Odbory chtějí ve všech nemocnicích jednotné platové tabulky

Zdravotnické odbory požadují státní platové tabulky ve všech nemocnicích, které jsou ve veřejném zdravotnictví a kde péči hradí zdravotní pojišťovny, což jsou vlastně téměř všechny. Řekla to v pondělí novinářům předsdkyně Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče Dagmar Žitníková po celostátní poradě odborů k platům.

„Situace v avizovaném pětiprocentním navýšení platů od ledna je různá. Někde přidali, jinde ne,“ sdělila.

„Státní nemocnice ano, soukromé většinou ne. Proto požadujeme státní platové tabulky ve všech nemocnicích, které jsou ve veřejném zdravotnictví a kde péči hradí zdravotní pojišťovny,“ poznamenala.

Odbory argumentují tím, že výdaje nemocnic na odměňování jsou kryty z příjmů veřejného zdravotního pojištění, tedy z veřejného systému. Není proto důvod pro nynější rozdíly ve výši odměn.

Mzdy, na jejichž výši by se měly dohodnout odbory se zaměstnavateli, by zůstaly jen ve zdravotnických zařízeních, která fungují zcela mimo systém veřejného zdravotního pojištění, tedy tam, kde pacienti sami péči platí v plné výši.

Chybí deset procent personálu

Podle odborů chybí v nemocnicích asi deset procent personálu, a to jak lékařů, tak sester. V důsledku toho se v některých nemocnicích musela uzavřít nebo redukovat určitá oddělení, na jiných byl omezen provoz.

Zavedení jednotných mzdových tarifů by zamezilo tomu, že vedení zejména soukromých nemocnic nepřidá personálu tolik, kolik by mělo, a to i když úhradová vyhláška navýšení platů o letošních pět procent finančně zajistila.

Zdroj: V. Pergl, Právo, novinky.cz, 9. 2. 2016

stancí vznikajících při metabolismu žlučových kyselin či retence žlučových kyselin v jaterním parenchymu vedoucí k jaternímu poškození a uvolnění pruritogenních substancí. Vzhledem k pozitivnímu efektu antagonistů opioidů v úlevě od svědění se uvažuje i o významné roli endogenních opioidů. U primární biliární cirhózy bývá prvním symptomem svědění kůže bez ikteru. Ikterus se objevuje obvykle o 6–24 měsíců později. Prvním lékařem, kterého nemocný navštíví, bývá praktický dětský lékař nebo praktický lékař pro dospělé, posléze dermatolog. Pruritus se objevuje u pacientů s chronickým selháním ledvin a pacientů v dialyzačním programu. Renálně podmíněný pruritus se také nazývá uremický pruritus. Tento pojem je však zavádějící, protože zvýšená hladina urey nehraje žádnou roli při jeho patogenezi. S pruritem se nesetkáváme u akutního renálního selhání. Příčina pruritu podmíněného renálním onemocněním není jasná. Uvažuje se o působení zvýšených hladin histaminu. V orgánech pacientů s chronickou renální insuficiencí je významně zvýšená hladina žírných buněk. Nicméně aplikace antihistaminik nepřináší adekvátní úlevu, což svědčí i o jiných mechanismech vzniku pruritu. U pacientů s chronickou renální insuficiencí jsou zvýšené hladiny parathormonu a parathyroidektomie vede k ústupu pruritu. Určitou roli mohou hrát také zvýšené hladiny kalcia, magnezia a fosfátu v kůži, protože jejich snížením lze dosáhnout úlevy. Někteří autoři uvažují i o úloze renální insuficiencí podmíněné polyneuropatie.

Psychogenní pruritus (funkční svědivá porucha) může být lokalizovaný nebo generalizovaný. Je charakterizován jako chronický pruritus (déle než 6 týdnů) bez jiné interní či kožní příčiny (sine materia). Typické je záchvatové svědění, které se může rozšířit z jednoho místa na celé tělo, záchvaty se objevují nejvíce v noci, často předchází stresová událost. Psychická nadstavba zhoršuje i pruritus s objasněnou příčinou (anxieta, deprese). U pruritu je často přítomna kombinace několika faktorů, včetně psychogenní složky. Pruritus může provázet i psychiatrická onemocnění jako bludné poruchy (taktilní halucinóza, bludová parazitóza) a obsedantně-kompulsivní poruchy (strach ze spíny a infekce).

Pruritus byl zaznamenán jako nežádoucí účinek celé řady léků (stovky přípravků, např. ACE inhibitory, nesteroidní antiflogistika, kyselina acetylsalicylová, antikonvulziva, antimalarika, barbituráty, beta-blokátory,

diuretika, hypolipidemika, inzuliny, perorální antidiabetika, plazmaexpandéry, trankvilizéry, antiuratika aj.).

■ Diagnostika

Základem vyšetření je kompletní anamnéza – okolnosti začátku pruritu, doba trvání, denní doba s maximem obtíží, jídelníček, léková anamnéza, ostatní onemocnění, domácí zvířata, pobyt v přírodě, obdobné obtíže u rodinných příslušníků, anamnéza atopických onemocnění a alergií.

Fyzikální vyšetření je nezbytné pro vedení dalšího diagnostického procesu. U každého pacienta s pruritem musíme rozhodnout, zda je podmíněn dermatologickou nebo systémovou a interní chorobou. Poté se soustředíme na vyšetření kožního povrchu (status localis), dermatografismus, známky celkového onemocnění (ikterus, uzliny apod.). Při podezření na jaterní příčinu si všímáme přítomnosti ikteru, pavoučkových névů, ascitu, splenomegalie, gynekomastie. Pacienti s hypertyreózou mohou mít exoftalmus, tachykardii, pacienti s hypotyreózou mají suchou kůži (xerózu až s tzv. uremickým popraškem). Hematologičtí pacienti mohou být bledí nebo naopak pletoričtí při polycythemia vera, může být přítomna glossitis, angulární cheilitis.

Dále je indikováno zevrubné laboratorní vyšetření s důrazem na jaterní a renální funkce, krevní obraz, vyšetření hormonů štítné žlázy, protilátek proti viru hepatitidy C, HIV, antinukleární a antimitochondriální protilátky, IgE, glykémie, ionty včetně ukazatelů kalciofosfátového metabolismu atd. Vhodné je i použití zobrazovacích metod, minimálně ultrazvukové vyšetření břicha se zaměřením na játra, popř. CT vyšetření břicha.

Psychiatrické vyšetření, případně vyšetření lékařem zaměřeným na psychosomatiku bývá řazeno až na závěr, jsou-li všechna somatická vyšetření negativní. Pokud však z anamnézy získáme podezření na možnou psychickou příčinu, ev. psychiatrickou komorbiditu, neměla by se tato vyšetření nechávat až na závěr. Můžeme si řadu vyšetření ušetřit.

Ze zásady by však každý perzistující pruritus bez zjištěné příčiny měl být po šesti měsících znovu přešetřen.



■ Léčba

Důležitá je kauzální léčba zaměřená na léčbu základního onemocnění. Nicméně pro pacienta je důležitá symptomatická terapie ulevující jeho obtížím. V první řadě zavedeme režimová opatření. Může pomoci koupel v chladnější vodě, stejně tak aplikace roztoků obsahujících mentol a kafr. Suchou kůži se snažíme zvláčnit.

V medikamentózní terapii jsou užívána antihistaminika, tricyklická antidepresiva, antagonisté opioidních receptorů. Tricyklická antidepresiva, např. doxepin, mají antihistaminový i centrální účinek a jsou využívána v terapii chronického pruritu. Antagonista opioidních receptorů naloxon bývá někdy aplikován u pacientů s nereagujícím uremickým či cholestatickým pruritem. V terapii pruritu se uplatňuje i UVB fototerapie, kterou lze využít zejména u uremického pruritu. Jako alternativní postupy se uplatnily akupunktura a metoda TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation). Další terapeutické postupy jsou specifické pro léčbu konkrétní choroby způsobující pruritus,

např. u cholestatického pruritu je podávána ursodeoxycholová kyselina.

Hlubinně orientovaná psychoterapie nebo psychoanalýza jsou efektivní u pacientů s generalizovaným či lokalizovaným pruritem i u obsedantně-kompulsivních syndromů. Na tuto možnost bychom neměli zapomínat hlavně u mladších pacientů. Behaviorální terapeutické strategie se zaměřují na zpětnou vazbu k ovlivnění škrábání. Terapeutický koncept je založen na posilování tendence ovládat nutkání ke škrábání a upřednostňuje se odměna před trestem (vede ke zmenšení tenze). Ke změně vnímání svědění existují i další přístupy – hypnóza, imaginální trénink (představy ochlazování). Svůj efekt přináší i systematický rodinný přístup v terapii dětí s pruritem („atopická škola“). Začarovaný kruh svědění vzniká v organismu s frustracemi a atakami strachu a dále v organismu, který má deficity ve svém chování (deficit v rozpoznávání, připouštění si a sdílení svých emocí). Tito pacienti pak mívají tendenci odmítat psychologickou interpretaci svého svědění.

■ Závěr

Pruritus je natolik důležitým příznakem, že jej dermatologové uvádějí jako součást klinického nálezu. Je pocíťován většinou velmi nepříjemně a snižuje kvalitu života nemocných. Vždy je nutné vyloučit interní onemocnění s pruritem spojené. Jeho léčba bývá někdy obtížná a mimo symptomatické tlumení vyžaduje léčbu spouštěcích faktorů.

■ Literatura

1. Greaves MW. Pathogenesis and Treatment of Pruritus. Curr Allergy Asthma Rep. 2010;10(4):236–242
2. Jašková E, Taraba P. Pruritus – komplexní terapie. Dermatol. Praxi 2009;3(3):125–130
3. Jedličková H. Pruritus v ambulanci praktického lékaře. Med. Praxi 2010;7(12):493–497
4. Macášek J. Pruritus. Inter. Med. Praxi 2011;13(6):247–249
5. Yosipovitch G. The Pruritus Receptor Unit: A Target for Novel Therapies. J Invest Dermatol. 2007;127(8):1857–1859

**1 porce produktu Nutrimama Profutura denně
dodá klíčové živiny matce i dítěti***

- Omega 3 mastná kyselina (DHA) pro normální vývoj mozku a zraku kojeného dítěte**
- Respektuje specifické výživové potřeby kojících matek
- Přirozené řešení ve formě chutných cereálních tyčinek a mléčného nápoje

Budoucnost začíná dnes

NOVINKA PRO KOJÍCÍ MATKY

**40 let výzkumu
mateřského mléka**

*DHA, vit. C, vit. D, biotin, vit. B₁, B₂, B₆, B₁₂, kys. listové, železo, zinek, jód, vápník. **Pozitivní účinky DHA jsou zajištěny při denním příjmu 200 mg DHA (1 porce produktu) navíc k doporučenému dennímu příjmu omega-3 mastných kyselin pro dospělé, tj. 250 mg omega-3 mastných kyselin (DHA a EPA). Doplněk stravy. Není náhradou pestré a vyvážené stravy. Způsob použití a další informace na www.nutrikulab.cz a na obalech. BF311374.



Prevence závažných onemocnění očkováním – doposud málo využívaná možnost

MUDr. Parvine Gricová

praktický lékař pro děti a dorost, vedoucí PS pro očkování OSPDL ČLS JEP

Stručný přehled historie očkování a jeho význam pro prevenci závažných přenosných infekcí. HPV infekce příčina více než 6 % nádorů na celém světě. Nejúčinnější prevence – vakcinace. HPV vakcíny – jsou vysoce účinné v prevenci karcinomů a prekanceróz děložního hrdla, jsou imunogenní a velmi dobře tolerované. Vakcinace jistě povede k výraznému snížení výskytu nejen cervikálního karcinomu. Kvadrivalentní a nonavalentní vakcína chrání navíc proti genitálním bradavicím, dysplaziím vulvy a pochvy způsobeným HPV infekcí, stejně jako proti rakovině a předrakovinným lézím konečníku u mužů a žen. Důležitost vakcinace nezávislé na pohlaví (gender neutral vaccination). V posledních letech je studována další možnost využití HPV vakcinace u onemocnění dýchacích cest spojených s touto infekcí (respirační papilomatóza a nádory hlavy a krku).

Cílem programu celoplošného očkování je dosažení kolektivní imunity a tím ochrana i těch, kteří nemohou být očkováni (mají kontraindikaci očkování). Vysokou proočkovaností se docílí přerušení cirkulace agens v populaci vedoucího k eliminaci dané infekce.

Klíčová slova:

Očkování – očkovací látky, očkovací programy, očkovací schéma, indikace a kontraindikace očkování, nežádoucí účinky očkování.

■ Očkování proti HPV – význam, benefit „gender neutral vaccination“

Společenský dopad plošného očkování můžeme pozorovat už více než 80 let. Právě plošná vakcinace snížila riziko mnoha infekčních chorob, což se projevilo také jejich eliminovanou nemocností i úmrtností. Prvním, ale ne posledním obrovským hmatatelným úspěchem se stala eradikace pravých neštovic – varioly v 80. letech minulého století. V blízké budoucnosti se dočkáme dalšího milníku moderního očkování, vymýcení dětské přenosné obrny, které je plánováno na rok 2018.

Je tomu už 219 let, kdy bylo započato novodobé očkování. Byl to anglický lékař Edward Jenner (1749–1823), který 14. 5. 1796 po souhlasu obou rodičů inokuloval na paži osmiletého Jamese Phippse hnis z pustuly kravských neštovic a tím provedl první očkování proti variole, jak je známe dodnes. Právě nezvratný úspěch masivního plošného očkování proti pravým neštovicím provádě-

ného po celém světě se stal modelem i pro pozdější očkování. A tak se od poloviny minulého století civilizovaný svět rozhodl využít tento nástroj k efektivnímu boji s infekčními chorobami. Většina preventivních programů je zaměřena na ochranu právě těch nejmenších, pro něž infekce představují největší hrozbu.

■ Československo má v rámci očkování dvě základní NEJ na světě

1. Bylo první zemí, která se díky očkování v roce 1960 zbavila přenosné dětské obrny.
2. Druhým nej bylo působení českého lékaře prof. Rašky v rámci WHO. Prof. Raška v polovině minulého století vytvořil program ohniskové eradikace pravých neštovic. Téměř nikdo v té době nevěřil, že je to vůbec možné, natož vyhledáváním a očkováním vlnitavých osob v ohniscích infekce, tedy ne celoplošně. Podařilo se mu dovést program globální eradikace pravých neštovic až do úspěšného konce. I díky českému lékaři byla v r. 1978 WHO vyhlášena eradikace varioly a od roku 1980 se proti ní neočkuje.

■ HPV očkování jako skutečná prevence závažných chorob

Počátek nového tisíciletí přinesl další očkování ve znamení prevence nádorových onemocnění, tentokrát způsobených lidskými papilomaviry. Nabízí se výjimečná možnost rozšířit vakcinaci i na prevenci onkologických onemocnění, která nemají multifaktoriální etiologii, ale jak se prokázalo, jsou způsobena HPV virem.

Jde v pořadí o již druhé očkování (prvním se stalo očkování proti hepatitidě typu B), které může rovněž snížit výskyt některých nádorových onemocnění.

HPV (human papilloma virus, lidské papilomaviry) jsou malé DNA onkogenní viry z čeledi *Papillomaviridae*, provázející partnera člověka po milióny let vývoje lidského druhu.

Lidský papilomavirus – vědecká klasifikace:

Skupina: **I (ds DNA viry)**

Čeď: **Papillomaviridae**

Rod: **Papilomavirus**

Doposud bylo identifikováno již **více než 130 odlišných typů**, z nichž patnáct se v lidském organismu chová mimořádně agresivně.

**Milníky českého očkování**

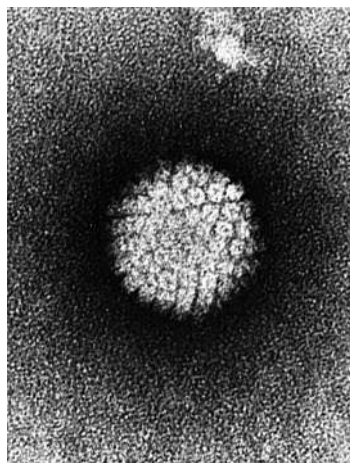
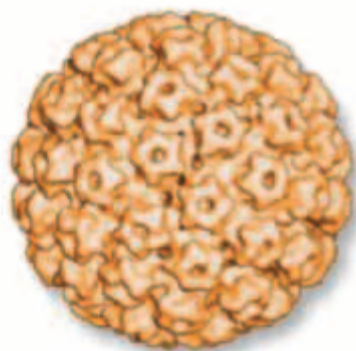
1946	Očkování proti záškrtu
1948/53	Očkování proti tuberkulóze
1952	Očkování proti tetanu
1958	Očkování proti dávivému kašli
1958	Očkování proti dětské přenosné obrně
1969	Očkování proti spalničkám
1982/86	Očkování proti zarděnkám
1985	Očkování proti příušnicím
2001	Očkování proti hepatitidě typu B a hemofilovým nákazám typu b
2009	Očkování proti pneumokokům
2012	Očkování proti lidským papilomavirům

Tabulka 1 Milníky českého očkování (zdroj: Petráš M, Lesná IK. 2010)

Milníky očkování ve světě

1796	E. Jenner (definuje vakcinaci; očkování proti pravým neštovicím)
1884	L. Pasteur (očkování proti vzteklině)
1909	Clmette a Guérin (očkování proti tuberkulóze)
1920/30	Vakcína proti záškrtu a tetanu
1930/40	Vakcína proti dávivému kašli
1955/60	E. Salk/AB. Sabin (očkování proti dětské přenosné obrně)
1960/70	Vakcína proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám
1983	Vakcína proti pneumokokům (23valentní)
1986	Vakcína proti hepatitidě typu B (rekombinantní)
1990	Vakcína proti hemofilovým nákazám typu b (konjugovaná)
2000	Vakcína proti pneumokokům (konjugovaná)
2006	Vakcína proti lidským papilomavirům (4valentní)

Tabulka 2 Milníky očkování ve světě (zdroj: Plotkin SA et al. 2013)



Obrázek 1 HPV virus

Děti konzumují nadměrné množství sodíku

Ve stravě dětí je příliš mnoho sodíku a naopak v ní chybí draslík. Kdo je na vině? Z velké části to jsou slané pochutiny. Je v nich obsažena zhruba polovina denního příjmu sodíku. Taková výživa je podle vědců spojena se zvýšeným rizikem kardio-vaskulárních nemocí v dospělém věku.

Vyplývá to ze dvou italských studií, o kterých píše list Corriere della Sera. Vědci z univerzit v Miláně a Turínu zkoumali stravovací návyky 1 200 turínských žáků a studentů. Zjistili, že děti a dospívající zkonsumují v průměru 1 400 mg sodíku jen mimo hlavní jídla. To je více než 90 procent množství sodíku odpovídajícího adekvátní denní spotřebě v tomto věku. Vědci rovněž pozorovali, že arteriální krevní tlak dospívajících stoupal úměrně tomu, jak konzumovali slané pochutiny. Druhá italská studie, zveřejněná v časopise Plos One, zahrnovala 1 424 dětí a dospívajících ve věku od šesti do osmnácti let z deseti italských regionů. Vědci měřili jejich výšku, váhu, krevní tlak, sledovali jejich stravovací návyky a také množství sodíku a draslíku v moči. Zjistili, že 93 % chlapců a 89 % dívek konzumovalo mnohem větší množství sodíku, než je doporučeno, zatímco spotřeba draslíku v průměru dosahovala sotva poloviny doporučeného množství.

Vzniká tak začarovaný kruh. „Výživa příliš bohatá na sodík a chudá na draslík je spojená se zvýšeným rizikem kardiovaskulárních nemocí v dospělém věku“, vysvětluje Angelo Campanozzi, profesor pediatrie na Foggijské univerzitě a hlavní autor studie publikované na stránkách časopisu Plos One.

„Navíc příjem slaných jídel stimuluje žízeň, která vede k tomu, že mladí lidé pijí hodně sladkých nápojů. Slané pokrmy, které jsou často kaloricky vydatné (jako například smažené brambůrky), jsou ve spojení se sladkými nápoji dobře známou příčinou dětské obezity. Je tedy nesmírně důležité přesvědčit rodiče a pedagogy, aby vedli ty nejmladší k tomu, aby omezili konzumaci slaných potravin a zvýšili příjem čerstvé zeleniny a ovoce,“ zdůrazňuje Campanozzi.

„Nejvhodnějším obdobím k tomu, abychom se zaměřili na tento cíl, je léto. V té době totiž je možné dát více prostoru nejrozumnějším druhům oblíbeného ovoce a zeleniny (melouny, třešně, meruňky, jablka). Tím se rozšíří výběr zdravých potravin, které je třeba vždy podávat v chutné podobě. Například zmrzlina z čerstvého ovoce podávaná v melounu je oblíbenou a zdravou svačinou,“ dodává Campanozzi.

Zdroj: www.tribune.cz, ČTK, 10. 1. 2016



HPV viry pronikají do buněk, kde se pomnoží, zabudují se do DNA hostitelské buňky, následuje dělení infikované buňky a vznik virem změněných buněk, které produkují atypické bílkoviny – onkoproteiny E6, E7, které způsobují nekontrolovatelné dělení buněk = nádorové bujení.

HPV se množí výhradně na kůži nebo sliznicích (genitál, konečník, dutina ústní). Jednotlivé typy HPV infikují vždy určitou anatomickou lokalitu.

Nejvážnější jsou buňky v oblasti přechodu dlaždicového a cylindrického epitelu – hrdlo děložní, anus, hrtan, kde viry infikují bazální buňky, ke kterým pronikají přes mikroskopická poranění.

Imunitní odezva je buněčné povahy, nejspíše specifická k jednotlivým typům virů.

Člověk je jediným rezervoárem těchto virů, proto plošné a masivní očkování celosvětové populace nezávisle na pohlaví by mohlo v budoucnu vést k eliminaci této infekce.

HPV virus byl identifikován v roce 1983 německým lékařem Haraldem zur Hausenem, který za tento objev získal v r. 2008 Nobelovu cenu za fyziologii a lékařství.

■ Třídění virů HPV

HPV viry se dělí dle rizika vyvolávaných změn v postižené tkáni na:

HPV typy s **nízkým rizikem = LOW RISK (LR)** (typy: 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81, CP6108) vyvolávají pouze lehké přednádorové změny:

1. **genitální kondylomata – Condylomata accuminata** (90 % HPV etiologie),
2. **rekurentní respirační papilomatóza** (u dětí se předpokládá přenos této nákazy během porodu z matky s kondylomaty; možný je i přenos transplacentární),
3. **některé méně závažné přednádorové stavy** děložního hrdla, pochvy a zevních rodidel (i úspěšný zákrok těchto stavů však může mít své následky v podobě snížené fertility, předčasných porodů nebo dokonce i potratů).

HPV typy s **vysokým rizikem = HIGH RISK (HR)** (typy 16 a 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, 82) vyvolávají vznik těžkých přednádorových a nádorových změn na děložním čípku, penisu, anu:

1. **karcinom děložního hrdla, vulvy a vagíny u žen,**
2. **karcinomy penisu u mužů,**

3. u obou pohlaví karcinom konečníku (75 % HPV etiologie), hlavy a krku (40 % HPV etiologie).

Potenciálně kancerogenní HPV jsou typy 26, 53, 66.

Lidská imunita si s těmito viry dokáže poradit: V USA byla zjištěna přítomnost viru na čípku u zhruba 60 % žen ve věku kolem dvaceti let, když byly testovány každé tři měsíce po dobu tří let. Avšak u většiny těchto žen (81 %) virus vymizel do 18 měsíců od jejich prvního pozitivního testu.

HPV infekce je odpovědná za vznik minimálně 6 % všech nádorů zaznamenaných na celém světě.

Lidský papilomavirus způsobuje téměř 100 % karcinomů děložního hrdla, 75 % případů rakoviny anu, 40 % orofaryngeálních karcinomů, 70 % vaginálních, 40 % vulvárních a 30 % penilních karcinomů.

Inkubační doba je velmi variabilní a pohybuje se od několika týdnů až k desetiletím, u řady infikovaných osob k rozvoji lézí spojených s HPV infekcí nikdy nedojde. Inkubační doba u genitálních kondylomat jsou 4 měsíce.

■ Přenos infekce HPV

Šíří se zejména **pohlavním stykem** nebo přenosem z rukou či úst na pohlavní orgány. Před dosažením věku 50 let se genitální HPV infekce objeví u 80 procent žen a u nejméně 50 procent mužů. **Většinou** spontánně vymizí bez znatelných následků do dvou let od nakažení. Perzistující infekce může vést k rozvoji řady onemocnění napadajících různá místa na těle žen i mužů.

Vzácnější je přenos při porodu z matky na plod a přenos kontaminovanými předměty (ručníky). Pro přenos infekce je rozhodující vnímavost jedince, délka kontaktu a infekční dávka. Dokonalou ochranou tedy není ani kondom.

Rizikové faktory pro onemocnění HPV – dnes častější než dříve:

- nízký věk koitarche
- dlouhodobé a časně užívání hormonální antikoncepce
- větší počet sexuálních partnerů
- kouření – pasivní i aktivní
- jiné pohlavní choroby
- oslabení imunity
- dědičná zátěž (výskyt Ca děložního čípku či dělohy v rodině)

Maximální výskyt onemocnění způsobených HPV je 5–10 let po prvním pohlavním styku. I starší ženy mají vysoké riziko nákazy HPV. Druhý vrchol prevalence HPV u žen je ve čtvrté a páté dekádě života (nyní vyšší věk vstupu do manželství, větší rozvodovost a z toho vyplývající vyšší počet sexuálních partnerů v této věkové skupině = vyšší riziko primoinfekce).

Přes zavedené screeningové programy je často Ca děložního hrdla diagnostikován pozdě, proto je jeho léčba velmi obtížná. Incidence rakoviny děložního hrdla v ČR je 19–22/100 tisíc žen = ročně 1 100 až 1 200 nových onemocnění a 400 úmrtí (jeden z nejhorších výsledků v Evropě).

Nárůst výskytu HPV asociovaných onemocnění je alarmující, proto **Světová zdravotnická organizace považuje HPV onemocnění z epidemiologického hlediska za závažnější než epidemii HIV/AIDS.**

Nejnovější a nejspolehlivější metodou ochrany proti HPV infekci je očkování. Po očkování dojde k rozvoji obranyschopnosti proti konkrétním typům viru obsaženým ve vakcíně.

Přirozená infekce nezaručuje úplnou ochranu před recidivou onemocnění HPV u všech jedinců. Očkování chrání před primoinfekcí i reinfekcí a infekcí dalšími typy virů.

Již devět let je celosvětově k dispozici vakcína proti čtyřem podtypům viru (typy 16, 18, 11, 16), osm let vakcína proti dvěma podtypům (16, 18). Tč. jsou na trhu dvě vakcíny. Od konce roku 2014 byla nově registrována 9valentní HPV vakcína, která na rozdíl od stávající 4valentní obsahuje navíc účinné složky vůči HPV 31, 33, 45, 52 a 58. Snad se dočkáme i vakcín léčebných.

■ HPV vakcíny pro prevenci onemocnění vyvolaných HPV viry

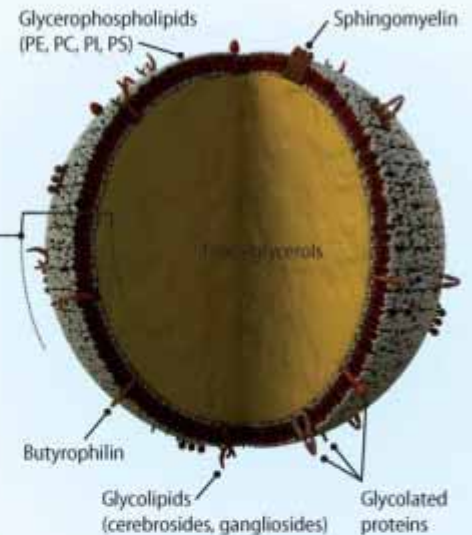
CERVARIX

Bivalentní rekombinantní absorbovaná vakcína vyvinutá společností GlaxoSmithKline, účinná proti dvěma typům HPV virů (onkogenní kmeny 16 a 18), které jsou zodpovědné za rakovinu děložního čípku. Tato HPV vakcína byla dne 20. 9. 2007 schválena pro použití v zemích EU jako prevence onemocnění způsobených HPV typy 16 a 18 u žen a dívek ve věku 10–25 let. Účinnost více než 70 % proti karcinomu děložního hrdla, 87 % účinnost proti nejzávažnějším přednádorovým lézím a jejich rozvoji do stadia invazivního cervikálního karcinomu (u dívek HPV

INSPIROVÁNO PŘÍRODOU - POTVRZENO VĚDOU

Jednou z klíčových složek mateřského mléka je mléčný tuk, jehož každá kapka je obalena lipo-proteinovou membránou tzv. MFGM.

MFGM Milk Fat Globule Membrane



Klinicky prokázané účinky MFGM

Posilování imunitního systému
Snížení počtu zánětů středního ucha



● Materní mléko ● Náhradní kojenecká výživa s MFGM ● Náhradní kojenecká výživa bez MFGM

Rozvoj poznávacích funkcí



● Materní mléko ● Náhradní kojenecká výživa s MFGM ● Náhradní kojenecká výživa bez MFGM





naivních je účinnost 93 %). Vakcína neslouží k léčbě již probíhající infekce.

SILGARD

Tetravaletní rekombinantní absorbovaná vakcína vyvinutá firmou MSD – obsahuje onkogenní kmeny 16 a 18 způsobující rakovinu děložního čípku a nízkorizikové kmeny 6 a 11, které jsou zodpovědné za tvorbu kondylomatu. Vakcína byla schválena dne 20. 9. 2006 pro použití v zemích Evropské unie (včetně České republiky) u žen ve věku 9–26 let a chlapců ve věku 9–26 let. Očkování žen ve věkové kategorii 27–45 let závisí na doporučení lékaře. Vakcína neslouží k léčbě již probíhající infekce.

Účinnost v klinických studiích ženy a dívky (od 16 do 26 let) – vakcína Silgard

účinnost proti CIN2/3 nebo AIS související s HPV 16/18	98,2 %
účinnost proti CIN3 související s HPV 16/18	96,9 %
účinnost proti VIN2/3 související s HPV typy 6, 11, 16, 18	100 %
účinnost proti VaIN 2/3 související s HPV typy 6, 11, 16, 18	100 %
účinnost proti genitálním bradavicím souvisejícím s HPV typy 6, 11, 16, 18	99 %

Účinnost v klinických studiích chlapci a muži (od 16 do 26 let)

Účinnost proti genitálním bradavicím souvisejícím s HPV typy 6, 11, 16, 18	89,3 %
Účinnost proti AIN 2/3 související s HPV typy 16/18	86,6 %

Kromě cílené protekce dané složením komerčních vakcín byla pozorována také limitovaná zkřížená ochrana vůči jiným nevakcinačním HPV genotypům, která se může stát dodatečným přínosem pro očkování jedince.

Hladiny protilátek po vakcinaci jsou 100× vyšší než po přirozeně proběhlé infekci.

Vyšetření na měření imunitní odpovědi

Pro žádnou z dostupných očkovacích látek proti HPV nebyla zjištěna minimální hladina protilátek spojená s ochranou.

Délka ochrany po vakcinaci:

Ve studiích byla prokázána šest až osm (i více) let trvající klinická účinnost bez průlomu (dle kritérií studie). V současnosti

probíhají dlouhodobé ověřovací studie s cílem stanovit délku trvání ochrany. Dosud nebyla stanovena nutnost přeočkování po dokončeném třídávkovém schématu.

Bezpečnostní data

HPV vakcíny jsou vyráběny metodami genetického inženýrství, nejedná se o oslabené či mrtvé viry, ale o jejich napodobeniny = VLP (Virus-like particles). Obsahují pouze povrchové bílkoviny virů, nikoliv jejich geny. Nemohou tedy vyvolat – způsobit onemocnění. Pro rozvoj nemoci je nutná inkorporace DNA viru do buňky hostitele. To vysvětluje, proč současné HPV vakcíny nejsou terapeutické.

Tolerance a bezpečnost HPV vakcín byla hodnocena v rámci klinických studií jako velmi dobrá, což potvrdily i výsledky celosvětové surveillance nežádoucích příhod hlášených po tomto očkování. V provedených studiích nebyly hlášeny žádné závažné nežádoucí reakce související s vakcinací.

The Journal of Pediatrics, květen 2014, Dánsko + Švédsko – říjen 2006 až prosinec 2010: Sledováno **997 585 dívek ve věku 10–17 let** očkováných Silgardem. Studie neprokázala žádnou souvislost mezi očkováním HPV vakcínou a výskytem autoimunitních, neurologických nebo venotromboembolických nežádoucích účinků, které jsou častým argumentem odpůrců očkování. Naopak byl prokázán průkaz neexistence.

Ve studiích prováděných na zvířatech nebyl prokázán teratogenní efekt. Rovněž při kojení nebylo zjištěno vyšší ohrožení kojence ve srovnání s placebem.

Kontraindikací vakcinace je alergie na složky vakcíny, těhotenství a probíhající akutní horečnaté onemocnění.

Očkovací schéma

Očkování se provádí buď dvěma, nebo třemi dávkami v závislosti na věku. Děti mladší 15 let lze očkovat nejen ve třídávkovém schématu, ale také ve dvoudávkovém. Naopak starší se vždy očkují třemi dávkami, podanými obvykle ve schématu 0–1–6 nebo 0–2–6 měsíců. Pokud se očkuje ve dvoudávkovém schématu, pak se musí dodržet delší interval mezi oběma dávkami, tj. 6 měsíců. Zpočátku se předpokládalo, že HPV očkování má hlavní význam jen u žen, nicméně s postupem let se ukázalo, že z něj mohou velmi dobře profitovat i muži. Proto se v posledních letech mnoho zemí (Rakousko,

Itálie, Austrálie, Kanada a USA) rozhodlo pro plošné očkování nejen věkové kohorty dívek, ale také chlapců v souladu s doporučením ECDC (The European Centre for Disease Prevention and Control) a CDC (Centre for Disease Control and Prevention).

Strategie očkování proti HPV nezávisle na pohlaví poskytuje vyšší a rychlejší snížení výskytu onemocnění způsobených HPV. Tomu nahrává také absence screeningových programů pro karcinomy způsobené HPV s výjimkou karcinomu děložního hrdla. Proto plošné očkování nejen dívek, ale i chlapců může celospolečensky přispět k eliminaci těchto závažných onemocnění.

V ideálním případě by mělo být provedeno očkování ještě před započatím pohlavního života, avšak očkování je plně prospěšné i pro sexuálně aktivní ženy, které ještě nebyly nakaženy žádným z typů HPV virů obsažených ve vakcíně, a částečný prospěch z očkování mohou mít i ženy, které již byly nakaženy některým z typů HPV virů obsažených ve vakcíně. Tyto ženy pak získají imunitu proti zbylým typům HPV virů.

Proč očkovat chlapce

Vakcinace proti HPV prokazatelně snižuje morbiditu a mortalitu způsobenou některými HPV asociovanými karcinomy u žen i mužů.

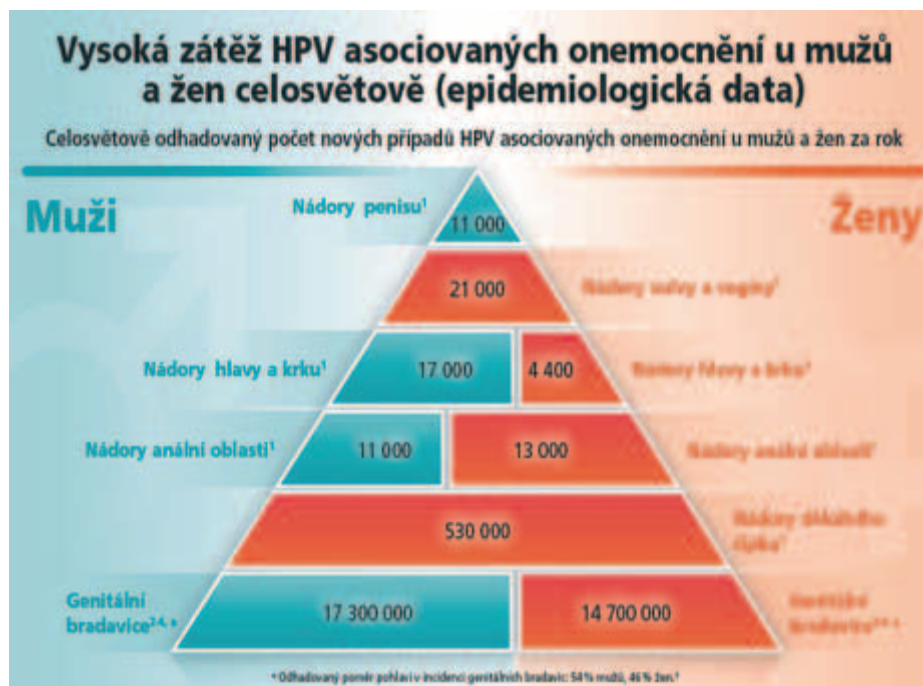
Anální karcinom u mužů i žen je závažné onemocnění. Léčba této nemoci u obou pohlaví je invalidizující, spojená s doživotní stomií. Vakcinací budou muži ochráněni před nákazou HPV od nenačkováných žen a mužů. Vakcinace mužů proti HPV zajistí ochranu a sníží riziko infikování žen díky kolektivní imunitě.

Modely obecně ukázaly, že vakcinace mužů je maximálně cenově efektivní v případě, že je proočkovánost žen suboptimální (současná situace v ČR).

Strategie očkování proti HPV zahrnující muže i ženy poskytuje větší a mnohem rychlejší snížení výskytu některých onemocnění způsobených HPV (viz Rakousko, Itálii, Austrálii, Kanadu a USA).

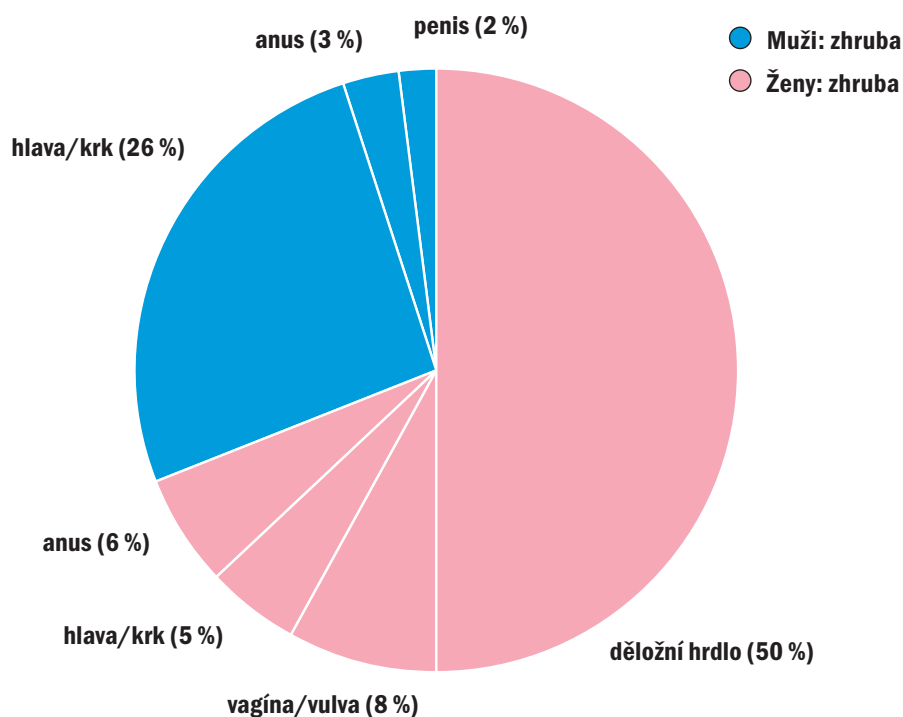
Potřeba chránit celou populaci vedla v řadě zemí k odstranění omezení hrazení očkování proti HPV pouze na dívky. ECDC (The European Centre for Disease Prevention and Control) i americká CDC (Centre for Disease Control and Prevention) potvrdily, že omezení na dívky je již překonané.

Historicky, očkování omezující se pouze na jedno pohlaví nebo rizikovou skupinu se



Obr. 2 Četnost ročních přírůstků HPV

Graf 1 Relativní četnost karcinomů v Evropě

Karcinom u mužů a žen způsobený HPV 16/18 v Evropě

(Hartwig et al. BMC Cance, 2012)

vždy ukázala neefektivní (očkování pouze dívek proti rubeole nevedlo ke snížení asymptomatické rubeoly, která je rizikem pro onemocnění kongenitální rubeolou). HPV očkování je jediným očkováním v ČR, které je hrazeno pouze pro jedno pohlaví. Svá pozitivní stanoviska očkovat obě pohlaví ve shodě vydaly mimo jiné také české odborné společnosti ČLS JEP (ČOS, ČVS, ČGPS, OSPDL).

Vysokou plošnou vakcinací lze dosáhnout kolektivní imunity („herd“ protekce) a tím i ochrany těch, kteří mají kontraindikaci očkování. Individuální imunita může časem vymizet, ať už spontánně, nebo následkem potlačení imunity. Je-li však vysoce proočkováná populace, pak tato individuální ztráta v ochraně jedince nepředstavuje žádné riziko.

Nejvhodnější je očkovat ty nejmladší ještě před zahájením pohlavního života. Nejenže mohou být mnohem spolehlivěji chráněni vůči HPV než ti, kdo již měli sexuální partnery, ale také imunitní odpověď u nich bývá o poznání vyšší než u dospělých. Jejich imunitní systém je připraven přijmout informaci a díky očkování se tak velmi dobře naučí chránit jedince před touto infekcí. Přičteme-li k této prevenci i screening, dosáhneme téměř dokonalé ochrany jedince.

■ Závěr: Významný efekt vakcinace byl léty prověřen

Očkování – stále nejlepší způsob prevence mnoha závažných onemocnění.

Morbidita a mortalita způsobená řadou infekčních onemocnění byla díky vakcinaci snížena a některé přenosné choroby byly eradikovány. Vakcinace se stala běžnou součástí preventivních programů všech zemí světa a účinnou zbraní proti celé řadě velmi závažných a život ohrožujících onemocnění. Registrové vakcíny jsou přísně hlídány a před zavedením do praxe vyzkoušené. Při aplikaci vakcín *lege artis* jsou bezpečné; vakcinaci ve většině případů provádí praktický lékař pro děti a dorost (PLDD) mající dlouholeté zkušenosti s vakcinací a dobře znající zdravotní stav svých dětských pacientů.

Vakcíny obecně mají obrovský pozitivní dopad na zdravotní stav obyvatelstva. HPV infekce je částečně zodpovědná za mnohá onemocnění – počínaje benigními onemocněními sliznic a kůže a konče řadou maligních nádorových onemocnění, z nichž možná nejčastější je karcinom hrdla děložního. Daleko méně známý je ale fakt, že



ČR vysoudila 38 miliónů za kauzu Diag Human

Česká republika uspěla ve Velké Británii u soudu o náklady vynaložené v kauze Diag Human. Soud jí přikl 38 miliónů korun. Ve čtvrték o tom informovalo ministerstvo zdravotnictví.

„Tímto verdiktem se nejen znovu potvrzuje, že Česká republika nemá firmě Diag Human platit ani korunu, ale České republice je zároveň přiznán nárok na náhradu nákladů spojených se soudním řízením,“ uvedl ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček (ČSSD).

O nákladech sporů rozhodoval tento týden obchodní soud v Londýně. Měl stanovit, kolik má firma České republice zaplatit.

Peníze má zaplatit jak firma, tak její majitel Josef Štáva, kterého ČR navrhovala jako platící stranu ve sporu zahrnout.

„Celkem tak firma Diag Human i pan Štáva osobně dluží podle rozhodnutí anglického soudu České republice částku, která dosahuje téměř 1,1 miliónu britských liber, tj. asi 38 miliónů korun, a která se dále v čase bude navyšovat o úrok z prodlení ve výši osmi procent,“ uvedl ministerstvo.

Zamotané arbitráže

Firma si ve sporech s ČR nárokovala více než deset miliard korun za údajně překážený obchod s krevní plazmou.

Stát v srpnu 2008 arbitráž s Diag Human kvůli zmařenému obchodu s krevní plazmou prohrál a byl odsouzen zaplatit firmě 8,33 miliardy korun jako náhradu škody a úroky ke konci července 2007. Vláda se tehdy proti rozhodnutí odvolala.

V červenci ministerstvo zdravotnictví oznámilo, že Česko spor s Diag Human po osmnácti letech definitivně vyhrálo a nebude muset platit odškodné deset miliard korun.

Podle arbitráž jsou veškeré právní kroky učiněné po roce 2002 neplatné. Tehdy rozhodčí senát určil, že má stát společnosti zaplatit 326 miliónů korun za poškození dobrého jména, což stát učinil.

Zdroj: novinky.cz, 21. 1. 2016

v posledních letech extrémně rychle narůstá počet nádorových onemocnění v oblasti hlavy a krku stejně jako konečníku, jejichž příčinou mohou být rovněž perzistující infekce některými HPV typy. Údaje z pravdivelného hlášení a výsledky posledních průzkumů jednoznačně prokazují minimálně čtyřnásobný nárůst incidence genitálních bradavic za posledních 20–30 let, a to nejen ve světě, ale také v České republice. Nárůst výskytu HPV asociovaných onemocnění se tak stává v posledním desetiletí více než alarmující.

Jediným možným a správným nástrojem se stalo bezpečné a dobře tolerované HPV očkování, které je schopno vysoce efektivně nejen zpomalit stávající trend, ale dokonce snížit či eliminovat některá onemocnění způsobená vakcinačními HPV typy. To ostatně potvrdila řada epidemiologických sledování, která hodnotila dopad HPV očkování v proočkované populaci v posledních osmi letech.

Nově se HPV očkování nepovažuje jen za doménu očkování žen, jako tomu bylo na počátku historie tohoto očkování, a muži tak přestávají být diskriminováni v této prevenci. Vždyť i oni si nesou svá zdravotní stigmata způsobená právě těmito HPV viry. Chceme-li dosáhnout skutečného celospolečenského prospěchu, pak z kohortového očkování nelze chlapce vyřadit. Příkladem nám může být Rakousko, které zahájilo plošné očkování chlapců od roku 2013.

Z odborného hlediska je jasné, že nejúčinnějším nástrojem ke snížení výskytu závažných onkologických i dalších onemocnění je snížení cirkulace vyvolavatele onemocnění, v tomto případě HPV. Toho lze dosáhnout preventivním očkováním.

Efektivní prevence HPV infekce – multidisciplinární přístup s využitím selektivních screeningových metod a plošné očkování.

Světová zdravotnická organizace zařadila vakcinaci proti papilomavirům mezi nejúčinnější a zároveň nejbezpečnější ze všech dostupných vakcinačních metod.

Budoucnost HPV vakcín – snaha o výrobu terapeutické HPV vakcíny pro léčbu onemocnění vyvolaných těmito viry.

Byla ukončena 2. fáze klinických zkoušek vakcíny od firmy Transgene pro léčbu středně těžké a těžké dysplazie (CIN 2/3) vyvolané HPV typem 16. U 50 % žen došlo k vyléčení CIN 2/3, přičemž bez jakéhokoliv zásahu by se vyléčilo pouze 20 % žen s touto diagnó-

zou. Jistě bude trvat ještě mnoho let, než bude vakcína pro léčbu dysplazie dostupná pro pacientky, v současné době je vše pouze ve stadiu zkoušek. Další vakcína je vyvíjena společností Nventa Biopharmaceuticals Corporation pod názvem HspE7. Pokud vakcína úspěšně projde klinickými testy, má sloužit k léčbě rekurentní respirační papilomatózy, špičatých kondylomů a změn na děložním čípku.

Zodpovězení základní otázky:

Očkování – benefit nebo dogma?

Zavádějící a nepodložené informace odpůrců očkování i z řad lékařů vedou k obávám laické veřejnosti a jejich nekvalifikovaným rozhodnutím vedoucím k ohrožení zdraví a života. Většinou nezávažná a krátce po očkování probíhající nežádoucí reakce je nesrovnatelná se skutečnou nemocí, která dokáže způsobit těžké zdravotní obtíže a dokonce i smrt.

Použitá literatura

1. Petráš M, Lesná IK. Manuál očkování 2010. Praha: Marek Petráš, 2010
2. Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA (eds.). Vaccines. 6th edition. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders, 2013
3. Silgard, SPC. http://www.ema.europa.eu/docs/cs_CZ/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000732/WC500051549.pdf, 20. 1. 2016
4. McCormack PL. Quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16, 18) recombinant vaccine (gardasil®): a review of its use in the prevention of premalignant anogenital lesions, cervical and anal cancers, and genital warts. *Drugs*. 2014;74(11):1253–1283
5. Fait T et al. Očkování proti lidským papilomavirům. Praha: Maxdorf, 2009
6. Hartwig S, Syrjänen S, Dominiak-Felden G, Brotons M, Castellsagué X. Estimation of the epidemiological burden of human papillomavirus-related cancers and non-malignant diseases in men in Europe: a review. *BMC Cancer*. 2012;12:30.
7. CDC. Human papillomavirus (HPV)-associated cancers. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC, 2013. <http://www.cdc.gov/cancer/hpv/statistics/cases.htm>, 20.1.2016
8. Muñoz N, Bosch FX, Castellsagué X, Díaz M, de Sanjose S et al. Against which human papillomavirus types shall we vaccinate and screen? The international perspective. *Int J Cancer*. 2004;111(2):278–285



Opakovaně nemocné dítě – lze mu pomoci?

MUDr. Zuzana Vančíková, CSc.
KLDD VFN Praha

Imunita u dětí – stejně jako celý dětský organismus – postupně vyžívá a vyvíjí se. Důležitý vliv na tento proces má kontakt s okolním prostředím. Novorozenec je osídlen bakteriemi již během porodu. Kolostrum a mateřské mléko mu poskytují důležité živiny i obranné látky. Ke správné funkci imunity je však nutná i stálá stimulace vhodnými impulsy. Na příkladu zvířat chovaných v bezmikrobním prostředí byl jasně prokázán význam včasného a adekvátního bakteriálního osídlení pro rozvoj imunitního systému. Bezmikrobní zvířata mají atrofované všechny lymfatické tkáně a ani po pozdějším osídlení bakteriemi již nikdy nedojde k normalizaci jejich imunity. To je jedním z důkazů, že imunitní systém potřebuje správné impulsy v pravý čas. Ty samé impulsy aplikované v jiné fázi vývoje již nemají potřebný efekt.

Kojenec a batole, kteří jsou vychováni mimo větší dětský kolektiv, zažijí intenzivnější kontakt s infekcemi až po nástupu do kolektivního zařízení. V tom okamžiku mnoho z nich začíná být častěji nemocných. Zpravidla se jedná o běžná nachlazení, rýmy, kašel, hvízdavé bronchitidy, otitidy. Vyšší nemocnost mnohé rodiče znepokojí a žádají vyšetření imunity jejich dítěte a řešení. Většina těchto dětí však má základní parametry imunity normální, prospívají a vyvíjejí se normálně a jsou aktivní.

Alergologické vyšetření u nich může upozornit na senzibilizaci, alergie je potvrzena při korelaci laboratorních a klinických příznaků. Léčba alergie pak může snížit četnost infekcí.

U mnoha často nemocných dětí se však na příčinu jejich zvýšené nemocnosti nepřijde. Pokud vyloučíme vliv prostředí (znečištění ovzduší, pasivní kouření, docházka do kolektivního zařízení s mnoha dětmi a celodenní pobyt tam), vrozené vady a nemoci, získané vady, závažný imunodeficit nebo alergii, je namístě úvaha o podpoře imunity. Normální výsledek základního imunologického vyšetření totiž nevyloučí některé mírnější poruchy, jako je např. deficit specifické odpovědnosti nebo poruchy vrozené imunity – např. signalizace TOLL-like receptory a třeba i další poruchy, které zatím ani neznáme.

Šetrná stimulace zachovalých imunitních reakcí může pak zastoupit ty oslabené. Imunostimulačních látek existují desítky, s většinou z nich však nebyly provedeny žádné studie a údaje o jejich účinnosti tedy chybí.

Naopak k dobře prozkoumaným patří imunoglukany. Historie použití glukanu na podporu imunity je dlouhá již téměř padesát let. O jejich účincích bylo publikováno více než 2 000 prací v odborné literatuře. V posledních letech bylo s imunoglukanem provedeno i několik studií v dětském věku, jedna z nich probíhala i v naší republice. Prokázala se jeho účinnost nejen při snížení četnosti respiračních nemocí, ale i při

léčbě alergiků. Jednou z výhod imunoglukanu je působení na sliznicích. Na rozdíl od např. bakteriálních lyzátů tak neovlivňuje imunitu systémovou a riziko indukce autoimunitních onemocnění je mizivé. Patří tak nejen k účinným, ale i velmi bezpečným imunostimulačním látkám, což bylo rovněž potvrzeno studiemi.

Literatura u autorky

Imunoglukan P4H®

**doplněk stravy
přírodní Imunoglukan® a vitamin C**

- dlouhodobá podpora imunitního systému
- v rizikovém období anebo při zvýšených nárocích na organismus
- neobsahuje lepek, alkohol, barviva ani aromata

Dávkování: užívá se 1x denně, dlouhodobě, minimálně 2-3 měsíce.
Imunoglukan P4H® je doplněk stravy volně dostupný v každé lékárně bez lékařského předpisu.

Výrobce: FLEURAN, s.r.o.
Distributor zastoupení: IMUNOGLUKAN CZ, s.r.o.
www.imunoglukan.com



Ze světa odborné literatury...

■ Intermittentní versus kontinuální fototerapie pro léčbu neonatální novorozenecké hyperbilirubinémie

V práci porovnávali kontinuální versus intermittentní fototerapii pro léčení nehemolytické hyperbilirubinémie u dětí starších 34. týdne. Porovnávali výsledky ve vztahu k úzkosti rodičů. Fototerapie pod 8 hodin a bilirubin pod 18 mg byly vyřazeny. Do studie bylo zařazeno 75 novorozenců, z toho 36 s intermittentní fototerapií a 39 s kontinuální fototerapií. Pokles bilirubinu byl signifikantně vyšší u intermittentní fototerapie. Fototerapie účinkuje třemi mechanismy redukce bilirubinu. Jedná se o fotooxidaci, vlastní fotochemickou reakci a strukturální izomerizaci. Vlastní fotochemická reakce potřebuje jen nanosekundy. Migrace a eliminace bilirubinu z kůže potřebuje delší čas. Během této fáze je potřeba fototerapie jen minimální. Se zlepšením fototerapeutických zařízení se trvání fototerapie pohybuje mezi 20–36 hodinami.

12hodinový interval byl vybrán jako day care procedura. Studie byly provedeny v trvání 1 roku a 4 měsíců. Ukazuje se také, že u novorozenců s nižší porodní hmotností je kontinuální fototerapie větší metabolickou zátěží.

Eur J Pediatr. 2015;174:177–181

■ Vysoká prevalence insuficience a deficience vitamínu D v Nizozemsku u multietnických obézních dětí

Deficience vitamínu D je známa u obézních nebělošských dětí v Nizozemsku. Sledováni děti a adolescenti 6–18 let, kteří navštívili ordinace pro obézní děti. Provádělo se antropometrické měření, orální glukózový toleranční test, měřena hladina 25-OH/D a hladina lipidů. Insuficience vitamínu D byla definována jako hladina 25-OH/D pod 50 nmol/l, jako deficience vitamínu D hladina 25-OH/D pod 37,5 nmol/l. Bylo zkontrolováno 387 dětí nejrozličnějších národností, střední věk 11,6 roku. Střední 25-OH/D byl 34 nmol/l. Z uvedené skupiny 17,8 % dětí bylo vitamin D suficientních, 24 % mělo insuficienci a 57 % deficienci vitamínu D. Obézní etnické děti vykazovaly největší procento deficitu, bílé děti s normální hmotností vykazovaly nejnižší, jen 20 % prevalenci insuficience a deficience vitamínu D. Uvedené obézní děti měly vyšší obvod pasu a více tuku. Vzhledem k tomu, že

sluneční záření nemá u obézních hlavní vliv, přichází hypotéza, že vitamin D se sekvestruje v tukových buňkách. U těchto obézních dětí není ale přímá vazba s metabolickým syndromem.

Eur J Pediatr. 2015;174:183–190

■ Terapie infantilních hemangiomů

Infantilní hemangiomy jsou nejčastější tumory kojeneckého věku. Ačkoliv jsou benigní a limitující, těžké komplikace může způsobit jejich růst či uložení. Ve více než polovině případů regredují. Léčba a jejich ošetřování se změnilo od roku 2008. Před rokem 2008 byly hlavními léky kortikosteroidy, nyní se terapeutický zájem přesunul k systémovému a topickému podávání beta-blokátorů. Incidence hemangiomů kolísá od 5 % u zralých novorozenců po 20 % u nezralých. Jejich průběh je typický. Objeví se po porodu v prvních dnech a týdnech a rostou exponenciálně do věku 6–9 měsíců. Pak následuje regrese, zcela vymizí 10 % v 1 roce, ve věku 5 let v 50 %, v 7 letech vymizí 70 %. Mnohdy může zůstat tzv. jizva. Postup vůči hemangiomům, které rostou, může být konzervativní až radikální. V minulosti se vždy diskutovalo o patogenetice. V historii byla v popředí radiační terapie. Ta ale byla asociována s pozdními následky jako atrofií, kontrakturami, pigmentací a teleangiektaziemi. Pak bylo desetiletí čekání. V letech po roce 1960 se začalo s kortikosteroidy. Ale optimální léčba nebyla nikdy jasně definována právě pro nejasnou biologii hemangiomů (tumor, nebo vaskulární malformace?). V roce 1982 navrhli biologickou klasifikaci vaskulárních porodních ukazatelů do hemangiomů a vaskulárních malformací. V roce 1989 při vývoji laserové terapie a pulsní laserové léčby byla zkoušena další terapie. Mohla být efektivní na další povrchní léze a mohla i pomoci akcelarovat hojení ulcerózních komplikací, nebyl ale patrný vliv na hluboké dermální komponenty. Léčba však byla bolestivá. V roce 1991 se objevovaly zprávy o interferonu alfa, který působí antiangiogenicky, vede k poklesu proliferace endotelálních buněk, ke snížení regulačního bazického fibroblastového růstového faktoru. Dávka kolísala od 1 do 3 miliónů na metr čtvereční denně, podávala se subkutánní injekcí. Léčba se pohybuje mezi 6–12 měsíci! Kompletní odpověď je popisová

vána od 40–50 %. Vedlejším efektem léčby je těžká neurotoxicita.

V roce 2008 pozorování Leauté-Labréze a spolupracovníků vedlo k názoru, že perorální podávání propranololu vede k regresi. Sledují se hlavně hemangiomy blíže oka, trachey a rostoucí v játrech.

Dále podrobněji rozebírají jednotlivé druhy léčby:

Kortikosteroidy: ukázalo se, že dexamethason měl supresivní účinek na vaskulogenní buňky, také působí supresivně na vaskulogenní růstový faktor A. Inhibuje vaskulogenní potenciál buněk in vivo. Kortikosteroidy mohou být podávány intravenózně nebo perorálně. Byly ale užívány denně. Nyní se ukázalo, že intermittentní podávání je také efektivní a přitom bezpečnější. Dále se pokročilo s podáváním kortikosteroidů do lézí. Jasně pokroky této metody jsou i bezpečné. Výjimečně je nutná další injekce, a pak se musí počítat s možností výjimečného zvýšení intraarteriálního tlaku v místě s možností embolizace. Je užívána kombinace Celestonu 4 mg/ml a 2 ml Kenacortu aplikovaného do hemangiomu.

Propranolol: neselektivní beta-blokátor, neuváděny žádné vedlejší kardiální potíže, byl podáván v poměrně vysokých dávkách. Byla popisována rychlá regrese. Z vedlejších účinků je ale výjimečně popisována sinusová bradykardie, AV blok, hypotenze, výjimečně astma a městnavé srdeční selhání. Dále uváděna častěji hypoglykémie. Efekt propranololu se pohybuje na třech úrovních. Časný efekt: 1. až 3. den po začátku léčby se objevuje jeho vyjasnění způsobené vazokonstrikcí. Další efekt je zapříčiněn bloádou proangiogenního signálu (vaskulární endotelální růstový faktor) a rezultuje v zástavu růstu. Poslední, třetí (pomalá) fáze je charakterizována indukci apoptózy v proliferujících endotelálních buňkách, která rezultuje v kompletní tumorovou regresi.

Dávkování propranololu se začíná v nemocnici dávkou 1 mg/kg/den a zvyšuje se na 3 mg. Je nutný monitoring TK, glykémie a EKG. Celková doba podávání je 6 měsíců. Není zde obava z bronchiální hyperreakivity.

Z dalších léků se zkouší vincristin podávaný intravenózně po 6 měsících. Od roku 2008 pak topická terapie, tzn. beta-blokátory v masti.

Eur J Pediatr. 2015;174:259–266



■ Vitamin D u dětí a dospívajících

Vitamin D je klíčový hormon v regulaci metabolismu vápníku a fosforu a hraje klíčovou roli v kostním zdraví, zvláště během pediatrického věku, kdy je nejčastěji pozorována křivice a narušení kostní masy. Nedávná data však podporují roli v patogenezi infekcí, autoimunitních onemocnění i roli kolem astmatu. V tomto směru určité shrnutí přinesl kongres v Pise v květnu 2013. Objevuje se mnoho prací prezentujících opětovně ukazatele výskytu hypovitaminózy vitaminu D ve světě. Mírně je ale také zpochybňován ukazatel sérové hodnoty OH/D v séru a relace mezi vitaminem D a hladinou parathormonu, absorpcí vápníku ve střevě a kostní mineralizací. Mnohé americké a evropské společnosti debatují ohledně hladiny vitaminu D 50 nmol/l a 20 ng/l. Jiné diskutují o hodnotách od 25 do 75 nmol/l.

Všichni se shodují na expozici slunci, kdy se metabolit cholesterolu 7-dehydrocholesterol v kůži mění na vitamin D₃. Během excesivní expozice slunci jsou provitamin D₃ i vitamin D₃ fotolýzovány na produkt, který nemá vliv na metabolismus vápníku. Úhel zenitu slunce má dramatický vliv na kožní produkci vitaminu D₃. To je vysvětlením, proč pobyt na slunci před 10. hodinou dopoledne a po 15. hodině odpoledne má zcela zanedbatelný efekt pro tvorbu vitaminu D₃. Také zvýšení kožní pigmentace redukuje efekt produkce vitaminu D₃, protože melanin absorbuje vitamin D₃. Také ochranný faktor 30 redukuje schopnost kůže produkovat vitamin D₃ o 95–99 %! Stejný efekt nastává, když se lidé domnívají, že tvorba vitaminu D₃ probíhá i při oslnění přes sklo. Také věk má negativní vliv – po 70. roce klesá schopnost měnit 7-dehydrocholesterol na vitamin D₃. To vysvětluje, proč lidé v tomto věku již tvoří jen 25 % vitaminu D₃ ve srovnání s lidmi dvacetiletými. Také plavky u dospívajících ve srovnání se staršími lidmi mají vliv na tvorbu vitaminu D – za 24 hodin po expozici rozdíl 20 000 IU vitaminu D!

Vliv diety a stravy: lidské mléko je nejlepší výživou pro kojence, ale obsahuje málo vitaminu D, odpovídá expozici kojící matky slunci. Kojící matka potřebuje 400 IU/den, mléko matky má méně než 80 IU/l. Není zatím jasná suplementační dávka vitaminu D pro kojící matky. V rámci breast-fed formule se doporučuje všeobecně 400 IU vitaminu D/den. Několik zdrojů vitaminu D v potravě (ryby, vejce) nereprezentuje dietu dospívajících.

V některých zemích jižní Evropy jsou zdrojem vitaminu D ovoce a obiloviny.

Obezita: opět i v těchto pracích se zdůrazňuje negativní vliv obezity na sérovou hladinu 25-OH/D, právě pro v jiném překladu také uváděnou sekvestraci vitaminu D v adipózní tkáni. I když se obězním doporučují vyšší dávky vitaminu D, jeho role zde není vyjasněná.

Chronická onemocnění: jaterní, renální, celiakie, CF, autoimunitní střevní onemocnění, kožní patologie, operace na střevech, antiepileptika, protiplísňové preparáty. Velmi se zdůrazňují chyby při celkovém podávání kortikoidů (pozn. překladatele: už před 30 lety jsme na klinice v Plzni ve všech pracích zdůrazňovali podávání vápníku a vitaminu D u kortikodependentních nefrotických syndromů i dalších pacientů léčených celkovými kortikoidy s tím, že jsme měli dojem hraničící s jistotou o ještě dalším pozitivním efektu suplementace těmito dvěma preparáty!). Také u medikace pro AIDS se doporučují trojnásobné dávky vitaminu D.

Vitamin D a přívod vápníku jsou velmi nutné pro kostní mineralizaci, pro činnost svalů, jak bylo prokázáno u experimentálních zvířat. Dostatek vitaminu D v průběhu dětství a v dospívání se ukazuje podle kvality kostní maturity u dvacetiletých dívek a třidvacetiletých chlapců. Také kostní denzita těchto jedinců je přívodem vápníku a vitaminu D velmi příznivě ovlivněna.

Extraskelální následky nedostatku vitaminu D: Není dnes již pochyb o tom, že zlepšení statusu vitaminu D redukuje riziko pro autoimunitní onemocnění včetně diabetu 1. typu, roztroušené sklerózy, Crohnovy nemoci, revmatoidní artritidy. Přes inhibici reninu může hrát roli v patogenezi hypertenze a infarktů, metabolického syndromu. Možná i role u karcinomů colon.

Dále studie uvádějí relace mezi akutními respiračními klinickými obrazy a hladinami vitaminu D. Uvádějí, že měsíční dávky 60 000 IU vitaminu D výrazně redukuje astmatické potíže ve srovnání s kontrolními skupinami a vápníkem. Je jasné, že deficit vitaminu D není příčinou, ale nepochybně přispívá k exacerbaci astmatu (pozn. s nedostatkem vápníku). Vitamin D hraje nepochybně roli v primární prevenci astmatu i v prevenci exacerbace astmatu (sekundární prevence). Práce o podávání vitaminu D v těhotenství ukazují příznivý efekt na incidenci

astmatických ekvivalentů v prvních letech života. Měsíční dávka 60 000 IU po prvních 6 měsících věku přispěla k výrazné redukci wheezingu (tzv. hvízdavého kašle). Také je popisována asociace s vyšší incidencí atopické dermatitidy. Podávání vitaminu D v graviditě a v časném dětství v prevenci či k ovlivnění atopické dermatitidy je velmi vhodné.

Závěrečná doporučení této mezinárodní celosvětové velmi kvalitní studie – velmi přínosné pro všechny praktické pediatri (květen 2015)

Suplementace vitaminu D doporučována pro všechny děti.

Suplementace vitaminu D by měla být započata v prvních dnech života.

Doporučovaný příjem vitaminu D pro děti a dospívající bez rizikových faktorů pro deficienci vitaminu D:

400 IU/den první rok života

600 IU/den od roku do 18 let

Doporučovaný příjem vitaminu D pro kojence, děti a dospívající s rizikovými faktory pro deficienci vitaminu D:

400–1 000 IU/den první rok života

600–1 000 IU/den od roku do 18 let

Doporučovaný příjem vitaminu D pro nezralé děti:

400–800 IU/den

Přesné časové trvání suplementace vitaminu D není stanoveno. Děti bez rizikových faktorů pro deficienci vitaminu D by mohly být přiměřeně a rozumně suplementovány do věku 2 let, kdy růstová křivka je vyšší.

U starších dětí by suplementace vitaminu D mohla být vázána na expozici slunci.

Suplementace vitaminu D kontinuálně je doporučována u dětí s rizikovými faktory, u dětí bez rizikových faktorů je tato suplementace velmi vhodná v zimních měsících.

Suplementace vitaminu D pro děti obézní, na kortikoidní terapii nebo antifungální terapii – tyto děti by měly dostávat 2–3× větší dávky vitaminu D.

Eur J Pediatr. 2015;174:565–576

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



Aktuality...

Do ordinací se vrátili pacienti.

„Jenomáci“ vysávají zdravotnický rozpočet

Lékaři od počátku roku hlásí, že se jim po zrušení regulačních poplatků zaplnily čekárny. Nyní to potvrdila i oficiální data Všeobecné zdravotní pojišťovny. Podle nich přišlo v prvních pěti měsících roku do ambulancí o osm procent lidí více než předloni. Největší rozdíl je u praktických lékařů, kde bylo pacientů dokonce o 22 procent víc než loni.

To je přitom číslo dohromady za praktické lékaře jak pro dospělé, tak i za ty pro děti, u kterých se poplatky neplatily. „Od začátku jsme upozorňovali, že zrušení regulačních poplatků bude mít svoje důsledky,“ řekl mluvčí Koalice soukromých lékařů Vladimír Dvořák, když odcházel z jednání s ministrem zdravotnictví Svatoplukem Němečkem, po kterém teď lékaři chtějí zvýšit platby za svou práci. Aby lékařům vynahradil přímý příjem ze zrušených poplatků, musel už dříve Němeček najít přes čtyři miliardy korun na kompenzace. Z nárůstu počtu pacientů v ordinacích je zřejmé, že zrušení poplatků nakonec vyjde ještě draž. Pokud platí předpoklad, že lidé chodí k lékaři po zrušení poplatků zbytečně často, znamená to prodražování péče a plýtvání.

U praktických lékařů sice neplatí pojišťovny každou návštěvu, ale měsíční kapitační platbu, nicméně návazná vyšetření a léky něco stojí. A praktičtí lékaři také budou chtít i kvůli vyššímu počtu návštěv přidat.

Já jenom když jdu kolem...

„U praktických lékařů pro dospělé je nárůst podle našeho zjišťování 45 až 50 procent. Trpí tím zejména pacienti sami, prodloužily se čekací doby. My děláme mnohem více práce za stejné peníze,“ říká předseda Sdružení praktických lékařů Václav Šmatlák.

Podle jeho zkušenosti přibýlo zbytných návštěv pacientů, kteří by vyšetření lékaře ani nepotřebovali. „Znovu v ordinacích slyšíme, že pacient říká: jdu kolem, tak jsem se u vás zastavil,“ tvrdí. Pacienti, kteří chtějí „jenom“ něco, co považují za maličkost, jsou u lékařů pověstní. Dokud byly poplatky, řešili lidé maličkosti sami nebo s lékárníkem.

Když se poplatky rušily, nepředpokládal ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček, že by se pak lidé do ambulancí nahrnuli. Tvrdil, že už poplatky v souhrnu lidí od návštěv lékařů neodrazují. To byl koneckonců poměrně rozšířený názor. O regulačních poplatcích u lékařů a v lékárně, zavedených v roce 2008, se říkalo, že postupem let ztratily svůj regulační efekt.

Nebylo to ale úplně prokazatelné. Podle dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky počty návštěv pacientů u lékařů klesly hned po zavedení poplatků zhruba o deset procent, pak sice opět stoupaly, ale ani v roce 2012 se nedostaly na úroveň před zavedením poplatků.

„Říkalo se, že poplatky nic neregulují, nebyla to pravda, po jejich zrušení byl ve zdravotnictví rozdíl znát z hodiny na hodinu,“ míní poslanec ODS Bohuslav Svoboda.

Vedení ministerstva zdravotnictví nadále trvá na tom, že poplatky neměly dlouhodobě efekt. Tedy že si na ně pacienti vesměs zvykli a chodili k lékaři stejně často, jako by žádné poplatky nebyly.

Čím si tedy vysvětluje, že po jejich zrušení návštěv přibýlo? „Je potřeba vnímat, že při zavedení regulačních poplatků byl regulační efekt krátkodobý, proto se domníváme, že i při jejich zrušení jsou případné efekty krátkodobého charakteru a dojde ke stabilizaci situace,“ uvádí mluvčí ministerstva zdravotnictví Štěpánka Čechová. Kromě toho může být nárůst pacientů podle ministerstva daný také počasím. Na začátku letošního roku bylo více nachlazení než jindy.

Menší než malá spoluúčast

Pro pravicovou opozici je nárůst počtu pacientů v ordinacích i nemocnicích důkazem, že poplatky v nějaké formě budou muset být znovu zavedeny. „Podle mého názoru regulační poplatky v nějaké podobě musejí existovat, systém zdravotnictví nemůže fungovat jako švédský stůl,“ říká Svoboda. Ve své gynekologické ordinaci sleduje, že když se platily regulační poplatky u všech návštěv kromě pravidelné preventivní prohlídky, mělo to svůj smysl.

Po zrušení regulačních poplatků klesl podíl peněz, které na zdravotnictví dají lidé ze svého, na 15 procent. Tím se řadí Česko mezi země s nejvyšším podílem veřejných výdajů na zdravotnictví.

Ovšem s tím, že prakticky všechny tyto peníze platí lidé přímo z peněženky, komerční připojištění neexistuje. A největší platby jsou za léky, což vede u lidí s nižšími příjmy k nedodržování léčby a ke komplikacím.

Zdroj: euro.e15.cz, 13. 9. 2015

V italské nemocnici zemřela žena čekající čtyři dny na lůžko

Jedenašedesátiletá žena zemřela v italské nemocnici poté, co strávila čtyři dny na pohotovosti čekáním, až se pro ni uvolní normální lůžko. Informovala o tom italská tisková agentura ANSA.

Pacientka byla v nemocnici v městě Isernia přijata se záživacími potížemi. Zdravotnické zařízení trpí kvůli rozpočtovému deficitu nedostatkem personálu a také nedostatkem lůžek v poměru k počtu obyvatel, které má na starosti.

„To, co se stalo, je porážkou pro nás pro všechny, ať již výsledky pitvy budou jakékoli,“ řekl k události lékař z pohotovosti v Isernii Lucio Pastore. Rodina zesnulé oznámila, že počká na výsledky pitvy, než podá na nemocnici žalobu.

Zdroj: www.tribune.cz, ČTK, 14. 1. 2016

O víkendu raději zůstaňte zdraví. Menší nemocnice musejí redukovat péči

Primář interního oddělení Bílovecké nemocnice Zbyněk Grešák žije nedostatek lékařů v nemocnici na vlastní kůži. „Běžný chod oddělení se dá zvládnout, problém jsou služby,“ říká primář. Maximální povolený počet přesčasů podle zákoníku práce měl vyčerpaný během prvních tří měsíců roku.



Dlouhodobě se únava sčítá a Grešák na ni doplatil autonehodou. „Jel jsem z práce a přemýšlel o chodu oddělení. Na přejezdu na kopci mě oslnilo slunce a přehlédl jsem výstražné světlo. Srazil jsem se s motorákem,“ vzpomíná Grešák. Při vší té smůle měl štěstí a neodnesl si žádné vážné následky. Přece jen ho to ale donutilo přemýšlet o svém pracovním tempu. „Cítím zodpovědnost za chod oddělení a za naši nemocnici, ale už mě napadlo, jak dlouho to takto můžu dělat,“ říká.

Proč se nedaří do malé nemocnice v Bílovci sehnat lékaře? Většina absolventů, pokud nezaměstná ihned do zahraničí, jde raději pracovat do velkých nemocnic. Už jen kvůli tomu, že beztak musejí projít stáží, které malé nemocnice organizovat nemohou.

„Ve fakultní nemocnici nemají problém, mají tam zaběhnutý koloběh lékařů, kteří jim zajistí chod oddělení. My regionální nemocnice ale potřebujeme, aby u nás lékař pracoval, ne aby byl dva roky někde jinde a tam se vzdělával,“ míní Grešák.

Rušit, rušit, rušit

Nabízí se myšlenka, která se primáří z hloubi duše přičítá. Je nutné za každou cenu držet akutní lůžkovou péči v Bílovecké nemocnici?

Bílovec je město se 7 500 obyvateli. Zdejší nemocnice leží sedmáct minut jízdy od ostravské fakultní nemocnice. V pomyslném okruhu 25 kilometrů na mapě je pět dalších nemocnic. Mluví se tedy o tom, zda v Bílovci raději neposílit zdejší oddělení následné péče, které mimochodem prochází nákladnou rekonstrukcí. Vedení města Bílovce ale přeměnu na zařízení následné péče s ambulantními razantně odmítá. Zachování současného rozsahu péče slibuje i vedení kraje.

Podobné jako v Bílovci je to i v jiných menších nemocnicích. V Libereckém kraji zrušili v posledních měsících interní lůžkové oddělení dvě nemocnice z osmi. Od září zrušila svých 35 interních lůžek nemocnice ve Frýdlantu, což znamená, že někteří pacienti musejí 26 kilometrů do Liberce.

Stejně tak někteří pacienti budou jezdit dál ze Semil, kde ke konci roku zrušili oddělení se 31 akutními interními lůžky. Zachovaná má zůstat nepřetržitá interní ambulance, pár lůžek pro pacienty, které chtějí lékaři pro jistotu pár hodin sledovat, a lůžka na doléčení. V obou případech bylo jedním z impulsů to, že byl problém sehnat na oddělení lékaře.

Menší nemocnice, větší potíže

Podle průzkumu HealthCare Institute mezi řediteli nemocnic se 70 procent z nich potýká s nedostatkem lékařů. Stejný podíl ředitelů pociťuje také problém s nedostatkem sester. Výzkum rovněž potvrdil, že větší potíže mají menší nemocnice. Prezident České lékařské komory Milan Kubek tvrdí, že nedostatek lékařů je katastrofální a pomůže jen skokové navýšení platů.

Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček věří v chystanou změnu vzdělávání lékařů, díky které budou moci absolventi větší část praxe získat v malé nemocnici. A také vidí řešení v postupném zvyšování platů, o které bude usilovat.

V péči nezkušeného lékaře

Nedostatkem personálu v nemocnicích se zabývají i zdravotní pojišťovny. Zdeňka Salcman Kučerová je nekompromisní lékařka a především ředitelka odboru kontroly zdravotní péče Všeobecné zdravotní pojišťovny.

Potvrzuje, že problém s nedostatkem lékařů je nejvíce znát při nočních a víkendových službách. Během pohotovostních služeb často zůstane poskytování péče na nezkušeném mladém lékaři a erudovaný kolega je mu pouze nějak k dispozici. „Pacient je v nemocnici

kvůli trvale dosažitelné zdravotnické službě, a ne aby se bál, že tam v noci nebude nikdo, kdo mu dovede pomoci,“ vysvětluje.

Podle ní by pomohlo, kdyby se některá oddělení místo neustálého trápení s nedostatkem lékařů mohla přeorientovat na následnou péči. Právě Bílovecká nemocnice by podle názoru Kučerové mohla být takovým příkladem. „Následná péče by Bílovecké nemocnici slušela. Mohla by to být nemocnice, kde by se doléčovali pacienti z fakultní a která by byla přátelská k pacientům a rodinám,“ míní.

Méně postelí, dostatek lékařů?

Názor, že by se měla dál měnit akutní lůžková oddělení v Česku na zařízení následné péče, sdílí mnoho lidí ze zdravotních pojišťoven. Koncentrace akutní péče, a tedy i drahých přístrojů a vyšetření pro ně má ekonomický význam. „Najdou se oddělení, která jsou zbytná. Jsou tu ve velkém počtu lůžková oční oddělení, lůžková kožní, lůžková ORL. Takové oddělení by bohatě stačilo v každém kraji jedno. Spousta péče se totiž dnes v těchto oborech dá udělat ambulantně,“ říká ředitel Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra David Kostka.

Zdroj: euro.e15.cz, 17. 1. 2016

Lékař, papíry a softwarové programy

MUDr. Petr Bouzek píše pro MT svou zkušenost s tím, jak může být někdy papírování kolem výkonu lékařské praxe absurdní. Jako příklad uvádí formuláře o prohlídce zemřelého...

V jednom domově seniorů, kde jsem kdysi poskytoval své služby praktického lékaře, vyklízeli skládek a našli dvě velké bedny plné formulářů „List o prohlídce zemřelého“. Nevěděli, co s nimi, a tak mi je věnovali. Pomyslel jsem si, že jsem zásoben úmrtními listy do konce svého života. Tolik „smrtáků“ nemohu nikdy vyplnit.

Jenže netrvalo dlouho a tyto formuláře, používané mnoho let, se staly bezcennými. Někdo vymyslel nový „List o prohlídce zemřelého“. Co s těmi starými, se kterými se už nesmělo pracovat? Kamna nemám. Nepřipadlo mi příliš etické je používat na poznámky či dát je dceři na malování, a tak jsem je vyhodil. Kolik takových Listů o prohlídce mrtvého se muselo vyhodit a s nimi i peněz, které jejich výroba stála? Nikdo se nikdy nedozví.

Dlouhou dobu se používal k vypsání neschopenky tzv. kladenský formulář (byl bych rád, kdyby mi někdo sdělil, proč kladenský). Léta vyhovoval. Pak se ale objevily nové formuláře pro pracovní neschopnost. Výrazně výrobně dražší, samopropisovací. Netrvalo ale příliš dlouho a byly nahrazeny jinými formuláři.

Základní rozdíl byl v tom, že u těch původních se vypisovalo „od kdy je pacient schopen práce“, v nových „do kdy byl pacient nemocen“. Jiný vážnější rozdíl jsem nezaznamenal. Protože se staré formuláře už nemohly používat, musely se vyhodit. To muselo stát hodně peněz.

Ale to tak nebolelo, to jsme zaplatili všichni z našich daní a takové ztráty nejsou tolik vidět. Horší bylo, když jsem se zásobil formuláři „Příkaz ke zdravotnímu transportu“ a pak se vydaly nové a ty staré se už nesměly používat. To už byla ztráta z mé kapsy. Každý, kdo si kupuje formuláře, ví, že se nejedná o levnou záležitost. Jak si pamatujeme z třetího dílu Básníků: „Dej blbci funkci, vymyslí lejestro.“

Řešením je používat čisté papíry a formuláře si tisknout přímo z počítače. Poměrně hodně lékařů si už tak tiskne recepty a jiné kancelářské tiskoviny. Podmínkou ovšem je, že formuláře zachovávají klasické rozměry A4, A5, A6 a podobně.

Většinou ano, ale je jedna výjimka, kterou ovšem vyplňují poměrně často. Jedná se o formulář pro předpis zdravotnické pomůcky.



Hrozně by mě zajímalo, který chytrák vymyslel její zcela atypický rozměr a co ho k tomu vedlo.

Další možnost je vůbec nepoužívat papíry a formuláře zasílat elektronicky. Na první pohled to vypadá dobře, ale já jsem skeptický. Pro zasílání formulářů se používá internetová síť. To ale nejsou dráty, které někomu patří a někdo za ně odpovídá, jako u klasického telefonu či faxu. Internet je spleť různých spojů, která nemá žádného vlastníka a nikdo za ni neodpovídá. Pošlete něco na internet a ztrácíte záruku. Je to vlastně, jako byste napsali dopis, pak jej hodili ho do velkého veřejného koše a adresát si váš dopis v tom koši musel najít. Jenže někdo jiný, ne adresát, si ten dopis také klidně může přečíst, když o to bude stát a bude ho umět otevřít a zase zavřít. V dnešní době je klasický dopis poslaný poštou největší záruka, že informace dostane skutečně jen adresát a nikdo jiný. Proto na klasickou poštu nedám dopustit a i když jsem zdravotními pojišťovnami a státními organizacemi téměř násilím tlačěn k posílání dat cestou internetu, odolávám, dokud to jde. Je také důležité, aby výrobci lékařských programů dokázali sledovat změny formulářů a včas reagovat. Nedávno jsem musel ohledat zemřelou a vyplnit příslušný formulář. Ale v počítači jsem měl starý tiskopis, i když nový je platný od začátku roku. Volám tedy na hotline příslušné SW firmy, jak je to s aktuálním listem o prohlídce zemřelého. Dozvěděl jsem se, že aktualizace bude zítra. Smůla. Tak jsem tedy vyplnil ten starý. Snad mi pacientku pohřbí i s ním.

Zdroj: MUDr. P. Bouzek, www.tribune.cz, 21. 1. 2016

Stránský: Pět největších chorob zdravotnictví a jejich řešení

Byrokratický aparát, v němž se náměstci mění jako na běžícím pásu a kde se během šestadvaceti let vystřídal třicet ministrů zdravotnictví, nadále podporuje fragmentaci zdravotnictví do různých skupin, z nichž každá bojuje o vlastní přežití, míni ve svém komentáři známý lékař a politik Martin Jan Stránský.

I když České zdravotnictví není v celoevropském srovnání považováno za podprůměrné, přesto je tu cítit jakési napětí a objevují se dokonce prohlášení, že se celý systém propadá. Je totiž handicapován setrvávajícím nesystematičností a absencí jasné koncepce a kontroly.

Byrokratický aparát, v němž se náměstci mění jako na běžícím pásu a kde se během šestadvaceti let vystřídal třicet ministrů zdravotnictví, nadále podporuje fragmentaci zdravotnictví do různých skupin, z nichž každá bojuje o vlastní přežití.

Všechny nedostatky lze podle MUDr. Martina Jana Stránského, zkladatele Kanceláře Ombudsmana pro zdraví a mezinárodního experta na zdravotnické systémy, seskupit do pěti kategorií. Čím jsou vážnější, tím by jejich odstranění bylo přínosnější.

1. ABSENCE STANDARDU ZDRAVOTNÍ PÉČE

Možnosti zdravotní péče pro každého pacienta se mnohdy dramaticky liší. Poskytovatelé nabízejí to, „na co mají“, nikoliv to, co by v rámci stejné péče pro každého nabízet měli. Nikde totiž není specifikováno, jakou zdravotní péči má pacient dostat pro každou nemoc. Stejně tak není řečeno, kde a dokdy ji má dostat. Výsledkem je, že si každý poskytovatel zdravotních služeb vysvětluje pravidla po svém. Právě to je příčinou vzniku komického pojmu „nadstandardní péče“, kterou ovšem samozřejmě ve skutečnosti nelze korektně stanovit bez definice

standardu. Na opačném konci stejné problematiky stojí machinace, jejichž příkladem může být Pražské protonové centrum, postavené s obrovskými náklady soukromými investory, které již leta válčí s pojišťovnami o úhrady za neopodstatněnou a předraženou péči.

Řešení: vytvoření jasné definice standardní zdravotní péče by srovnalo podmínky léčby v celé republice a navíc by implicitně stanovilo, že vše ostatní je „mimo standard“. To by otevřelo dveře pro legislativně schválená volitelná připojištění (viz další bod). Současný termín „nadstandard“, který zkrlesluje možnosti a je nepřesný, by zanikl.

2. ABSURDNÍ SYSTÉM POJIŠŤOVEN

Nikdy nebylo prokázáno, že existence více než jedné zdravotní pojišťovny šetří výdaje do zdravotnictví. Pojišťovny nic nepojišťují, pouze vybírají peníze a poté pracují s přerozdělenými penězi z tzv. zvláštního účtu. Vzhledem k legislativním omezením se ale sedm existujících pojišťoven od sebe neliší. Rozsahem a kvalitou svých služeb si konkurovat nemohou. Jediné rozdíly jsou v tom, zda a kolik přispívají na prevenci, jaké jiné mají speciální programy a balíčky pro klienty a jak odměňují ředitele a politiky v jejich správních radách.

V současném systému rozhodují o tom, s kterým poskytovatelem zdravotních služeb uzavřou smlouvu, pouze pojišťovny. Tento způsob vytváří optimální prostředí pro korupci vedoucí k udržování již zavedených, avšak třeba již nekvalitních lékařů a služeb. Je to stejné, jako kdyby provozovatelé čerpacích stanic rozhodovali o tom, komu natanoují a komu ne, a navíc každému řidiči stanovili libovolnou cenu.

Zdravotní pojišťovny navíc nepokrývají území České republiky rovnoměrně. Například fúze společnosti AGEL s Českou průmyslovou zdravotní pojišťovnou v Moravskoslezském kraji umožnila vznik monopolu dodavatelských a poskytovatelských zdravotních služeb. Je to sice efektivní, zároveň je tak však omezena možnost pacientů zvolit si svobodně zdravotní pojišťovnu. Celostátně dominantní VZP pak na druhé straně udržuje nabubřelé majetkové portfolio s byrokratickým aparátem, je propletena politikou a politiky a četnými kauzami pochybného financování a hospodaření.

Řešení: Skutečná konkurence mezi pojišťovnami může vzniknout jen tak, jak vzniká všude jinde. Zákazník, tedy poskytovatel zdravotních služeb, si vybere z nabídky. Podmínky smlouvy, včetně hrazení péče, určí pojišťovna, což vytvoří v rámci konkurenčního prostředí její nabídku. Na jejím základě si pak bude poskytovatel vybírat, s kterou pojišťovnou chce smlouvu uzavřít. Právě to vytvoří, a také rozhodne, o její konkurenceschopnosti.

Další řešení spočívá v proměně pojišťoven samotných. Republika, která má méně občanů než Londýn, stačí jedna zdravotní pojišťovna, která bude hradit poskytovatelům zdravotních služeb státem garantované služby nejen na základě množství výkonů, ale i jejich kvality. S touto pojišťovnou bude moci uzavřít smlouvu automaticky každý poskytovatel, pokud o to bude mít zájem. Ostatní pojišťovny by se soustředily na tvorbu konkurenčních nabídek „připojištění“, čímž by vytvořily skutečný prostor (a tím rovněž definici) nabídky „mimostandardních“ služeb, včetně jejich hrazení. Taková nabídka má mnohem větší smysl, než se na první pohled zdá: vytvoří totiž pracovní pozice pro zdravotníky zajišťující „mimostandardní“ služby, kteří odvádějí daně z příjmů do státní pokladny. Pacienti, kteří si za vlastní peníze tyto služby připlatí, zůstávají plátcí do povinného systému veřejného zdravotního pojištění, i když z něj téměř nebo vůbec nečerpají. Zůstává tedy více peněz pro méně lidí, což automaticky zvedne kvalitu státní „sítě“, která zůstává otevřená všem.



3. ÚHRADOVÝ SYSTÉM JAKO BRZDA

Rok co rok jsou pacienti nevědomými účastníky „zákazů“ léčení v důsledku smluv mezi poskytovateli zdravotních služeb a zdravotními pojišťovnami. Úhrada péče je totiž stanovena v závislosti na výdajích z minulého roku a neodráží skutečnou a potřebnou péči v roce aktuálním. Když v listopadu „docházejí peníze“, musejí si zdravotníci vybrat, kterým z pacientů poskytnou péči odpovídající, kterým nedostačující a které odmítnou. Pokud by to neudělali, čekala by poskytovatele zdravotních služeb, pro něhož pracují, pokuta od pojišťovny za překročení limitů. V důsledku jsou vlastně zdravotníci osobně penalizováni za to, že se snaží poskytnout státem garantovanou péči všem! Navíc úhrada výkonu pojišťovnou může být u různých poskytovatelů jiná podle toho, jakou cenu se jim podařilo s pojišťovnou vyjednat.

Řešení: Založení úhradového systému, z něhož by byla placena standardní péče (rozumí se ta státem hrazená) na základě reálných nákladů, přičemž by zdravotníci mohli získat odměny při šetření a dosažení lepších výsledků. Každá léčba by byla hrazena stejně po celém území. Taková homogenizace by přinesla transparentnost, kontrolu a přehled nejen do financování zdravotnictví obecně, ale v rámci jednotlivých poskytovatelů zdravotní péče.

4. PACIENT NA POSLEDNÍM MÍSTĚ

Pozůstatky systému a hlavně přístupu k pacientům z minulého režimu stále nezmizely, a to jak ze strany servilního chování pacientů, tak mnohdy i z hlediska neblahého přístupu zdravotníků. Vše je podchyteno univerzální ignorancí týkající se možností a práv pacientů. Podle Státního zdravotního ústavu rozumí téměř 60 procent Čechů otázkám zdraví jen omezeně. Podle OSN Česká republika stále zbytečně lpí na ústavní péči o děti s postiženími (místo rodinné), úřady neposkytují handicapovaným lidem patřičné služby. Budeme poslední zemí v EU, která snad jednoho dne zavede protikuřácký zákon.

Snad největším nešvarem současného (ne)systému v této oblasti je nepropojenost mezi zdravotní a sociální péčí. To se týká především dlouhodobé péče o seniory, v níž podle četných místních i mezinárodních organizací Česká republika naprosto zaostává. Přes dvacet let komise stanovené vládou a ministerstvem zdravotnictví v této oblasti absolutně nic nevyřešily. Rovněž tak jsou pacienti stále propouštěni z nemocnic bez informací, jak mají dále postupovat v souvislosti se změnou jejich zdraví či životních potřeb. Na jedné straně jim třeba dobře mohou pomoci sociální úřady či různé neziskové organizace, na druhé straně se zpravidla o jejich službách dozvědí jedině na základě vlastní iniciativy.

Řešení: vybrané normy právního řádu ČR se musejí stát povinnou příručkou pro všechny účastníky českého zdravotnictví. Ministerstvo zdravotnictví musí, navzdory vyhlášeným cílům, mnohonásobně více propagovat plány a vize ve zdravotnictví, zároveň však také agresivně upřednostňovat a podporovat preventivní péči. Stejně jako v jiných zemích, každé střední a větší státní zdravotnické zařízení musí mít oddělení sociálních služeb. To by mělo ve spolupráci s lékařským týmem pracovat s každým pacientem, který po skončení hospitalizace bude potřebovat pomoc v sociální oblasti. Kromě důchodového a nemocenského pojištění by se součástí sociálního pojištění mělo stát na dobrovolné bázi i pojištění ošetrovatelské. Dvoukolejnost v úhradách poskytování ošetrovatelských a zdravotních služeb v zařízení sociálních služeb musí zmizet a vše musí hrazeno zdravotními pojišťovnami. Efektivní koordinace a transfer

pacientů mezi zdravotními a sociálními službami podle jasných pravidel ušetří státu miliardy korun ročně.

5. KONSOLIDACE MÍSTO FRAGMENTACE

Z předchozích bodů vyplývá, že naše zdravotnictví zůstává řízeno politickými, místními a osobními zájmy, které tvoří „státy ve státě“, v nichž každý jedná a nakupuje zvlášť. Ministerstvo zdravotnictví kontroluje pouze minoritní část poskytovatelů zdravotních služeb v nerovné územní distribuci. Fragmentace bez definice jasných poměrů s nutnou centrální kontrolou tvoří prostor pro bujnou korupci, která okrádá sektor zdravotnictví o neuvěřitelných zhruba 20 procent celkového objemu financí. Důsledkem je mimo jiné i výrazné zvýšení stresu a napětí zdravotníků a pacientů.

Řešení: řešení souvisí s výraznou konsolidací státního sektoru a zároveň diverzifikací toho zbývajících. Při tvorbě definice standardu péče automaticky vznikne mapa územního pokrytí státními službami. Tím budou zároveň zmapovány mezery, které existují převážně vně velkých aglomerací, kde chybějí poskytovatelé zdravotních služeb, jejichž zřizovatelem je stát. Proto bude nutné, aby v těchto lokalitách stát poskytování svých služeb smluvně zajistil s jinými poskytovateli zdravotních služeb. Všechny materiály pro státem hrazenou péči by poskytovatelé zdravotních objednávali prostřednictvím jediného úřadu. Není důvod, aby jedna nemocnice platila například za ortézu mnohonásobně více než jiná. Výše kupní ceny souvisí s jednací pozicí, a ta se výrazně zlepší při objednávce tisíce ortéz pro celostátní síť místo pěti pro jednu nemocnici. Ušetřené peníze by mohly být příspěvkem ke zlepšení kvality péče, ale také ke zvýšení mezd zdravotníků, kteří by třeba neodcházel v takové míře pracovat do zahraničí či do jiných profesí. V neposlední řadě by rovněž byla ovlivněna debata o nutnosti zvýšení státního rozpočtového příspěvku (% HDP) do zdravotnictví.

A jedna choroba navíc

Při výčtu nemocí zdravotnického systému nelze opomenout současný stav České lékařské komory, jestliže je členství povinnou podmínkou pro výkon lékařské profese. Na jednu stranu usiluje komora o zvýšení mezd pro zdravotníky a stanoví určitá profesní a ekonomická pravidla. Na druhou stranu si však, po putinovské změně stanov kvůli možnosti zvolit již potřetí stejného prezidenta, pevně dotvořila profil politické organizace, která se nezdárá útočit například i na vládní činitele. Tím porušuje vlastní statut. Výsledkem je, že se většina lékařů ke komoře obrací zády, protože nesouhlasí s odborářskou tváří ani s politizací komory a opomíjením cest vedoucím k posilování etických a morálních zásad, které s medicínou skutečně souvisejí.

Řešení: Kvalitu ČLK a současně i měření její účinnosti lze objektivně posoudit pouze zavedením dobrovolného členství, a to prostřednictvím již mnohokrát apelované změny zákona o komorách. Celá debata kolem zdravotnictví se přes všechny snahy odehrává v prostředí, které je do značné míry ohraničeno současným chápáním statusu lékařů samotných. Jejich jednací pozici tedy nezlepší mlácení botou na stůl, ale posílení etického a profesionálního obrazu komory i obecně profese. Registraci lékařů by mělo převzít ministerstvo zdravotnictví, a to z pochopitelných důvodů. Je nutné, aby se určité zákony a statut komory „morálně zmodernizovaly“. Například i tak, aby odsouzení lékaři, jako Jaroslav Barták (který sexuálně obtěžoval své asistentky) či David Rath (korupce), nemohli zůstat aktivními členy komory.

Zdroj: M. J. Stránský, *ParlamentníListy.cz*, 22. 1. 2016



Na 600 zdravotních sester nepřišlo na Slovensku do práce, boj za platy vrcholí

V pondělí nepřišlo na Slovensku do práce okolo 600 zdravotních sester, které kvůli údajně nízkým platům podaly výpověď a se začátkem měsíce jim skončila výpovědní lhůta. Řada z nich se chce vydat pracovat do zahraničí, především do Česka. Nabídky se prý slovenským sestrám jen hrnou. Komoru sester a odbory žaluje ministr zdravotnictví.

Problémem je, že často neovládají cizí jazyk. Potřebovaly by především němčinu. Proto je pravděpodobné, že řada z nich zamíří do České republiky.

„Sám předseda odborové unie zdravotnických pracovníků ČR Tomáš Válek vyzval sestry, že pokud je Slovenská republika nepotřebuje, velmi rádi je přijmou,“ cituje Denník N člena prezidia slovenské komory sester Milana Laurince. Nabídky však podle jeho slov přicházejí také ze Švédska, Norska, Švýcarska, Německa a Rakouska. Zdravotní sestry opouštějí nemocnice ve městech Prešov, Žilina, Trnava, Trenčín, Dolný Kubín a Martin. V prešovské nemocnici například nenastoupila v pondělí až téměř třetina sester. Z celkového počtu 1 100 jich podalo výpovědi 305. Nemocnice proto požádala o výpomoc vojenské zdravotníky.

Vyháněny od pacientů

Sestry žádají svolání mimořádné schůze parlamentu a chtějí oslovit předsedy politických stran. „Parlament by mohl vytvořit tlak na vládu, aby vzniklou situaci řešila. Jsme přesvědčeny, že pouze v diskusi můžeme nalézt řešení současného stavu. Jsme připraveny ke kompromisnímu řešení,“ uvedla předsedkyně odborového svazu zdravotních sester a porodních asistentek Monika Kavecká.

Šéfka odborů upozornila, že průměrný věk zdravotní sestry se blíží k padesátce, protože mladší odcházejí do zahraničí. „Neopouštíme pacienty, my jsme od jejich lůžek doslova vyháněny,“ dodala Kavecká. Komora sester a odbory ale čelí trestnímu oznámení. Podává ho ministr zdravotnictví Viliam Čisláč, a to za šíření poplašné zprávy. Nelíbí se mu jejich tvrzení, že odchodem téměř 600 zdravotních sester z nemocnic je ohrožena zdravotní péče až o milion pacientů. „Zdravotní péče je zabezpečena,“ zdůraznil ministr.

Ve slovenských nemocnicích pracuje asi 13 tisíc zdravotních sester. Jejich platy v nestátních zařízeních, tedy menších regionálních nemocnicích, zaostávají za průměrným platem, který na Slovensku činí 859 eur (23 200 korun). Naopak sestry ve velkých nemocnicích na Slovensku vydělávají i s příplatky kolem 1000 eur měsíčně.

Zdroj: novinky.cz, 1. 2. 2016

Absolventů medicíny za 30 let výrazně ubylo. Dorovnat jejich počty by trvalo nejméně 15 let

Absolventů medicíny a absolvujících zdravotních sester ubylo za 30 let v Česku více než třetina. I kdyby se jejich vzdělávání ihned změnilo a školy jich začaly přijímat více, potrvá 15 let, než se stavy doplní na úroveň roku 1985, uvedl předseda Asociace českých a moravských nemocnic Eduard Sohlich. Zákony o vzdělávání lékařů a sester připravené ministerstvem zdravotnictví má na programu pondělní tripartita.

Mezi lety 1985 a 2014 klesl ve všeobecném lékařství počet absolventů medicíny ze 1 461 na 982, vyplývá z analýzy. Další 491

absolventů byli anglicky mluvící cizinci. „Opticky to u lékařů vypadá, že je absolventů stejně, ale část utíná anglicky mluvící klientela, ta do českého zdravotnictví nenastoupí,“ řekl Sohlich. Pokles u lékařů tedy činí 32 procent.

Nedostatečná kvalifikace

U sester je statistika ještě neúprosnější, pokles činí 36 procent. V roce 1985 absolvovalo na čtyřletých středních zdravotnických školách 2 404 všeobecných sester, v roce 2014 získalo stejný titul na vyšších odborných a vysokých školách, tedy po sedmiletém studiu, 1 550 všeobecných sester. Střední školu ukončilo 1 890 zdravotnických asistentů, kteří ale mají omezené kompetence. „Opět, opticky to vypadá, že je středoškolských absolventů dostatek, ale nedostatečné kvalifikace,“ řekl Sohlich.

Omezení provozu menších nemocnic

Zdravotnické odbory varovaly, že menší nemocnice už kvůli nedostatku sester omezují provoz. Mají také problém zajistit potřebný počet lékařů. Ani opakované navýšení základních platů v posledních dvou letech vždy o pět procent trend hromadných odchodů lékařů a sester nezmírnilo.

„Je potřeba zvýšit počet absolventů nad úroveň roku 1985, jinak se deficit nenahradí,“ řekl Sohlich. O zájmu o studium medicíny svědčí podle něj fakt, že v roce 2014 se podle statistik ministerstva školství ke studiu přihlásilo 14 156 zájemců, lékařské fakulty přijaly jen 2 293.

Sestry rychleji do praxe?

V českém zdravotnictví pracuje odhadem 100 tisíc sester. V registru lékařské komory je 50 tisíc lékařů, profesi jich vykonává necelých 39 tisíc. Ve Sněmovně je zákon, kterým se zavede registr zdravotnických pracovníků. Pak by už měli mít zdravotničtí statistici přesná data.

Rychleji do praxe by měla přivést lékaře a sestry změna, kterou v novele chystá ministerstvo zdravotnictví. Dosud pro získání odbornosti všeobecná sestra studuje sedm let, na specializaci dětská sestra až devět let, podmínkou totiž je bakalářské studium na vysoké škole.

Ministerstvo v novele počítá s modelem 4+1, po čtyřech letech na střední zdravotnické škole by následoval rok na vyšší odborné škole. Ze zdravotnických škol nyní vycházejí zdravotničtí asistenti, ti by si mohli rok studia doplnit a získat titul všeobecná sestra.

U lékařů hodlá ministerstvo urychlit jejich nástup do praxe tím, že by část kompetencí získali už po určité době postgraduálního vzdělávání. Systém by měl pro ně být přijatelnější i tím, že se velká část praxe přesune z fakultních do regionálních nemocnic, blíž jejich bydliště.

Lékařům zároveň klesá možnost uplatnění

„Opticky to vypadá, že nástup sester do praxe se změnou o dva roky urychlí. S platností zákona se ale počítá od školního roku 2017/2018, to jsou další dva roky ztráta času. Není také stále jasné, kde akreditovaný kurs budou dělat. Pokud na vyšších odborných školách, jak navrhuje ministerstvo, jejich kapacita nestačí už pro současný počet absolventek. Kursy nejsou akreditované, to bude další ztráta času. A je otázka, jestli o toto studium vůbec bude zájem,“ řekl Sohlich.

Naproti tomu regionální nemocnice podle něj kapacity pro vzdělávání lékařů mají. Problémem ale je velký počet úzce specializovaných oborů, lékařům tak klesá možnost uplatnění.

Ministerstvo v novele, kterou schválila legislativní rada vlády, počítá s omezením základních oborů specializačního vzdělávání ze 46 na 33 a se zkrácením délky vzdělávání v nich. Praxi absolvovanou při specializační přípravě v základním oboru bude možné započítávat do praxe v oboru nástavbovém.

Zdroj: Novinky.cz, ČTK, 1. 2. 2016



Testování na virus zika obstarají v ČR laboratoře Státního zdravotního ústavu

Testování na nákazu virem zika budou v České republice zajišťovat laboratoře Státního zdravotního ústavu v Praze, Ostravě a Ústí nad Labem. V materiálu, který ve středu projedná vláda, o tom informuje ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček (ČSSD).

Kvůli šíření viru vyhlásila Světová zdravotnická organizace celosvětový stav nouze. Viru je připisována souvislost s poruchou vývoje mozku u plodu. Riziko proto představuje zejména pro těhotné ženy. Podle Němečkovy zprávy pro vládu je riziko přenosu v Česku prakticky nulové. Žádný zastupitelský úřad neregistruje zatím případ občana ČR, který by se nakazil virem zika. Z pohledu epidemiologického šetření případů a ošetřování pacientů s podezřením na nákazu virem zika postačují podle zprávy stejná preventivní opatření jako u běžných infekcí. Resort proto nepočítá s potřebou aktivace systému pro zvládání vysoce nakažlivých nemocí.

Konzultace před cestou do rizikových oblastí

Nákaza vypukla v Latinské Americe a objevila se ve dvou desítkách států. Při pobytu v zasažených zemích se k 29. lednu nakazilo 21 Evropanů, z toho 13 z Nizozemska, pět z Británie a po jednom z Německa, Finska a Dánska. Ani v jednom případě nešlo o těhotnou ženu. Virus zika byl objeven v roce 1947, kdy vyvolal onemocnění makaků v lese Zika v Ugandě. U lidí byl potvrzen poprvé v roce 2007, kdy způsobil epidemii v Mikronésii. Nákazu přenáší komár rodu *Aedes*, v Evropě se vyskytuje pouze jeden druh, *Aedes albopictus*. V chladném zimním období není v Evropě aktivní, tudíž nemůže teď nákazu přenášet.

„Z pohledu prevence nákazy virem zika jsou v popředí především individuální ochranná opatření k zamezení bodnutí komárem. Je třeba pečlivě zvážit a s lékařem konzultovat cestování těhotných žen a žen, které aktuálně plánují těhotenství, do oblastí, kde dochází k rozsáhlému přenosu této infekce,“ uvádí se ve zprávě. Při pravidelném monitoringu dosud nebyl v ČR zachycen komár *Aedes aegypti*, druh *Aedes albopictus* byl zjištěn v roce 2012 u Mikulova.

Upozornění v souvislosti s osmi státy

Virus způsobuje obvykle onemocnění s mírným průběhem, 80 procent nakažených nemá žádné příznaky. V případě potíží je mírná horečka a vyrážka, zánět spojivek, bolesti svalů a kloubů, hlavy a únava, příznaky vymizí za dva až sedm dní. Virus se diagnostikuje z krve nakažených. Antivirová léčba ani vakcína nejsou, léčbou se pouze mírní příznaky. Ministerstvo zdravotnictví sleduje podle zprávy pro vládu aktuální informace o infekci zika vydávané Světovou zdravotnickou organizací, Evropským centrem pro prevenci a kontrolu nemocí, systémem včasného varování i reakci EU. Informace dostávají epidemiologové, hygienici i infekcionista. Jsou na webu ministerstva zdravotnictví, zahraničí a Státního zdravotního ústavu.

Zastupitelské úřady ČR sledují aktuální situaci v postižených oblastech. Ke dni 29. ledna jsou uveřejněna na webu ministerstva zahraničí v kapitole „Cestování“ upozornění pro Venezuelu, Haiti, Barbados, Dominikánskou republiku, Kapverdy, Kolumbii, Panamu a Brazílii. Cestovatelům do rizikových oblastí je doporučeno registrovat se před odjezdem v aplikaci DROZD, která umožňuje registrované osoby informovat prostřednictvím SMS o aktuální situaci. Cestovatelům jsou předávány informace, že nejúčinnější je chránit se před komářími bodnutími, a to instalací sítí do oken a dveří, sítí na spaní, používáním repelentů a oděvů s dlouhými nohavicemi a rukávy světlé barvy.

Zdroj: novinky.cz, ČTK, 2. 2. 2016

INZERCE

397 12-15

Prodám zavedenou praxi s.r.o. PLDD v Karviné, 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 dohodu, kontakt: 736 786 459.

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: martikaktus@seznam.cz

406 1-16

Prodám zachovalý nábytek do dětské ordinace.

Kontakt: 774 291 802, e-mail: rottova.alice@seznam.cz

407 2-16

Přenechám pediatrickou **ordinaci v Praze 3**. Bezproblémová praxe, budova v našem vlastnictví, možný i částečný úvazek, předání praxe nebo podíl v s.r.o. – dle dohody.

Kontakt: 737 600 021, nebo rakusanp@seznam.cz

408 2-16

Pronajmu nebo **prodám zavedenou ordinaci** praktického lékaře pro děti a dorost v **Ostravě-Starém Zábřehu**.

Mobil 736 250 560.

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

Autodidaktický test 3/2016

Diabetologie

1. Batoleti s diabetem mellitem podáváme rychlá analoga inzulinu:

- a) 30 minut před jídlem, a to v množství odpovídajícím plánovanému příjmu sacharidů ve stravě
- b) 5 minut před jídlem nebo současně s jídlem, pokud spolupracuje a jí dobře, a to v množství odpovídajícím plánovanému příjmu sacharidů ve stravě
- c) u disruptivního chování dítěte ihned po jídle, a to v množství odpovídajícím skutečnému příjmu sacharidů ve stravě

2. Dospělý člověk vyprodukuje přirozeně za den přibližně:

- a) 20 jednotek inzulinu
- b) 40 jednotek inzulinu
- c) 60 jednotek inzulinu
- d) 80 jednotek inzulinu

3. Fyziologicky člověk zužitkuje část denní produkce inzulinu jako bazální a část jako prandiální. Tuto skutečnost kopírujeme při léčbě diabetu inzulinovou pumpou. Jaký je fyziologický poměr inzulinu bazálního k inzulinu prandiálnímu?

- a) 40 : 60
- b) 50 : 50
- c) 60 : 40

4. Principem inzulinových pump je kopírovat přirozenou sekreci inzulinu. Do inzulinových pump se používají:

- a) rychle působící inzulinová analoga
- b) dlouhodobě působící inzulinová analoga
- c) humánní inzulin
- d) protaminovaný NPH inzulin
- e) kombinace rychle a dlouhodobě působících analogů inzulinů

5. Hladina glykovaného hemoglobinu svědčící o dobré kompenzaci u diabetika léčeného jakýmkoliv režimem by neměla přesáhnout:

- a) 46 mmol/mol
- b) 58 mmol/mol
- c) 64 mmol/mol

6. Diabetes mellitus je celoživotní choroba charakterizovaná chronickou hyperglykemií na podkladě poruchy sekrece nebo účinku inzulinu. Na základě etiologie je sestavena klasifikace jednotlivých typů diabetu mellitu. Která odpověď je chybná?

- a) Diabetes mellitus typu I je způsoben selháním produkce inzulinu α -buňkami pankreatu
- b) Diabetes mellitus typu II je způsoben inzulinovou rezistencí
- c) MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young) je způsoben mutacemi specifických genů vedoucích k projevům diabetu
- d) Permanentní neonatální diabetes mellitus je způsoben mutací genu ovlivňujícího funkci draslíkového kanálu v membráně β -buněk pankreatu, v jejímž důsledku není buňka schopna depolarizace a tím vylučování vytvořeného inzulinu do cirkulace

Přehodnotte ochranu proti pneumokokům



PNEUMOKOKOVÁ MENINGITIDA

ZÁNĚT
STŘEDNÍHO UCHA

PNEUMONIE

SEPSE



Synflorix™ je vakcína, která pomáhá chránit před závažnými pneumokokovými onemocněními vyvolanými vakcinačními sérotypy a sérotypem 19A.¹



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

Reference: 1. SPC Synflorix 11/2015. 2. Synflorix je plně hrazen z veřejného zdravotního pojištění pro děti, které splňují podmínky dané zákonem č. 48/1997 Sb., v platném znění.

ZKRÁCENÝ SOUHRN ÚDAJŮ O PŘÍPRAVKU

Název přípravku: Synflorix injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (adsorbovaná). **Složení:** 1 dávka (0,5 ml) obsahuje pneumococcal polysaccharide serotypes 1 (1 µg), 4 (3 µg), 5 (1 µg), 6B (1 µg), 7F (1 µg), 9V (1 µg), 14 (1 µg) a 23 (1 µg) konjugované na protein D (odvozený z kmenů netyfovateľného Haemophilus influenzae) jako proteinový nosič (9–15 µg), 19C (3 µg) konjugovaný naletanickým toxoidem jako proteinový nosič (5–10 µg) a 10F (3 µg) konjugovaný na difteričský toxoid jako proteinový nosič (3–6 µg) – adsorbovaná na fosforečnan hlinitý (0,5 mg Al³⁺). **Terapeutické indikace:** Aktivní imunizace proti invazivním onemocněním, pneumonii a akutní otitis media způsobeným sérotypy Streptococcus pneumoniae obsaženými ve vakcíně a zkráceně reaktivním sérotypem 19A u kojenců a dětí ve věku od 6 týdnů až do 5 let. **Dávkování a způsob podání:** Vakcína se podává intramuskulární injekcí, a to přednostně do anterolaterální části stehna u kojenců nebo do deltového svazu ramene u malých dětí. Očkovací schéma musí být v souladu s oficiálními doporučeními. Doporučuje se, aby jedinci, kterým je podána první dávka Synflorixu, dokončili celé očkovací schéma Synflorixem. Synflorix nesmí být v žádném případě aplikován intravaskulárně nebo intradurálně, údaje u subkutánním podání nejsou k dispozici. **Kojenci od 6 týdnů do 6 měsíců věku:** Doporučené schéma k zajištění optimální ochrany tvoří 4 dávky – 3 dávky s intervalem min. 1 měsíc mezi dávkami, posilovací dávka s min. 6měsíčním odstupem od 3. dávky. Je-li vakcína podávána jako část rutinního očkovacího kalendáře, může být podána ve schématu tvořeném třemi dávkami – 1. dávka může být podána od věku 2 měsíců, 2. dávka v 2 měsíce později, posilovací dávka s odstupem min. 6 měsíců od 2. dávky. **Dříve neočkovaní starší kojenci a děti ve věku 7 – 11 měsíců:** 2 dávky s intervalem min. 1 měsíc mezi dávkami, 3. dávka se doporučuje podat v 2. roce života s min. 2měsíčním odstupem mezi dávkami. **Děti ve věku 12 měsíců – 5 let:** dvě 0,5 ml dávky s intervalem nejméně 2 měsíce mezi dávkami. **Děti narození mezi 27. – 36. týdnem těhotenství:** U nedonošených dětí narozených alespoň ve 27. týdnu těhotenství doporučené očkovací schéma tvoří čtyři dávky, každá po 0,5 ml. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku nebo na kteroukoli proteinový nosič tohoto přípravku. Aplikace vakcíny musí být odložena u osob trpících závažným akutním horečnatým onemocněním. Přítomnost méně infekce, např. nachlazení, by ale neměla být příčinou oddálení očkování. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Pro případ vzácné se vyskytující anafylaktické reakce po aplikaci musí být k dispozici odpovídající lékařská péče a dohled. Možné riziko agnóie a nutnost monitorování dýchání po dobu 48 – 72 hodin by se měly zvážit při podávání vakcíny těmto nedonošeným dětem narozeným v 28. týdnu těhotenství. U dětí od 2 let věku se může objevit v průběhu očkování, nebo i před ním syndrom (mdloba) jako psychogenní reakce na injekční stříkačku s jehlou. Je důležité předem zajistit takové podmínky, aby při eventuální mdlobě nemocného došlo k úrazu. Vakcína se musí podávat opatrně osobám s trombocytopenií nebo s jakoukoliv poruchou koagulace. Je třeba se též řídit oficiálními doporučeními k očkování proti difterii, tetanu a Haemophilus influenzae typu b. Ochrana proti pneumokokovým sérotypům, které nejsou ve vakcíně obsaženy, kromě zkráceně reaktivního sérotypu 19A, nebo proti netyfovateľnému Haemophilus influenzae nebyla dostatečně prokázána. Synflorix neposkytuje ochranu proti jiným mikroorganismům. Synflorix nemusí chránit všechny očkováné jedince proti invazivnímu pneumokokovému onemocnění, pneumonii nebo otitis media způsobeným sérotypy obsaženými v této vakcíně a zkráceně reaktivním sérotypem 19A. Navíc se předpokládá, že celková ochrana proti otitis media a pneumonii by mohla být omezená a podstatně nižší než ochrana proti invazivnímu onemocnění způsobenému sérotypy této vakcíny a zkráceně reaktivním sérotypem 19A tím, že mezi původce těchto onemocnění patří kromě sérotypů Streptococcus pneumoniae obsažených ve vakcíně i mnohá další mikroorganismy. Děti by měly dostat vakcínu Synflorix podle očkovacího schématu odpovídající věku dítěte v době zahájení očkování. Data o bezpečnosti a imunogenitě nejsou u dětí nad 5 let věku zatím k dispozici. U dětí se zvýšeným rizikem pneumokokových infekcí a u dětí s nedostatečnou imunitní odpovědí může být odpověď na očkování snížena a očkování nemusí poskytnout optimální ochranu. Profylaktické podání antipyretik před aplikací nebo bezprostředně po aplikaci vakcíny může snížit incidenci a intenzitu horečnatých reakcí po očkování. Klinická data získaná s paracetamolem a ibuprofenem nasvědčují tomu, že by profylaktické použití paracetamolu mohlo snižovat četnost horečky, zatímco profylaktické použití ibuprofenu prokázalo omezený vliv na snížení četnosti horečky. Klinická data naznačují, že paracetamol může snížit imunitní odpověď na Synflorix. Něméné, klinický význam tohoto pozorování není znám. Profylaktické podání antipyretik se doporučuje u dětí s křečemi nebo s anamnézou febrilních křečí. Antipyretická léčba by měla být zahájena v souladu s místními terapeutickými doporučeními. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Synflorix může být podán současně s některou z následujících monovalentních nebo kombinovaných vakcín: vakcínou proti difterii-tetanu-perutii s acelulárními celobuněčnou pertusovou složkou, hepatitidě B, dětské obrně, Haemophilus influenzae typu b, spalničkám, příušnicím a zarděnkám, planým neštovicím, proti meningokokům sérotypu C (CRM₃₅) a TT konjugátů a rotaviřům. Injekce jednotlivých vakcín musí být aplikovány do různých míst. U pacientů podstupujících imunosupresivní terapii nemusí být po očkování dosaženo odpovídající imunitní odpovědi. **Těhotenství a kojení:** Synflorix není určen k očkování dospělých. **Nežádoucí účinky:** Nejčastější nežádoucí účinky jsou bolest a zarudnutí v místě vpichu a podrážděnost. Většina těchto reakcí netrvá dlouho a je méně závažná než reakce na očkování. Incidence místních a celkových nežádoucích účinků hlášených do čtyř dnů byla ve srovnávacích klinických studiích po každé podané dávce ve stejném rozsahu jako po očkování 7valentním Prevenarim. Dále se v klinických studiích s různou četností vyskytovaly: ospalost, křeče (febrilní nebo afebrilní), agnóie u těžce nedonošených dětí (narozených ve 28. týdnu těhotenství), horečka, nevolnýk plác, příjem, vyrážka, kopřivka, nechtelnost, nauzea, bolest hlavy, otok, indurace, svědění, podlitina nebo krvácení v místě vpichu, poškození uší, alergické reakce (jako alergická dermatitida, atopická dermatitida, ekzém), difúzní otok končetin v místě podání injekce, někdy zahrnující i přilehající kloub a Kawasakiho nemoc. **Inkompatibilita:** Synflorix nesmí být mísen s žádnými dalšími léčivými přípravky. **Doba použitelnosti:** 3 roky. **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 – 8 °C), chráňte před mrazem a světlem. Přítomnost jemné bílé sedimentu a čirého bezbarvého supernatantu v předplněné injekční stříkačce není známkou znehodnocení vakcíny. Obsah stříkačky musí být před aplikací dobře protřepán a vizuálně zkontrolován na přítomnost cizorodých částic a/nebo na změnu vzhledu. Jestliže svým vzhledem nevyhovuje, je třeba ji vyhodit. Vakcínu aplikujte po dosažení pokojové teploty. **Druh obalu a velikost balení:** 0,5 ml suspenze v předplněné injekční stříkačce (jako typu I) s plátovou zátkou (butylprýž) s jehlami nebo bez jehel. Balení obsahuje 1 nebo 10 předplněných injekčních stříkaček. **Držitel rozhodnutí o registraci:** GlaxoSmithKline Biologicals s.a., Rue de l'Institut 89, B-1330 Rixensart, Belgie. **Registrační číslo:** EU/1/09/508/001-005.010. **Datum první registrace:** 30. 3. 2009. **Datum revize textu:** 16. 11. 2015. Lék je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, pokud 3 dávky očkovací látky byly aplikovány do sedmiho měsíce věku pojištěnce; hrazenou službou je dále i očkování provedené po uplynutí těchto tří dnů, pokud došlo k odložení aplikace jedné nebo více dávek očkovacích látek z důvodu zdravotního stavu pojištěnce. Úplnou informaci pro předepisování najdete v Souhrnu údajů o přípravku na: www.gskcompendium.cz nebo se obraťte na společnost GlaxoSmithKline, s.r.o., Hvezdova 1734/2c, 140 00 Praha 4; e-mail: cz.info@gsk.com; www.gsk.cz. Případné nežádoucí účinky prosím hláste také na cz.safety@gsk.com. Verze SPC platná ke dni 3. 12. 2015 *Proalim, vládně si změny SPC.



Bílkoviny jsou stavební kameny života

OPTIPRO® HA po vzoru mateřského mléka



KVALITA bílkoviny nejbližší profilu aminokyselin mateřského mléka¹⁻³

- Zdravé metabolické programování parametry metabolismu podobné jako u 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 kojených dětí^{9, 10}
- Snadné vylučování nízká zátěž nezralých orgánů^{10, 11}
- Podpora imunitní obrany střevní mikroflóra s převahou bifidobaktérií^{12-14, 15}



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



KOMPOZICE bílkoviny nejbližší antigenním vlastnostem mateřského mléka¹⁶⁻¹⁷

- Prevence alergií snižuje riziko vzniku atopické dermatitidy až do 15 let věku¹⁸

Reference:

1. Nestlé. Data on file (2012). 2. Zhang Z et al. Nutrients 2013;5:4800-4821. 3. Nestlé. Data on file 2014. 4. Steenhout P et al. Pediatric American Society Meeting (PASM), 14th May 2005, Washington, USA. 5. Labaune JM et al. Abstract at ESPR Meeting, 9th-12th October 2009, Hamburg, Germany. 6. Exl BL et al. Eur J Nutr 2000;39:145-156. 7. Billeaud C et al. Eur J Clin Nutr 1990;44:577-583. 8. Zabransky S, Zabransky M. Extr Paed 1987;11:10-2. 9. Grathwohl DJ et al. Abstract at EAPS Congress 2010. 10. Ziegler EE et al. Monatsschr Kinderheilkd 2003;151:565-571. 11. Ráihä 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;3:159-165. 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. 16. Jost R, Fritsche R, Pahud JJ, Bibl Nutr Diets 1991;127:137. 17. Nestec patent: 5 039 532 18. Von Berg A, Filipak-Pittroff B, Schulz H et al.: Allergic manifestation 15 years after early intervention with hydrolyzed formulas - the GINI Study. Allergy. 2015 Oct 14. doi: 10.1111/all.12790. [Epub ahead of print].

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 přejme rozhodnutí používat kojeneckou výživu, tak je nezbytné matky poučit o správné přípravě a zdůraznit, že použití nepřepracované vady, nemyté lahve nebo nesprávného ředění může vést k onemocnění dítěte.

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

