

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX

PEDIATRIAE

duben 2016
číslo 4 • ročník 16



OSPDL ČLS JEP

téma čísla

Bolesti hlavy



- Specializovaná způsobilost v oboru PLDD
- Nejčastější chyby v indikaci a vykazování výkonů zdravotním pojišťovnám

- Bolesti hlavy
- Trnitá cesta k diagnóze
- Náhlá srdeční smrt u sportovců z pohledu dětského kardiologa

- Kongres primární péče
- Zakázané léky: Seznam hromadně vyráběných léčivých přípravků obsahujících zakázané látky z hlediska dopingů



Pracujeme pro zdravější svět™

NUTRICIA
BABY NUTRITION



do more
feel better
live longer



InfanrixTM hexa



SPOLEČNÝ PŘÍBĚH

LÉKAŘŮ

Děti

RODIČŮ

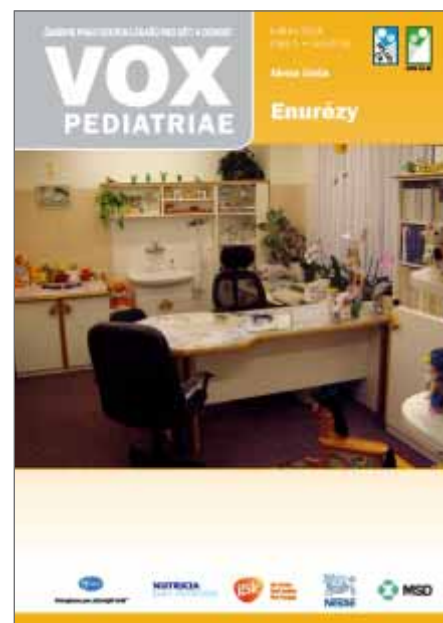
Prověřený léty

Zkrácený Souhrn údajů o přípravku

NÁZEV PŘÍPRAVKU: Infanrix hexa, prášek a suspenze pro přípravu injekční suspenze v předepsané injekční stříkačce. Vakcína proti difterii (D), tetanu (T), pertusi (acelulární komponenta) (Pa), hepatitidě B (HBV), poliomylitidě (inaktivovaná) (IPV) a konjugované vakcína proti *Klebsiella pneumoniae* typu 1 (Hib), (adsorbovaná). **Kvalitativní a kvantitativní složení:** Po rekonstituci jedna dávka (0,5 ml) obsahuje: *Diphtheriae* anatoxum ne méně než 30 mezinárodních jednotek (IU), tetani anatoxum ne méně než 40 mezinárodních jednotek (IU), *Pertussis* anatoxum 25 mikrogramů, *Neisseria meningitidis* 25 mikrogramů, *Pertactin* 8 mikrogramů, antigenum *Legionella* hepatitidy B 10 mikrogramů¹, virus poliomylitidy (inaktivovaný) 4 typy 1 (kmen Mahoney) 40 IU jednotek antigenu, typus 2 (kmen MEF-1) 8 IU jednotek antigenu, typus 3 (kmen Saukett) 32 IU jednotek antigenu, *Klebsiella pneumoniae* typus 1 polysacharidum 10 mikrogramů (polyribosylribitol fosforát) konjugová s tetani anatoxum jako nosným proteinem přibližně 25 mikrogramů², adsorbovaná na hydroxyl křemíku, hydrátovaný (AKDHA) 0,5 miligramů A3³ - ⁴ vyrobeno rekombinantní DNA technologií na kultuře kvasnicových buněk (*Saccharomyces cerevisiae*), ¹ adsorbovaná na heparinovaném křemíku (AP04) 0,32 miligramů A3³ - ⁴ pomnoženo na VERO buňkách. Tato vakcína může obsahovat stopy formaldehydu, neomycinu a polymyxinu, které se používají v průběhu výrobního procesu. **Indikace:** Infanrix hexa je určen pro základní očkování a předočkování dětí proti difterii, tetanu, pertusi, hepatitidě B, poliomylitidě a onemocnění způsobeným *Klebsiella pneumoniae* typu 1. **Dávkování a způsob podání:** Očkování a způsob podání: Očkování Infanrix hexa má být v souladu s dostupnými oficiálními doporučeními. **Základní očkovací schéma** spočívá v podání 0,5 ml dávky (například ve 2., 3., 4. měsíci, ve 3., 4., 5. měsíci a ve 2., 4., 6. měsíci) nebo dvou dávek (například ve 3. a 5. měsíci). Mezi jednotlivými dávkami musí být interval nejméně 1 měsíc. Jestliže je při narození podána první dávka vakcíny proti hepatitidě B, může být od věku 6 týdnů k podání dalších dávek vakcíny proti hepatitidě B použita vakcína Infanrix hexa. Pokud se druhá dávka vakcíny proti hepatitidě B podává před dosažením tohoto věku, je nutné použít monovalentní vakcínu proti hepatitidě B. Po očkování 2 dávkami vakcíny Infanrix hexa (například ve 3. a 5. měsíci) se musí podat posilovací dávka nejméně 6 měsíců po podání poslední dávky základního očkování. Uprávněňuje se podání mezi 11. až 13. měsícem věku dítěte. Po očkování 3 dávkami vakcíny Infanrix hexa (například ve 2., 3., 4. měsíci, ve 3., 4., 5. měsíci a ve 2., 4., 6. měsíci) se musí podat posilovací dávka nejméně 6 měsíců po podání poslední dávky základního očkování. Uprávněňuje se podání před 10. měsícem věku dítěte. Bezpečnost a účinnost vakcíny Infanrix hexa u dětí starších 36 měsíců nebyla stanovena. Infanrix hexa je určen k řídící intramuskulární aplikaci. Další dávky je vhodné podávat vždy do opakové končetiny, než byla podána předchozí dávka. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na jakýkoliv pomocný látky nebo na formaldehyd⁵, onemocnění u polymyosin, hypersenzitivita na předchozí aplikaci vakcín proti difterii, tetanu, pertusi, hepatitidě B, poliomylitidě nebo Hib. Infanrix hexa je kontraindikován u dětí, u nichž se do sedmi dnů po předchozím očkování vakcínou obsahující pertusové složky vyvíjel ancefalopatie neznámé etiologie. V takových případech se musí očkování proti pertusi přerušit a dále se očkovat jen vakcínami proti zářetku-tetanu, hepatitidě B, poliomylitidě a Hib. Podobně jako u jiných vakcín i aplikace Infanrix hexa musí být odložena u osob trpících vážným akutním hematologickým onemocněním. Příznaky slabé infekce však není považována za kontraindikaci. **Zvláštní upozornění:** Jestliže dítě v časové blízkosti s aplikací vakcíny obdrželo pertusovou složku k některé z dříve popsaných reakcí, je nutné zdržet podání dalších dávek vakcín, které pertusovou složku obsahují. Teplota $\geq 40,0^{\circ}\text{C}$ během 48 hodin po očkování s neprokázanou jinou souvislostí, kolaps nebo šokový stav (hypotenze-hyporeaktivní epizoda) během 48 hodin po očkování, trvalý nevolnostný útok trvající ≥ 3 hodiny během 48 hodin po očkování, křeče s horečkou nebo bez ní během prvních 3 dnů po očkování. Za určitých podmínek, například v případě vysokého výskytu dávivého kašle, však očekávání přínosu imunizace převládá nad rizikem. Podobně jako u jiných očkování by se měly pečlivě sledovat a rizika imunizace vakcínou Infanrix hexa nebo její složky u kojenců nebo u dětí trpících narušením nové imunity nebo progresivní závažné neurologické poruchy. Stejně jako u jiných injekčních vakcín musí být po aplikaci této vakcíny pro případ nápravy anafylaktického šoku okamžitě k dispozici odpovídající lékařská péče a dohled. Nemocným s trombocytopenií a s poruchami srážlivosti kůže musí být vakcína Infanrix hexa aplikována se zvýšenou opatrností, neboť po intramuskulárním podání může dojít ke krvácení. Infanrix hexa nesmí být v žádném případě aplikována intravaskulárně nebo intradurálně. Podobně jako u jiných vakcín, nemusí být u všech očkováních jednotlivých vyvolání ochranné imunitní odpovědi. Výskyt febrilních křečí v anamnéze dítěte, výskyt febrilních křečí nebo SIDS (syndrom náhlého úmrtí dítěte) v rodinné anamnéze není kontraindikací pro použití vakcíny Infanrix hexa. Očkování jedince, u nichž se v anamnéze teplotní křeče vyskytly, je třeba pečlivě sledovat, protože se tyto nežádoucí účinky mohou objevit 2 až 3 dny po vakcinaci. Infekce HIV nepřetváří kontraindikaci pro vakcinaci. Předčasně narozeným dětem je možné na základě omezených údajů získaných od 163 předčasně narozených dětí vakcínu Infanrix hexa podat. Neméně, byla zjištěna nižší imunitní odpověď a úroveň klinické protekce není známa. Mohou existovat agnos a nutnost monitorování dýchání po dobu 48 – 72 hodin by se měly zdržet při podávání dávek základního očkování nebo předčasně narozeným dětem (narození ≤ 28 týdnů těhotenství) a zvláště těm, u jejichž předchozí anamnéze byla respirační nevolnost. Protože prospěch očkování je u této skupiny dětí vysoký, neměla by se vakcinace odmítnout ani odložit. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** O současném podání vakcíny Infanrix hexa a kombinované vakcíny proti spalničkám, příušnicím a zářetkovému nejspis k dispozici dostatečné údaje týkající se účinnosti a bezpečnosti. Který by umožnil stanovit optimální doporučení. Údaje vycházející ze současného podání Infanrix hexa a Prevenaru (pneumokokové šestnácti konjugované vakcíny, adsorbované) neprokázaly při základní vakcinaci 3 dávkami u 24měsíčního z antigeny klinicky relevantní snížení protizánětlivé odpovědi. **Těhotenství a kojení:** Údaje nejsou k dispozici. **Nežádoucí účinky:** Podobně jako u DTaP vakcín a kombinovaných vakcín obsahujících DTaP byla po posilovací dávce vakcíny Infanrix hexa pozorována vyšší míra reakce na horečku než po základním očkování. Množství nežádoucí bezpečnosti proti nežádoucím účinkům je srovnáno na údajích získaných v klinických studiích (údaje od více než 16 000 jedinců) a v průběhu postmarketingového sledování. Velmi časté ($\geq 1/10$) a časté ($\geq 1/100$, $< 1/10$) nežádoucí účinky: sechlutnost, nevolnost, podrážděnost, neklid, horečka 38°C lokální otok v místě vpichu (≤ 50 mm), úvrate, bolest, zarudnutí, nervozita, příjem, zvracení, horečka $> 39^{\circ}\text{C}$, reakce v místě vpichu, vnitřní indurace, lokální otok v místě vpichu (> 50 mm). U dětí očkováních v rámci základní imunizace vakcínou obsahujícími acelulární pertusovou složku je po přeložení předpředpokládá výskyt otoku ve srovnání s dětmi očkováními acelulárními vakcínami. Tyto reakce odezní průměrně za 4 dny. **V klinických studiích, ve kterých bylo současně podána vakcína Infanrix hexa a vakcína Prevenar jako posilovací (čtvrtá) dávka těchto vakcín, byla zaznamenána horečka nad 38°C u 43,4 % kojenců očkováních současně vakcínou Prevenar a vakcínou Infanrix hexa, ve srovnání s 30,5 % kojenců očkováních 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 následně použito vakcíny Infanrix hexa spolu s vakcínou Prevenar 13, a těmi, u kterých bylo následně použito samotné vakcíny Infanrix hexa, naznačuje analýza z postmarketingových hlášení možnost zvýšeného rizika výskytu křečí (s horečkou nebo bez horečky) a hypotenzivno-hyporeaktivního epizod. **Inkompatibilita:** Infanrix hexa nesmí být mísen s žádnými dalšími léčivými přípravky. **Doba použitelnosti:** 3 roky. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte v chladničce ($2^{\circ}\text{C} - 8^{\circ}\text{C}$). Ochrana před mrazem. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. Po rekonstituci se doporučuje použít vakcínu ihned. **Držitel rozhodnutí o registraci:** GlaxoSmithKline Biologicals s. a. Rue du 118th 89, B-1330 Rixensart, Belgie. **Registrační číslo(a):** EU/1/00/152/001-008. **Datum první registrace/prodloužení registrace:** 25. 10. 2000/31. 8. 2010. **Datum revize textu:** 23. 10. 2014. **Prosím věnujte pozornost změně SPC:** Lék je vakcína na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním léku se prosím seznámta s úplnou informací o přípravku, kterou najdete v Souhrnu údajů o přípravku na: www.gsk.com/patients/cz nebo se obraťte na společnost GlaxoSmithKline s.r.o., Hvězdova 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 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 očkováních jednotlivých vyvolána ochranná imunitní odpověď.

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Koalice soukromých lékařů	6
	Stanovisko k systému primární pediatrické péče v ČR	7
	MUDr. Ilona Hülleová	8
	Specializovaná způsobilost v oboru PLDD	8
	Zápis z jednání Národní imunizační komise (NIKO) konaného dne 9. února 2016 na Ministerstvu zdravotnictví	11
	Nejčastější chyby v indikaci a vykazování výkonů zdravotním pojišťovnám	13
	Informace OSPDL ČLS JEP	15
	MUDr. Martin Kudr, Ph.D.	16
	Bolesti hlavy	16
	MUDr. Eva Svobodová	18
	Trnitá cesta k diagnóze	18
	MUDr. Peter Kubuš, Ph.D.	19
	Náhlá srdeční smrt u sportovců z pohledu dětského kardiologa	19
	Prof. RNDr. Josef Pešák, CSc.	21
	Léčení koktavosti	21
	Kongres primární péče – Výběr z abstrakt	24
	Ze světa odborné literatury	34
	Aktuality	35
	Řádková inzerce	37
	Autodidaktický test, Imunologie	38
	Zakázané léky: Seznam hromadně vyráběných léčivých přípravků obsahujících zakázané látky z hlediska dopingu a registrovaných v ČR k datu 1. 1. 2016	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

**ČPP
GSK
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	10 ⁰⁰ – 15 ⁰⁰ hod.
Úterý	10 ⁰⁰ – 15 ⁰⁰ hod.
Středa	10 ⁰⁰ – 15 ⁰⁰ hod.
Čtvrtek	10 ⁰⁰ – 15 ⁰⁰ hod.
Pátek	10 ⁰⁰ – 13 ⁰⁰ 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. Elišky Sládkové

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 inzerce a vložených tiskovin.



A jdeme do finále...!

Vážené kolegyně a kolegové,
v současnosti se do finále blíží aktivity vámi zvolených představitelů SPLDD, OSPDL i stovek lékařů členské základny, kteří se podílejí na petiční akci směřované k zachování praktického dětského lékařství jako základního atestačního oboru primární zdravotní péče o dětskou a dorostovou populaci. Do finále se blíží také legislativní proces schvalování vládního návrhu novely zákona č. 95/2004 Sb. v Poslanecké sněmovně – jako sněmovní tisk 723.

Přes všechny námi předkládané argumenty nebyla zatím politická vůle změnit názor, že sloučením dvou oborů (Dětské lékařství a Praktické lékařství pro děti a dorost) v jeden obor Pediatrie se nevyřeší demografická situace v ordinacích PLDD a že hrozí rozpad funkčního systému primární péče o děti se všemi důsledky (možný vznik rodinného lékařství nebo snížení věkové hranice pro poskytování péče dětem v ordinacích PLDD). Protože si toto nebezpečí uvědomují také kolegové, praktici pro dospělé, vyslovují našemu požadavku veřejnou podporu.

Pro významnou podporu našim argumentům a sdílení společných obav ze změny systému péče o dítě ze strany širší rodičovské veřejnosti svědčí do této doby také 103 000 sebraných podpisů na petičních formulářích! Tato petice bude vašimi zástupci i zástupci rodičovské veřejnosti v nejbližších dnech předána do Poslanecké sněmovny. Vzhledem k významnému počtu podpisů následně proběhne za naší účasti tzv. veřejné slyšení, kde by se měly před veřejností i poslanci diskutovat námi předkládané argumenty.

Snad se podaří přesvědčit více poslanců, že argument předkladatele novely zákona o vzdělávání lékařů, že změna vzdělávání nezmění funkční systém poskytování primární péče, je mylný, že naše snaha obhájit náš obor jako obor základní není namířena proti našim kolegům – pediatrům na lůžkových odděleních, ale že považujeme odbornou a výukovou spolupráci s nimi za nezbytnou. Jak vyplývá z posledních statistických údajů naší katedry IPVZ, zvyšují se počty atestantů PLDD i těch, kteří si náš obor volí jako svoji odbornou a ekonomickou jistotu. Řečnická otázka – proč měnit něco, co je funkční, ev. komu by tyto změny prospěly?

I když se již blíží rozuzlení ve formě finální podoby zákona o dalším vzdělávání lékařů, který by měl na dlouhou dobu změnit systém postgraduálního vzdělávání lékařů a tím i „atraktivitu“ a počty lékařů i v jiných (nadstavbových) oborech, základní problém českého zdravotnictví bude asi přetrvávat. A tím je absolutní nedostatek nejen lékařů, ale i středního zdravotnického personálu ve zdravotnických zařízeních, způsobený dlouhodobě nízkým ohodnocením jejich práce.

MUDr. Milan Kudyn





Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

Koncem února proběhl již X. kongres primární péče, který svou úspěšností překonal předchozí ročníky.

Březen se stal měsícem, kdy došlo k předání petice zástupci SPLDD a OSPDL společně se zástupci rodičů Petičnímu výboru Sněmovny. Předání proběhlo dne 9. 3. 2016 ve 13:30 hod. Přes 104 000 podpisů na petičních arších převzal poslanec Holeček, člen Petičního výboru PSP. Akce vzbudila pozornost médií a zaznamenali jsme také odezvu ze strany některých poslanců. Veřejné slyšení k petici proběhne ve Sněmovně dne 26. 4. 2016. Petice nebyla prozatím ukončena, lékaři mohou petiční listy nadále posílat do kanceláře Sdružení.

V březnu jsme zahájili schůzky se zástupci zdravotních pojišťoven, předmětem jednání jsou zejména podmínky úhrad zdravotních služeb pro náš subsegment PLDD v roce 2017. Projednáváme také podmínky navýšení úhrad za účast na LPS a koeficientu 1,3 pro úhradu v oblastech s nedostatkem nových poskytovatelů.

25.–27. 2. 2016 se konal X. kongres primární péče. Další informace najdete na stránkách časopisu. V sobotu 27. 2. po ukončení kongresu se sešlo na svém mimořádném jednání předsednictvo SPLDD a výbor OSPDL.

1. 3. 2016 se konalo jednání Koalice soukromých lékařů. Zabývali jsme se odpověďmi SÚKL, VZP a VoZP na dopis upozorňující na nedostatek některých léků v praxi. Proběhla obsáhlá diskuse s hostem Mgr. et Mgr. Vojtěchem, poradcem ministra financí pro oblast zdravotnictví.

2. 3. 2016 proběhlo na půdě ÚP VZP předběžné jednání před dalším kolem dohodovacího řízení o cenách pro rok 2017. Pojišťovna již na tomto jednání signalizovala, že nebude mít dostatek prostředků k dalšímu plošnému navýšování plateb pro náš segment.

4. 3. 2016 se sešli v kanceláři SPLDD na svém plánovaném jednání pokladníci regionů a řešili problematiku regionálních podúčtů, financování vzdělávacích akcí a dalších regionálních aktivit.

9. 3. 2016 proběhlo předání petičních archů ve Sněmovně. Spolu se zástupci rodičů jsme odevzdali poslanci Holečkovi přes 104 000 podpisů. Čeká nás příprava na veřejné slyšení ve Sněmovně, kde se poslanci budou touto peticí zabývat.





Koalice soukromých lékařů

■ Zápis z jednání Koalice soukromých lékařů 9. 2. 2016

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

1. Stav úhrad v roce 2016

- Žádá z organizací KSL dosud neobdržela cenový dodatek od VoZP ČR.

2. DŘ na rok 2017

- Podle některých výkladů současné platné legislativy má skupina lékařské péče právo být účastníkem dohodovacího řízení, ale zatím nebylo rozhodnuto o způsobu jejího zařazení. Tato skupina poskytuje specifické zdravotní služby, které neodpovídají žádnému ze současných segmentů, proto se řeší buď jejich zařazení do některé ze současných skupin poskytovatelů zdravotní péče, nebo vytvoření dalšího samostatného segmentu.
- Zástupci KSL si vyměnili názory na způsob hlasování zástupců jednotlivých sdružení Koalice o skupině lékařské péče na uplynulém jednání dohodovacího řízení a potvrdili společné rozhodnutí o důsledném dodržování dohod, předběžně přijatých na jednání KSL, všemi jejími zástupci. Ve sporných případech budou zástupci KSL na DŘ způsob, jak budou hlasovat, předem telefonicky konzultovat s vedením jednotlivých sdružení.
- Účastníci jednání negativně hodnotili časový harmonogram DŘ, který je zkrácený natolik, že neumožní vycházet pro jednání o cenách zdravotní péče v následujícím roce z výsledků předcházejícího roku a k dispozici ještě nebudou ani závěry Analytické komise.
- Novela zákona o zdravotních službách, kterou projednává PSP ČR, obsahuje i návrh na zřízení neveřejného registru zdravotnických pracovníků. Přestože členové Koalice nemají na vedení registrů jednotný názor, shodně konstatují, že návrh, tak jak byl podán, nemá žádný význam pro sledování zdravotního stavu obyvatelstva.

3. Častá nedostupnost některých léků bez náhrady

- Podle informace členů KSL mizí v posledních měsících z trhu bez náhrady některé léky nebo jsou nahrazovány dražšími variantami. Tato situace ztěžuje léčení některých diagnóz a při předepisování dražších náhrad hrozí regulace ze strany zdravotních pojišťoven.
- Zástupci KSL pověřili dr. Jojka přípravou dvou dopisů. Jednoho adresovaného zdravotním pojišťovnám s informací o tomto problému a upozorněním na hrozící nebezpečí regulačních omezení při překročení limitů na léky, a druhého MZ ČR s dotazem na příčinu této situace a žádostí o nápravu. Pokud nedojde ke změně situace na trhu s léky, může dojít ke snížení dostupnosti některé zdravotní péče (*oba dopisy jsou přílohou zápisu*).

4. Návrh zákona o neziskových nemocnicích

- Nejsou k dispozici žádné nové informace, návrh je třeba stále sledovat.

5. Různé

- Zástupci KSL souhlasili s návrhem dr. Dvořáka pozvat na další jednání Koalice Mgr. Adama Vojtěcha, poradce ministra financí Ing. Babiše, k projednání postoje ANO k dalšímu vývoji českého zdravotnictví (*poznámka: Mgr. Vojtěch byl osloven dopisem dr. Jojka, mluvčího KSL, a pozván na jednání 1. 3. 2016 přijal*).

Termíny dalších jednání KSL – 18.30, Apolena, 1. 3. 2016

V Praze dne 21. 2. 2016
Zapsala: Mgr. Zina Sladkovská

■ Dopis pojišťovnam

Koalice soukromých lékařů
Slavojova 22, 128 00 Praha 2,
telefon: 234 709 631, fax: 234 709 616,
e-mail: sladkovska@dent.cz

K rukám všech ředitelů zdravotních pojišťoven

V Praze dne 11. 2. 2016

Vážená paní ředitelko,
Vážení pánové ředitelé,

obracíme se na Vás z titulu zástupců soukromých lékařů z více segmentů zdravotní péče. Z celé ČR nám v posledních měsících přicházejí od našich členských základů zprávy, že z trhu mizí bez náhrady nebo s násobně dražší náhradou některé léky. Namátkou můžeme jmenovat Framykoin mast, Pendepon, Berotec aer., Dolgit cps, Eryfluid, Prothiaden, Anafril, Haloperidol deconat, Torecan, Aktiferrin.

Náš výčet samozřejmě nemůže být kompletní, neboť chybějících léků je velká řada a situace se každým dnem mění. Jsme si ale jisti, že problém se dotýká prakticky všech odborností lékařské péče.

Podobná situace je např. i v tom, že došlo k dlouhodobému výpadku bez náhrady produkce společnosti Stallergenes, což vede k násobnému navýšení nákladů na indukovanou péči hlavně u alergologů a pneumologů.

Dopisem jsme se již obrátili na MZ, od kterého chceme znát příčinu této nastalé situace a žádáme jeho aktivní kroky k nápravě, tj. proti snížení dostupnosti dotčených typů péče.

Na Vás se obracíme v souvislosti s regulacemi. Tímto Vás žádáme, abyste výše popsanou situaci zohlednili během uplatňování regulačních srážek nejen za rok 2015. Předem Vám za to děkujeme.

S pozdravem

Za koalici soukromých lékařů

MUDr. Zorjan Jojko, předseda Sdružení ambulantních specialistů ČR, mluvčí Koalice
MUDr. Pavel Chrz, prezident České stomatologické komory

MUDr. Václav Šmatlák, předseda Sdružení praktických lékařů ČR

MUDr. Ilona Hülleová, předsedkyně

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

MUDr. Vladimír Dvořák, předseda Sdružení soukromých gynekologů ČR



Dopis MZ

Koalice soukromých lékařů
Slavojova 22, 128 00 Praha 2,
telefon: 234 709 631, fax: 234 709 616,
e-mail: sladkovska@dent.cz

K rukám ministra zdravotnictví ČR
MUDr. Svatopluka Němečka, MBA

V Praze dne 11. 2. 2016

Vážený pane ministře,

obracíme se na Vás z titulu zástupců soukromých lékařů z více segmentů zdravotní péče. Z celé ČR nám v posledních měsících přicházejí od našich členských základů zprávy, že z trhu mizí bez náhrady nebo s násobně dražší náhradou některé léky. Namátkou můžeme jmenovat Framykoin mast, Pendepon, Berotec aer., Dolgit cps,

Eryfluid, Prothiaden, Anafril, Haloperidol deconat, Torecan, Aktiferrin.

Náš výčet samozřejmě nemůže být kompletní, neboť chybějících léků je velká řada a situace se každým dnem mění. Jsme si ale jisti, že problém se dotýká prakticky všech odborností lékařské péče.

Podobná situace je např. i v tom, že došlo k dlouhodobému výpadku bez náhrady produkce společnosti Stallergenes, což vede k násobnému navýšení nákladů na indukovanou péči hlavně u alergologů a pneumologů.

Dopisem jsme se obrátili na ředitele všech zdravotních pojišťoven, od nichž žádáme, aby nastalou situaci zohlednili během uplatňování regulačních srážek nejen za rok 2015.

Vás tímto žádáme o sdělení příčiny této nastalé situace, přičemž je-li řešení ve Vaší kompetenci, či kompetenci vlády ČR, žádáme o maximálně rychlou nápravu, resp.

zajištění toho, aby v daných oborech nedošlo ke snížení dostupnosti dotčených typů péče.

Předem Vám děkujeme za odpověď i aktivní kroky v zájmu všech pacientů v ČR.

S pozdravem

Za Koalici soukromých lékařů
MUDr. Zorjan Jojko, předseda Sdružení ambulantních specialistů ČR, mluvčí Koalice
MUDr. Pavel Chrz, prezident České stomatologické komory

MUDr. Václav Šmatlák, předseda Sdružení praktických lékařů ČR

MUDr. Ilona Hülleová, předsedkyně Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

MUDr. Vladimír Dvořák, předseda Sdružení soukromých gynekologů ČR

Stanovisko k systému primární pediatrické péče v ČR



**ČESKA LÉKAŘSKÁ SPOLEČNOST
J. E. PURKYNĚ**
Společnost všeobecného lékařství
U Hranic 3221/16, 100 00 Praha 10
Telefon: +420 267 184 042
Fax: +420 267 184 041
E-mail: svl@cls.cz



**SDRUŽENÍ PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ
ČESKÉ REPUBLIKY**
U Hranic 3221/16, 100 00, Praha 10
tel. 267 184 053, fax. 267 184 052
e-mail: spl@zdravotnictvi.cz

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost České republiky, o. s.
MUDr. Ilona Hülleová
U Hranic 3221/16, 100 00 Praha 10

V Praze dne 3. března 2016

Věc: Stanovisko k systému primární pediatrické péče v ČR

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP a Sdružení praktických lékařů ČR konstatují, že v ČR nejsou odborné ani ekonomické důvody ke změnám v organizaci primární péče o občany v ČR. Spolupráce mezi praktickými lékaři pro děti a dorost a všeobecnými praktickými lékaři funguje na velmi dobré úrovni a pokrývá potřeby populace v našem státě.

Obě společnosti zdůrazňují, že jakákoliv změna ve specializační přípravě musí zabezpečit příslušnou kvalitu a množství mladých lékařů v příslušném oboru v reálném čase. V žádném případě nejde o systém sám o sobě, ale o funkční nástroj ke splnění uvedených požadavků. Obě společnosti varují před neuváženými zásahy do tohoto systému, které mohou způsobit kolaps v obměně lékařů primární péče.

S přátelským pozdravem

doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.
předseda SVL ČLS JEP, v. r.

MUDr. Václav Šmatlák
předseda SPL ČR, v. r.



Specializovaná způsobilost v oboru PLDD

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

Děti tvoří v populaci ČR asi 20 % obyvatel. O děti (ve věku 0–18 let) pečují v ČR v primární péči PLDD a v nemocnicích, odborných ambulancích a dalších specializovaných zdravotnických zařízeních kliničtí pediatři. Primární péči definuje současná legislativa. Jedná se o tradiční systém péče o děti v ČR, který historicky vznikl v průběhu minulého století, byl ceněn okolními zeměmi a na tento systém péče můžeme být právem pyšní, i přes kritické poznámky některých kolegů. Stačí se podívat do okolních zemí a zjistíme, že tomu tak není všude a dostupnost péče pediatra je leckde daleko horší. V některých okolních zemích poskytuje primární péči všeobecný praktický lékař či rodinný lékař. Od dob privatizace ambulantí tehdejších obvodních pediatrů jsme ušli velký kus cesty. Tzv. za pochodu a při práci jsme si doplňovali dovednosti a znalosti, které nás lékařská fakulta nenaučila a které jsme při práci v zaměstnaneckém poměru v OÚNZ nepotřebovali. Značná část kurativy byla dříve poskytována dětem na lůžkách nebo v odborných ambulancích. Postupně se velká část péče přesunula do ambulantí PLDD. Stále častěji je rodiči vyžadována péče o děti v domácím prostředí. Tento trend je potřeba udržet a rozvíjet, není možné připustit, aby nedostatečné vybavení ordinace, nedostatek mladých lékařů či „pohodlnost“ některých lékařů nebo jejich pokročilý věk obrátil tento správný trend ambulantní péče opačným směrem. Nelze připustit, aby se PLDD stali jen jakýmsi distributorem pacientů k další péči či prodlouženou rukou úředníků MZ.

■ Obor PLDD

V roce 2004 byl legislativně zakotven do zákona č. 95/2004 Sb. nový obor Praktické lékařství pro děti a dorost, který se tak stal po boku všeobecného praktického lékařství základní součástí tzv. primární péče tj. linie prvního kontaktu pacienta se zdravotnic-

tív. Pokud je primární péče kvalitní a dostupná, stává se základem pro levný a efektivní systém zdravotnictví v jakékoliv zemi. V ČR neuspěl obor rodinného lékařství a pro nezáměr lékařů postupně zanikl. Neznamená to, že mezi námi nejsou lékaři, kteří se starají o celou rodinu. Jsou to lékaři, kteří si k základní atestaci z PLDD doplnili atestaci z VPL nebo naopak lékař s atestací z VPL si doplnil atestaci z PLDD. Vnímáme atestaci z oboru, která umožňuje lékaři samostatně pracovat bez dohledu, jako pojistku kvality poskytované péče.

Troufám si říci, že během roční stáže u svého školitele (akreditované pracoviště PLDD) se školeneček setká se všemi dovednostmi, výkony či znalostmi, které bude jako samostatně pracující poskytovatel v oboru PLDD potřebovat. Je to dostatečně dlouhá doba na to, aby si doplnil potřebné kursy, legislativní znalosti, meziprofesní problematiku, naučil se poskytovat preventivní péči včetně očkování, naučil se metody POCT, naučil se komunikaci s rodiči a pacienty, naučil se vést privátní praxi se vším všudy. To vše bez podvádění v zapisování do logbooku. Mladý lékař pracuje po celou dobu společně se svým školitelem. Zpětnou vazbou je mu i spokojenost či nespokojenost rodičů a malých pacientů s jeho prací. Tento rok praxe je velmi cenná deviza našeho vzdělávacího programu.

Předložená novela zákona č. 95/2004 Sb. je pro nás nepřijatelná. V obecné rovině není přátelská pro absolventy LF, zavádí pro ně dvě zkoušky, přičemž po první zkoušce mají mít jasně definované kompetence k samostatné práci, ale ty zákon nedefinuje a k zákonu není předložen příslušný prováděcí předpis. To je velmi znepokojivé a také v rozporu s počtem zkoušek ve vzdělávání v některých okolních zemích. Lékař se může nově zařadit pouze do jednoho oboru. Pro některé obory novela zákona vzdělávání paradoxně prodlužuje a mezi ně patří i vzdělávání pro budoucí PLDD, kde dojde k prodloužení minimálně o půl roku. Navíc je ne-

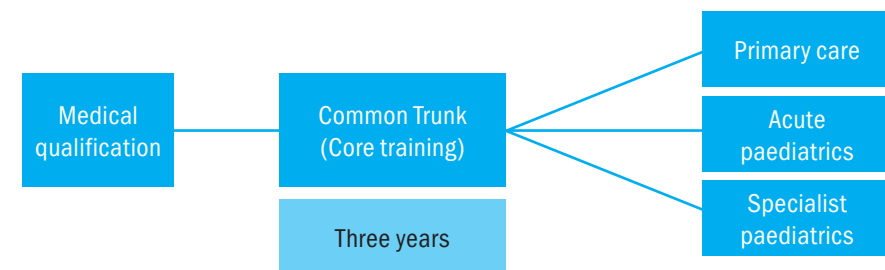
zpochybnitelné, že dojde ke zkrácení vlastní náplně praktického vzdělávání v ordinaci PLDD, která je v současnosti v délce 12 měsíců. Obáváme se, že dojde ke snížení kvality vzdělávání budoucích PLDD, ale i klinických pediatrů, kterým předložená novela zákona vzdělávání zkracuje a musí dojít ke změně náplně vzdělávacího programu na úkor klinické pediatrie. Z dnešního měsíčního pobytu na akreditovaném pracovišti PLDD dojde k prodloužení na prozatím neznámý počet měsíců, neboť samotný zákon neřeší náplň vzdělávacích programů. Samotný zákon neřeší kvalitu vzdělávání lékaře, který je v současnosti bohužel v nemocnicích vnímán zejména jako levná pracovní síla. Zákon neřeší rezidenční místa lékařů a s tím spojené financování vzdělávání lékařů.

■ Co jsme navrhovali a stále navrhuje pro zlepšení zajištění péče o děti v ČR?

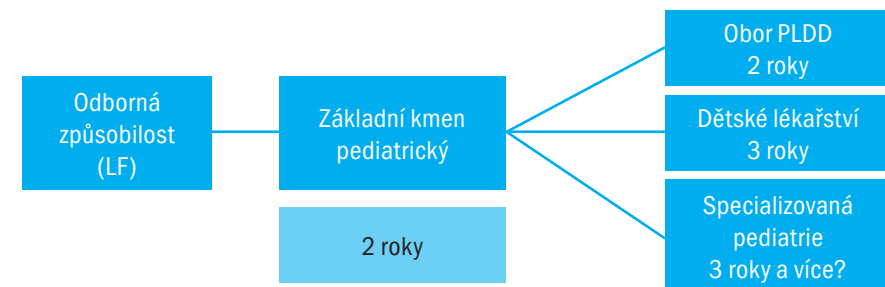
- Vytvořit a prosadit ve spolupráci s ČPS ČLS JEP a MZ ČR koncepci péče o děti v ČR.
- Vzdělávání v pediatrii zařadit do výuky na LF dříve, ideálně již do 4. ročníku.
- Zkvalitnit a aktualizovat vzdělávací program PLDD.
- Zlepšit prostupnost z DL do PLDD (doplnit dovednosti a znalosti pro primární péči, zkouška pouze z nových doplněných znalostí a dovedností).
- Získat ideálně větší počet absolventů pro obor PLDD v následujících 5 letech, pro období pozdější je zcela dostatečný počet cca 50 nových PLDD ročně.

Z našeho hlediska je potřebné nejprve stabilizovat a saturovat síť PLDD, která je základem pro poskytování primární pediatrické péče. Dostatečný počet ambulantí PLDD je předpokladem zachování dosavadního systému péče o děti v ČR. S tím souvisí zachování oboru PLDD. Síť poskytovatelů

Ve Voxu č. 3/2016 byla na straně 10 chybně otištěna jedna z pracovních verzí ke specializované způsobilosti v pediatrii, kterou nevytvořila MUDr. Hülleová, ale pracovní skupina ve složení MUDr. Cabrnach, MUDr. Procházka, MUDr. Hrdlička a MUDr. Cabrnachová. Redakční rada se všem autorům za záměnu textu omlouvá.



Obr. 1



Obr. 2

v oboru PLDD má v současné době problém vysokého věkového průměru PLDD. Nicméně se ukazuje z analýz provedených SPLDD, že za poslední dva roky se trend zvyšování věkového průměru PLDD výrazně zpomalil (tempo pokleslo o 50 %) a dochází ke stabilizaci či dokonce snižování věkového průměru PLDD v některých okresech ČR. Je to způsobeno několika faktory, ale ten nejdůležitější je vstupování mladých PLDD do sítě poskytovatelů, zejména formou generační výměny v ordinaci PLDD. Počet odatestovaných PLDD (v našem oboru do r. 2016 se jedná o 209 lékařů) se začíná projevovat v demografických ukazatelích. Není neobvyklé, že atestování PLDD čekají na svou vyhlédnutou praxi. V tomto období si většinou lékaři plní svou mateřskou povinnost nebo si doplňují další vzdělání v pediatrii. Ráda bych apelovala na své kolegy v důchodovém věku, aby nepromeškali šanci předat praxi svému mladému kolegovi, pokud mají tuto možnost, neboť se příležitost nemusí opakovat. Tato praxe je běžná i v okolních zemích a je výhodná pro obě strany (seniora i juniora).

■ Co jsme navrhovali ve vzdělávání PLDD?

Jako první jsme při společných jednáních navrhovali identický tříletý společný kmen pro klinické pediatrie i PLDD, po kterém by se náplň vzdělávacího programu rozcházela dle potřeb jednotlivých oborů – viz obr. 1. Inspirovali jsme se návrhem EAP. Každý obor

by byl zakončen po nezbytně dlouhé přípravě svou atestací. Pro PLDD se jedná o stávající dva roky přípravy po kmeni, které odpovídají dolní hranici příslušné směrnice EU pro obor pediatrie (minimálně čtyřleté vzdělávání). Domníváme se, že podle tohoto modelu by byla zaručena kvalita vzdělávání jak pro primární, tak pro sekundární či terciární péči. Zkrátilo by se vzdělávání také pro dětské specialisty. V době personální krize v pediatrii je potřeba volit krizová řešení, která ovšem nerezignují na kvalitu vzdělávání. Návrh nebyl akceptován ČPS ČLS JEP a MZ ČR.

Další návrh jsem se souhlasem autorů a po drobné úpravě výboru SPLDD a zástupců výboru OSPDL přednesla na jednání výboru ČPS ČLS JEP dne 15. 10. 2015. Jednalo se o materiál, který byl otištěn v minulém čísle časopisu VOX (omylem pod mým jménem). Tento materiál vytvořila pracovní skupina lékařů – MUDr. Milan Cabrnach, MUDr. Bohuslav Procházka, MUDr. René Hrdlička a MUDr. Hana Cabrnachová. Společně s primářem MUDr. René Hrdličkou, který je rovněž členem výboru ČPS ČLS JEP, jsme se pokusili tento kompromisní návrh vzdělávání budoucích pediatriů předložit a prosadit. Návrh nebyl členy výboru ČPS ČLS JEP přijat, nebyl na mou žádost ani otištěn v Bulletinu ČPS ČLS JEP.

Zatím poslední návrh OSPDL a SPLDD je zachování dvou základních oborů – dětské lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost. Oba vzdělávací programy mají společný dvouletý kmen, na jehož konci je nově plánována zkouška. Pokud se ještě školenc

nerozhodl, i zde se ještě může rozhodnout pro obor PLDD či Dětské lékařství (viz obr. 2). V případě oboru PLDD bude absolvovat další dva roky vzdělávacího programu, který na základě vývoje a aktuálních potřeb musí doznat určité obsahové změny. Pracovní skupina obou našich organizací má tento aktualizovaný vzdělávací program ve finální přípravě, stejně jako přizpůsobené zkušební otázky. Zásadní aktualizace se pak týká přechodu nemocničního pediatra do oboru PLDD. V rámci vzdělávacího programu PLDD navrhujeme zjednodušené náplně a délku školení odpovídající dosavadním zkušenostem lékařů z klinické pediatrie a kurativy. Pro získání specializované způsobilosti je nutné získání atestace, nicméně zákon nenařizuje její formu či obsah. Délka přeškolení, forma i obsah tedy budou odpovídat požadavkům pro výkon samostatné praxe PLDD s ohledem na dosavadní výše zmíněnou praxi v oboru DL. Snažili jsme se vytvořit přátelský, efektivní a časově odpovídající systém, který umožní snazší přechod lékařů z oboru DL do oboru PLDD při zachování požadavků na odbornost. Stejně tak očekáváme, že v případě zachování dvou základních pediatrických atestací vytvoří ČPS ČLS JEP podmínky k doplnění znalostí a dovedností pro získání atestace v oboru DL či další dětské specializace.

■ Přehled nejdůležitějších jednání o oboru PLDD v čase

19. 11. 2014 MZ ČR – jednání s náměstkem ministra prof. Vymazalem – Téma: Materiál „Základní teze připravovaného návrhu novely zákona č. 95/2004 Sb.“

3. 12. 2014 – jednání na půdě zdravotního výboru PSP – prof. Vyzula, prof. Vymazal a další

27.–28. 2. 2015 – Kongres primární péče – Kulatý stůl „Koncepte péče o dítě v ČR“

3. 3. 2015 – jednání s ministrem zdravotnictví a zástupci SPLDD + OSPDL

Otázky předané ministru zdravotnictví – dosud bez odpovědi:

- Jaká bude koncepce péče o děti v ČR?
- Co je důvodem rušení oboru PLDD?
- Má MZ analýzu dopadů tohoto kroku do praxe?

- Jak „zatraktivní“ MZ ČR pediatrii pro studenty LF a usnadní vstup PLDD do praxe s ohledem na demografickou potřebnost a dostupnost primární péče pro děti?

1. 4. 2015 Dopis prezidentovi ČLK MUDr. Kubkovi, poslanci MUDr. Běhounkovi
Květen – zahájení petiční akce



22. 6. 2015 – předány připomínky k novele z. č. 95/2004 Sb. (vnější připomínkové řízení rozeslané dne 12. června 2015)

23. 6. 2015 – Tisková konference a seminář v PSP ČR – „Budoucnost primární péče o děti a dorost v ČR“

4. 9. 2015 – vypořádání připomínek SPLDD a OSPDL k novele zákona o vzdělávání lékařů. Následně doba vzdělávání u nově navrženého oboru pediatrie prodloužena ze 4 na 4,5 roku.

16. 9. 2015 – dopis výboru ČPS ČLS JEP poslancům a senátorům – podpora jednoho oboru pediatrie

17. 9. 2015 – dopis SPLDD a OSPDL adresovaný premiérovi, místopředsedům vlády

15. 10. 2015 – výbor ČPS ČLS JEP – snaha o kompromisní společné stanovisko – návrh vzdělávání, přechodu mezi obory (6 let – 60 dnů + kursy)

9. 3. 2016 – předání petice Petičnímu výboru Sněmovny, předáno přes 104 000 podpisů Pokračuje řada dalších jednání na půdě ČLS JEP, ve Sněmovně, se zástupci krajů, médií, patientských organizací a rodičů. MZ ČR nekomunikuje.

Jak si vede mladý obor PLDD?

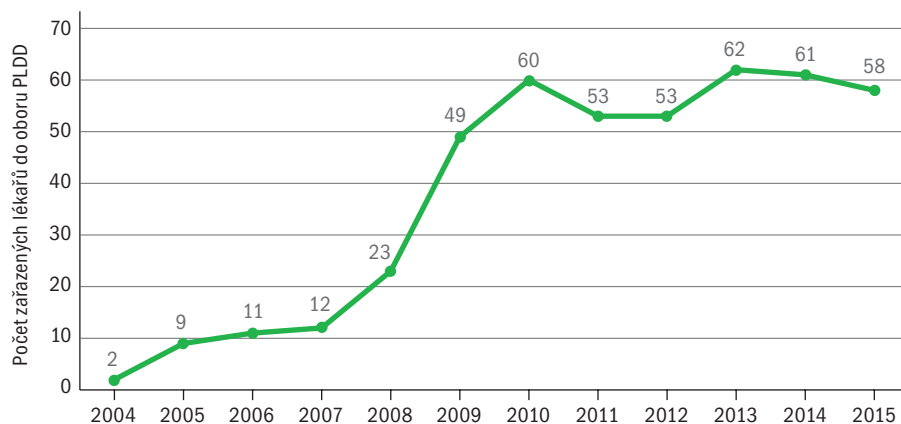
Obor PLDD oslavil své 10. výročí v roce 2014 a na následujících grafech je vidět vstup nových lékařů do oboru (graf 1) a počet odatestovaných lékařů (graf 2). Je jednoznačně vidět zájem o obor, a to i přes zpochybňování jeho existence v posledních dvou letech a problémy, které musí zájemce o obor či jeho školitel překonávat.

Na následujícím grafu 3 je vidět pro srovnání počet lékařů na DO a počet poskytovatelů v oboru PLDD. Nabízí se otázka, jaká je personální rezerva klinických pediatriů pro DO, kde mají potíže se zajištěním lékařů a pro zajištění primární péče v budoucnosti?

V tuto chvíli se novela zákona nachází ve Sněmovně a osud našeho oboru je v rukou poslanců. S čistým svědomím můžu říci, že jsme udělali maximum pro obhajobu nejen oboru PLDD, ale i pro zachování systému péče o děti v současné podobě. Poslanci rozhodnou a časem se ukáže, zda bylo rozhodnuto správně. Nadále bude potřeba úzké spolupráce PLDD s klinickými pediatrii a naopak. Dobře fungující primární péče se podílí na zajištění lepších podmínek pro práci na dětských odděleních. Chtěla bych vás všechny požádat o zlepšení vzájemných vztahů a vzájemné spolupráce.

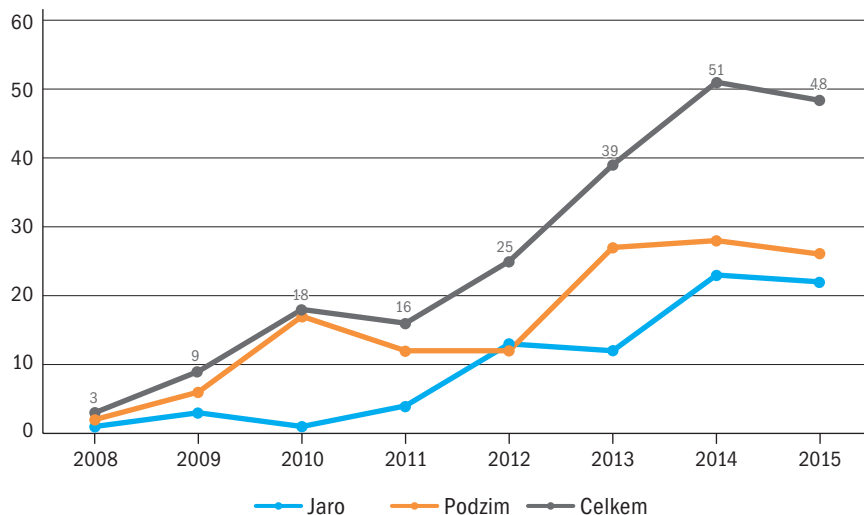
Graf 1

Nově zařazení lékařů do oboru PLDD



Graf 2

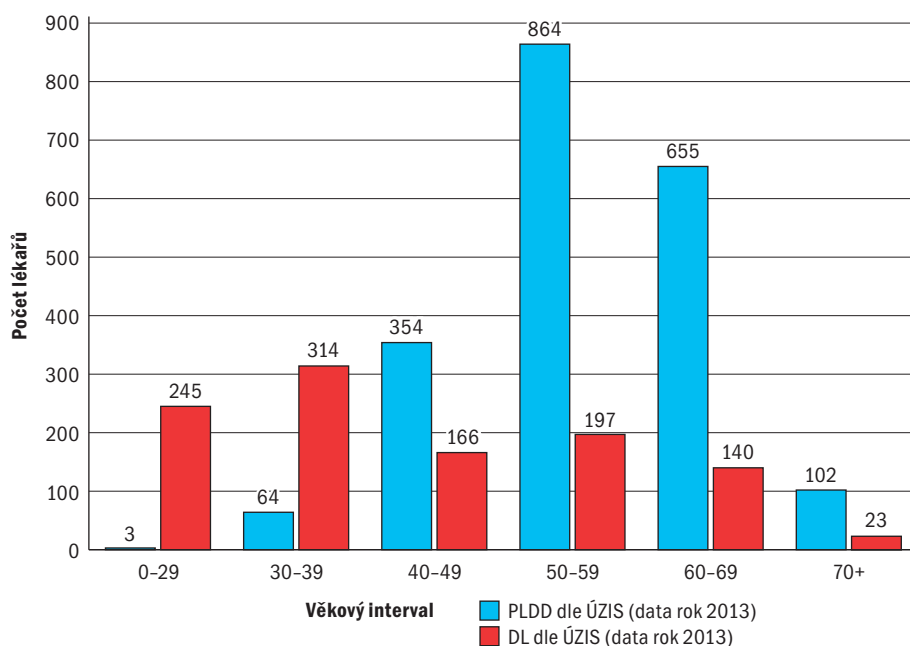
Přehled odatestovaných lékařů v oboru PLDD



Graf 3

Srovnání PLDD a DL rok 2013

Zpracovala: Ing. Veronika Drahovzalová





Zápis z jednání Národní imunizační komise (NIKO) konaného dne 9. února 2016 na Ministerstvu zdravotnictví

Přítomní dle prezenční listiny.

1. Projednání finální podoby Doporučení NIKO k pravidelnému očkování nedonošených dětí na základě stanoviska České neonatologické společnosti ČLS JEP a České společnosti alergologie a klinické imunologie ČLS JEP.

Návrh byl vypracován a předložen výše uvedenými odbornými lékařskými společnostmi na základě žádosti NIKO ze dne 8. dubna 2015 s cílem nastavit postup při pravidelném očkování nedonošených dětí, který není celostátně jednotný. NIKO se ztotožňuje se závěry z jednání výboru České vakcinologické společnosti ČLS JEP (ČVS) dne 8. února 2016, se kterými byla obeznámena a podle kterých je nezbytné ještě dále diskutovat o některých sporných ustanoveních návrhu a předložit potřebné důkazy charakteru „evidence based“ včetně relevantních citací. Z uvedených důvodů NIKO požádala ČVS, aby iniciovala projednání návrhu doporučení pod záštitou České lékařské společnosti JEP za účasti zástupců Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP (OSPDL), ČVS, České pediatrické společnosti ČLS JEP, České společnosti infekčního lékařství ČLS JEP, České neonatologické společnosti ČLS JEP a České společnosti alergologie a klinické imunologie ČLS JEP s cílem nalezení konsensu mezi zúčastněnými odbornými společnostmi. NIKO požádala ČVS o zaslání informace o výsledku uvedeného jednání na adresu předsedy nejpozději do 10 dní ode dne projednání.

2. Projednání stanoviska NIKO k tiskové zprávě Společnosti pacientů s následky očkování, z. s., „Očkování těhotných žen proti černému kašli“.

NIKO byla informována o tiskové zprávě Společnosti pacientů s následky po očkování, z. s., ze dne 22. prosince 2015, která

rozporuje Doporučení pro očkování těhotných žen proti pertusi v České republice, vydané NIKO dne 8. prosince 2015. Tisková zpráva je dostupná na webových stránkách společnosti. NIKO vzalo uvedenou tiskovou zprávu na vědomí s tím, že členové s jejím obsahem jednohlasně nesouhlasí.

3. Projednání žádosti o stanovisko k simultánní aplikaci dvou či více vakcín kojencům a batolatům Společnosti pacientů s následky po očkování, z. s.

NIKO obdržela žádost Společnosti pacientů s následky po očkování, z. s., o stanovisko k současnému podávání 2 či více vakcín simultánně do dvou odlišných aplikačních míst. Z pohledu žadatele o stanovisko toto nelze považovat za lege artis postup. NIKO na základě dostupných vědeckých informací považuje simultánní aplikaci očkovacích látek za postup lege artis a příslušné rozhodnutí o tomto způsobu očkování záleží vždy na individuálním posouzení očkujícím pediatrem ve spolupráci s rodičem očkovaného dítěte. Simultánní aplikaci připouští SPC jednotlivých očkovacích látek a je běžnou praxí v okolních státech a to i ve větším rozsahu než pouze 2 očkovacích látek současně. Očkující lékař se musí řídit platnými doporučeními pro aplikaci jednotlivých očkování a v rozsahu SPC o nich informovat rodiče včetně uvedení informace o možných reakcích po očkování. Rodiče by měli dostat před vlastním očkováním informaci o možnostech aplikace očkovací látky včetně doporučených intervalů mezi jednotlivými aplikacemi.

4. Projednání stanoviska NIKO k aplikaci a úhradě přípravku Neohepatect u novorozenců HBsAg pozitivních matek v riziku nákazy tuberkulózou.

Předseda NIKO obdržel podnět KHS Libereckého kraje se sídlem v Liberci, kterým je upozorněno na opakované problémy spo-

jené s aplikací lidského imunoglobulinu proti hepatitidě B, v ČR dostupného pod názvem Neohepatect. Konkrétně se jedná o aplikaci uvedeného přípravku novorozencům žen, u kterých došlo v těhotenství k onemocnění virovou hepatitidou B, nebo novorozencům žen, u nichž byla v průběhu těhotenství zjištěna HBsAg pozitivita. Vzhledem k tomu, že preparát je určen k intravenóznímu podání, a to opakovanému, nastává problém potřebného souběhu podmínek pro takovou aplikaci a možností úhrady preparátu zdravotní pojišťovnou. Pro ordinace praktických dětských lékařů se jedná o výjimečnou potřebu objednání nákladného léku a jeho následnou intravenózní aplikaci. Vzhledem k tomu, že se nejedná o očkování, kdy je výkon vázán pouze na odbornost 002, ale o intravenózní aplikaci příslušné látky, mělo by být umožněno podání v rámci ambulance lůžkových pediatrických oddělení. NIKO požádá kategorizační komisi MZ o řešení dané diskrepance.

5. Různé.

- Projednání dalšího postupu praktického lékaře pro děti a dorost při ukončení činnosti ordinace a dalším využití nespotřebovaných vakcín pro státem hrazenou vakcinaci.

NIKO byla informována o písemném hlášení praktického lékaře pro děti a dorost, kterým bylo MZ oznámeno předání nespotřebovaných vakcín jinému lékaři z důvodu ukončení činnosti v oboru. NIKO k uvedenému konstatuje, že výše uvedený postup nelze akceptovat, protože praktický lékař, který ordinaci převzal po jiném kolegovi, nemůže garantovat, že bylo s převzatými vakcínami nakládáno v souladu s pokyny SÚKL DIS-15 verze 1, platnost od 15. 1. 2009 (Sledování a kontrola teploty při skladování a přepravě léčiv), a DIS-11 verze 1, platnost od 15. 1. 2009 (Pokyny pro správnou distribuční praxi humánních léčivých přípravků).



Zůstatek nespotřebovaných očkovacích látek je nutné nahlásit za uvedené období do systému hlášení skladových zásob Národnímu referenčnímu centru (nově Centrum mezistátních úhrad), jedná se o nespotřebované očkovací látky. Situaci, kdy dojde k likvidaci nespotřebovaných očkovacích látek, je možné předcházet průběžným objednávkám menšího počtu očkovacích látek, protože závoz ordinací je ze strany distribuční společnosti vždy průběžný v týdenních intervalech, je-li to potřeba.

- Stanovisko NIKO k návrhu materiálu OSPDL, kterým je předkládán rozbor kontraindikací očkovacích látek.

OSPDL vypracovalo na základě podnětu, který vzešel z jednání Pracovní komise pro problematiku očkování, návrh materiálu k problematice kontraindikací očkování. NIKO považuje návrh za cenný, ale zároveň

konstatuje, že finální podoba vyžaduje ještě další úpravy. NIKO požádalo ČVS o zpracování připomínek k návrhu a jejich zaslání NIKO do konce dubna 2016.

- Projednání stanoviska OSPDL k očkování proti HPV u chlapců.

NIKO byla informována o stanovisku OSPDL k očkování proti HPV u chlapců, které bylo zasláno hlavnímu hygienikovi ČR dopisem ze dne 16. prosince 2015. Stanovisko vychází ze závěrů zasedání výboru OSPDL s regionálními zástupci OSPDL a je v něm vyjádřena podpora očkování 13letých chlapců proti HPV ve stávajícím nepovinném režimu plošného očkování kohorty 13letých dětí.

NIKO v souladu se současnými vědeckými poznatky podporuje strategii zavedení vakcinace proti HPV u chlapců v budoucnu také v ČR, a to v kontextu opatření přijímaných v zemích EU/EEA.

- Návrh aktivit v rámci evropského imunizačního týdne.

Evropský imunizační týden proběhne od 25. do 30. dubna 2016. NIKO navrhuje v daném týdnu uspořádat seminář v Parlamentu ČR na téma očkování pod záštitou Výboru pro zdravotnictví Poslanecké sněmovny. NIKO dále navrhuje uspořádat tiskovou konferenci ČLS k problematice očkování v ČR. NIKO požádala výbor ČVS o oslovení ČLS v této věci a o odbornou garanci uvedených akcí.

V Praze dne 17. února 2016

Zapsal MUDr. Jozef Dlhý, Ph.D.

Verifikoval prof. MUDr. Roman Chlíbek, Ph.D.

ČESKÁ PODNIKATELSKÁ POJIŠŤOVNA

Využijte
až 50% slevy
na pojištění vozidel
a občanského majetku!



**Speciálně pro členy SPL ČR
a SPLDD ČR, jejich zaměstnance
a rodinné příslušníky.**

Zanechte nám svůj kontakt na lekar@cpp.cz
a ozveme se Vám.



HARPA
AG s.r.o.

ČCPP
VIENNA INSURANCE GROUP



Nejčastější chyby v indikaci a vykazování výkonů zdravotním pojišťovnám

■ Jak správně vykazovat administrativní činnosti

Kontrola dat v informačním systému VZP a činnost revizních lékařů často odhalí nesprávné vykazování některých kódů výkonů. Pojišťovna pak neoprávněně vyplacené částky zpětně odečítá. Jakých chyb je třeba se vyvarovat při vykazování administrativních činností?

V poslední době revizní lékaři VZP např. zjistili plošné **nesprávné vykazování zdravotního výkonu s kódem 01040 (podrobný výpis z dokumentace)**. Tento problém se týká jak praktických lékařů (odbornosti 001 a 002), tak stomatologů (odbornost 014) a ambulantních gynekologů (odbornost 603).

Obsahem výkonu 01040 je především:

1. prostudování dokumentace pacienta
2. pořízení kopie dokumentace nebo výpisu z dokumentace v rozsahu potřebném pro zajištění kontinuity poskytovaných hrazených služeb
3. zaslání výpisu nově registrujícímu poskytovateli.

Čas výkonu je 30 min., ohodnocen je 120 body.

V praxi **je určen pro situace, kdy pacient přechází k jinému registrujícímu lékaři**. V SZV je výslovně uvedeno: „Administrativní úkon registrujícího lékaře při předávání pacienta jinému registrujícímu lékaři“. **Úhrada výkonu s kódem 01040 je proto odmítnuta ve všech případech, kdy nedojde ke změně registrace pacienta.**

Výkon 01040 není určen k vykazání činností spojených s běžnou administrativou, tyto úkony jsou součástí klinického vyšetření.

Vydání lékařské zprávy vykazat nelze

Zpracování a předání lékařské zprávy **nelze samostatně vykazovat** k úhradě z veřejného zdravotního pojištění, tato činnost **je zahrnuta do výkonů klinických vyšetření**.

Zprávu o poskytnutých zdravotních službách má poskytovatel zdravotních služeb povinnost předat registrujícímu praktickému lékaři, pokud je mu znám, a na vyžádání samotnému pacientovi nebo zdravotnické záchranné službě. Má též povinnost předat potřebné informace o zdravotním stavu pacienta jiným poskytovatelům zdravotních nebo sociálních služeb, pokud je to

nezbytné pro zajištění návaznosti zdravotní nebo sociální péče o pacienta.

Pokud lékař zprávu nezpracuje a nepředá, ztrácí nárok na úhradu provedeného klinického vyšetření, které vykáže pojišťovně k úhradě. **Sepsání lékařské zprávy je povinnou součástí každého klinického vyšetření, a pokud by nebylo provedeno, nemůže být výkon zdravotní péče uhrazen.** To vyplývá z vyhlášky MZ ČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

Lékař se navíc tím, že nepředá zprávu o poskytnutých zdravotních službách praktickému lékaři nebo ji na vyžádání pacientem nevyhotoví, případně nepředá potřebné informace jiným poskytovatelům zdravotních služeb, dopouští správního deliktu. Za ten lze uložit pokutu až do výše 100 000 Kč.

Kontakt bez kontaktu s pacientem?

Nadprodukci jiných výkonů neodhalí informační systém, ale až provedená fyzická kontrola, nebo na ni upozorní přímo pojištěnci. Konkrétně u výkonu **09511 (minimální kontakt lékaře s pacientem)** pracovníci VZP při revizích v podstatě náhodně zjišťují, že sice existuje zápis v dokumentaci, ale výkon byl vykázan neoprávněně – bez klinického kontaktu, bez fyzické přítomnosti pacienta v ordinaci a jeho fyzikálního vyšetření. Čas výkonu je 5 minut a představuje 20 bodů.

Ve vyhlášce č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, je přitom uvedeno, že obsahem výkonu je mj. anamnéza cíleně zaměřená k následující diagnostické nebo léčebné péči, zhodnocení subjektivních obtíží, poskytnutí odpovídajících informací, sepsání lékařské zprávy včetně předpisu léčivých přípravků nebo zdravotnických prostředků, administrativní činnost spojená s výkonem a zápis o celém postupu do dokumentace. Vykazuje se tak kontakt lékaře s pacientem před diagnostickým nebo terapeutickým výkonem, pokud nebyl naplněn obsah výkonu kontrolního vyšetření.

Kdy vykazovat konzultaci a edukaci

Výkon s kódem **09513 (telefonická konzultace ošetřujícího lékaře pacientem)** bývá také dosti často zneužíván. Čas tohoto výkonu je 10 minut a představuje 40 bodů. Opět náhodně – často na základě podnětu

klienta po prostudování přehledu vykázané péče – bývá zjišťováno, že žádá „telefonická konzultace“ neproběhla. Výkon s kódem 09513 nelze vykázat ani v souvislosti se zasláním SMS zprávy pacientovi.

Je třeba také připomenout, že výkon 09513 je možno vykázat pouze ambulantně; je agregován do ošetrovacího dne.

Stejně tak je možno vykázat pouze ambulantně výkony **09523 (Edukační pohovor lékaře s nemocným či rodinou) a 09525 (Rozhovor lékaře s rodinou)**. Oba jsou ohodnoceny 120 body a mají čas výkonu 30 minut. I v rámci ambulantní péče je však možno je vykázat jen za určitých podmínek. Edukační pohovor je hrazen pouze při zdravotní indikaci zdůvodněné písemně ve zdravotnické dokumentaci a stvrzené podpisem edukovaného nebo jeho zákonného zástupce. Rozhovor lékaře s rodinou může být hrazen na jednoho pojištěnce ve věku do 15 let maximálně 2× ročně, u dospělého 1× ročně po podrobném zápisu ve zdravotnické dokumentaci. V rámci lůžkové péče jsou tyto výkony agregovány do ošetrovacího dne.

■ Upozornění pro registrující lékaře

Praktické lékaře, zubní lékaře a gynekology upozorňujeme na základě poznatků z kontrolní činnosti revizních lékařů na neoprávněné vykazování výkonu 01040 (podrobný výpis z dokumentace). Kontrolou dat v informačním systému VZP ČR bylo revizními lékaři zjištěno plošné **nesprávné vykazování zdravotního výkonu s kódem 01040 (podrobný výpis z dokumentace)** praktickými lékaři (odbornosti 001 a 002), stomatology (odbornost 014) a ambulantními gynekology (odbornost 603).

Podle platné vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, je daný výkon hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, pokud je naplněn jeho předepsaný obsah. V praxi **je určen pro situace, kdy pacient přechází k jinému registrujícímu lékaři**.

Úhrada výkonu s kódem 01040 byla a je odmítnuta ve všech případech, kdy nedojde ke změně registrace pacienta. VZP



ČR upozorňuje, že tento výkon není určen k vykázaní činností spojených s běžnou administrativou, jako je např. vystavení zprávy o provedeném ošetření/vyšetření v rámci hrazené nepravidelné péče apod. Tyto úkony jsou součástí klinického vyšetření. VZP ČR na tento problém upozorňuje a doporučuje svým smluvním partnerům se do budoucna chyb při vykazování výkonu s kódem 01040 vyvarovat.

■ Přeprava pacienta

Jak si poradit při přepravě pacienta k dalšímu poskytovateli vozidlem zdravotnické dopravní služby?

Tato péče je vyžádána (indikována) ošetřujícím lékařem na dokladu „Příkaz ke zdravotnímu transportu“. Při vyplňování tohoto dokladu dochází k formálním chybám, tedy opomenutí data, PSČ, podpisu, razítka nebo poučení pacienta na zadní straně dokladu. Často se revizní lékař setká i s tím, že při eventuální následné kontrole není lékař svými záznamy schopen zdůvodnit, zda a proč se pacient nemohl přepřavit běžným způsobem, tedy za využití vlaku, autobusu, osobního automobilu apod.

Je potřeba věnovat pozornost i odůvodnění transportu pacienta. Stává se, že chybí zcela, nebo není odůvodněn medicínsky (odůvodnění bývá zřetelně sociální nebo z důvodu špatné dopravní obslužnosti).

Odůvodněna musí být i případná potřeba doprovázející osoby. Pokud zdravotní stav pacienta vyžaduje pomoc při přepravě, je zajištění tohoto doprovodu plně v kompetenci posádky dopravní služby. Indikace doprovodu v takovém případě není na místě. Jestliže je lékařem v rámci dokumentace umožněn doprovod rodinného příslušníka, často se stává, že je odůvodněn pouhým „ano“, „doprovod nutný“ či „rodinný příslušník“. To ale nemůže být revizním lékařem vyhodnoceno jako dostačující. Vždy je třeba uvést, proč lékař považuje doprovod za nezbytný, tedy například „mentálně retardovaný pacient“ nebo „nezbytná přítomnost matky pro umožnění vyšetření“.

■ Hrazená přeprava pacientů v režimu tzv. neodkladné péče

VZP v poslední době zjišťuje nesprávný postup ze strany ošetřujících lékařů, kteří neodůvodněně indikují přepravu pacientů v neodkladném režimu, třebaže měla být indikována a hrazena přeprava ve standard-

ním režimu běžné zdravotnické dopravy. V jakých případech k nesprávné indikaci při přepravě pacientů v režimu tzv. neodkladné péče ze strany lékařů dochází a jak by měla být tato péče správně hrazena?

Podle zákona č. 372/2011 Sb. je mezi zdravotní služby mimo jiné zahrnuta:

- **zdravotnická záchranná služba (ZZS)**
- **zdravotnická dopravní služba (ZDS)**, je-
jíž účelem je

- a. přeprava pacientů mezi poskytovateli nebo k poskytovateli a zpět do vlastního sociálního prostředí, je-li to nezbytné k zajištění poskytnutí zdravotních služeb;
 - b. rychlá přeprava zdravotnických pracovníků k zabezpečení neodkladné péče u poskytovatele;
 - c. přeprava osob včetně zemřelého pacienta související s prováděním transplantací, neodkladná přeprava tkání a buněk určených k použití u člověka, přeprava léčivých přípravků, krve a jejích složek a zdravotnických prostředků nezbytných pro poskytnutí neodkladné péče nebo přeprava dalšího biologického materiálu;
- **přeprava pacientů neodkladné péče** (dále jen PPNP), kterou se rozumí jejich přeprava mezi poskytovateli výhradně za podmínek soustavného poskytování neodkladné péče během přepravy.

Od 1. 1. 2015 je PPNP zařazena pod novou odbornost **799**.

Pravidla pro úhradu v režimu PPNP

Pro legitimní úhradu zdravotnické přepravy v tomto režimu je nezbytné, aby k ní byly racionální zdravotní důvody na straně pacienta a aby ji lékař indikoval na smluvně závazném dokladu **VZP-34 – Příkaz ke zdravotnímu transportu** (pozn.: v současné době je připravován formulář nový). Zdravotní pojišťovna hradí tuto přepravu tam i zpět, a to včetně kilometrů z výjezdové základny k pacientovi (na rozdíl od běžné dopravy, kdy pojišťovna hradí pouze kilometry ujeté s pacientem). Kromě úhrady dopravy (sazby za 1 kilometr) jsou hrazeny i zdravotní služby poskytované zdravotníky, tedy posádkou typu RZP (rychlá záchranná pomoc) nebo RLP (rychlá lékařská pomoc), a to v podobě úhrady péče za každých dokončených 15 minut.

Nejčastější chyby při vyplňování dokladů

- typ požadované posádky – RZP nebo RLP (na dokladu VZP-34 taková kolonka není, ale pokyn je možno vepsat kamkoli, např. do řádku Pokyny pro posádku),

- srozumitelné a relevantní medicínské zdůvodnění pro hrazenou zdravotní službu – přepravu v režimu PPNP (je uvedeno např. jen „k vyšetření“, „z vyšetření“, „neschopen cesty MHD“ apod.).

Důvodem pro indikaci hrazené zdravotnické přepravy nemůže být důvod logistický, např. rodinné zázemí klienta, nebo problémy s organizací péče na straně zdravotnického zařízení.

Chyby v indikaci a jak se jich vyvarovat

Zjišťujeme, že ošetřující lékaři neodůvodněně indikují přepravu pacientů v neodkladném režimu např. z důvodu poruchy kognitivních funkcí pacienta (demence), z důvodu imobility či jinak zhoršené obslužnosti a soběstačnosti, kdy je namísto přeprava ve **standardním režimu** běžné zdravotnické dopravy a potřebný odborný dohled či dopomoc při transportu má zajistit druhý člen posádky.

Je třeba zdůraznit:

- Pokud je ze zdravotních důvodů potřeba zajistit odborný dohled a nezbytnou péči o pacienta v průběhu zdravotnické přepravy ve standardním režimu, pak ji musí a má zajistit dopravní zdravotní služba, protože tato péče je hrazena, tzn. je obligatorní součástí úhrady – sazby za 1 kilometr.
- V případě požadavku na odborný dohled zatrhne indikující lékař na žádance – smluvně závazném dokladu VZP-34 „dvouposádka“.
- PPNP nesmí suplovat přepravu ve standardním a hrazeném režimu běžné zdravotnické přepravy **s doprovodem**. Jako důvod je uváděno např. „zabezpečení kontinuity informací“, „dopomoc při následném vyšetření“ apod. Přitom doprovodem pacienta ve standardním režimu se rozumí doprovázející osoba, která není členem posádky vozidla a její přítomnost je s ohledem na zdravotní stav pacienta nezbytně nutná pro následné ošetření či vyšetření.
- PPNP nesmí suplovat nehrazenou přepravu pacientů z **vlastního sociálního prostředí** do zdravotnického zařízení a zpět (pobyťová zařízení sociálních služeb, domácí prostředí).

MUDr. Zdeňka Salcman Kučerová, MBA,
ředitelka Odboru kontroly a revize zdravotní péče

Pro VOX připravil
MUDr. Ctirad Kozderka



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Alena Šebková

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

Vážení kolegové,

v současné době prošla novela zákona č. 95/2004 Sb., o vzdělávání lékařů, do Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR. Nejdříve se jí bude zabývat zdravotní výbor. Nejsme sami, kdo označuje návrh novely za nekoncepční a místo vylepšení situace v případě jejího schválení očekáváme naopak zhoršení kvality přípravy mladých lékařů a v našem případě i zhoršení dostupnosti dětských praktiků. Různá vyhlášení, která slyšíme, jen potvrzují naše obavy, že v podstatě může dojít i ke změně dosavadního systému poskytování nejen primární péče o děti a dorost.

Z tohoto důvodu nemůžeme zůstat hluchí i k hlasu rodičů, kteří si nepřejí změnu péče o jejich děti a chtějí, aby se o ně nadále staral k tomu vzdělaný lékař. Tuto svoji vůli vyjadřují podpisy pod petici žádající zachování našeho oboru, kterou společně s námi předali ve středu 9. 3. v počtu přes 104 000 podpisů poslanci Petičního výboru PSP ČR. Vzhledem k počtu podpisů se bude konat veřejné slyšení. V obhajobě oboru a systému péče o děti a dorost v ČR dále pokračujeme.

24. 2. – setkání MUDr. Šebková – prim. MUDr. Mojžišová, předsedkyně PS pro dětskou paliativní medicínu při České společnosti paliativní medicíny: Paní předsedkyně informovala o vzniku PS, jejímž cílem je vytvořit standardy pediatrické paliativní péče v ČR, v praxi zajistit a dlouhodobě udržovat její dostupnost v rámci celé republiky. Jednou z hlavních priorit této skupiny je snaha o efektivní zajištění paliativní péče nejlépe v přirozeném prostředí dítěte. Dalším cílem skupiny je zajištění kontinuál-

ního vzdělávání odborníků na tomto poli. Výbor OSPDL podpořil vznik této skupiny a je připraven k nastavení další spolupráce. První setkání skupiny s dalšími odborníky se bude konat 12. 5. v Jihlavě, první avizo rozesíláme prostřednictvím regionálních zástupců obou společností, podrobný program bude k dispozici po jeho obdržení.

25. 2. – setkání MUDr. Šebková – prof. Pacit, předseda Sekce dětské a dorostové psychiatrie České psychiatrické společnosti – možnosti další spolupráce dětských praktiků a dětských psychiatrů. V současné době probíhá spolupráce v oblasti péče o osoby s PAS, ale okruhy spolupráce jsou podstatně širší.

25.–27. 2. – KPP – v rámci X. kongresu primární péče pořádala OSPDL dva kulaté stoly: PAS – celoživotní handicap, Onkologická prevence začíná v dětském a dorostovém věku. Oba stoly přinesly důležité výstupy pro další činnost a vzdělávání PLDD. Podrobné informace budou uvedeny v kongresovém čísle spolupracujícího periodika Ambit Media.

29. 2. – MUDr. Šebková se zúčastnila večera ČAVO při příležitosti Mezinárodního dne vzácných onemocnění – spolupráce s touto asociací dále pokračuje a budeme ji nadále rozvíjet.

1. 3. – MUDr. Šebková – na MZ se konalo zasedání Komise péče o dítě – obdrželi jsme informace o novém vzdělávání dětských sester. Toto vzdělávání před lety postihl stejný osud, který nyní hrozí našemu oboru. Bylo zrušeno. V současné době je obrovský nedostatek dětských sester, na jejichž péči mají děti dle Charty práv dítěte právo. Nyní se tedy hledá řešení, jak dostat dětské

sestry rychle do systému. Vzdělání pro dětské sestry by mělo být pětileté – 4 roky střední zdravotnické školy, na něž by měl navazovat rok specializace. Pokud by se ale chtěl někdo vzdělávat v tomto oboru po jiné střední škole, specializační vzdělávání bude tříleté. Vzhledem k současnému stavu je ale otázka, kdy se první dětské sestry z tohoto vzdělávání v praxi objeví. A pokud nebude řešena jejich finanční situace, zda se objeví vůbec.

3. 3. – MUDr. Šebková se zúčastnila na pozvání pořadu ČT Máte slovo na téma očkování společně s předsedou ČVS prof. Prymou, za dospělé praktiky byl ještě přítomen MUDr. Mucha.

4. 3. – proběhla schůzka pracovní skupiny OSPDL pro vzdělávání. Vzdělávací program, nastavení akreditovaných pracovišť, podmínky pro rezidenty – to vše by mělo projít aktualizací odpovídající současným potřebám primární péče.

9. 3. – MUDr. Šebková – obrana oboru PLDD – ČT, Studio 6, ČRo Radiožurnál – ranní rozhovor. Ke stejnému tématu

12. 3. Rozhlas Plus – MUDr. Šebková byla zvána do „duelu“ s viceprezidentem ČLK, MUDr. Mrozkem, s tím se ovšem nepodařilo spojení...

Vzdělávání:

Byl zahájen cyklus jarních Pediatrických akademií s tématem očkování a psychomotorický vývoj kojence.

Ve finální přípravě je Zdravotnické fórum: Infekce od A do Z/ Cizinci v našich ordinacích – 7. 5. Brno, 11. 6. Praha.

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

si vás dovoluují pozvat na odborné semináře v roce 2016.

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

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

5. 5. 2016

Vybrané kazuistiky z emergentní dětské psychiatrie

MUDr. Lucia Pacherová

Dětské oddělení, Psychiatrická léčebna Bohnice



OSPDL ČLS JEP



Bolesti hlavy

MUDr. Martin Kudr, Ph.D.

Klinika dětské neurologie 2. LF UK a FN Motol

■ Úvod

Bolesti hlavy jsou jednou z nejčastějších obtíží dětských i dospělých pacientů. Bolest hlavy může být příznakem jiného, někdy i závažného onemocnění (tzv. sekundární bolesti hlavy), nebo se může jednat o bolesti primární, z nichž jsou u dětí nejčastější tenzní bolesti hlavy. Zejména u adolescentů poté pozorujeme i první ataky migrén, u chlapců někdy tzv. cluster headache, u předpubertálních dětí poté často epizodické syndromy spojené s migrénou, u nichž však není bolest hlavy vedoucím příznakem (benigní paroxysmální vertigo, cyklické zvracení, abdominální migréna).

Důkladná anamnéza a znalost klinického obrazu jednotlivých typů primárních bolestí hlavy je pro správnou diagnózu všech typů bolestí hlavy zásadní. Pro odlišení závažných příčin sekundárních bolestí hlavy je nutné dobře znát projevy intrakraniální hypertenze. Vyšetřovací metody někdy mohou vyloučit vážnou či dokonce život ohrožující příčinu bolestí hlavy (např. MRI mozku u tumorů, lumbální punkce u neuroinfekcí).

Léčba bolestí hlavy je vždy individuální a vychází ze správného diagnostického zařazení.

Z hlediska patofyziologie je dobré si uvědomit, že samotná mozková tkáň nebolí, ale bolesti pocházejí z mozkových cév, hlavových nervů, periostu, perikraniálního svalstva a dalších tkání hlavy a krku.

■ Diagnostika

Základem diagnostiky bolestí hlavy je **důkladná anamnéza**, díky které lze rozlišit většinu typů bolestí hlavy. Vedle klasické osobní anamnézy nesmíme opomenout anamnézu rodinnou a rovněž sociální. Vhodné je rovněž zjistit základní údaje o životosprávě dítěte, zejména spánkový režim a příjem tekutin, u adolescentů nevynechat dotaz na kouření, alkohol a návykové látky. U anamnézy samotných bolestí jsou zásadní časové faktory – zjišťujeme, jak dlouho bolesti trvají, zda jsou trvalé, či probíhají v atakách, ve kterou

denní dobu jsou nejčastější či nejsilnější, jaká je frekvence bolestí. Dále je důležitá intenzita bolesti, zjištěná například pomocí vizuální analogové škály na stupnici 1–10 (VAS), lokalizace bolesti (difúzní, jednostranná, retrobulbární), charakter bolesti (tupá, pulsující), vyvolávající a zhoršující faktory (některé potraviny, fyzická námaha, některé typy pohybů), doprovodné příznaky (nevolnost, zvracení, neurologické deficity) a reakce na podávaná analgetika.

Nutné je důkladné **interní vyšetření** včetně měření **krvního tlaku**. **Neurologické vyšetření** bývá u primárních bolestí hlavy bez patologie (s výjimkou komplikované migrény zmíněné níže). Nově vzniklá neurologická abnormita většinou svědčí pro závažnou sekundární příčinu bolestí hlavy, jako je tumor či krvácení.

Vyšetření **očního pozadí** může odhalit městnání na očním pozadí při intrakraniální hypertenzi, avšak vyšetření má své limity. Městnání se obvykle projevuje nejdříve po 24–48 hodinách od vzniku intrakraniální hypertenze, navíc městnání nemusí být u intrakraniální hypertenze vůbec přítomno.

Krevní odběry mohou odhalit některé sekundární příčiny bolestí hlavy, např. anémii. Děti se silnými akutními bolestmi hlavy, u kterých je podezření na závažnou sekundární příčinu bolestí hlavy, by měly mít provedeno **akutní zobrazení mozku**. Ovšem i u dětí s déletrvajícími bolestmi hlavy bez jednoznačného podezření na závažnou příčinu by mělo být provedeno alespoň **neakutní zobrazení mozku**. U akutních vyšetření může být použito dostupnější CT vyšetření mozku, nicméně je třeba mít na paměti vysokou radiační zátěž pro dětského pacienta. U neakutních vyšetření jednoznačně preferujeme MRI vyšetření mozku pro absenci radiační zátěže a lepší rozlišovací schopnost, navíc je možno provést MR angiografické vyšetření bez nutnosti podání kontrastní látky (metodou „time of flight“). Mezi fakultativní vyšetření u dětí s bolestmi hlavy patří **lumbální punkce**, kterou je nutné provést vždy při podezření na neuroinfekci. Děti s jasně vertebrogenním původem

bolestí hlavy by měly být vyšetřeny **rehabilitačním lékařem** s návrhem následné **pravidelné rehabilitace**. Blokádu krční páteře či skoliózu může odhalit RTG vyšetření.

■ Primární bolesti hlavy

Třetí klasifikace bolestí hlavy dle **International Headache Society** z roku 2013 svým rozdělením primárních bolestí hlavy dobře odpovídá běžné klinické praxi a v tomto článku z ní vycházím. Jedná se o **tenzní bolesti hlavy**, migrénu a její ekvivalenty a tzv. trigeminální autonomní cefalgie. Nejčastějším typem primárních bolestí hlavy u dětí (ale i u dospělých) jsou tenzní bolesti hlavy. Jedná se o bolesti bilaterální, tlakového charakteru, lehké až střední intenzity, trvající minuty až dny. Bolest se nezhoršuje rutinní fyzickou aktivitou a není asociována s nevolností či zvracením, nicméně může být přítomna fotofobie či fonofobie. Tenzní bolesti hlavy vznikají na podkladě stresu, zároveň je možné pozorovat zvýšenou palpační bolestivost perikraniálního svalstva (která je často spojena s bloádou krčního svalstva). V rámci variability můžeme pozorovat pacienty s převažující vertebrogenní či naopak psychogenní složkou bolestí hlavy, kde bychom mohli bolesti označit spíše za sekundární. U chronického typu tenzních bolestí hlavy se předpokládá centrální neurovaskulární původ obtíží. Léčba tenzních bolestí hlavy spočívá v podávání běžných analgetik, rehabilitaci a psychoterapii.

U **nekomplikované migrény** (migréna bez aury dle IHS klasifikace) jsou bolesti rekurentní, přicházející v atakách v trvání 4–72 hodin. Při delším trvání migrény se jedná o *status migrenosus*. Bolesti mají typicky unilaterální lokalizaci, nicméně zejména u dětí to nemusí platit vždy; často se setkáváme s bilaterálními bolestmi, nejčastěji frontálně a retrobulbárně. Pacienti udávají typicky pulsující charakter bolesti, středně těžké až těžké intenzity, zhoršující se běžnou fyzickou námahou. Doprovodným příznakem bolesti je často nevolnost, zvracení, fotofobie a fonofobie. Dle studií prodělá v Evropě



migrénu během svého života až čtvrtina populace, přičemž přibližně třikrát častěji se jedná o ženy. V předpubertální populaci je však poměr pohlaví vyrovnaný. Na predispozici ke vzniku migrény se pravděpodobně podílejí faktory jak enviromentální, tak genetické – je vyzorována dědičnost migrény zejména po mateřské linii. Někteří pacienti mají vyzorovány různé spouštěcí faktory migrény, jako jsou například aromatické potraviny a alkohol, u žen často souvisí vznik atak s různými fázemi menstruačního cyklu.

Jednoznačná patofyziologie vzniku migrenózního záchvatu není dosud objasněna, zvažuje se jak neuronální, tak vaskulární původ obtíží, případně jejich kombinace. Na vzniku bolesti se zřejmě podílí uvolnění prozánětlivých neuropeptidů v cévách i okolních neuronech, nicméně i tento mechanismus je nadále předmětem zkoumání.

Léčba migrény je striktně individuální. U velké části pacientů pomohou běžná analgetika, nutně je někdy odzkoušet různé druhy analgetik. Léky vytvořené přímo na léčbu migrény jsou triptany. Jedná se o agonisty serotoninových receptorů, které způsobují konstriktu cév a zabraňují uvolňování prozánětlivých neuropeptidů. Užívají se na počátku migrenózního záchvatu a jsou dostupné v různých lékových formách (tablety, nazální spreje, sublinguální tablety). V Evropě je pro použití u dětí od 12 let schválen nazální sumatriptan. U pacientů s chronickými migrénami je léčba velmi svízelná a je často nutné podávat dlouhodobou profylaktickou léčbu. U dětí jsou podávány například některé antiepileptické léky, antagonisté serotoninu (pizotifen – Sandomigran), někdy se dlouhodobě podávají běžná analgetika, rovněž beta-blokátory či tricyklická antidepresiva.

U komplikované migrény (migréna s aurou dle IHS klasifikace) je součástí ataky jednostranná a reverzibilní vizuální, senzorická, motorická či jiná porucha centrálního nervového systému v trvání do 60 minut (u motorických příznaků někdy až do 72 hodin). Diferenciálnědiagnosticky je třeba u komplikované migrény myslet zejména na cévní mozkovou příhodu, a to zejména v populaci mladých dívek s nasazenou hormonální antikoncepcí. Riziko CMP se v této skupině pacientek ještě zvyšuje s kouřením cigaret. Zajímavou kapitolou jsou u dětí **epizodické syndromy asociované s migrénou**. Tyto syndromy se vyskytují převážně u předpu-

bertálních dětí a jejich projevy jsou klasického průběhu migrenózního záchvatu dosti vzdálené. Jedná se o **cyklické zvracení**, často doprovázené celou řadou dalších příznaků, jako je letargie, psychické změny, iontová dysbalance, poruchy čítí apod. U **abdominální migrény** dominují v průběhu ataky bolesti břicha. U **benigního paroxysmálního vertiga** dochází ke krátkým atakám vertiga u jinak zdravých dětí (pozor – nejedná se o benigní paroxysmální polohové vertigo, které je velmi časté u dospělé populace). Velmi vzácným syndromem kojenců, u kterého se rovněž předpokládá migrenózní původ, je **benigní paroxysmální tortikolis**. Primární bolesti hlavy řazené pod **trigeminální autonomní cefalgie** mají některé podobné příznaky, jako je zejména jednostranná retrobulbární bolest, liší se však v epidemiologii a účinné terapii. Převážně u chlapců adolescentního věku je možné se setkat s **tzv. cluster headache** – jedná se o krátké, několik minut trvající bolesti hlavy retrobulbárně, které jsou nakupené během noci či rána, typicky na jaře a na podzim. Bolest pacienti popisují jako jednu z nejsilnějších, kterou kdy zažili. Doprovodnými příznaky jsou slzení, konjunktivální injekce, nazální kongesce rinorea, pocení čela a tváře, mióza, otok víčka a neklid. Medikamentózní léčba je svízelná, nicméně velmi dobře pomáhá dýchání čistého kyslíku. **Paroxysmální hemikranie** je v dětském věku vzácná, vyskytuje se převážně u dívek a velmi dobře reaguje na podávání indometacinu. Retrobulbární bolesti hlavy typu **SUNCT** (short lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing) jsou krátké, sekundy až minuty trvající, vyskytující se alespoň jednou během dne, doprovázené konjunktivální injekcí a slzením. Terapeuticky jsou účinné kortikoidy.

■ Sekundární bolesti hlavy

Příčin sekundárních bolestí hlavy je celá řada. Z méně závažných příčin jsou časté bolesti hlavy při **dehydrataci, horečkách a infektech**. U dětí s vadným držetím těla či s poúrazovými blokádami krčního svalstva se setkáváme s **vertebrogenními bolestmi hlavy**, kde je paradoxně často bolest lokalizována frontálně či temporálně spíše než okcipitálně. U **otitidy** či **bolesti zubů** mohou menší děti lokalizovat bolesti difúzně do

celé hlavy. U školních dětí a adolescentů může být frontální bolest hlavy příznakem **sinusitidy** (včetně *sinusitis maxillaris*). Retrobulbární bolesti hlavy se vyskytují u **glaukomu**. Rovněž **refrakční vady** se mohou u dítěte iniciálně manifestovat bolestí hlavy. Bolest hlavy z důvodu **hypertenze** není u dětí častá, nicméně je třeba na ni myslet. Vyskytují se rovněž bolesti hlavy při **anémii**, časté jsou bolesti čistě **psychogenní**.

Pro rozpoznání **vážné příčiny bolesti hlavy** (např. **intrakraniální tumor, krvácení, hydrocefalus, trombóza splavů, neuroinfekce**) je zásadní znát příznaky zvýšeného intrakraniálního tlaku. Jedná se o ranní bolesti hlavy a zvracení typicky nalačno, může se vyskytnout městnání na očním pozadí (u 50–90 % pacientů), vertigo, ataxie a dvojité vidění z důvodu postižení VI. hlavového nervu. Mezi další příznaky intrakraniální hypertenze patří příznak zapadajícího slunce, u kojenců vyklenutá a napjatá fontanela. U batolat a předškolních dětí bývají intrakraniální tumory často doprovázeny negativismem a úklonem hlavy do strany. Obecně je třeba vždy obezřetnosti u silných, náhle vzniklých bolestí hlavy, u progredujících bolestí hlavy, při výskytu jakýchkoliv neurologických příznaků, při výrazné apatii a spavosti.

Relativně častou příčinou intrakraniální hypertenze u adolescentů je tzv. **idiopatická intrakraniální hypertenze (pseudotumor cerebri)**. Jedná se o zvýšení tlaku likvoru, které vede k městnání na očním pozadí s rizikem poškození zraku. Příčina obtíží není přesně známa. Vyskytuje se zejména u adolescentních dívek s hormonálními obtížemi, jako jsou problémy se štítnou žlázou, obezita, ale i nasazení či vysazení hormonální antikoncepce, nezřídka je rovněž přítomna systémová hypertenze. Diagnostika se provádí na základě popisu změn na pochvách očních nervů patrných na MRI mozku a zvýšeného tlaku mozkomíšního moku při lumbální punkci. Léčba trvá obvykle několik týdnů až měsíců a spočívá v podávání diuretik, někdy jsou však nutné i pravidelné odlehčující lumbální punkce.



Kazuistika

Trnitá cesta k diagnóze

MUDr. Eva Svobodová

PLDD Hradec Králové

■ Kazuistika na 10. kongresu primární péče Praha 26. 2. 2015

Ráda bych vás seznámila s příběhem chlapce, na jehož cestě k diagnóze a jejímu řešení jsem ho spíše provázela, než ji sama stanovila.

RA: matka matky hypertenze, otec otce po srdeční operaci – stent, poloviční bratr hypertenze, a. bronchiale. OA: 2. rizikové těhotenství, řešeno cerkláží, porod 40. týden – fyziologický, dále prospíval, očkován řádně, mírná emoční labilita, jinak vážněji nestonal, začal sportovat – judo, plavání. Ve školním věku se odstěhoval do nedalekého městečka, v mojí péči nadále zůstal.

NO: 5/2014 pociťuje častější bušení srdce, vzhledem ke sportování mu rodiče koupili sporttester, po 20 klicích si naměřil TF 200/min, TK 144/100 mm Hg, proto přichází do ordinace. Zde naměřen TK 132/83 mm Hg, TF 117/min, jinak nález fyziologický. Chlapci domlouvám hospitalizaci na dětském oddělení v jeho bydlišti. Během hospitalizace bez obtíží, laboratorní hodnoty bez patologie, pouze volný T4 na dolní hranici normy. UZV srdce: normální velikost srd. oddílů, chlopně bez patologie, není plicní hypertenze. EKG: sinusový rytmus 120/min. Sinusová tachykardie, jinak fyziologická křivka. ABPM: hodnoty systolického i diastolického TK na 95. percentilu. Závěrečná dg. při propuštění byla: Normální nález na srdci, sinusová tachykardie u aktivního sportovce, tč. hemodynamicky nevýznamná. Doporučena kontrola laboratoře, zátěžová ergometrie a kontrola ambulantním kardiologem v čase. Provedli jsme doporučená vyšetření, kontrolní hodnoty hormonů štít. žlázy v normě, UZV štít. žlázy také bez patologie, oční pozadí bez změn, RTG plic měl fyziol. nález.

5/2014 provedeno ergometrické vyšetření se závěrem: Výrazná klidová i zátěžová tachykardie, EKG neprokazuje patologické

změny. Výborná tolerance fyz. zátěže, normální aerobní výkon. Normotenze, normální reakce TK na fyzickou zátěž.

12/2014 vyšetřen ambulantním kardiologem: Subj. bez jiných obtíží, TK 125/80 mm Hg, puls 90/min, EKG a UZV srdce bez patologie. Normální nález na srdci, hraniční TK a tepová frekvence – není indikace k terapii, není nutné další sledování, zvážit možnost psychosomatické příčiny. Otec přichází po tomto vyšetření ne zcela spokojen se závěrem vyšetření, i když se nebrání ani této možnosti. S otcem i chlapcem rozebrány možnosti zklidnění, zvažováno i psychologické vyšetření.

1/2015 přicházejí na preventivní prohlídku v 17 letech – zde popisují opět ataku obtíží při hodině plavání, kdy chlapci z bazénu musel pomáhat učitel, chlapec byl bledý, špatně dýchal, odeznělo ale během chvilky. Protože třídní učitelka chlapce byla manželkou dospělého kardiologa – vedoucího oddělení kardiologie FN, slíbila otci dovyšetření chlapce. Na prohlídce objektivně TF 112/min, TK 125/80 mm Hg, jinak fyziologický nález. Napsala jsem doporučení s parerem veškerých obtíží a dosavadních vyšetření. Po 14 dnech přichází otec s dopisem od dospělého kardiologa, že problematika dětí je spíše úkol pro dětského kardiologa, kam se má s důvěrou obrátit. Vzhledem k bydlišti chlapce však dětský kardiolog FN doporučuje obrátit se na ambulantního kardiologa v místě bydliště, který již chlapce vyšetřoval, což ale otec odmítá. Kontaktovala jsem tedy opět primáře dětského oddělení v místě bydliště chlapce, který ochotně vyhověl a domluvil vyšetření na dětské kardiologii ve FN Brno. V mezidobí má opět chlapec stav s dechovou obtíží a bušením srdce při procházce v lese s otcem, po tomto zážitku otec zcela odmítá vliv psychiky na obtíže chlapce.

Na dětské kardiologii FN Brno je **4/2015** po vyšetření při hospitalizaci zjištěna pří-

čina chlapcových obtíží: supraventrikulární ektopická tachykardie – origo v.s. v oblasti pravostranných plicních žil. Mírná arytmogenní kardiomyopatie. Jsou nasazena antiarytmika – Sotalhexal, Digoxin, Enap, je zvažována radiofrekvenční katetrová ablace vzhledem k ne zcela uspokojivému efektu antiarytmik. Dostávám se ale do poněkud schizofrenní situace. Rodiče jsou šťastní, že je konečně odhalena příčina obtíží, chlapec se však v důsledku omezení veškerých sportovních aktivit (judo, plavání) a nutnosti užívat léky dostává do depresních stavů – zda má takový život pro něj vůbec smysl, a vyžaduje psychologickou intervenci. Díky péči rodičů a podpoře dět. kardiologa se chlapcův stav na příští kontrole upravuje i díky naplánovanému termínu ablace, a to na 5. 10. 2015. RADIOFREKVENČNÍ ABLACE je lokální destrukce tkáně, která využívá tepelného účinku procházejícího el. proudu o frekvenci řádově stovek Hz. Výkon se provádí zavedením katetru přes stehenní tepnu k místu v srdci. 5. 10. 2015 je chlapci provedena radiofrekvenční ablace v oblasti base ouška levé síně, efekt je ale krátkodobý a vzhledem k recidivě tachykardie je nutno opět nasadit medikamentózní terapii.

11/2015 je provedeno CT srdce s kontrastem k ujasnění lokalizace ložisek a naplánována reablace. Naplánovaný termín sice chlapci zhatil virový infekce, ale on sám již věří, že své obtíže překoná a zvítězí. Pro mě jako ošetřujícího lékaře je tato kazuistika poučením:

1. že samozřejmě musíme v diff. dg. zvažovat psychickou etiologii obtíží, ale až po vyloučení všech somatických příčin;
2. že ani při rozvinuté technologii a moderním přístrojovém vybavení nesmíme zapomínat na lékařské myšlení a etiku, protože obojího bylo v tomto příběhu potřeba.



Náhlá srdeční smrt u sportovců z pohledu dětského kardiologa

MUDr. Peter Kubuš, Ph.D.

Dětské kardiocentrum 2. LF UK a FN Motol

Náhlou srdeční smrtí (NSS) rozumíme přirozenou smrt z kardiální příčiny, v jejímž úvodu nastala ztráta vědomí a k níž došlo do jedné hodiny od vzniku akutních příznaků. Etiologie NSS ve skupině dětí a mladých lidí (do 35 let) je odlišná od starší populace, u které etiologicky významně převažují následky ischemické choroby srdeční (cca tři čtvrtiny případů) a v menší míře dilatační kardiomyopatie. Problematicke byla věnována řada recentních studií ve vysoce citovaných časopisech, přičemž hodnoty incidence NSS (1/9 000 až 1/160 000 patientských let) v populacích sportovců a obecně mladých lidí se významně lišily podle použité metody sběru dat. Ačkoli jsou v různých pracích patrné rozdíly v zastoupení jednotlivých příčin NSS v těchto skupinách, je zřejmé, že etiologicky se převážně uplatňují dědičná onemocnění [kardiomyopatie, hereditární arytmické syndromy – nejčastěji syndrom dlouhého QT intervalu (LQTS, odhadovaná incidence až 1:2 000 narozených dětí), anomálie odstupu věnčitých tepen aj.]. V populační dánské studii¹ z r. 2011 tvořila náhlá neočekávaná úmrtí 10 % všech úmrtí ve věkové kategorii 1–35 let, přičemž celkem 5–7 % všech úmrtí může být přikládáno NSS s její výslednou roční incidencí 1,9/100 000 (2,8/100 000 po započtení nepitvaných případů náhlého neočekávaného úmrtí) patientských let. Při projekci dat z uvedené studie na českou populaci by odhadovaný počet NSS u mladých lidí do 35 let odpovídal asi 100 až 140 případům ročně. Převážná většina NSS v dánské studii se týkala jedinců starších 18 let, přičemž riziko NSS bylo více než desetinásobné pro věkovou kategorii 30–35 let v porovnání s populací ve věku 1–10 let. Mezi jedinci, kteří prodělali NSS, bylo 61 % bez předchozí relevantní osobní anamnézy. Ve společné skupině jedinců s NSS a nepitvaných případů náhlého neočekávaného úmrtí došlo u 50 % ke smrti při klidném bdění, u 34 % ve spánku a pouze

u 11 % v průběhu fyzické zátěže či při sportu. V podskupině 314 pitvaných případů s potvrzenou či předpokládanou diagnózou NSS byla zastoupena ischemická choroba srdeční u 13 %, myokarditis u 7 %, ruptura hrudní aorty u 7 %, hypertrofická kardiomyopatie u 6 % a arytmogenní kardiomyopatie pravé komory u 5 %. Náhlá nevysvětlená smrt v této podskupině tvořila 43 % případů a předpokládá se, že jsou zde významně zahrnuty hereditární arytmické syndromy (kromě výše zmíněného LQTS do skupiny řadíme katecholaminergní polymorfní komorovou tachykardii, syndrom Brugadaových, syndrom krátkého QT intervalu a syndrom časně repolarizace).

Snahy o vytipování rizikových skupin populace vedly v řadě rozvinutých zemí k vytvoření systému tzv. preparticipačního screeningu sportovců, jehož cílem je identifikovat dosud zdravé asymptomatické jedince se zvýšeným rizikem NSS s ohledem na jejich účast na kompetitivních sportovních aktivitách cílených na dosažení maximálních fyzických výkonů. Jedinci s diagnostikovaným významným kardiovaskulárním onemocněním by na základě této strategie neměli participovat na uvedených aktivitách, případně by z nich měli být dočasně nebo trvale diskvalifikováni a dále adekvátně sledováni či léčeni. Rozvoj úvah o zavedení screeningu se zahrnutím klidového 12svodového EKG do značné míry akceleroval po zveřejnění italské studie z r. 2006.² V roce 1982 byl v Itálii zahájen celonárodní preparticipační screening mladých lidí (12–35 let) provozujících kompetitivní sportovní aktivity, zahrnující kromě anamnestických dat a fyzikálního vyšetření i klidové EKG. V průběhu dalších více než 20 let od zavedení screeningu došlo k významnému snížení incidence NSS u sportovců z 3,6 na 0,4/100 000 patientských let, tedy hodnotu dokonce nižší než v populaci nesportovců (0,8/100 000

patientských let), u kterých nebyl prováděn systematický screening. Snížení výskytu NSS bylo dosaženo zejména v důsledku vyššího zachytu kardiomyopatií, které byly nejčastější příčinou NSS jak mezi sportovci, tak mezi ostatní populací. Limitací studie je mj. krátká prescreeningová perioda s obtížným posouzením výskytu NSS před zavedením screeningu. V regionu, kde byla studie prováděna, bylo rovněž popsáno vyšší zastoupení specifického typu kardiomyopatie (arytmogenní kardiomyopatie pravé komory) než v jiných oblastech Evropy. V retrospektivní studii³ z r. 2006 byla incidence NSS ve skupině aktivních sportovců ve věku < 39 let ve Spojených státech amerických 0,6/100 000 patientských let. Přestože v USA není zavedeno rutinní vyšetřování sportovců pomocí jiných metod než anamnéza a fyzikální vyšetření, vyplývá ze studie relativně nízký výskyt NSS u sportovců, který kontrastuje s údaji z italské studie před zahájením preparticipačního screeningu. Argumenty proti rutinnímu zavedení EKG jako screeningové metody jsou dány zejména finanční náročností takového projektu, vyplývající z velikosti populace věnující se kompetitivnímu sportu, při nízké prevalenci většiny onemocnění potenciálně vedoucích k NSS a při nízké specifitě EKG jako screeningového vyšetření. Zásadním problémem je generování množství (5–15 %) hraničních nebo falešně pozitivních nálezů s nutností doplnění navazujících vyšetření (echokardiografie, zátěžové vyšetření, 24hodinové monitorování EKG aj.), přičemž podíl sportovců, kteří podstoupili screening a mají skutečně onemocnění potenciálně vedoucí k NSS (a je tedy racionální – čistě z pohledu kardiologa posuzujícího riziko NSS – nedoporučit jim další účast na kompetitivních sportovních aktivitách), je dle provedených studií odhadován na 0,2–0,3 %. Nikoli zanedbatelnou otázkou je výrazná emoční a společenská zátěž pro posuzovaného a jeho příbuzné



s různě dlouho trvající morbidizací nezanebatelného množství zdravých jedinců.

Dle konsensu⁴ pracovních skupin Evropské kardiologické společnosti z r. 2005 by doporučenou součástí preparticipačního screeningu sportovců kromě osobní/rodinné anamnézy a fyzikálního vyšetření mělo být také provedení klidového 12svodového EKG. K redukci množství falešně pozitivních nálezů autoři zmíněného návrhu zveřejnili v r. 2010 doporučení pro interpretaci klidového EKG u sportovců s uvedením nálezů nevyžadujících další kardiologické vyšetření.⁵ Recentním pokusem o definování jasných EKG kritérií pro vyslovení podezření na potenciálně závažné kardiologické onemocnění jsou tzv. Seattle kritéria z r. 2013.⁶ Významná převaha nálezů, které ve skutečnosti nevyžadují nutnost diskvalifikace z dalších sportovních aktivit a které dokonce ani nevyžadují kardiologické vyšetření, nicméně zůstává skutečností. Z provedených recentních studií zahrnujících posuzování dle různých kritériálních systémů (vč. Seattle kritérií) navíc plyne vysoká míra neshody v interpretaci klidového EKG jak mezi kardiology a sportovními lékaři, tak v rámci těchto dvou skupin samotných. Dosud rovněž nebylo prokázáno, že by aplikace jakýchkoli kritérií vedla k reálnému snížení incidence NSS, případně ke snížení zbytečné diskvalifikace ze sportovních aktivit.

V kardiologické praxi z výše uvedeného plynou poměrně časté situace, kdy ani přes provedení podrobných následných vyšetření nelze s jistotou vyloučit či potvrdit potenciálně významné onemocnění vedoucí k NSS. To vše při vědomí skutečnosti, že u řady z těchto onemocnění může být NSS prvním symptomem onemocnění již ve fázi, kdy prozatím dostupnými vyšetřovacími metodami není možné jednoznačně prokázat jejich fenotyp (typicky dětský věk). Obtížný záchyt těchto časných fází se týká zejména

onemocnění s progresivním charakterem (kardiomyopatie). Riziko falešně negativního závěru je zvýšené také při intermitentně se vyskytujícím nebo nejednoznačně vyjádřeném fenotypu (syndrom dlouhého QT intervalu, Wolff-Parkinson-White obraz aj.). V neposlední řadě je v některých případech (hypertrofie levé komory při echokardiografii, některé změny repolarizační fáze na EKG) nutné vyjádřit se k obtížné otázce, zda hraniční či potenciálně patologické nálezy zjištěné v průběhu kardiologického vyšetření jsou primárně patologií, nebo adaptací jinak zdravého srdce na dlouhodobě provozované sportovní aktivity.

Všechny tyto skutečnosti v kombinaci s různou mírou zkušeností vyšetřujících se vzácnými potenciálně letálními onemocněními a mimořádným tlakem rodin/sportovních klubů na jasné vyjádření ohledně dalšího provozování sportovních aktivit mohou vést k individuální diferencí v interpretaci nálezů mezi jednotlivými posuzujícími s obtížně odhadnutelnými odbornými a společenskými důsledky. Do budoucna je zcela otevřená i otázka stanovení odpovědnosti za profesionální újmu klienta při falešně pozitivním nebo prostě jen déletrvajícím vyšetření. Compliance jedinců (jejich rodin a sportovních klubů), kterým nebyla doporučena další účast na kompetitivních sportovních aktivitách, je ze zkušeností z praxe velice variabilní.

■ Závěr

Preparticipační screening sportovců z principu musí vést a vede k většímu zachytu všech možných více či méně důležitých patologických nálezů. Jeho hlavním problémem je generování obrovského množství falešně pozitivních nálezů vyžadujících podrobnější kardiologické vyšetřování, které přesto nemusí vést k odhalení potenciálně významného onemocnění s rizikem NSS

a není rovněž oprostěno od rizika neadekvátní diskvalifikace z další účasti na kompetitivních sportovních aktivitách. To vše při zdůraznění skutečnosti, že absolutní riziko NSS v dětské populaci je velice nízké.

■ Reference

1. Winkel BG, Holst AG, Theilade J et al. Nationwide study of sudden cardiac death in persons aged 1–35 years. *Eur Heart J.* 2011;32(8):983–990
2. Corrado D, Basso C, Pavei A et al. Trends in sudden cardiovascular death in young competitive athletes after implementation of a preparticipation screening program. *JAMA.* 2006;296(13):1593–1601
3. Maron BJ, Doerer JJ, Haas TS et al. Sudden deaths in young competitive athletes: analysis of 1866 deaths in the United States, 1980–2006. *Circulation.* 2009;119(8):1085–1092
4. Pelliccia A, Fagard R, Bjørnstad HH et al. Recommendations for competitive sports participation in athletes with cardiovascular disease: a consensus document from the Study Group of Sports Cardiology of the Working Group of Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology and the Working Group of Myocardial and Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J.* 2005;26(14):1422–1445
5. Corrado D, Pelliccia A, Heidbuchel H et al. Recommendations for interpretation of 12-lead electrocardiogram in the athlete. *Eur Heart J.* 2010;31(2):243–259
6. Drezner JA, Ackerman MJ, Anderson J et al. Electrocardiographic interpretation in athletes: the 'Seattle criteria'. *Br J Sports Med.* 2013;47(3):122–124

Soukromé zdravotnické zařízení v Praze 5 hledá: LÉKAŘE – PEDIATRA s atestací z PLDD, ev. pediatrie

Požadujeme:

- odbornou způsobilost
- znalost anglického jazyka
- vstřícnost a flexibilitu
- trestní bezúhonnost

Nabízíme:

- zajímavou práci s privátní klientelou (max. 300 registrovaných pacientů)
- nadstandardní finanční ohodnocení
- rozšířené zaměstnanecké benefity
- příjemné a moderní pracovní prostředí
- výše úvazku dle dohody

Kontakt:

Gabriela Šebestová
telefon: 731 611 768
email: gabriela.sebestova@programhplus.cz

INZERCE: 410 3-16



Léčení koktavosti

Prof. RNDr. Josef Pešák, CSc.

LF UP v Olomouci

Pokračování sdělení Vox pediatrics 2014;14(6):29–31

Oficiální zařazení koktavosti: MKN-10 [Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decennální revize (ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Geneva: World Health Organization, 1992). Czech Edition (Ústav zdravotnických informací a statistiky. Praha: Mistrál, 1992)] V. kap.: F (00–99) Duševní poruchy a poruchy chování

F 98 Jiné poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání

F 98.5 Koktavost, balbuties, zadržávání v řeči.

Nejčastější poruchu řeči Balbuties, koktavost (Balbus Blaesus was a Roman who stuttered severely. He made his living by becoming a freak show performer) zmínil prof. MUDr. Daniel Bartko, PhD., DrSc., v oddílu Řeč a její poruchy v Repetitoriu neurofyzologie ve Všeobecné syndromologii poruch a jiných syndromů [Bartko D. Neurologia. Martin: Osveta, 1985]

■ Úvodem

Úřad průmyslového vlastnictví (Česká republika, Praha) 27. 8. 2007 Univerzita Palackého v Olomouci přidelil patent [1] č. 298331 Použití formoterolu pro přípravu léčiva pro omezení koktavosti. Původce: Pešák Josef, Doc. RNDr. CSc. (příhl. č. 2004-43311/2005, Zástupce: Ing. Dušan Kendereški, Lidická 51, Brno 602 00, zveřejněný 16. 11. 2005 ve Věstníku č. 35/2007).

O příčině etiologii koktavosti, balbuties, neplynulosti řeči i o jejím léčení a terapii autor referoval i po svém působení na Ústav lékařské biofyziky LF UP v Olomouci [2] ve [3], [4] stejně i 7× z ČT Ostrava [11. 2. 2009 Před půlnocí, 16. 2. 2010 Události v regionech, 28. 2. 2011 Sama doma, (mezitím udělení zvláštního ocenění [5]), 5. 11. 2011 TEP 24, 22. 2. 2012 Živě na jedničce, 4. 8. 2014 Dobré ráno, 24. 10. 2014 Sama doma).

■ Uznání AASCIT

23. 11. 2015; šest let po [3], e-mailem: Enjoy Privilege for Paper Publication: Dear Pesek J, American Association for Science and Technology (AASCIT) learnt that you had published a paper entitled Reduction of stuttering through bronchodilatation with beta2 sympathomimetic drug formoterol; in Casopis lekaru ceskych. To spread and exchange your academic achievement sat the end of 2015, AASCIT are doing an activity for all the valid members of AASCIT from September 1, 2015 to December 10, 2015. Hence, we sincerely invite you to join AASCIT Membership and publish your excellent research paper to enjoy the special offer.

■ Pokračování kazuistikami

Zatímco multicentrická klinická studie [6] (3. 11. 2003–24. 9. 2004) [Protokol BZ-103-BR Ověřování bronchodilatace na plynulost řeči u nezletilých i dospělých s balbuties] monitorovaná vídeňskou filiálkou ZAK Pharma Services byla vyhodnocena statisticky (krabicovými grafy) na ose x s časem, na ose y pětistupňovou ordinální škálou 1–5 (1 – výborná, 2 – „jakž takž“, 3 – špatná, 4 – hrozná, 5 – nepřijatelná). Pro porovnání byl zvolen neparametrický statisticky signifikantní rozdíl mezi průměrnými známkami v období bez aplikace Foradilu (formoterolu), v 1. (1.–3. měsíc) a ve 2. období aplikace (4.–6. měsíc) – viz krabicový graf. Silná vodorovná čára je pozice mediánu průměrných známek. Dno a vrchol krabic je 1. a 3. kvartil, výška je mezikvartilové rozpětí (charakteristika variability dat), rozpětí antének – minimálních a maximálních neodlehklých hodnot průměrných známek. Naopak hodnocení úpravy plynulosti řeči dále zmiňované v textu, tj. jednotlivými případy, je kazuistické.

Rodiče dětí i jedinci trpící neplynulostí řeči se zatím na 303 návštěvách u nás doma v Olomouci na Rooseveltově ul. č. 63 (posl. 21. 12. 2015) dovídali, že dětem (do 18–19 let) mohou předepisovat účinnou látku formoterol dětská lékář, dospělým alergologové

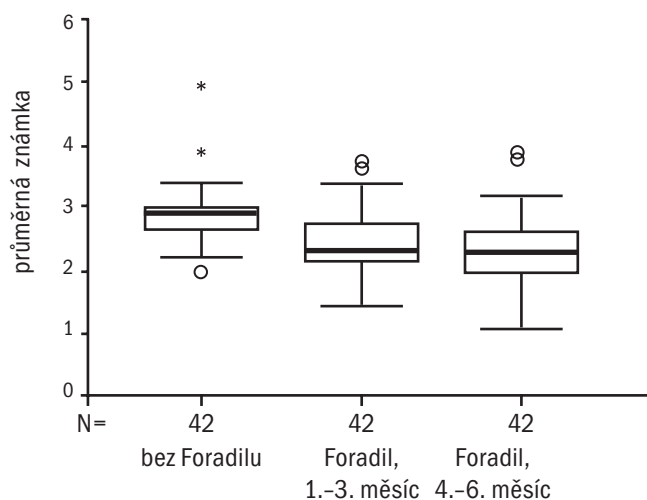
nebo plicní lékaři. Jen o tom ale nemusejí vědět, za svých studií se to ještě nemuseli dovídat, protože o neplynulosti řeči vinou koktání se vědělo od prvních civilizací v Egyptě, Mezopotámii i Číně, ale její etiologie byla popsána relativně nedávno [Pešák J. Pneumoobstruction of the tracheobronchial tree as a hypothetical cause of balbuties. Med Hypotheses. 2002 Oct;59(4):458–461]. Terapie koktavosti byla popsána o dva roky později [Pešák J. Preliminary experience with formoterol for the treatment of stuttering. Ann Pharmacother. 2004 Jul-Aug;38(7–8):1323], Úřad průmyslového vlastnictví České republiky v srpnu 2007 přidelil Univerzitě Palackého v Olomouci patent na použití formoterolu pro přípravu léčiva pro omezení koktavosti.

Navíc ještě u nás stále přetrvává koercitivní bránivá síla po *statu quo* za prvního přednosti foniatrické kliniky LF UK (1956–1974) prof. MUDr. Miloslava Seemana (Seeman M. Poruchy dětské řeči. Praha: SZN, 1955). Na str. 203 stálo: „Pneumograficky zjišťujeme četné úchyly dýchacích pohybů. Dýchání v klidu je u koktavých úplně narušené.“ Na str. 210 pak: „Je málo chorobných stavů, u nichž je uváděno tolik různých příčin jako u koktavosti.“ Ještě předposlední přednost foniatrické kliniky LF UK prof. MUDr. M. Laškovka (1997–2003) uvedl (Laškovka M. Poruchy plynulosti řeči. Praha: Scriptorium, 1999, s. 23): „Ze všech názorů a teorií o původu koktavosti lze shrnout, že se shodují v tom, že jde o centrální poruchu řízení motoriky, ve které hrají dominantní úlohu emoce. [...] Seemanova teorie dynamické úchyly striopallidálního systému a emoce jako spouštěcího a udržovacího mechanismu koktavosti vysvětlila prakticky všechny její projevy.“

Původní Seemanovo doporučení pro léčení koktavosti 1. *psychiatrie jako základ léčby*; 2. *cvičná léčba podřízená psychiatrii, následně podporovaná dechovými cvičeními*; 3. *medikamentózní léčba pro dosažení celkového uklidnění* se dostalo nejen do kompendií psychiatrie (Raboch J, Zvolenský P et al. Psychiatrie. Praha: Galén, 2001; Höschl C, Libiger J, Švestka J. Psychiatrie.



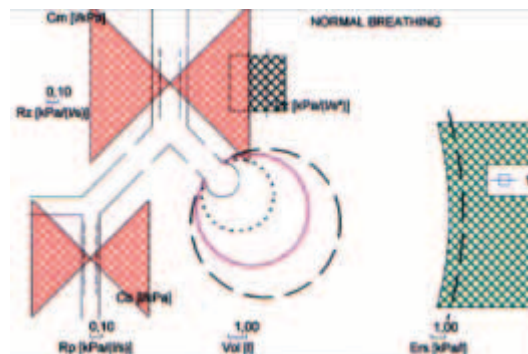
Deník pacienta – průměrná známka



Krabicové grafy před, po třech a šesti měsících užívání formoterolu

IOS naměřený doklad překážky v plicích (červeně šrafované, mašličky') slouží lékaři k tomu, aby mohl předepsat broncho-dilataci β_2 sympatomimetikem, účinnou látkou formoterolem
MĚŘENÍ PNEUMOOBSTRUKCE IMPULSNÍ OSCILOMETRIÍ IOS

Nahoře – překážka v centrálních cestách
 Dole – překážka na periferii



Příklad obstrukce v plicích u balbuties (VOX 6/2014 obr. 2 s. 30)

Praha: Tigis, 2002) i pediatrie (Hrodek O, Vavřinec J. Pediatrie. Praha: Galén, 2002). V dospělosti se koftavost může spontánně upravovat, jen se neví kdy. Naskytla se příležitost pro verze nápadů, jak jí k tomu pomáhat, stejně jako pro prezentaci dokladů úspěšnosti ne kauzálního, jen symptomatologického léčení.

Zatím vyšel článek v Československé pediatrii [Pešák J. Funkční vyšetření plic u dětí a mladistvých s balbuties. Čes.-slov. Pediat. 1988;43(7):400-403], kde stálo, že nejvíce podezřelým funkčním parametrem plic u dětí a mladistvých s balbuties oproti zdravé populaci je snížená specifická vodivost $1,08 \pm 0,48 \text{ l/s/kPa/l}$ ($P < 0,0001$): $1,97 \pm 0,45 \text{ l/s/kPa} \sim 1 : \frac{1}{2}$. Posun dechové polohy VT může být způsoben buď přetrvávajícím tonem inspiračního svalstva (což se nepotvrdilo), nebo obstrukcí dýchacích cest (což vedlo k léčení bronchodilací, uvolněním překážek v dýchacích cestách).

V duchu přetrvávající koercitivní bránivé síly pokračovala klinická logopedka PaedDr. Eva Škodová lektorováním podle předmluvy „mimořádně kvalitní monografie předního slovenského i evropského autora“ (Lechta V. Koftavost. Komplexní přístup. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-867-8) doporučené na pedagogických fakultách.

■ Dlouho očekávané léčení neplnulosti řeči

Okamžitě po prvním vysílání studia ČT Ostrava 11. 2. 2009 Před půlnocí začali

autora doma navštěvovat diváci-pacienti, aby se dozvěděli, jak se dostanou k účinné látce formoterolu. Stačí spirometrickým vyšetřením impulsní oscilometrií IOS zjistit obstrukci, překážky v plicích. Na obrázku v příkladu jsou červeně vyšrafovanými „mašličkami“ nahoře stanoveny překážky v centrálních cestách a dole v plicní periferii.

Mezi prvními reakcemi 9.3.2010 P.N. (1942) 2. 4. 2010 e-mailem: „Lék Formoterol užívám pravidelně, vždy jednu kapsli ráno. Paní doktorka na kontrole mi napsala recept na 120 kapslí. Výsledky této léčby se již začínají velmi kladně projevovat. Jsou to nebyvale hezké chvíle. Neopomím ani týdenní psaní přehledu. Pavel N.

5. 4. 2010

Paní doktorka mi znovu napsala 3 balení... Chtěl bych vám moc poděkovat za pomoc. Lépe se mi mluví, pociťuji to na sobě, i celá rodina to říká, stále zadržávám, ale podstatně méně než předtím. Jan H.

31. 6. 2010.

Moc Vás zdravím i s Tomem. Sedí vedle a užívá si prázdnin. Lék stále užívá a mluví se mu lépe. První pocit asi po týdnu byl, že se mu lépe dýchá, a teď se ho ptám a říká, že je to lepší s tím zadržáváním. Tak nadále pokračujeme. Svatava V. a Tom z Bruntálu.

Vážený pane profesore, přeji Vám ještě mnoho stejně spokojených pacientů, jako jsme my se synem. Tříměsíční dávku formo-

terolu dobral před Vánoci. Já, syn i manžel jsme výsledkem absolutně nadšeni. Už mám pocit, že se nezakotkne vůbec, za poslední měsíc jen $1 \times - 2 \times$, a to v opravdu stresové situaci a velmi nepatrně. Se stavem předtím se to nedá vůbec srovnat. Takto můžete pomoci tolika nešťastným... A co je pro lidi trpící balbutismem, a to i v té nejmenší míře, důležité, je to, že Vaše léčba je vrátí zcela do běžného života, naleje jim do duší sebedůvěru a pak mohou dokázat věci, na které by si s touto vadou vůbec netroufli.

Vážený pane profesore, byli jsme u Vás na konzultaci ohledně neplnulosti řeči s naší Terkou v září 2013. Je to 6 měsíců, co aplikujeme Foradil. Chvilku trvalo, než se Terka naučila správně vdechovat lék, ale tak po měsíci už to zvládala správně a dostavily se výsledky. Ulevilo se určitě jí i nám, a i okolí (např. v mateřské školce) nezávisle na znalosti užívání léku pozorovalo zlepšení. S manželem jsme konstatovali, že jde tak o 50-70% zlepšení plnulosti řeči. Určitě v tom rozptylu hraje roli psychika, prostředí, ve kterém se pohybuje, a lidé, kteří ji obklopují.

19. 9. 2013

Dobrý den, pane profesore, už delší dobu se chystám poslat Vám velké poděkování za našeho chlapečka Matyáška. Zhruba v únoru jsme byli u Vás na návštěvě, abyste nám sdělil, co je potřeba... Snad už je to stav trvalý, ale Maty cca 2 měsíce nekotá, nezadržává a ani nemá potřebu šeptat...



Jsmo velmi šťastní, že jeho mluvení je v pořádku, a chtěli bychom Vám alespoň touto cestou poděkovat za cenné rady a způsob léčby, který jste nám doporučili! Přejeme Vám hlavně další spokojené a uzdravené pacienty! Děkujeme mnohokrát, s pozdravem Lada, Vladimír a Matyášek V., Jihlava

7. 9. 2014

Dobry den pane Pešáku, nevím, jestli si na mě budete pamatovat, ale byl jsem jedním z výzkumu na kokaťavost před 20 lety, byl jsem ve škole na Svatém Kopečku (1983–1990), kde jsme se potkali, a potom jsem za vámi jezdil do nemocnice, jmenuji se Věrek T. a musel jsem přestat s výzkumem, protože jsem měl něco jako epileptický záchvat. Čirou náhodou jsem narazil na vaše ocenění z roku 2011 a nové poznatky z výzkumu, předem bych vám chtěl pográtulovat za vaši skvělou práci a výsledky. Je to tak trochu náhoda, já jsem emigroval do Skotska, kde teď žiji a pravděpodobně asi i zůstanu; a proč se o tom zmiňuji – čirou náhodou jsem se díval na program o kokaťavosti tady v UK, kde se docela úspěšně léčí s novou technikou dýchání *McCurie programme*; jejím největ-

ším zástupcem je Rich Whincup (asi už jste o něm slyšel a možná ho i osobně znáte), který se zabýval technikou dýchání (dia-phragminvolvement), a pak jsem narazil náhodou na vaše ocenění a nový poznatek a co to způsobuje. Samozřejmě že se pořád potýkám s kokaťavostí, i když AJ mi tak trochu pomáhá (aspoň mluvím lépe plynule než v českém jazyce), ale co bych chtěl zkusit, je ten inhalátor s účinnou látkou. Jak by bylo možné ho získat? Problém je, že teď žiju ve Skotsku a nemám zdravotní pojištění v ČR, takže s předpisem od lékaře to asi nebude lehké. Předem děkuji za odpověď a nějaké nové poznatky. S pozdravem Věrek T.

Nadějná autorova sonda do několika příběhů budiž příslibem konečně už slibné budoucnosti pro plynule hovořící.

Literatura

- [1] Pešák J. Patentová listina Použití přípravku $\beta 2$ sympatomimetika k omezení kokaťavosti. PV-03-2004. Praha: Úřad průmyslového vlastnictví ČR, 2007

- [2] Pešák J. Příběh zmírňování kokaťavosti $\beta 2$ sympatomimetikem formoterolem. Žurnál UP. 2010 Mar;19(18)
- [3] Pešák J a kol. Zmírňování kokaťavosti bronchodilatací $\beta 2$ sympatomimetikem formoterolem. Čas. lék. čes. 2009;148(9):424–428
- [4] Pešák J. Léčení kokaťavosti. Vox pediatrae 2014;14(6):29–31
- [5] Moldan B. Zvláštní ocenění za projekt zvláštního zřetele Užití účinné látky formoterolu pro léčení kokaťavosti. Praha: Business Leader Forum, 23. 6. 2011
- [6] Honová J, Pešák J. Výzkumný záměr MŠMT MSM 152 000018 Ověřování vlivu bronchodilatace na plynulost řeči u nezletilých i dospělých s balbuties. Pokračování výzkumného záměru MŠMT CEZ: J14/98: N0000018 Integrované studium hlasu a řeči

Redakční rada oceňuje celoživotní práci prof. Pešáka a přestože si je vědoma jisté nesourodosti uvedené práce, nechce omežit přístup k těmto informacím pro lékařskou veřejnost.

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

- Omega 3 mastná kyselina (DHA) pro normální vývoj mozku a zraku kojeneho 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. B₁₂, B₆, B₉, 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.nutriklub.cz a na obalech. BF311374.



Kongres primární péče

Výběr z abstrakt

Ve dnech 26.–27. února 2016 se v hotelu TOP v Praze konal již X. ročník Kongresu primární péče. Účast lékařů, sester i firem byla tradičně ohromující. Přednášky byly velmi zajímavé, a tak pro připomenutí účastníkům a jako ukázkou těm, kdo se účastnit nemohli, uvádíme výběr z abstrakt.

■ Vybrané talentové a zdravotní předpoklady pro vrcholový sport

Prof. PaedDr. Pavel Kolář, Ph.D.

Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. LF UK Praha

Jedním z významných předpokladů sportovního talentu je kvalitní schopnost motorického učení. Motorické učení se neobejde bez neuroplastických dějů, a proto se jeho kvalita odvíjí nejen od způsobu vypracování nových hybných stereotypů, ale také od kvality centrálních řídicích mechanismů. Neurofyziologické faktory, které motorické učení a jeho kvalitu podmiňují, jsou multisenzorická integrace propioceptivních, vestibulárních, zrakových, sluchových a také kožních informací, míra excitability nervového systému, kvalita zpětnovazebných mechanismů, kvalita pohybové diferenciacce (kvalita selektivní hybnosti) a s tím spojená úroveň relaxačních schopností, nábor motorických jednotek a některé další mechanismy. U některých jedinců jsou v těchto funkcích předpoklady, které jim zajišťují sportovní talentovanost. U jiných jedinců sledujeme v této oblasti poruchy, které se při provádění složitějších pohybových činností projevují poruchou obratnosti, plánováním či pohybovou anticipací. Tento vývojový deficit nazýváme dyspraxií nebo vývojovou koordinační poruchou (DCD). Jedním z hlavních předpokladů motorického učení je vizuomotorická funkce vztažená k opakování pohybu. Ukázal to již Lesný, který vytvořil k vyšetření praxe a gnoze specifický test. Jde o přehled gest na ruce, která jsou vyšetřovanému promítnuta na obrázku

nebo je provede vyšetřující; jedinec je musí napodobit. Hodnotí se rychlost i kvalita provedené imitace. O předpokladech souvislosti kvality této schopnosti a předpokladů motorického učení svědčí také fakt, že přední sportovci mají většinou vynikající schopnost pohybově imitovat druhé. Schopnost vizuálně-motorické imitace by měla být součástí testu sportovního talentu. Důkazy naznačují, že významnou roli pro lidské napodobování hraje frontoparietální oblast zrcadlových neuronů. S tímto systémem se děti již rodí a jeho dysfunkce vede k vývojovým poruchám schopnosti napodobování, motoriky, ale i sociálních dovedností. Systém zrcadlových neuronů transformuje vizuální informace do rozpoznání pokračování a cíle určité činnosti u druhých osob. Jejich druhou funkcí je imitace neboli učení se provedení akce tím, že pozorujeme druhé. Jinými slovy, jeden neuron má jak motorickou, tak percepční reprezentaci. Současná klasifikace rozděluje ideomotorické funkce, tj. předpoklady motorického učení, na gnostické (ideatorní/ideativní, senzorické, percepční), motorické (exekutivní, expresivní) a ideomotorické, kdy jedinci vykazují předpoklady, resp. poruchu v obou oblastech pohybových schopností – v plánování i provedení pohybu. Gnostická funkce je spojena se senzorickým zpracováním informací z jednotlivých modalit. U některých jedinců sledujeme kvalitu jednoho senzorického systému (jedné modalit – propioceptivní, taktilní, vestibulární, zrakové, sluchové), u jiných multisenzorickou, která je důležitá hlavně u míčových sportů. Pro sportovní talentovanost je potřeba správně naplánovat pohybové sekvence, ale také je koordinová

vaně vykonat. Exekutivní (výkonná) schopnost koordinovaného pohybu je založena na schopnosti selektivní hybnosti, posturální adaptaci, kvalitě relaxace, kvalitě rovnovážných schopností, schopnosti silového přizpůsobení, plynulosti, rychlosti a rytmu pohybu a schopnosti pohybového odhadu. Ideomotorické funkce ve sportu jsou předpokladem talentu, ale je nutné přizpůsobit metodiku tréninku k jejich rozvoji. Jejich význam a rozvoj v dětském a dorostovém věku má ve sportu zásadnější význam než rozvoj ostatních schopností, které jsou závislé na zralosti metabolické a hormonální.

■ Chyby a omyly v moderní diagnostice po deseti letech

Prof. MUDr. Vladimír Palička, CSc., Dr. h. c.

Lékařská fakulta UK a Fakultní nemocnice Hradec Králové

Každá lidská činnost je provázána určitým podílem nejistoty, v každé se vyskytují chyby či omyly. Bylo by zásadní chybou a omylem myslet si, že laboratorní výsledky nemají chyby, omyly a nejistotu, na druhé straně by bylo chybou si myslet, že všechny jsou chybné.

Chyba je obvykle definována jako podstatná odchylka od správné hodnoty, způsobená například špatným nastavením systému nebo nedodržením správného postupu, a neměla by se vyskytovat.

Naproti tomu **nejistota** měření je číselný interval, ve kterém se nachází výsledek měření s daným intervalem spolehlivosti; nejistota je nedílnou součástí jakéhokoli měření.



Při záplavě laboratorních a dalších komplementárních vyšetření je logické, že se chyby statisticky vyskytnout musejí. Podle údajů regulačních orgánů USA tzv. lékařské chyby (tedy ne chyby laboratorní, ale chybné rozhodnutí a chybný postup lékaře) vedou ve Spojených státech ročně k 98 000 úmrtí.

Nejčastější chyby při laboratorních vyšetřeních vznikají v tzv. preanalytické fázi, tedy předtím, než je vzorek v laboratoři vyšetřen. Patří k nim špatná příprava pacienta (např. není nalačno tam, kde je to nutné), vliv podávaných léků (nezohledněný následně při posuzování výsledku), hemolýza krve, použití špatného protisrážlivého činidla, špatné označení žádanky či zkumavky (záměna jmen). Velmi častou příčinou preanalytické chyby je nesprávné skladování biologického materiálu před transportem a během něj či nepřiměřeně dlouhá doba mezi odběrem a vyšetřením vzorku.

Četnost analytických chyb, tedy chyb vzniklých přímo při vyšetření materiálu v laboratoři, poklesla v posledních letech díky zlepšené technice a automatickým analyzátorům na zlomek původních hodnot.

Překvapivě časté jsou chyby v „postanalytické fázi vyšetření“. Patří k nim pozdní vydání výsledku, jeho zaslání na špatnou adresu, ale nejčastěji jeho špatné posouzení a hodnocení a především neadekvátní reakce na výsledek. Při zhodnocení výsledku by ordinující lékař měl mimo jiné znát také nejistotu měření (tu by mu měla sdělit laboratoř, která vyšetření provádí), biologickou variabilitu sledovaného parametru (některé laboratorní hodnoty v průběhu dne fyziologicky kolísají o desítky procent). Měl by umět posoudit kritickou diferenci měření, tedy zda vyšetření provedené s časovým odstupem opravdu odráží změnu zdravotního stavu (nebo reakci na léčbu), nebo se pohybuje v pásmu biologické variability a nejistoty měření.

V oficiálních definicích se ale pojem „chyba“ vyskytuje i v jiných souvislostech – chybou, mnohdy zásadní, je nedostatečné vyšetření, které nepomůže při stanovení diagnózy (nebo ji oddálí). Chybou jsou ale také nadbytečná, nepotřebná vyšetření – a to nejen chybou ekonomickou. Zbytečná vyšetření mohou svést ordinujícího lékaře na „falešnou stopu“, což ve svých důsledcích ohrožuje pacienta také.

Mnozí poskytovatelé pomocných vyšetření (a zdaleka nejde jen o laboratoře) mají tendenci nabízet mnohá vyšetření, která ve svém důsledku nijak neovlivní osud

pacienta ani průběh jeho choroby, stávají se jen „vyšperkovaním“ zdravotní dokumentace a zbytečně vynaloženými náklady. Navíc často pacienta zatíží zbytečným výkonem, odběrem, ozářením, časovou náročností i potenciálními komplikacemi.

S určitou (ale nevelkou) nadsázkou lze říci, že omylem a chybou je ale také myslet si, že to bez pomocných vyšetření (nebo s jejich limitací na minimum) půjde dobře a že to pacientům prospěje.

Ani chyby, ani nejistoty nikdy zcela nezmizí. Jejich potlačení na nejmenší možnou míru je možné, pokud bude ordinující lékař s pracovištěm komplementu dobře spolupracovat a pokud bude pracoviště komplementu dobře spolupracovat s klinickým partnerem. Nezapomeňme přitom, že tím hlavním, o koho jde, je pacient a se stoupající angažovaností pacientů stoupá také jejich zájem o dobré a správné výsledky a jejich hodnocení. Pacienti jsou mnohdy o významu a důležitosti vyšetření a o hodnocení výsledků informováni velmi dobře, řada z nich chce své výsledky znát a na nejrůznějších webových portálech si najde, co znamenají. To může být samozřejmě také zdrojem chyb.

Největší chybou by však bylo, kdybychom pacienta z tohoto procesu vyřadili a nepředstupovali před něj s jednotným stanoviskem po vzájemné dohodě laboratoře i ordinujícího a pečujícího lékaře.

■ Radiodiagnostika a intervenční radiologie v kontextu s praktickým lékařstvím

MUDr. Zdeněk Chudáček, Ph.D.

LF UK a FN Plzeň

Velkými dilematy oboru radiodiagnostika a intervenční radiologie stále zůstávají rizika vyplývající z používání ionizujícího záření s jeho stochastickými účinky, relativně vysoká finanční náročnost řady metodik a nutnost používání kontrastních látek s jejich možnými nežádoucími účinky, jako jsou kontrastem indukovaná nefropatie, anafylaxe, systémová nefrogenní skleróza a jiné. Rovněž invazivní a intervenční výkon mají mnohá inherentní rizika. Prevence řady těchto rizik je obtížná. Indikace některých výkonů proto vyžaduje důkladnou rozvahu, přesvědčení pacienta či jeho zástupců o skutečné nutnosti indikace a podpis informovaného souhlasu k výkonu pacientem, indikujícím i provádějícím lékařem. Písemný informovaný souhlas se může stát dobrou

oporou při diskusi s pacientem o samotné indikaci a jejích případných alternativách. Při dotazech na riziko ionizujícího záření je užitečná znalost obvyklých efektivních dávek u jednotlivých výkonů a jejich porovnání s roční dávkou z přírodního pozadí, která dosahuje v našich podmínkách asi 2,5 mSv. Mimořádnou pozornost je z radiačního hlediska třeba věnovat mladým pacientům a ženám ve fertilním věku. Praktický lékař je také v našich podmínkách činitelem, u kterého se sbíhají alespoň velmi orientační informace o radiačně závažných výkonech, které pacient celoživotně absolvoval. Ostatní registry, jako je myšlenka tzv. radiačního průkazu nebo využití dat zdravotních pojišťoven, jsou zatím iluzí. Celkově laxní přístup k radiačnímu riziku populace ze zdravotnických zdrojů je přitom v poslední době alarmující.

Sto dvacet let po objevu ionizujícího záření a zhotovení prvních snímků lidského těla stále používáme ve velké míře standardní skiagrafií a skiaskopii (až 60% práce radiodiagnostických pracovišť) a jejich význam zřejmě v nejbližších desetiletích příliš nepoklesne. S příchodem nových zobrazovacích metodik lze zaznamenat určité opomíjení klasické radiodiagnostiky indikujícími lékaři i radiology samotnými. Pacient za to často platí vyšší dávkou záření. Nelze však popřít, že řada alternativních metodik výrazně překonala svojí senzitivitou i specifitou a celkovou diagnostickou hodnotou klasickou skiagrafií. Indikace a možný přínos jednotlivých metodik je třeba dobře znát, případně konzultovat radiologa. Opírat se přitom lze také o indikační kritéria pro zobrazovací metody ve Věstníku MZČR č. 11/2003.

Digitalizace, která plně ovládla radiodiagnostiku, přinesla řadu výhod. Jde například o menší chybovost při expozici při skiagrafií, vysoce kvalitní skiaskopické techniky včetně digitální subtrakční angiografie. Digitální snímky je možné dodatečně upravovat. Zásadní je ale změna v logistice zobrazování. Snímek přestal být po svém zhotovení jedinečným originálem a je takřka okamžitě dostupný kdekoli, kde je to nutné a možné. Zjednodušila se archivace, ale především výbavnost obrazové dokumentace. Problémem digitalizace je další odklon radiologa od pacienta k obrazům, ztráta kontaktu s pacientem i klinikem. Velkou pomoc v tomto směru sice znamenají klinické informační systémy, nejsou ale komplexní a obecně dostupné. Základem pro získání informace



o pacientovi je pro radiologa řádně vyplněná žádanka k rtg vyšetření.

Radiodiagnostika se stala v posledních desetiletích nedílnou součástí některých screeningových programů. Na prvním místě jde o mamografický screening karcinomu prsu. Praktický lékař a ambulantní gynekolog jsou přitom hlavními spolupracovníky radiologa. Žena jako laik nemůže být ponechán a při rozhodování o zapojení do screeningu a následném postupu sama sobě. Většina inteligentních žen dnes přijala i nutnost platby za mimoscreeningové mamologické výkony. K doporučení takového postupu radiologem vede vědomí o existenci agresivních forem rakoviny prsu a dále nižší senzitivita mamografie u hutné, nepřehledné žlázy. Velmi častým problémem při zapojení ženy do mamografického screeningového programu je obava z radiační dávky. Současné odborné poznatky však stále potvrzují vysoký přínos v relaci s rizikem, především pak u skupiny žen nad 50 let. Další screeningové programy, které se opírají o zobrazovací metodiky, zatím v ČR nefungují. Jedná se především o screening karcinomu plic u kuřáků pomocí nízkodávkové CT.

V rámci intervenční radiologie mohou být styčným problémem mezi radiologem a praktickým lékařem biopsie, periferní revascularizační výkony, dialyzační či jiné žilní přístupy či pacienti s dlouhodobě zavedenou nefrostomií či drenáží žlučových cest.

■ Přístup k nemocnému s chronickým průběhem duševního nebo tělesného onemocnění

MUDr. Lucie Kališová, Ph.D.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Skupina nemocných s chronickým duševním i tělesným onemocněním početně vzrůstá, což odráží současný rozvoj léčebných možností moderní medicíny. Chronické onemocnění představuje zvýšené nároky na lékařskou i sociální péči a má znatelný vliv na kvalitu života postižených i jejich blízkých. Péče o tuto skupinu nemocných by měla být multidisciplinární, praktický lékař hraje často stěžejní roli v pečovatelském týmu.

Dlouhodobě duševně nemocní se potýkají s řadou somatických komplikací, u somaticky nemocných vzrůstá psychiatrická komorbidita. Podle dostupných údajů trpí až dvě třetiny chronicky nemocných komorbidními psychiatrickými příznaky. U vysokého

procenta chronicky somaticky nemocných se objevují deprese a úzkosti. Stává se, že je deprese v primární péči neodhalena a podceněna. Musíme vzít v úvahu, že úzkostně-depresivní obtíže mohou ovlivnit postoj nemocných k léčbě, snižovat jejich rozhodovací schopnosti a někdy vést až k suicidálnímu jednání. Zvládnutí psychiatrických obtíží může napomoci zvládnutí primárního onemocnění.

Nemocní s dlouhodobým průběhem nemoci, případně s nevléčitelným onemocněním jsou často nejistí, zranitelní, mají vysokou potřebu péče, jejich psychické kompenzační mechanismy jsou leckdy vyčerpány. Snažíme se posilovat autonomii nemocných, respektovat jejich názor, podporovat jejich individuální hodnoty, naplňovat individuální potřeby, realisticky informovat o léčebných možnostech. Zkrátka poskytovat emoční i sociální podporu v takové míře, aby nemocní co nejlépe zvládali obtíže související s jejich zdravotním stavem. Nemocní by měli vědět a mít jistotu, že nejsou na nemoc sami.

Vždy je výhodné zahrnovat do péče také příbuzné nemocných a jim také poskytovat dostatečné informace a podporu. Jedině psychicky stabilní příbuzní mohou dodávat sílu svým blízkým. Správná komunikace s nemocnými, zejména vedení dialogu, by měla být stěžejní součástí péče.

■ Rychlá detekce hlavních typů duševních poruch a jejich léčba

Doc. MUDr. Martin Anders, Ph.D.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Základním a nezbytným krokem pro zvolení adekvátního léčebného postupu je včasná a přesná diagnostika. Vzhledem k prevalenci duševních poruch se lze domnívat, že se každý lékař u svých pacientů setkává s pacienty trpícími různými formami psychických poruch, neboť duševní poruchy postihují ročně až 27 % evropské populace. Mezi nejčastější patří především depresivní porucha, somatoformní porucha, demence, generalizovaná úzkostná porucha a škodlivé užívání nebo přímo závislost na alkoholu. K moderním trendům, zejména po zjištění, jak vysoká je prevalence duševních poruch, patří snaha psychiatrů poskytovat lékařům somaticky zaměřených oborů takové nástroje, které by jim usnadnily často složitou diagnostiku komorbidity. Příkladem může být Prime MD, což je vcelku jednoduchý

nástroj, který dokáže lékaře upozornit na problematické oblasti psychické kondice nemocného. Neomezuje se pouze na depresivní symptomy, ale zahrnuje například i projevy úzkosti, poruchy příjmu potravy, somatizační a hypochondrickou poruchu. Praktický význam mají především jednoduše strukturované detekční nástroje, ale vždy s vědomím rizika falešné pozitivivity nebo negativivity.

Depresivní nemocný si zpočátku stěžuje na jeden nebo několik tělesných příznaků (únava, bolesti, poruchy spánku), případně prezentuje podrážděnost, úzkost nebo nervozitu; až cíleně položenými dotazy lze odhalit pokles nálady neodpovídající okolnostem či přítomnost ztráty zájmu. Za maximální zjednodušení detekce přítomnosti depresivních poruch zejména u ohrožených jedinců, což jsou především somaticky nemocní, považují někteří autoři dokonce pouhé dvě otázky: „Cítil jste se v průběhu posledního měsíce na dně, depresivní, bez nálady nebo beznadějně?“ a „Ztratil jste v průběhu posledního měsíce zájem nebo potěšení z aktivit, které vám je obvykle přinášely?“ Je-li odpověď dvakrát „Ne“, je diagnóza depresivní poruchy nepravděpodobná, je-li alespoň jedna odpověď „Ano“, je vhodné pokračovat v dalším klinickém vyšetření.

Dalším diagnostickým problémem s roční prevalencí shodnou s depresivní poruchou (tj. 7 %!) jsou tzv. **somatoformní poruchy** neboli rozmanité tělesné symptomy bez zjištěných typických anamnestických údajů, laboratorních abnormalit nebo odchylek v pomocných vyšetřeních. Nemocný si stále stěžuje na měnlivé tělesné potíže, žádá rozmanitá lékařská vyšetření, a to navzdory opakovaně potvrzeným negativním nálezům a ujišťování lékaře, že příznaky nemají žádný tělesný podklad. Jestliže existují nějaké tělesné potíže, pak nevysvětlují povahu a rozsah symptomů nebo tíseň a starost pacienta. I když začátek a trvání symptomů má úzkou souvislost s nepříjemnými životními událostmi, obtížemi nebo konflikty, obvykle pacient odmítá pokusy diskutovat o možnosti psychologických příčin (často i přes zcela zjevnou přítomnost depresivních nebo úzkostných symptomů). Řada těchto nemocných má za sebou dlouhou a komplikovanou historii styku jak s primárními, tak se specializovanými lékařskými službami. Symptomy se mohou týkat kterékoliv části těla nebo orgánového systému, mezi nejčastější patří gastrointestinální potíže (bolest, říhání, pálení, zvracení, nauzea),



abnormální pocity na kůži (svědění, pálení, znečitlivění apod.), četné formy kardiovaskulárních potíží (palpitace, bolest na hrudi), bolesti různé lokalizace a charakteru (oblast zad, klouby, svaly apod.), ale také únava nebo nespavost.

Generalizovanou úzkostnou poruchu lze detekovat validizovaným instrumentem s názvem General Anxiety Disorder 7 (GAD-7) a dvě otázky jsou používány v prvním kroku detekce. V případě kladné odpovědi alespoň na jednu z nich je nezbytné podrobit pacienta specifickému vyšetření zaměřenému na úzkostné poruchy. Otázky GAD-2: „Trápila vás v posledních dvou týdnech nervozita, úzkost nebo pocit ‚jakoby na hraně‘?“ a „Trápila vás v posledních dvou týdnech neschopnost zbavit se obav nebo dostat tyto obavy pod kontrolu?“

Stárnutí populace přináší i zvýšený výskyt **demence**. Na narušení kognitivních funkcí může přivést již samotný rozhovor nebo anamnéza prováděná nemocným. Lze zjistit nepřesnosti, logické chyby ve výpovědi, zhoršení výbavnosti některých údajů apod., ale také hodnotit řečové poruchy – plynulost, porozumění, zaměňování slov. V současné době je k dispozici mnoho jednoduchých testových metod. K nejužívanějším patří test kreslení hodin, časoprostorová orientace, sedmičkový test nebo jednoduché paměťové testy (retence informace, kopírování geometrických tvarů apod.). Lze také použít testování řečových schopností, produkce slov a porozumění instrukcím. Testem sdružujícím více testových metod je např. Mini-Cog, který zahrnuje testování zapamatování slov a kresbu hodin.

Podpořeno MZ ČR – RVO VFN64165

■ Zvládání emocí a bolesti u závažně nemocného dítěte

PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D.

2. LF UK Praha, Ústav ošetřovatelství FN v Motole a Oddělení klinické psychologie FN v Motole, Praha

Informace o smrti jsou u dětí často ovlivněny různými zkušenostmi, například s médii. V televizi, filmech, videohrách, pohádkách a dětských příbězích se často setkávají s případy, kdy hlavní hrdina i několikrát umírá a znovu ožívá. Smrt se jeví magická a determinovaná osudem. Statečný a chytrý hrdina je schopen překonat neobyčejné překážky, dokonce i smrt, navzdory nehodám, zbraním či jiným nástrahám, nepříjemnos-

tem a nebezpečí. Některé děti dospějí a závažnou a nevyléčitelnou nemoc zvládnou, jiné umírají. Je to situace těžká pro dítě samotné, rodinu i pro zdravotníky. Takové dítě potřebuje komplexní péči, ve které je role praktického lékaře nezastupitelná ve spolupráci s multidisciplinárním týmem. Ten se kromě odborníků na somatické potíže a tlášení bolesti zaměřuje v rámci bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu léčby i na zvládání emocí. Vedle farmakoterapie a invazivních technik je tak třeba pamatovat i na nefarmakologickou součást péče – psycho-terapeutický přístup, komunikaci, podporu, provázení a psychoterapii dítěte, ev. celé rodiny, včetně pomoci zdravotníkům.

Subjektivní pojetí smrti znamená, jak se jedinec smrti bojí, co od ní očekává, jak je pro něj důležitá. Dětské objektivní koncepte smrti se s kognitivním vývojem jedince mění. Nacházejí svůj původ v magičnosti, cyklicky se opakující zaměnitelnosti života a smrti. Mladší děti mají na smrt cyklický pohled. Narození se mění ve smrt a smrt v narození: tento proces utváří kruh. Dospělí a děti přibližně od devíti let vidí smrt lineárně, jako narození – počátek a smrt – konec. Projekcí kruhu je přímka života. Faktory, které významně ovlivňují vývoj objektivního konceptu smrti u dětí, jsou nejen věk a kognitivní zralost, ale i zkušenost se smrtí, religiozita, úzkost dětí i rodičů, komunikace v rodině nebo komunikace se zdravotníkem (Loučka a Vančura, 2011). Velmi malé děti si neuvědomují smrt jako takovou, nicméně prožívají odloučení jako situaci významově velmi podobnou. Kolem sedmi let většina dětí vyjadřuje porozumění jednotlivým komponentám univerzality, nevratnosti, konečnosti a příčinnosti smrti. K propojení složek do jednoho komplexního „vyspělého“ konceptu smrti dochází zhruba mezi devátým a desátým rokem. V tomto objektivním pojetí dítě chápe, že smrt je nevratné ukončení všech funkcí organismu (Cicirelli, 2001). Znalost těchto závěrů může praktickému lékaři i dalším zdravotníkům pomoci lépe porozumět dětskému prožívání smrti a umírání, je však vždy nutné dbát na individuální přístup ke každému dítěti a věnovat pozornost jeho individuálním potřebám a projevům. Smrt a vlastní umírání se u každého jedince projevují velice individuálně v oblasti kognitivní, behaviorální, ale také typicky ve vztazích k sobě, světu a lidem.

Konfrontace s umírajícím dítětem staví rodiče i zdravotníky do nejisté role, často váhají, zda by měli s dětmi o smrti, bolesti

a emoční nepohodě vůbec mluvit, nakolik je pro ně nebo pro dítě takový rozhovor zraňující a kdy a jak mluvit s dítětem a rodiči. Práce s umírajícími dětmi je proto velmi psychicky náročná a klade na celý tým (lékaře a další zdravotníky) požadavky na celoživotní vzdělávání v oblasti pochopení vlastních emocí, prevence syndromu vyhoření a vlastního zranění. Konfrontace s vlastní smrtí nebo smrtí ostatních je velice zátěžová situace, ale může vyvolat pozitivní osobní změny: vyzrállost, vnímavost, empatii a moudrost (Yalom, 2012).

Podpořeno projektem (Ministerstva zdravotnictví) koncepčního rozvoje výzkumné organizace 00064203 (FN Motol).

Literatura:

Cicirelli VG. Personal meanings of death in older adults and young adults in relation to their fears of death. *Death Studies*. 2001;25(8):663–683. ISSN 0748-1187
Loučka M, Vančura J. Koncept smrti u dětí: komponenty a determinanty. *Československá psychologie*. 2011;55(1):38–48. ISSN 0009-062X
Yalom I. Pohled do slunce. O překonávání strachu ze smrti. Praha: Portál, 2012. ISBN: 978-80-262-0104-5

■ Prevence a léčba průjmu cestovatelů

MUDr. Zdenka Mandáková

Státní zdravotní ústav Praha, CEM – Oddělení epidemiologie infekčních nemocí

Až 80 % cestovatelů prodělá průjemové onemocnění, které většinou probíhá s mírnými příznaky, ale může probíhat závažně u malých dětí, starých a imunosuprimovaných osob. Průjem cestovatelů může být způsoben neinfekčními příčinami (sladké a přechlazené nápoje, psychický stres, neobvyklé koření, nadbytek oleje při přípravě jídla aj.). Infekční příčinou průjmu jsou nejčastěji bakterie (ETEC, salmonely, campylobacter aj.), původcem mohou být i viry (noroviry, rotaviry) a paraziti (giardióza, améboza aj.). Riziko nákazy je vysoké při pobytu v rozvojových zemích tropů a subtropů, závisí na způsobu stravování a cestování, zvýšené je u osob léčených antacidami, inhibitory protonové pumpy, H₂ blokátory a při poruchách imunity.



Léčba průjmových onemocnění:

1. rehydratace – perorální (minerálky, iontové nápoje, čaj), za hospitalizace nazogastrickou sondou, intravenózně
2. dieta – nemasťná, bezzbytková, u kojenných dětí do 1 roku podat před kojením rýžový, u starších 6 měsíců mrkvový odvar
3. nespecifická terapie – střevní adsorbencia, probiotika, antimotilika, střevní dezinficiencia
4. antibiotická léčba – jen u závažných klinických průběhů průmů bakteriální etiologie nebo z epidemiologických důvodů, nejlépe dle citlivosti na ATB – nárůst rezistencí k běžně používaným antibiotikům v rozvojových zemích!; profylaktické podání antibiotik možné ve velmi výjimečných případech na krátkodobou cestu

Prevence průjmových onemocnění: výběr vhodné destinace vzhledem k věku a zdravotnímu stavu; mytí rukou mýdlem před každým jídlem a po každém použití toalety; pít pouze balenou nebo dezinfikovanou vodu, touto vodou si čistit i zuby; nejíst zmrzliny, sýry, paštiky, mléko; maso jíst dobře propečené, ještě horké; zeleninu a saláty omývat v balené vodě; jíst jen ovoce, které se dá loupat; nejíst neznámé ryby.

Očkování proti průjmovým onemocněním: perorální živá vakcína proti choleře, která krátkodobě chrání i proti enterotoxigenní *E. coli*.

Očkování proti nákazám přenosným potravinami, vodou, ev. kontaktem, u kterých se vyskytují i jiné než gastrointestinální příznaky: břišní tyfus, virová hepatitida A.

■ Horečnaté stavy po návratu z tropů

MUDr. Milan Trojáněk

Klinika infekčních, parazitárních a tropických nemocí Nemocnice Na Bulovce

V posledních desetiletích dochází k celosvětovému nárůstu počtu cestovatelů a podle údajů Světové turistické organizace v roce 2012 již překročil 1 miliardu osob. Přibližně 80 milionů z nich představují osoby, které cestují z vyspělých zemí do epidemiologicky rizikových oblastí. Zdravotní obtíže postihnou asi 20 až 70 % z nich a horečnaté stavy představují jednu z nejčastějších příčin.

Diferenciální diagnostika febrilních stavů po návratu z tropů zahrnuje endemicky se vyskytující infekce, běžné kosmopolitní nákazy a neinfekční onemocnění. Mezi nejčastěji

importované nákazy patří malárie, dengue, chikungunya, břišní tyfus a paratyfus či rickettsiázy. Mezi méně časté endemicky se vyskytující infekce patří návratný tyfus, brucelóza, akutní schistosomóza, extraintestinální amebóza či viscerální leishmanióza.

Malárie představuje závažné a relativně časté importované onemocnění, které vyvolává pět druhů malarických plazmodií. Nákaza se vyskytuje v subsaharské Africe, Oceánii, jihovýchodní a jižní Asii a v Latinské Americe. Vektorem infekce jsou komáři z rodu *Anopheles*. Onemocnění se projevuje horečkou se zimnicí a třesavkou, bolestmi hlavy a celkovou únavou až zchváceností. Laboratorní nález zahrnuje normální či snížený počet leukocytů, trombocytopenii, v pokročilém stadiu i anémii, zvýšení CRP, jaterních aminotransferáz a hyperbilirubinémii. Diagnostika je založena na mikroskopickém vyšetření nátěru z periferní krve, alternativně lze využít PCR či rychlé diagnostické testy. Léky volby představují artemisininy a v případě maligní malárie chinin. Infekce *Pl. falciparum* (tropická malárie) může být komplikována rozvojem mozkové malárie, septického šoku (algidní malárie) či akutním renálním selháním. V prevenci nákazy se užívá expoziční profylaxe (repelenty, moskytiéry) či antimalarická chemoprefylaxe.

Nejčastěji importovanou arbovirózou je **horečka dengue**. Onemocnění vyvolává pět blízce příbuzných sérotypů viru dengue, který náleží mezi flaviviry. Nákaza je rozšířena v jihovýchodní či jižní Asii, v Latinské Americe a subsaharské Africe. Virus přenáší komáři rodu *Aedes*. Onemocnění se projevuje horečkou, intenzivní retrobulbární a frontální bolestí hlavy, bolestmi kloubů, svalů, výsevem exantému a pruritem. V krevním obraze bývá leukopenie a trombocytopenie. Hodnota CRP je obvykle nízká, po poklesu horečky dochází k přechodnému zvýšení sérové aktivity aminotransferáz. Diagnostika je založena na průkazu NS1 antigenu, virové RNA či protilátce. Léčba je pouze symptomatická. Onemocnění může být komplikováno rozvojem šokového stavu, zejména při opakované nákaze vyvolané jiným sérotypem viru.

Obdobnou nákazu představuje **horečka chikungunya**. Příznaky onemocnění zahrnují horečku, artralgie, myalgie a výsev exantému. Bolesti kloubů mohou být doprovázeny otoky a přetrvávají až několik měsíců. Nákazu lze diagnostikovat průkazem virové RNA či protilátce v séru. Léčba je pouze symptomatická, při rozvoji polyartralií se

doporučují nesteroidní antirevmatika či choroibu modifikující léky (chlorochin atp.).

Břišní tyfus a paratyfus je bakteriální infekce vyvolaná *Salmonellatyphi* a *S. paratyphi* A–C. Onemocnění se přenáší fekálně-orální cestou. Nejvyšší počet případů je hlášen z jižní Asie a subsaharské Afriky. Infekce se projevuje horečkou, bolestmi hlavy, břicha a dyspeptickými obtížemi. V diagnostice nákazy jsou využívány především kultivační metody. Sérologie (Widalova reakce) bývá v akutní fázi málo senzitivní. Léky volby byly původně fluorochinolony, avšak z důvodu rozšíření kmenů se sníženou citlivostí k ciprofloxacinu se nyní doporučuje empirická terapie ceftriaxonem. V prevenci onemocnění lze využít polysacharidovou vakcínu, která však nechrání proti paratyfům.

V souvislosti s nárůstem počtu cest do rizikových oblastí dochází ke zvýšení incidence importovaných nákaz v zemích mírného klimatu a obdobný trend je zaznamenáván i v České republice. Mnohé z tropických infekcí mohou vést k rozvoji závažných až život ohrožujících stavů a u vybraných nákaz existuje riziko dalšího šíření v populaci, proto by s problematikou těchto onemocnění měl být seznámen i lékař primární péče.

■ Vysoce nebezpečné nákazy – virové hemoragické horečky a jiné

MUDr. Hana Roháčková, Ph.D.

Klinika infekčních, parazitárních a tropických nemocí Nemocnice Na Bulovce

Infekční nemoci jsou svou četností i nebezpečností jedním z významných zdravotnických problémů na celém světě. Počet lidí, kteří jimi onemocní, činí stovky milionů ročně. Tíže onemocnění kolísá od celkem banálních onemocnění až po život ohrožující stavy. Nezřídka končí úmrtím, a to nejen ve světě, který je označován jako rozvojový, ale i ve státech s vysokou úrovní zdravotnictví. Infekční nemoci mění svoje spektrum. Od 80. let 20. století se vyskytlo, resp. byl odhalen původce více než 40 nových nemocí. Česká republika jako země s vysokým hygienicko-epidemiologickým standardem a zdravotnictvím na velmi dobré úrovni se potýká s infekcemi, které jsou běžné na území celé Evropy. Na území České republiky se přirozeně nevyskytují nákazy s vysokým rizikovým potenciálem, tj. infekční onemocnění, která se řadí k nejvyššímu stupni biologického rizika. Avšak Česká republika není



zároveň izolována od ostatního světa, který v době současné globalizace je velmi úzce propojen, ať již na bázi hospodářské, cestovatelské, resp. migrační a podobně. Zboží i lidé se ocitnou z jednoho konce světa na druhém během jednoho či dvou dnů. A v tom se skrývá i nebezpečí zavlečení nemoci s vysokým stupněm biologického rizika, jak se ostatně stalo v nedávné minulosti například při největší známé epidemii eboly v historii. Na tyto, byť mimořádně vzácné situace musí být Česká republika připravena. Jde o celý komplex opatření, ve kterém figurují všechny složky obrany státu. Zdravotní zajištění je nedílnou součástí těchto opatření. Zdravotnické zařízení je cílovou stanicí nemocných a také míra rizika pro zdravotnický personál může být velmi vysoká. Jako centrum pro ošetřování a léčbu těchto pacientů je určeno pracoviště Kliniky infekčních, parazitárních a tropických nemocí (KIPTN) Nemocnice Na Bulovce, kde je zřízeno Národní centrum pro izolaci a léčbu vysoce nebezpečných nákaz. Disponuje zdravotnickým týmem, ochrannými pomůckami a izolačními boxy a dalším vybavením, které je pro tuto problematiku potřeba. V roce 2014/2015 bylo na pracoviště KIPTN přijato cca 12 pacientů s podezřením na možnou vysoce nebezpečnou nákazu. Přestože se u žádného z nich onemocnění typu VNN nepotvrdilo, jejich příjem a ošetřování vždy znamená zcela speciální postup.

■ Kožní afekce u cestovatelů

MUDr. RNDr. František Stejskal, Ph.D.

I. infekční klinika 2. LF UK a Nemocnice Na Bulovce v Praze, Infekční oddělení KN Liberec, Ústav imunologie a mikrobiologie 1. LF UK a VFN v Praze

Kožní afekce patří společně se střevními a horečnatými onemocněními k nejčastějším obtížím u osob po pobytu v oblastech tropů a subtropů. Často se jedná o nezávažné kožní léze po poštípání hmyzem nebo rozličné toxo-alergické reakce na exotické potraviny či kontakt s jedovatými rostlinami a živočichy. Vlivem vlhkého a horkého klimatu může dojít při rozškrábání těchto lézí k rozvoji rozsáhlejších pyodermií nebo rozsevu kožní mykózy. Je nutné odlišit benigní kožní afekce od závažných chronických kožních vředů u kožních leishmanióz, mykobakterií, kožní difterie, tropického vředu, kožních nádorů či lepry. Je vhodné konzultovat dermatologa, provést kožní

biopsii a odeslat materiál na histologické, kulturační (bakteriální, mykotické, mykobakteriální, specializované na leishmanie) a molekulárněbiologické vyšetření.

Časté a specifické jsou chodbičkovité nebo makulopapulózní eflorescence po pobytu v tropické Asii, Africe i Americe nazývané larva migrans cutanea („creeping eruption“) a vyvolané intradermální migrací larválních stadií parazitických měchovců (*Ancylostoma brasiliense*, *A. caninum*). K léčbě se používá albendazol (Zentel) v dávce 400 mg denně po dobu 3–5 dnů. Podobné projevy mohou vyvolat i lidští měchovci (*Ancylostoma duodenale* a *Necator americanus*), *Strongyloides stercoralis* („larva currens“) či larvální stadia (cerkárie) lidských a ptačích schistosom (cerkáriová dermatitida). V tropech jsou také časté kožní eflorescence vyvolané ektoparazity, jako např. svrab, tungóza (infekce písečnými blechami) a podkožní myiázy způsobené larvami much *Dermatobia hominis* (Latinská Amerika), *Cordylobia antropophaga* (Afrika) nebo střečky rodu *Gastrophilus*.

Makulopapulózní exantém je přítomen u řady horečnatých tropických infekcí. I dospělí se mohou občas nakazit běžnými exantémovými infekcemi (spalničky, zarděnky). Mnohem častější jsou febrilní arbovirózy (horečka dengue, chikungunya, západonilská horečka, nově infekce virem zika). K dalším virovým infekcím, které se objevují u cestovatelů a mohou být doprovázeny exantémem, patří enterovirózy, EBV, CMV a akutní HIV infekce. Z importovaných bakteriálních infekcí může být vyrážka u břišního (roseola) či návratného tyfu a druhé fáze syfilis. Častá a charakteristická je vyrážka u rickettsií, u skvrnitého (*R. prowazekii*) a murinního (*R. typhi*) tyfu má vzhled malých nepravidelných růžových makul. U klíšťových tyfů (*R. conorii*, *R. africae*) a křovinného tyfu (*Orientia tsutsugamushi*) je v místě inokulace typická eschara („tache noire“). Eschara v místě vstupu infekce je i u antraxu, tularémie, opičích neštovic a africké trypanosomózy („chancre“). Z parazitárních infekcí může být exantém přítomen u viscerálních leishmanióz, africké i americké trypanosomózy, akutní fáze schistosomózy, filariózy, larvální toxokarózy a trichinelózy. Vyrážka se nevyskytuje u malárie a amébózy. Z neinfekčních příčin je nutno uvést přítomnost exantému u kolagenózy či jiných autoimunitních onemocnění, u lékových a dalších alergických reakcí. Krvácivé kožní projevy (petechie, ekchy-

mózy) jsou typické pro hemoragické horečky (ebola, Marburg, Lassa, žlutá zimnice, hemoragická forma dengue aj.), meningokokovou (popř. jinou bakteriální) sepsi, návratný tyfus a leptospirózu. Vzácněji se syndrom diseminované intravaskulární koagulopatie s hemoragiemi vyskytuje u těžké malárie, rickettsií, melioidózy a moru.

■ Evropská doporučení pro resuscitaci dospělých: Guidelines 2005–2010–2015

MUDr. Anatolij Truhlář, FERC,

Zdravotnická záchranná služba

Královéhradeckého kraje, Hradec Králové

Úvod

Srdeční zástava postihuje v Evropě přibližně půl miliónu lidí ročně. Záchrana každého jednotlivého pacienta je dnes považována za výsledek správné funkce celého systému („It takes a system to save a life“), počínaje laiky na místě přes operační středisko, zásah zdravotnické záchranné služby, po-resuscitační péči ve správné nemocnici až po následnou rehabilitaci. V ČR přežívá podle výsledků studie EURECA ONE mimonemocniční náhlou zástavu oběhu 14,2 % nemocných.

Historie doporučení pro KPR

Mezinárodní výbor pro součinnost v resuscitaci ILCOR byl založen v roce 1992 v Brightonu a je tvořen zástupci mnoha nadnárodních organizací, např. American Heart Association (AHA), European Resuscitation Council (ERC) apod.

Odborníci z členských organizací ILCOR od roku 2000 vyhodnocují v pětiletých intervalech nové vědecké poznatky o resuscitaci, na jejichž základě vznikají doporučené postupy, tzv. guidelines. Poslední konsensuální konference se konala v únoru 2015 v Dallasu a její publikované závěry jsou základem nových doporučených postupů ERC 2015, které vstoupily v platnost 15. 10. 2015.

Vybrané změny v doporučených postupech pro resuscitaci

- Doporučené postupy ERC 2015 zdůrazňují klíčový význam interakce mezi operátorem tísňové linky, svědky, kteří provádějí kardiopulmonální resuscitaci (KPR), a včasným nasazením automatizovaného externího defibrilátoru (AED). Operátor linky 155 poskytuje volajícímu instrukce a zároveň je schopen lokalizovat polohu nejbližšího AED. Defibrilace provedená do



3–5 minut od kolapsu může zvýšit pravděpodobnost přežití na 50–70 %.

- Každý pacient v bezvědomí s abnormálním dýcháním (lapavé dýchání) musí být považován za člověka se srdeční zástavou. Pomýšlet na srdeční zástavu je nutné u kohokoliv se záchvatem křečí.
- Při KPR by měli všichni záchránci provádět srdeční masáž s dostatečnou hloubkou kompresí hrudníku (u dospělých přibližně 5 cm) frekvencí 100–120 stlačením za minutu. Vyškolení záchránci, kteří jsou schopni provádět umělé dýchání, by měli srdeční masáž střídát s umělým dýcháním v poměru 30 : 2.
- Úplná obstrukce dýchacích cest cizím tělesem vyžaduje okamžitou léčbu pomocí úderů mezi lopatky. Pokud nedojde k uvolnění překážky, následují rázná stlačování nadbřišku. Po ztrátě vědomí musí být neprodleně zahájena KPR.
- Zařazeno bylo několik nových léčebných algoritmů. Poprvé jsou součástí doporučení kapitoly První pomoc a Poresuscitační péče, přepracována byla kapitola Zástava oběhu ve specifických situacích (např. trauma, hypotermie, lavinová nehoda, tonutí apod.).
- Nově mají být AED a pomůcky k provádění KPR povinným vybavením na palubě všech dopravních letadel v Evropě, včetně nízkonákladových dopravců.
- Při KPR obězních pacientů je doporučeno střídání záchránců častěji než v běžných dvouminutových intervalech.
- Urgentní vyšetření v katetrizační laboratoři kardiocentra je indikováno u všech pacientů po KPR s pravděpodobnou kardiální příčinou a elevací ST úseku.
- Cílená regulace tělesné teploty zůstává stále důležitá, nicméně cílová teplota může být nyní i 36 °C oproti dříve doporučovanému rozmezí 32–34 °C.
- Pilířem neodkladné léčby anafylaxe zůstává včasné rozpoznání příznaků a okamžitá aplikace intramuskulárního adrenalinu v dávce 0,5 mg (dospělí).

Závěr

Největší síla nových doporučení ERC 2015 spočívá v minimálních změnách hlavních postupů. Zdůrazněna je úloha operátorů tísňové linky v rozpoznání srdeční zástavy a vedení telefonicky asistované resuscitace. Hlavním rozhodovacím úkolem pro záchranné služby bude správné indikování transportu nemocných za kontinuální resuscitace do nemocnice.

Doporučená literatura

Originální verze doporučených postupů ERC 2015 jsou ke stažení na www.cprguidelines.eu. Česká resuscitační rada, národní partner ERC pro Českou republiku, vydala oficiální překlad souhrnu nových doporučených postupů pro KPR a první pomoc ve formátu mimořádného vydání časopisu Urgentní medicína. Objednávkový formulář najdete na webu: www.resuscitace.cz.

■ Evropská doporučení pro resuscitaci dětí a novorozenců: Guidelines 2005–2010–2015

MUDr. Jana Djakow

Dětské ARO Nemocnice Hořovice

Situace, kdy je třeba resuscitovat dítě, patří mezi relativně vzácné, ale vždy velmi emotivní a extrémně stresující pro zasahující zdravotníky i přítomné rodinné příslušníky. Zásadní, neustále opakovaná poučka, že dítě není malý dospělý, platí i v případě resuscitace. Nová doporučení Evropské resuscitační rady pro resuscitaci dětí, přestože se svým formátem přibližují doporučením pro dospělé pacienty, nadále respektují zásadní odlišnosti, které se u dětských pacientů vyskytují.

Jako dítě má být resuscitován každý dětský pacient od novorozeneckého věku až do objevení se známek puberty s výjimkou právě narozených dětí. Adolescent konstitučně již odpovídající dospělému člověku může být resuscitován podle doporučení pro dospělé pacienty. Doporučení pro resuscitaci novorozenců jsou určena výhradně pro děti právě narozené, u kterých ještě neproběhla časná adaptace. Ta respektují některé přirozené adaptační mechanismy právě narozeného dítěte, které se již v dalším novorozeneckém období nevyskytují. Spíše než o resuscitaci jde v naprosté většině případů o podporu přechodu dítěte z intrauterinního do extrauterinního prostředí.

Zásadní rozdíly mezi dětským a dospělým pacientem, které je potřeba si uvědomit: dětské zástavy s výjimkou traumat jsou obvykle předvídatelné a předchází jim postupné zhoršování stavu dítěte s následnou náhlou dekompenzací kritického stavu. Příčiny jsou v naprosté většině případů primárně respirační, zatímco srdeční sval je původně zdravý. Další anatomické a fyziologické odlišnosti je třeba respektovat při provádění samotné resuscitace – odlišná anatomie dýchacích cest, dechové objemy,

odpory v dýchacích cestách, odlišné uložení srdce v hrudníku apod.

Protože zástava oběhu u dětí je často vyústěním kritického stavu, je u dětí zásadním krokem „prevence“ zástavy, tedy správné zvládnutí kritického stavu. Nejčastějšími kritickými stavy u dětí, které mohou vyústit v zástavu oběhu, jsou respirační selhání z nejrůznějších příčin, šokové stavy (hypovolémie, sepsy) a bezvědomí či křeče.

Vzhledem k výše zmíněným odlišnostem resuscitace dítěte na rozdíl od dospělého začíná pěti úvodními vdechy a i v dalším průběhu resuscitace je kladen důraz na zajištění co nejlepší oxygenace a ventilace. Pro úspěšné provedení umělých vdechů je zásadní správná poloha dýchacích cest. Pro kojence je to tzv. neutrální poloha hlavy, u větších dětí pak mírný záklon hlavy. Nedostatečný, ale i přílišný záklon hlavy mohou vést k uzavření dýchacích cest a znemožnit tak správné provádění umělých vdechů. Nejlepším indikátorem správně prováděných vdechů je dostatečné zvedání hrudníku dítěte.

Pokud po pěti pokusech o vdech dítě nadále nejví známky života, pokračuje se srdeční masáží a umělými vdechy v poměru 15 : 2, respektive 30 : 2 u neproškolených laiků. Hloubka kompresí hrudníku má dosahovat alespoň 4 centimetrů u kojenců a 5 centimetrů u dětí nad 1 rok věku. Nedostatečná hloubka kompresí je jednou z nejčastějších chyb při simulovaných resuscitacích dítěte. Obecně musí být hloubka kompresí vždy nejméně 1/3 předozadního průměru hrudníku. Místo pro srdeční masáž se nachází u dětí v dolní třetině hrudní kosti. Frekvence stlačování je stejná jako u dospělých, tedy 100–120 stlačením za minutu, tedy přibližně dvě stlačení za vteřinu.

Na tuto základní resuscitaci (basic life support) navazuje resuscitace rozšířená (advanced life support), jakmile je k dispozici potřebné vybavení a vyškolený personál. Rozšířená resuscitace zahrnuje připojení na monitor, případně dodání defibrilačního výboje u defibrilovatelných rytmů, zajištění vstupu do cévního řečiště (nejlépe intraoseální přístup), podávání léků a pokročilé zajištění dýchacích cest. Její podrobnější postup je nad rámec tohoto sdělení, stejně jako další, neméně důležitý článek resuscitace – poresuscitační péče, jež má být vedena v zařízeních, která mají s tímto typem péče dostatek zkušeností.

Závěrem lze konstatovat, že ve srovnání s doporučeními z roku 2010 nedošlo v ob-



lasti resuscitace dětí k velkým změnám. Nadále je kladen důraz na specifika resuscitace dětí a dospělých, přestože dochází k určitému sjednocování formátu zejména laické základní resuscitace. Včasné zahájení resuscitace a její správné provádění zůstává základním faktorem, který rozhoduje o prognóze dospělého i dětského pacienta s náhlou zástavou oběhu.

■ **Železniční nehody s hromadným výskytem postižených – praktické zkušenosti z Moravskoslezského kraje**

MUDr. David Holeš, MUDr. David Koudelka, MUDr. Martin Šustek

Zdravotnická záchranná služba
Moravskoslezského kraje

Anotace

S nehodami kolejových vozidel s větším počtem zraněných se v Moravskoslezském kraji setkáváme relativně často. Jedná se o zásahy, které zcela vybočují z každodenní praxe záchranné služby a vyžadují kvalitní teoretickou přípravu. I z pohledu praktického lékaře je dobré mít představu, jakým způsobem se takovéto události řeší.

Klíčová slova

Porovnání reálných událostí, postavení a využití praktického lékaře vzhledem k legislativě, praktické zkušenosti a psychologické aspekty.

Pro připomenutí – u nehody tramvají v roce 2008 bylo zraněno 39 osob, z toho 13 těžce, a dvě osoby byly usmrceny na místě nehody. Nehoda vlaku IC Comenius ve Studénce v roce 2008 si vyžádala 6 mrtvých na místě a 67 zraněných, z toho 10 těžce. Během srážky vlaků v Paskově v roce 2009 se zranilo 43 cestujících, z toho 3 těžce. U srážky vlaku SC Pendolino s nákladním autobusem v červenci 2015 bylo ošetřeno 22 zraněných, z toho 5 těžce, a dvě osoby byly usmrceny na místě.

Mimořádné události s velkým počtem zraněných mají vždy svá specifika. Obecně známé postupy a doporučení je proto třeba modifikovat a přizpůsobit konkrétní situaci. Tento typ činnosti není ani pro většinu záchrannářských týmů rutinní záležitostí a setkávají se s ním převážně v rámci teoretického a praktického výcviku. Zdravotnická záchranná služba Moravskoslezského kraje využívá ke školení zaměstnanců simulační program

XVR, teoretickou přípravu i pravidelná praktická cvičení. I praktický lékař se však může dostat do situace, kdy bude osloven složkami IZS k poskytnutí pomoci při takto nadlimitních událostech. Nejedná se pouze o teoretickou možnost, jak jsme mohli vidět ve Studénce v roce 2008, kdy praktičtí lékaři poskytovali primární ošetření na místě v prvních fázích zásahu spolu se záchrannou službou.

Pro praktického lékaře je výhodné mít představu, jak by měl postupovat na místě mimořádné události. Stejně tak jsou pro něj podstatné také informace o jeho postavení a povinnosti vzhledem k platné legislativě. Z reálných zkušeností vnímáme, že se jedná o velmi stresující události, které často zanechávají na zasahujících známky psychického traumatu.

Závěrem: Přejme si, aby se mimořádné události nikdy nestaly rutinní záležitostí. I přesto hledíme všechny způsoby, jak si zafixovat základní pravidla, která nám v těchto vypjatých situacích zjednodušují naši práci.

■ **Transformace přednemocniční neodkladné péče v průběhu posledních deseti let**

MUDr. Jiří Mašek, MUDr. Libor Seneta
ZZS KHK

Přednemocniční neodkladná péče (PNP) prodělala od vzniku krajských ZZS v roce 2004 významné změny.

Společným jmenovatelem těchto změn jsou problémy s personálním, zejména lékařským zajištěním LSPP i ZZS a rozvoj medicíny i očekávání veřejnosti, jež nadále nedovolují poskytovat lékařské pohotovostní služby bez odpovídajícího zázemí komplementu a navazující nemocniční péče.

Systém LSPP, který dosáhl svého vrcholného rozvoje na přelomu tisíciletí, se tak v první dekádě tohoto století začal hroutit a jednotlivé kraje na tuto skutečnost reagovaly různými způsoby.

Autoři tohoto sdělení na základě údajů o počtech ošetřených pacientů v PNP v Královéhradeckém kraji (KHK) v uplynulých patnácti letech popisují model přijatý v KHK, kdy v letech 2004–2008 došlo k redukci ambulancí LSPP pro dospělé z 15 na 5 a ke zrušení návštěvní služby LSPP. Podařilo se ušetřit 90 % lékařů v systému LSPP.

Následně v letech 2010–2011 zavedením RV (rendezvous) systému se v KHK podařilo ušetřit dalších 20 % lékařů v posádkách ZZS.

Souběžně autoři popisují nárůst počtu výjezdů posádek ZZS a související zatížení příjmových ambulancí lůžkových zařízení v kraji. Na příkladu dvou okresů KHK potom předkládají detailní rozbor vývoje vytížení posádek ZZS, urgentního příjmu FN HK, ambulancí lékařské pohotovostní služby a odborných ambulancí nemocnic.

V porovnání let 2003 a 2015 došlo k poklesu pacientů ošetřených v rámci LSPP o 73 % (57 tisíc), k vzestupu pacientů ošetřených posádkami ZZS o 32 % (17 tisíc) a celkovému poklesu pacientů ošetřených v rámci PNP o 44 % (40 tisíc). Z hlediska posouzení faktoru cost/benefit a zejména s ohledem na udržitelnost přítomnosti lékaře v posádkách ZZS a redukováných ambulancích lékařské pohotovostní služby jde o funkční model. Důkazem je i minimální počet stížností na poskytování PNP v celém KHK.

Krajská centralizace a posílení ZZS potom přinesly výrazně vyšší šance pacientům zejména v rámci centrových programů (kardiologický, iktový, traumatologický), kdy jsou pacienti přímo z místa události transportováni do specializovaných center.

■ **Komunikace sestry s pacientem v ambulantní péči**

PhDr. Jana Podaná

Univerzita Karlova 1. LF, Ústav teorie a praxe ošetrovatelsví

Lidská komunikace je složitý proces závislý na individuální psychice, inteligenci, na vzdělání, ale i na individuálních a sociálních zkušenostech.

Cílem komunikace je účinně a co nejefektivněji něco sdělit, zjistit, přesvědčit, ale třeba také odradit. Komunikace se v posledních letech stala módním slovem.

Když něco nechceme řešit, zkrátka řekneme, že „nechceme o té věci komunikovat“. Už i malé děti ve školce si stěžují rodičům, že s nimi jiný chlapec či holčička nechtějí komunikovat, ale oni to odposlouchali od nás, dospělých. Jen bychom měli slovu „KOMUNIKACE“ ponechat jeho hlubší význam, ze kterého vzešel. Komunikace je již to, jak se tváříme, co říkáme, co děláme. A z toho všeho by u zdravotníka měla vyzařovat profesionalita, kompetence a především ochota a laskavost.

Kdo stojí proti nám, zdravotníkům? Je to pacient, ale hlavně člověk, jako jsme my! Pacient má stejně jako my všichni svou povahu, a to ne vždy vyváženou harmonicky. Ať



se ale pacient projevuje ne zrovna dle našich představ, má nárok na slušné zacházení. S komunikačními dovednostmi se nerodíme, získáváme je v průběhu života, a buďto je chceme zdokonalovat, nebo ne. Komunikace je také **vzít někoho za ruku a mluvit s ním**. Je to pro některé zdánlivá maličkost, ale má to velký význam.

Většina lidí považuje za komunikaci hlavně slovní sdělení, ale mnohem více probíhá komunikace v mimoslovní (nonverbální) úrovni. Nejen zdravotník získává informace o pacientovi, ale i pacient získává informace o zdravotníkovi. Nejednou jsem si v čekárně jako pacient vyslechla o sestřičce v ordinaci „ta byla zas jak citron“ nebo „ta má zas náladu, to se nedivím, že mne nemohla ani napíchnout, když je vzteká, a ještě mi za to vynadala, že nemám žily“.

Snahou o správnou verbální i nonverbální komunikaci s pacienty, se kterými se každodenně setkáváme, jsme na nejlepší cestě, jak nepůsobit studeně, otažitě a nepřijemně. Nebojme se přiznat, že něco neumíme, žádný učený z nebe nespadl. Když něco nevíme, zeptejme se. Otázky nejsou známkou hlouposti, ale inteligence.

■ Možnosti léčby chronického selhání ledvin v domácím prostředí

MUDr. Michaela Ságová

lékařská ředitelka FreseniusMedical Care

Chronickou dialýzu podstupovalo v České republice k 31. 12. 2014 celkem 6 405 pacientů. Z toho 7,4 % pacientů se léčilo v domácím prostředí peritoneální dialýzou. Od 1. 1. 2015 existuje v sazebníku výkonů kód pro provádění domácí hemodialýzy, tedy metody, kdy má pacient hemodialyzační přístroj doma a nemusí dojíždět na středisko. Tím se rozšířily možnosti léčby chronického selhání ledvin v domácím prostředí.

Domácí hemodialýza (HHD) není metoda, která by byla konkurencí pro peritoneální dialýzu, což dokazují studie z Kanady, kde v r. 2004 vláda Britské Kolumbie zavedla program na podporu domácí hemodialýzy. Během čtyř let bylo touto metodou léčeno 225 pacientů, počet pacientů léčených PD se přitom nezměnil. Pokles byl zaznamenán u pacientů, kteří zahajovali dialyzační léčbu v nemocnici a v satelitních dialyzačních střediscích. Do programu na podporu HHD byli zařazeni pacienti z predialyzačních

poraden, pacienti, kterým po transplantaci ledviny selhal štěp, a pacienti po selhání peritoneální dialýzy (ztráta funkce peritoneální membrány, technické selhání).

Domácí hemodialýza se provádí ve dvou režimech, které mají srovnatelné výsledky. Buď formou krátkých častých dialýz (5× týdně 2,5–3 hodiny), nebo dlouhých nočních dialýz (obden více než 5,5 hodiny). Volba režimu závisí na preferencích pacienta a rozhodnutí lékaře. Pacienti na intenzifikovaných režimech dosahují lepších výsledků než pacienti docházející na dialýzu do center v konvenčním režimu 3× týdně 4 hodiny. Studie prokázaly zlepšené přežívání, úpravu krevního tlaku, odstranění převodnění, lepší kontrolu kalciophosfátového metabolismu, úpravu spánkových poruch vymizením syndromu neklidných nohou a snížením výskytu apnoických pauz a celkové zlepšení kvality života. U žen dochází ke zlepšení fertility a schopnosti donosit plod. Výrazně se snižuje spotřeba léků, jako jsou erythropoetin, vazače fosfátů a antihypertenziva. Z negativ se uvádějí větší riziko vzniku infekce cévního přístupu či ztráta reziduální diurézy.

Pacienti vhodní k provádění domácí hemodialýzy si musejí umět sami punktovat cévní přístup a zavést dvě jehly, naučit se obsluhovat dialyzační přístroj. Je potřeba, aby porozuměli principům dialýzy a mohli řešit běžné komplikace, které se během terapie mohou vyskytnout. Musí se jednat o pacienty vyrovnané, schopné řešit krizové situace, s dobrým rodinným zázemím. Z technického hlediska musí domácnost splňovat požadavky na rozvody elektrického proudu, dostatek vody a kvalitu pitné vody. Společnost Fresenius Medical Care je v České republice v současnosti jedinou společností, která poskytuje kompletní technické i tréninkové zázemí k provádění domácí dialýzy. Přístroj pro domácí dialýzu je vybaven speciálním softwarem s bezpečnostními prvky. Na fistuli se připevňuje zařízení VenAcc, které upozorní na případné krvácení z fistule. Pacienti jsou vybaveni speciální úpravnou vody.

Vlastní trénink probíhá ve dvou fázích. V první fázi se pacient učí sám punktovat cévní přístup na středisku. Teprve pokud výkon bezpečně zvládá, přesouvá se trénink do domácího prostředí. Každý den se pacient v přítomnosti speciálně vyškolené sestry učí připravit přístroj k dialýze, obsluhovat běžné alarmy a řešit komplikace, které se mohou během léčby vyskytnout. V průběhu tří týdnů se postupně naučí kompletní údržbu

přístroje, porozumí všem parametrům na přístroji i vodárně.

Kazuistika

Muž, nar. 1968, ženatý

Fyzik, vystudoval přírodovědeckou fakultu, vědecko-výzkumný pracovník společnosti Fresenius Medical Care (podílí se na vývoji nových hemodialyzačních přístrojů).

- Selhání ledvin v r. 1988 na podkladě RPGN, zahájena dialýza 3× týdně na 5 hodin
- 1991 transplantace ledviny
- 1992 selhání funkce štěpu, návrat do dialyzačního programu, anurický, dialýza 3× týdně 6 hodin
- 2005 přechod na domácí hemodialýzu, obden, 7–9 hodin

Od té doby je pacient bez jakékoli medikace, bez erythropoetinu, sportuje, od jara jezdí do práce 35 km na kole. Dialýza stále na fistuli založené po selhání ledvin, bez jediného intervenčního výkonu.

2012 výlet do Austrálie, kde okusil dialýzu v přírodě, což bylo inspirací ke zřízení pójízdné dialýzy ve speciálně upraveném autě v roce 2014.

Závěr

Dlouhodobě dialyzovaný pacient, bez komplikací, s vysokou kvalitou života.

■ Role sestry v ambulantní domácí zdravotní péči

Mgr. Zuzana Žilová

Vrchní sestra agentury domácí zdravotní péče Advantis Medical

Domácí ambulantní zdravotní péče nabývá v posledních letech na významu. Kvůli ekonomické situaci českého zdravotnictví a nedostatku lůžek se zdravotní péče přesouvá z nemocnic do domácího prostředí. Sestry agentur domácí zdravotní péče pečují o klienty se širokým spektrem diagnóz. Široká veřejnost, ale bohužel i někteří zdravotničtí pracovníci domácí zdravotní péči často zaměňují s pečovatelskou službou. Často se v agenturách setkáváme i s úplnou neinformovaností o tom, na jakou domácí zdravotní péči má klient nárok a na koho se může se svými potížemi obrátit. Cílem sester agentur domácí péče je, aby se široká veřejnost dozvěděla o tom, jak funguje domácí zdravotní péče a jakou roli v ní sestra hraje.

MYSLETE NA OCHRANU PROTI HEPATITIDĚ TYPU A VČAS!



Pobytem v kolektivu jsou děti vystaveny vyššímu riziku nákazy infekčním onemocněním (například žloutenkou typu A), než když trávily většinu času doma

Mýt si ruce
NESTAČÍ!

Upozornění:
Vakcína Havrix Junior nesmí být aplikována jedincům se známou přecitlivělostí na kteroukoli její složku nebo jedincům, u nichž se po předchozím očkování vakcínou Havrix Junior projevily známky přecitlivělosti¹.

Od 21. 3. do 30. 4. 2016 je možné
využít 20% slevu výrobce na
přípravek Havrix 720 Junior

HavrixTM
720 JUNIOR
Vakcína proti hepatitidě A

Zkrácený Souhrn údajů o přípravku: NÁZEV PŘÍPRAVKU: Havrix 1440 a Havrix 720 Junior monodose, Injekční suspenze. Vakcína proti hepatitidě A inaktivovaná adsorbovaná. **SLOŽENÍ:** Jedna dávka (1 ml) vakcíny Havrix 1440 obsahuje: virus hepatitidy A inaktivovaný 1440 ELISA jednotek, adsorbovaný na hydratovaný hydroxyl hliníkový okeam: 0,50 miligramů Al³⁺. Jedna dávka (0,5 ml) vakcíny Havrix 720 Junior monodose obsahuje: virus hepatitidy A inaktivovaný 720 ELISA jednotek, adsorbovaný na hydratovaný hydroxyl hliníkový okeam: 0,25 miligramů Al³⁺. **KLINICKÉ ÚDAJE:** Indikace: Vakcína Havrix je indikována k aktivní imunizaci proti infekci vyvolané virem hepatitidy A (HAV) u jedinců vystavených riziku nákazy HAV. V oblastech s nízkou až střední prevalencí hepatitidy A je vakcína Havrix doporučována především osobám, které jsou nebo budou ve zvýšeném riziku infekce virem hepatitidy A. Vakcína Havrix nevyvolává ochranu proti infekční hepatitidě způsobené virem hepatitidy B, hepatitidy C, hepatitidy E ani proti dalším patogenům vyvolávajícím onemocnění. **Dávkování a způsob podání:** Dospělí a dospělí od 18 let výše – k základnímu očkování podává jedna dávka vakcíny Havrix 1440 (1,0 ml suspenze). Děti a dospělí od 1 roku do 16 let (včetně) – k základnímu očkování se podává jedna dávka vakcíny Havrix 720 Junior monodose (0,5 ml suspenze). Pro mladší až do 18 let (včetně) je přijatelné podání jedné dávky vakcíny Havrix 720 Junior monodose. K zabezpečení dlouhodobé ochrany po základním očkování vakcínou Havrix 1440 nebo vakcínou Havrix 720 Junior monodose se doporučuje podat posilovací dávku kdykoli v době od 6 měsíců do 5 let, případně mezi 6. a 12. měsícem po první dávce. **Způsob podání:** Vakcína je určena pro intramuskulární aplikaci. Dospělým a dětem se podává do deltoidní oblasti, malým dětem do antecubitální strany stehna. Vakcína se nemá podávat do gluteální oblasti. Vakcína Havrix v žádném případě nesmí být podána intravenózně. Osobám s trombocytopenií nebo poruchami srážlivosti krev se musí vakcína Havrix podávat opatrně, neboť u nich po intramuskulární aplikaci může dojít ke krvácení. Na místo vpichu má proto být po dobu nejméně 2 minut přiložen tlakový obvaz (bez mrazu). **Kontraindikace:** Vakcína Havrix nesmí být aplikována osobám se známou přecitlivělostí na kteroukoli složku nebo osobám, u nichž se po předchozím očkování vakcínou Havrix projevily známky přecitlivělosti. **Zvláštní upozornění:** Podobně jako u jiných vakcín i očkování vakcínou Havrix by mělo být odloženo u jedinců trpících závažným akutním nebo chronickým onemocněním. Mírná infekce není kontraindikací očkování. Vzhledem k delší inkubační době hepatitidy A je možné, že očkováni lidé by mohli být v průběhu očkování již nositeli infekce. V takových případech není známo, zda očkování přípravkem Havrix ochrání proti rozvoji hepatitidy A. U hemodialyzovaných pacientů a osob s pokročilým imunitním systémem se po jedné dávce vakcíny Havrix nemusí dostát odpovídajícího titru anti-HAV. Může tak u nich být nutné podat další dávku vakcíny. Podobně jako u všech jiných injekčních vakcín musí být pro případ, že se po aplikaci vakcíny Havrix vyskytnou závažné nežádoucí reakce, k dispozici dostupné lékařské pomoci. Z tohoto důvodu je nutné, aby byla očkována osoba 30 minut po očkování pod dohledem lékaře. Vakcína může být podána HV posilováním osobám. Srovnatelná protiprvotní a první kontrolní očkování. Podobně jako u jakýchkoli injekčních aplikací se může po podání vakcíny Havrix nebo i před ním vyskytnout vzácná epizoda jako psychomotorní reakce na injekční jehlu. Je důležité zjistit, aby příev. mluví neděle k ústům. **Interakce:** Vzhledem k tomu, že Havrix je inaktivovaná vakcína, je nepravděpodobné, že by současně podání s jinou inaktivovanou vakcínou vedlo k ovlivnění imunitní odpovědi. Současné podání vakcíny proti břišnímu tyfu, žluté zimnici, choleře (injekční vakcína) nebo tetanu neovlivňuje imunitní odpověď na vakcínu Havrix. Současné podání imunoglobulinů neovlivňuje ochranný účinek vakcíny. Pokud je nezbytné nutné současně podání více vakcín nebo imunoglobulinů například, přípravky musí být podány rozdílnými injekčními stříkačkami a jehlami do odlišných míst. **Nežádoucí účinky:** Bezpečnostní profil uvedený níže je podložen údaji získanými od více než 5300 subjektů. Může velmi často nebo často nežádoucí účinky patří: svědění chutí k jídlu, podrážděnost, bolest hlavy, ospalost, gastrointestinální symptomy (jako průjem, nevolnost, zvracení), bolest a zarudnutí v místě vpichu injekce, únava, otok v místě vpichu injekce, malátnost, horečka (nad 37,5 °C), reakce v místě vpichu (např. zarudnutí). **FARMACEUTICKÉ VLASTNOSTI:** obsahuje stopové množství neionizujících solí (Havrix 720: méně než 10 mg a Havrix 1440: méně než 20 mg). **FARMACOLOGICKÉ VLASTNOSTI:** Podle údajů získaných po 17 letech používání vakcíny lze předpokládat, že protitělo (>15 mIU/ml) přetrvává 30 až 40 let po očkování nejmenší u 95 % až 100 % očkovanych subjektů. Podle nýnějších údajů není u imunokompromitovaných jedinců, kteří byli očkováni 2 dávkami vakcíny, nutné další předočkování. **Inkompatibility:** Vakcína Havrix nesmí být smíchána s jinými vakcínami ani s imunoglobuliny v téže injekční stříkačce. **Doba použitelnosti:** 3 roky. **Zvláštní opatření pro uchování:** Vakcína musí být uchovávána při teplotě od +2 °C do +8 °C a chráněna před světlem. Pokud vakcína zamrzne, musí být znehodnocena. Havrix je bílá mléčná zakalená suspenze. Během uchování se může vytvořit jemná bílá usazenina a bezbarvým supernatantem. Před aplikací vakcíny je nutné obsah lahvičky nebo stříkačky protřepat. Před použitím musí být vakcína vizuálně zkontrolována na přítomnost cizorodných částic a na nepatrné změny vzhledu. Při jakékoli vizuální změně nebo odchylce musí být vakcína vyhozena. **Druh obalu a velikost balení:** Havrix 720 Junior monodose 1 = 0,5 ml v předplněné stříkačce, Havrix 1440 1 = 1 ml v předplněné stříkačce. **DŘÍTEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI:** GlaxoSmithKline Biologicals s.a., Rue de l'Institut 89, B-1330 Rixensart, Belgie. **REGISTRAČNÍ ČÍSLO:** Havrix 1440: 59/691/98-C, Havrix 720 Junior monodose: 59/690/98-C. **DATUM PRVNÍ REGISTRACE/PRODLUŽENÍ REGISTRACE:** 13. 11. 1996 / 4. 7. 2012. **DATUM REVIZE TEXTU:** 24. 4. 2013. Vakcína Havrix 1440 a Havrix 720 Junior monodose, Injekční suspenze. Vakcína proti hepatitidě A inaktivovaná adsorbovaná je vakcína na lékařský předpis a není určena z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek aplikuje lékař intramuskulární injekcí. Úplnou informaci pro předepisování přípravku najdete v Souhrnu údajů o přípravku na www.gsk.com/cz nebo se obraťte na společnost GlaxoSmithKline, s.r.o., Hřbitovní 1734/2c, 140 00 Praha 4. Případní nežádoucí účinky nahláste na cz.safety@gsk.com. Verze SPC platná od 4. 3. 2016

Reference: 1. Souhrn údajů o přípravku Havrix 1440 a Havrix 720 Junior monodose, poslední revize textu 24. 4. 2013.

CZ/HV72/0004/16

Schváleno: březen 2016





Ze světa odborné literatury...

■ 25-hydroxyvitamin D v séru u dětí z různých etnik v Itálii ve vztahu k projevům nedostatku vitaminu D u dětí v Evropě

K nedostatku vitaminu D v dětském věku přispívá několik faktorů včetně etnických vlivů. Účelem této studie bylo ohodnotit 1 374 pacientů různých etnik. Prevalence 25(OH)D menší než 20 ng/ml se pohybovala v různých skupinách Afričanů, Severoafričanů, Indiánů a dalších v procentuálním rozložení mezi 44–69%! Ve sledované kohortě byl průměr 25(OH)D dokonce 21 ng/ml. Je nutné si stále uvědomovat klasickou manifestaci v podobě křivice a osteomalacie i u dospívajících. Již před několika lety byla nedostatečná hladina vitaminu D dávána do spojitosti s infekčními nemocemi – autoimunními, kardiovaskulárními i s karcinomy. Faktory k tomu přispívající jsou nedostatečný pobyt dětí na slunci, nedostatečný příjem vitaminu D, obezita, věk, minimální fyzická aktivita a také rasa. Je zajímavé, že i mužské pohlaví, mnohdy užívající multivitaminy, inklinuje k nízké hladině vitaminu D. Na analýze dat z USA z let 2003–2006 se ukazuje, že 28 % bílé populace je vitamin D deficientní, zatímco u černochů a Mexikánců toto číslo dosahuje kolem 75 %. D-vitaminová deficeience je hlášena od Libanonu přes Francii do Finska, od Kanady po Čínu. Autoři ve své práci vyšetřili vitamin D u všech dětí do 16 let přijatých na kliniku mezi lety 2010–2012. Nejčastější diagnózou, pro kterou byly děti přijaty, byly infekce, endokrinní a metabolické nemoci, alergické a imunní nemoci. Sérové hladiny vitaminu D vyšetřovány chemiluminiscentními metodami. Nižší hladiny byly nalézány u dětí s tmavou kůží. Hispánské děti měly nižší hladiny než děti bílé. Mexické děti žijící v USA měly hladiny nízké a srovnatelné s bílými. Právě tato zpráva z Itálie také poukazuje na fakt, že vitamin D dostávají průběžně děti v prvním roce života. Evropské guidelines doporučují vyšší přívod vitaminu D pro nezralé děti v prvních měsících života. Takto děti z Itálie mají v průměru vyšší hodnoty vitaminu D. Je prokazováno, že bílá i černá kůže mají podobnou kapacitu syntetizovat vitamin D, syntéza je méně efektivní u černých. Ukazuje se, že hladina vitaminu D je v negativní korelaci s aterosklerózou a v pozitivní korelaci s kostní minerální denzitou. Nižší hladina vitaminu D je také asociována s větším výskytem koronárního onemocnění ve středním věku.

Eur J Pediatr. 2015;174:749–757

■ Zbytkové symptomy u poloviny dětí léčených pro alergii na kravské mléko

Účelem studie bylo vyšetřit incidenci a variabilitu léčebného selhání s extenzivně hydrolyzovanými formulemi u dětí s alergií na kravské mléko. Bylo zařazeno 49 dětí. Léčebné selhání bylo prezentováno jako neúplná úprava symptomů alergie. V práci se snažili zjistit, co mohlo vést k léčebnému selhání. Standardní léčba byla vedena přes intaktní proteiny kravského mléka eliminační dietou. Byl užíván Nutrilon Pepti a Neocate.

Sledovalo se: věk, pohlaví, specifické IgE proti kravskému mléku, pozitivní kožní test, vyloučení kojení, kožní symptomy, GIT potíže, gastrointestinální diskomfort a respirační příznaky. Vyšetřovány děti ve věku 6 měsíců. Z výsledků je patrná úprava jen u 49 % léčených dětí. Zvláště děti užívající Neocate selhávaly. Sledování bylo komplikováno laktózovou intolerancí u některých dětí.

V tabulce porovnávali symptomy prezentace alergie na KM. Děti, které je dobře tolerovaly, bylo 24; 25 dětí bylo ze skupiny špatně tolerujících. Poměr chlapců a děvčat byl stejný. Počet dětí s kožními symptomy byl v obou skupinách stejný, počet s GIT potížemi byl nepatrně vyšší ve skupině selhávajících, v této skupině byl i vysoký počet dětí (7) s gastrointestinálním diskomfortem. Počet dětí s vyšším specifickým IgE byl vyšší také v druhé skupině. Počet dětí s pozitivitou kožních testů byl v obou skupinách vysoký (19).

Ukazuje se nutnost změny formule ve špatně tolerujících skupině; diskuse o specifických epitopech peptidů MM.

Eur J Pediatr. 2015;174:759–765

■ Etiologie primární ovariální insuficience u skupiny mladých děvčat z endokrinologických center

Příčina primární ovariální insuficience zůstává většinou nejasná. Provedena retrospektivní studie u 17 těchto děvčat s normálním XX karyotypem před 20. rokem věku. Etiologicky byla primární insuficience určena u 8 děvčat (1); u 8 děvčat (2) zůstávala nejasná. V první skupině mělo 5 patientek medicínskou anamnézu: cerebelární ataxii zapříčiněnou kongenitálním nepořádkem glykosylace, ve třech případech mitochondriálním onemocněním, v jednom případě autoimunní deficiencí. Diagnóza byla zjišťována pro zpoždění puberty nebo primární amenoreu v 5 případech, za-

tímco další byly prezentovány hypertrofií klitorisu a pubertálním zpožděním, ve dvou případech s mutací. Ve skupině druhé byla asociace nemoci arthrogryposis, malformace měchýře a ledvinové selhání a v neposlední řadě tumor CNS. Vlastní primární ovariální insuficience je vlastně ovariální dysgeneze, primární nebo sekundární amenorea, nepravidelné cykly roky trvající. Přesto je příčina až v 90 % neznámá, v 15 % rodinná anamnéza. Včasná detekce je zatím nepravděpodobná.

Eur J Pediatr. 2015;174:767–773

■ Neutropenie u dětí – pětileté zkušenosti z center

V práci rozebrány příčiny neutropenie z různých center v letech 2007–2012. Děti s kongenitální nebo autoimunní neutropenií se prezentují většinou v mladším věku s velmi nízkým absolutním počtem granulocytů. Trvání je kratší u postinfekčních a tabletami indukovaných neutropenií než u neutropenií autoimunních a chronických idiopatických. S výjimkou kongenitálních a autoimunních neutropenií měly neutropenické děti jen několik klinických infekcí i méně hospitalizací. Většina těchto pacientů nedostávala žádnou antibiotickou profylaxi. Většina dětí s neutropenií má benigní klinický průběh bez potřeby intervence. Vyšetření anti-neutrofilních granulocytů a vyšetření kostní dřeně je doporučováno. Pacienti s neutropenií měli méně než $1,5 \times 10^9/l$. Pacienti, kteří dostávali radio- a chemoterapii, byli vyloučeni. Pacienti byli rozděleni do 6 skupin: autoimunní, chronická idiopatická, tabletami indukovaná, postinfekční, etnická a kongenitální neutropenie. Autoimunní byla definována přítomností antineutrofilních protilátek. Autoimunních bylo 21 %, chronických idiopatických 27 %, tabletami indukovaných 4 %, postinfekčních 28 %, etnických 13 %, kongenitálních 7 %. Nebyl rozdíl v etniku. Z tablet se jednalo o fluoxetin, methimazol a sulfasalazin. Ze 71 případů byly antineutrofilní granulocyty přítomny v 59 %, vyšetření kostní dřeně bylo provedeno v 25 %. Většina vzorků kostní dřeně byla normální nebo jen aktivovaná myelopoieza. Žádný fatální případ nebyl popisován. Granulocytový faktor používán u 3 z 5 pacientů s kongenitální složkou. Ti také měli větší počet infekcí. V ostatních podskupinách nepopisovány těžké bakteriální infekce. Antibiotická profylaxe nebyla frekventní.

Eur J Pediatr. 2015;174:801–807

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



Aktuality...

Co je na specializačním vzdělávání nejkomplikovanější?

Redakce MT oslovila nedávno atestované lékaře a zeptala se jich na jejich zkušenosti s postgraduální výukou. Co bylo podle nich na přípravě nejtěžší? A co by poradili kolegům, které atestační zkoušky teprve čekají? Podle MUDr. Frühaufa byla velmi psychicky zatěžující nejistota, zda vůbec bude moci být k atestaci připuštěn, kvůli rozdílnému výkladu nezbytné délky vlastní specializační přípravy po absolvování základního kmene...

Snaha projít specializačním vzděláváním mnohdy připomíná průchod minovým polem. V řadě oborů běží několik programů paralelně, informace, které se k mladým lékařům dostávají, jsou často protichůdné. Samotná atestační zkouška je pak možná lehčí než dostat všem administrativním požadavkům. O tom všem se nyní diskutuje i v souvislosti s novým zákonem. I kdyby se zdařil záměr vzdělávání zjednodušit, nepřehledná situace bude ještě přetrvávat. O to cennější je tedy pro absolventy zkušenost těch, kteří celý proces právě úspěšně zakončili. Ptáme se tedy lékařů, kteří nedávno atestovali: Kde vaše představy nejvíce narážely na realitu? Co byste poradili kolegům, kteří uvažují o tom, že se zapíší do vašeho oboru?

MUDr. Filip Frühauf, gynekolog a porodník

Atestoval jsem v oboru gynekologie a porodnictví v prosinci 2015. Zpětně můžu říct, že administrativní příprava byla časově náročná – zkompletování všech dokumentů, zajištění všech podpisů a razítek na operačních protokolech, porodopisech atd. Vlastní odbornou přípravou si musí každý projít sám, ale samotná atestační zkouška mě po všech stránkách příjemně překvapila. Informace k atestaci a k předatestační přípravě dostupné jsou, často je však potřeba hledat na více místech (MZ ČR, stránky fakulty a odd. spec. vzdělávání, IPVZ). Z mé zkušenosti je vhodnější informovat se u fakulty vypisující zkoušku na zvolený termín. Největší psychickou zátěží pro mě byla nejistota, zda vůbec můžu být k atestaci připuštěn, kvůli rozdílnému výkladu nezbytné délky vlastní specializační přípravy po absolvování základního kmene vs. celkové doby přípravy. I když jsem šest let pracoval na klinice s nejvyšší akreditací, nebylo do poslední chvíle jasné, na který termín zkoušky se můžu zapsat vzhledem k pozdnímu splnění požadavků základního kmene (jednalo se o stáže mimo obor – interní, chirurgické, anesteziologické a pediatrické). Já jsem atestoval podle programu z roku 2009, který neodráží zcela realisticky každodenní praxi, ale i vzhledem k delší době v přípravě jsem všechny povinnosti splnil. Je možné požádat o zařazení do programu novějšího, který už je snad realističtější. Jednoznačně doporučuji dožadovat se plnění programu u školitele/vedení (např. základní kmen do dvou let), cíleně se dotazovat na fakultním oddělení specializačního vzdělávání při jakékoli nejistotě, ověřit si akreditace pracovišť a lékařů, u kterých stážete (seznam MZ ČR), v předstihu doplňovat logbook a nenechat se otrávit. Zásadní je podpora z vašeho pracoviště.

MUDr. Katarína Beránková, pediatrička

Předatestační příprava byla podle mého názoru dobrá. Ve srovnání s předchozí úpravou je výrazně zjednodušená, což je rozhodně velké plus. Mně osobně trochu chyběly stáže na infekci a dermatologii, které by pro pediatra mohly být přínosné. Dřívější program

je obsahoval, ale chápu to jako přijatelnou cenu za zjednodušení. Některé kursy byly výborné, jako třeba první pomoc, radiodiagnostika už méně. Jiné byly víceméně zbytečné – u právních záležitostí a administrativy bych ještě smysl viděla, ale etika mi nic nepřinesla. V případě kursu o závislostech šlo spíše o takové „historky z natáčení“ v podání různých odborníků z psychiatrie. Nudné to nebylo, ale nic, co by se dalo prakticky využít (rozhodně ne v pediatrii). Možná by nebylo od věci skladbu kursů přizpůsobit konkrétnímu oboru (i když nevím, pro který obor kromě psychiatrie by kurs o závislostech vlastně měl být užitečný).

Administrativa spojená se specializačním vzděláváním mi nepřišla nepřekonatelně složitá. Dá se to zvládnout, pokud si člověk průběžně vyplňuje logbook (pokud tak nečiní a pak to zpětně složitě dohledává, je to asi malinko náročnější).

K průběhu a výsledku atestační zkoušky nemám připomínek, byla to vcelku příjemná záležitost. Atestace na fakultách nejsou podle mě špatný nápad, i když pak mohou být trochu různé podmínky (příklad: konkrétně v pediatrii vzhledem k různým specializacím klinik na jednotlivých fakultách se někde může klást větší důraz na konkrétní problematiku, které se klinika více věnuje, a jinde zase na něco jiného, takže člověk s tím musí v přípravě počítat, což předtím nebylo tak markantní, když všichni atestovali na IPVZ).

Asi bych poněkud obměnila a aktualizovala skladbu otázek. Možná tak čtvrtina z nich je buď trochu neaktuální, anebo příliš stručná na nějaké větší rozvádění u atestační zkoušky (příklad: „dispensární péče v pediatrii“, což je název paragrafu ze zákona o zdraví lidu, který samotný obsahuje asi dvě nebo tři věty a těmi celá odpověď na otázku začíná i končí).

MUDr. Václav Hána jr., diabetolog a endokrinolog

Moje představy o systému vzdělávání byly již od začátku modifikované tím, co jsem o systému předem slyšel, takže při absolvování předatestačního vzdělávání jsem již tolik překvapen nebyl. Pro člověka neznalého situace však jde o poměrně složitý systém, který nemá zájem to nikomu ulehčovat.

Největším překvapením pro mě asi bylo, že nestačí splnit povinnosti uvedené v logbooku, který každý při zapsání do oboru za poplatek vyfasuje a povinně si ho nechává potvrzovat, nýbrž teoreticky je nutné sledovat celých cca pět let vzdělávání vyhlášky ministerstva zdravotnictví, kde může být obsah vzdělávacího programu průběžně měněn. V mém případě se jednalo o novou povinnost kursu KPR a Etiky, práva a managementu ve zdravotnictví, která byla do vzdělávacího programu doplněna dodatečně. Jen díky tomu, že jsem se to včas od kolegů dozvěděl, jsem vše stihl, jak jsem měl v plánu.

Kolegům, kteří uvažují o tom, že se zapíší do našeho oboru, bych poradil, aby tak učinili co možná rychle, protože se již připravuje další změna vzdělávacích programů (v pořadí již asi čtvrtá), která jim může vzdělávání prodloužit a zkomplikovat. Přestoupit do nového systému lze, nazpět již nikoli.

Pokud již budou zapsáni, tak se co nejdříve zajímat o absolvování povinných „koleček“ na jiných pracovištích, což je v současné době vzhledem k personální krizi ve zdravotnictví na řadě pracovišť obtížné a vzdělávání to může až o několik let prodloužit.

Zdroj: Medical Tribune 03/2016, www.tribune.cz, 29. 2. 2016



Mladí lékaři: Novela o postgraduálním vzdělávání lepší systém nezajistí

Spolek Mladí lékaři kritizuje současné znění novely zákona o postgraduálním vzdělávání. Mladým lékařům vadí hlavně to, že struktura základních oborů navržených v novele zákona může ohrozit samotnou stabilitu a přehlednost systému. Řada opatření technického charakteru obsažených v zákoně může podle kritiků způsobovat u lékařů v přípravě množství neřešitelných situací a zhoršit tak průchodnost celého systému pro určité skupiny lékařů. Konkrétní námítky čtete v článku...

Stanovisko spolku Mladí lékaři k vládnímu návrhu zákona, kterým se mění zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře (sněmovní tisk 723/0)

Novela zákona č. 95/2004 Sb. ve znění předloženém vládou k projednání v Poslanecké sněmovně (dále jen „novela zákona“) podle našeho přesvědčení nemá předpoklady k tomu, aby zajistila lepší funkčnost systému specializačního vzdělávání lékařů.

Novela zákona nebyla připravována na základě jasné koncepce a pečlivé diskuse s cílem dosažení konsensu zainteresovaných stran. Spíše se jedná o soubor vzájemně nesourodých opatření, která byla prosazována z různých míst s protichůdnými zájmy a nejsou tak vzájemně provázána.

Zvláště níže vyjmenované oblasti považujeme za velmi problematické a považujeme za nutnou jejich úpravu:

1) Struktura základních oborů, jak je navržena v novele zákona, je zásadním prvkem, který může ohrozit samotnou stabilitu a přehlednost systému.

Přeřazením některých oborů z oborů základních do nástavbových, a to i těch, které jsou běžně v jiných zemích EU obory základními (většina interních specializací, nukleární medicína, geriatric apod.), obnáší velké riziko ohrožení kvality péče a její dostupnosti v těchto odbornostech především z následujících důvodů:

a) Lékaři v těchto přeřazených tzv. nástavbových oborech budou muset skládat **tři zkoušky místo dosavadní jedné** (nově zkouška po kmeni, zkouška ze základního oboru a zkouška v nástavbovém oboru). I přes deklarované zjednodušení vzdělávacího systému se tak u těchto oborů celková délka studia prodlouží. Obzvláště pro lékaře, které dnes tvoří výraznou většinu absolventů medicíny, bude mimořádně obtížné skloubit požadavek tří zkoušek a mateřství.

b) **Kapacita** zvláště pracovišť vzdělávajících **ve všeobecném interním lékařství nebude stačit** potřebě nástavbových oborů.

c) Bude ohrožena **kompatibilita a uznávání** specializované způsobilosti v těchto nástavbových oborech **v rámci EU**, kde je vyžadována určitá minimální délka vzdělávání v dané specializaci, která však není v navrhovaném modelu dostatečná (článek 25 odst. 3a směrnice Evropského parlamentu a Rady 2005/36/ES v platném znění, dále jen „Směrnice EU“).

Upozorňujeme na to, že ani opakovaně zmiňovaný **jakýsi zásuvkový/duální systém** žádný z těchto **problémů neřeší**, přinesl by do celé struktury velkou nepřehlednost a zakládal by předpoklady pro nekalé praktiky při uznávání praxe.

Za jediné možné řešení považujeme, aby byla **zachována v základních obrysech struktura oborů platná dnes**, což by výrazně prospělo kontinuitě specializačního vzdělávání, které je v posledních

jedenácti letech zmítáno neustálými změnami. Vzhledem k tomu, že dosud nebyl předložen žádný text pozměňovacího návrhu, který by vrátil strukturu základních oborů do přibližně současné podoby, nemůžeme se k němu vyjádřit.

2) Řada opatření technického charakteru obsažených v zákoně může za určitých okolností způsobovat u lékařů v přípravě množství neřešitelných situací a zhoršit tak průchodnost celého systému pro určité skupiny lékařů:

a) Navrhujeme upravit v návrhu novely zákona ustanovení § 5 odst. 13. Jedná se o nově vložené omezení stanovující, že lékař oproti současnému stavu bude moci **být zařazen souběžně pouze v jednom oboru specializačního vzdělávání**.

Považovali bychom za vhodné, aby **lékař mohl být zařazen souběžně do nejméně dvou základních oborů**. Tato možnost by byla výhodná hlavně u žen, které často mění svoje odborné zaměření s ohledem na novou rodinnou situaci a mohly by tak mít větší volnost při volbě budoucího zaměření. V případě, že by bylo toto navrhované omezení schváleno, vznikne náročná agenda u lékařů přestupujících do jiného oboru. Souběžná příprava ve dvou oborech je z tohoto pohledu mnohem výhodnějším řešením nejen pro lékaře, ale hlavně pro příslušné instituce, které jsou již dnes zahlceny agendou spojenou s uznáváním praxe.

b) Doporučujeme upravit problematiku částečných pracovních úvazků v § 5 odst. 4, kde je nově navrhováno, že specializační vzdělávání **nesmí probíhat v nižším rozsahu, než je polovina stanovené týdenní pracovní doby**.

Toto nové zákonné opatření by bylo velkou **překážkou zvláště například opět pro ženy na rodičovské dovolené**, které se postupně vrací do oboru v rozsahu nižších částečných úvazků a tímto opatřením budou jejich návrat a příprava k atestaci výrazně ztíženy.

Místo tohoto opatření navrhujeme zařadit formulaci: „Délku přípravy dokládá účastník specializačního vzdělávání pracovní smlouvou se svým zaměstnavatelem, který jeho přípravu zajišťuje, nebo smlouvou o stáži (viz § 38a odst. 2), pokud některou část přípravy absolvoval v rámci dočasného přidělení na stáž“, popř. jinou vhodnou formulaci.

Za předsednictvo spolku Mladí lékaři, z.s.

MUDr. Jiří Šedo, Ph.D.

předseda

Zdroj: www.tribune.cz, 3. 3. 2016

Lékařská komora chce pravidelné zvyšování platů i plateb za státní pojištění

Česká lékařská komora (ČLK) chce, aby stát pravidelně valorizoval platby za státní pojištění a zvyšoval platy lékařů i dalších zdravotnických pracovníků. Každoroční růst platů by měl podle šéfa ČLK Milana Kubka být minimálně 10 %. Sjednotit by se měly rovněž mzdy ve státních a soukromých nemocnicích, kde jsou nyní platy nižší. Podle Kubka hrozí rozpad zdravotnictví a komora se proto obrací na premiéra Bohuslava Sobotku (ČSSD), aby zasáhl. Programové prohlášení vlády není podle ČLK plněno a komora není spokojena s prací ministerstva. Vláda by prý měla připravit plán, který by zabránil dalšímu exodu lékařů.



„Naše zdravotnictví je katastrofálně podfinancováno,“ tvrdí Kubek, podle něhož s nedostatkem peněz souvisí nedostatek pracovníků. Čtvrtina lékařů je momentálně již v důchodovém věku. Vedle pravidelné valorizace za státní pojištění prosazuje ČLK rovněž zdravotní daň na tabák a alkohol. Pacienti by si měli mít možnost vybrat si lékaře a péči. Za stejné výkony by se mělo podle ČLK platit ve všech případech stejně. Změnit by se mělo i vzdělávání lékařů.

Němeček s valorizací plateb počítá

Němeček v reakci uvedl, že novelu zajišťující valorizaci příspěvků za státní pojištění již resort připravuje. Růst by měla v závislosti na HDP. Do zdravotnictví by tak mohly každoročně připlout až tři miliardy korun. Ve hře je i jednorázová valorizace.

Stát platí odvody za děti, důchodce či nezaměstnané. Měsíčně jde o 870 korun.

Chybí až 1 000 lékařů

Člen Etické komise ČLK Jiří Wicherek konstatoval, že podle jeho průzkumu poptávají momentálně nemocnice v regionech s výjimkou Prahy kolem 826 lékařů. V hlavním městě jde podle něj o dalších zhruba 100 až 150 lékařů. V případě sester je podle něj situace „mnohem katastrofálnější“ a v některých případech musejí nemocnice kvůli nedostatku personálu omezovat provoz na některých odděleních.

V ČLK se prý objevují hlasy, které se přimlouvají za protest formou „dodržování zákonů a vyhlášek“, které jsou nyní obcházeny.

Zdroj: www.novinky.cz, 7. 3. 2016

INZERCE

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.

403 1-16

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

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

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.

409 3-16

Nemocnice Na Homolce přijme na plný úvazek do ambulantního provozu **lékaře** na dětské oddělení. Požadujeme VŠ-LF, atestaci z pediatrie nebo PLDD. Nabízíme motivující platové ohodnocení, 5 týdnů dovolené, 4 dny zdravotního volna a množství dalších benefitů. Termín nástupu 1. 5. 2016. Životopis a motivační dopis zasílejte na: volna.mista@homolka.cz

411 3-16

Pro ordinaci PLDD v **Praze hledáme lékaře/lékařku** s atestací v pediatrii, možno zkrácený úvazek či DPP. Ordinování v ambulanci nebo popř. pouze pohotovostní služba mimo ordinaci hodiny, ideálně kombinace obojího. Nutná znalost AJ. Nástup ihned nebo dle dohody. Kontakt: info@pediatrie.cz, 724 894 264.

412 3-16

Prodám zavedenou praxi na Praze 9. Kontakt 776 600 032.

413 3-16

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

414 3-16

Přenechám praxi PLDD **blízko Brna**, asi 1150 registrovaných pacientů. Spěchá. Telefon: 602 581 177.

415 3-16

Nabízím krátkodobý i dlouhodobější **zástup v ordinaci PLDD** v regionu **Vysočina, Brno a okolí**. Jsem lékař s 30letou praxí pediatra. Dále nabízím možnost přednášek první pomoci – vlastním lektorské osvědčení komory (praxe u ZZS). Kontakt mobilem: 774 221 226 nebo 566 524 870.

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

Autodidaktický test 4/2016

Imunologie

- 1. Mezi imunokompetentní buňky patří lymfocyty, které dle jejich funkce rozlišujeme na T lymfocyty a B lymfocyty. Ve skupině T lymfocytů rozlišujeme subpopulace a to Th1 lymfocyty, Th2 lymfocyty, Th3 lymfocyty a Tc lymfocyty. Nejstarší a nezávislou buňkou imunitního systému, jejímž prekursorem je lymfocyt, je NK buňka, která nenese znaky ani T ani B lymfocytů. Plasmatické buňky jsou transformované:**
 - a) T lymfocyty
 - b) Th lymfocyty
 - c) B lymfocyty
 - d) NK buňky
- 2. Komplement je fylogeneticky nejstarším humorálním obranným mechanismem. Je složen přibližně ze 40 proteinů. Většina z nich je tvořena v játrech, menší část v mononukleárních fagocytech. Aktivace komplementového systému probíhá kaskádovým způsobem. Ústřední složkou je složka C3b, která se tvoří odštěpením z molekuly C3. K aktivaci C3b složky komplementu může dojít:**
 - a) jednou cestou
 - b) dvěma cestami
 - c) třemi cestami
 - d) čtyřmi cestami
- 3. Virulence některých bakterií (*Neisseria meningitis*, *H. influenzae B*, *Str. pneumoniae*, *Str. pyogenes A a B*, *E. coli*) je podmíněna nedostatečnou aktivací alternativní cesty komplementu. Všechny uvedené bakterie totiž obsahují na svém povrchu velké množství:**
 - a) manózy
 - b) kyseliny sialové
 - c) fosfolipidů
 - d) mukopolysacharidů
- 4. Mezi nespecifické humorální imunitní mechanismy patří proteiny akutní fáze (koagulační faktory, amyloidové proteiny, C-reaktivní protein). Jejich přesná biologická funkce není zcela známá (opsonizace, imunomodulace?), ale stanovení jejich hladiny při akutním zánětu se využívá v diagnostice. V praxi nejvíce využíváme stanovení CRP:**
 - a) při rozhodování o nasazení ATB terapie u infektů
 - b) k předpovědi rizika vzestupu febrilií (tzv. CRP velocita)
 - c) ke stanovení rizika aterosklerózy a metabolického syndromu
 - d) ke sledování rizika poklesu hemoglobinu u infektů
- 5. Primární těžký kombinovaný imunodeficit (SCID) je charakterizován:**
 - a) závažně probíhajícími infekcemi bez adekvátní odpovědi na standardní léčbu (ústní soor, kožní infekce, pneumonie, průjmy, neprospívání, sepse) s projevy již od časného kojeneckého věku
 - b) výhradním postižením chlapců
 - c) lymfopenií v pupečnickové a periferní krvi
 - d) chybějícím stínem thymu na RTG
 - e) hyperplazií thymu
 - f) závažnou reakcí s letálními důsledky po očkování živými vakcínami (BCG, polio, rotaviry, MMR)
 - g) nepřítomností IgM a IgA v krvi, přestože je přítomna zřejmá infekce
- 6. Zlatým standardem screeningového vyšetření celiakie je stanovení protilátek proti:**
 - a) tkáňové transglutamináze typu IgG, kdy musíme mít ověřenu dostatečnou produkci celkového IgG
 - b) tkáňové transglutamináze typu IgA, kdy musíme mít ověřenu dostatečnou produkci celkového IgA
 - c) endomyziu, kdy musíme mít ověřenu dostatečnou produkci celkových protilátek proti ENA
 - d) deaminovanému gliadinu, a to v poměru k protilátkám proti nativnímu gliadinu

OČKOVÁNÍ CHLAPCŮ PROTI ONEMOCNĚNÍM SOUVISEJÍCÍM S INFEKČÍ HPV

Speciální očkovací program VZP ČR



SILGARD®

Vakcína proti lidskému papilomaviru
[typy 6, 11, 16, 18] (rekombinantní, adsorbovaná)

Ochraňte své pacienty před závažnými nádorovými onemocněními, která jsou způsobena některými typy HPV.

- Program je určen **pro chlapce ve věku od 9 let do dosažení 14 let**, kteří jsou pojištěni u VZP a jsou členy Klubu pevného zdraví.
- Program je platný **od 1. 2. 2016**, o příspěvek ve výši až 2 500 Kč je možné žádat nejdéle **do 30. 11. 2016** nebo do vyčerpání stanoveného limitu **pro prvních 8 000 klientů**.

Více informací o programu
a jeho podmínkách získáte
na www.vzp.cz/hpv-chlapci.



VZP

POJIŠTOVNA NA CELÝ ŽIVOT

infolinka: 952 222 222
www.vzp.cz

Zkrácená informace o léčivém přípravku

Silgard®, injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Očkovací látka proti lidskému papilomaviru [typy 6, 11, 16, 18] (rekombinantní, adsorbovaná). **Složení:** 1 dávka (0,5 ml) obsahuje přibližně: Papilomavir humani typus 6 proteinu L1 – 20 mikrogramů; Papilomavir humani typus 11 proteinu L1 – 40 mikrogramů; Papilomavir humani typus 16 proteinu L1 – 40 mikrogramů; Papilomavir humani typus 18 proteinu L1 – 20 mikrogramů. **Léková forma:** Injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. **Indikace:** Silgard je očkovací látka k použití od věku 9 let k prevenci: premaligních genitálních lézí (cervikálních, vulválních a vaginálních), premaligních análních lézí, cervikálních karcinomů a análních karcinomů v příčinné souvislosti s jistými onkogenními typy lidského papilomaviru (HPV), bradavic genitálu (condyloma acuminata) v příčinné souvislosti se specifickými typy HPV. Tato indikace je založena na průkazu účinnosti přípravku Silgard u žen ve věku 16 až 45 let a u mužů ve věku 16 až 26 let a na průkazu imunogenity přípravku Silgard u dětí ve věku 9 až 15 let a dospívajících. Použití přípravku Silgard musí být v souladu s oficiálními doporučeními. **Dávkování a způsob podání:** Dávkování: Jedinci ve věku 9 až 13 let věku včetně: Přípravek Silgard lze podávat podle dvoudávkového schématu (0,5 ml v nultém a šestém měsíci). Pokud se druhá dávka očkovací látky podá dříve než 6 měsíců po první dávce, je nutno vždy podat třetí dávku. Alternativně lze přípravek Silgard podat podle třídávkového schématu (0,5 ml v nultém, druhém a šestém měsíci). Druhou dávku je nutno podat nejméně jeden měsíc po první dávce a třetí dávku je nutno podat nejméně 3 měsíce po druhé dávce. Všechny tři dávky musí být podány během období jednoho roku. Podávání přípravku Silgard musí probíhat v souladu s oficiálními doporučeními. **Pediatrická populace:** bezpečnost a účinnost přípravku Silgard u dětí mladších 9 let nebyla stanovena. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku. Jedinci, u nichž se po podání dávky přípravku Silgard objeví příznaky hypersenzitivity, nesmí další dávku přípravku Silgard dostat. Podávání přípravku Silgard musí být odloženo u jedinců trpících závažným akutním horečnatým onemocněním. Přítomnost lehké infekce, jako je lehká infekce horních cest dýchacích nebo horečka nízkého stupně však nejsou kontraindikací pro imunizaci. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Při rozhodování o vakcinaci jednotlivce se musí vzít v potaz riziko, že již byl vystaven působení HPV, a potenciální přínos, který může z vakcinace mít. Stejně jako u všech injekčních očkovacích látek musí být pro případ vzácných anafylaktických reakcí po aplikaci očkovací látky snadno k dispozici odpovídající léčebná opatření. Po každém očkování, někdy i před ním, může v důsledku psychogenní reakce na vpich jehly dojít k synkopě (mdlobám), někdy s pádem, zejména u dospívajících jedinců. Při probírání se z mdloby se mohou objevit některé neurologické projevy, jako jsou přechodné poruchy vidění, parestázie, tonicko-klonické pohyby končetin. Očkování by proto mělo být přibližně 15 minut po podání očkovací látky sledováno. Je potřeba zavést opatření proti úrazům v důsledku mdloby. Stejně jako u jiných očkovacích látek, nemusí očkování přípravkem Silgard zajistit ochranu všem očkováným. Neprokázalo se, že by měl přípravek Silgard terapeutický efekt. Bezpečnost a imunogenita očkovací látky byly hodnoceny u jedinců ve věku od 7 do 12 let s prokázanou infekcí virem lidské imunodeficiency (HIV). Jedinci se sníženou imunitní reakcí v důsledku buď silné imunosupresivní léčby, genetické poruchy nebo jiných příčin, nemusí na očkovací látku zareagovat. Tato očkovací látka je nutno podávat opatrně jedincům s trombocytopenií nebo s jakoukoli poruchou koagulace, protože po intramuskulárním podání takovým jedincům může dojít ke krvácení. Nejsou k dispozici žádné údaje o bezpečnosti, imunogenitě ani účinnosti, které by podporovaly zaměnitelnost přípravku Silgard s jinými očkovacími látkami proti HPV. **Interakce:** Jedinci, kteří dostali imunoglobulin nebo krevní deriváty během 6 měsíců před první dávkou očkovací látky, byli ze všech klinických studií vyřazeni. Použití spolu s dalšími očkovacími látkami: Při podání přípravku Silgard ve stejnou dobu (ale při podání očkovacích látek do různých injekčních míst) s očkovací látkou proti hepatitidě typu B (rekombinantní) nedošlo k zásahu do imunitní odpovědi na HPV typy. Přípravek Silgard lze podávat současně s kombinovanou posilovací (booster) očkovací látkou obsahující difteri (d) a tetanus (T) buď s pertusis [acelulární komponenta] (ap) a/nebo s poliomyelitidou [inaktivovaná] (IPV) (očkovací látky dT-IPV, dTap-IPV) bez významné interference s protilátkovou odpovědí na kteroukoli ze složek kterékoliv z vakcín. Současné podávání přípravku Silgard s jinými očkovacími látkami, než jsou očkovací látky uvedené výše, nebylo studováno. Neprokázalo se, že by použití hormonální antikoncepce ovlivnilo imunitní odpověď na přípravek Silgard. **Těhotenství a kojení:** Údaje o podávání přípravku Silgard v průběhu těhotenství neprokázaly žádný bezpečnostní signál. Tyto údaje však nejsou dostatečné pro doporučení používání přípravku Silgard v průběhu těhotenství. Očkování je nutno odložit na dobu po ukončení těhotenství. Přípravek Silgard lze podávat během kojení. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté ($\geq 1/10$): bolest hlavy, v místě injekce: bolest, otok a zarudnutí. Časté ($\geq 1/100$, $< 1/10$): horečka, pocit nevolnosti, v místě injekce: zhmoždění, svědění, bolest v končetině. **Uchovávání:** Chraňte před mrazem. Uchovávejte injekční lahvičku ve vnější krabici, aby byl přípravek chráněn před světlem. Přípravek Silgard musí být po vyjmutí z lednice podán co nejdříve je to možné. Stabilní údaje naznačují, že složky očkovací látky jsou stabilní po dobu 72 hodin, pokud jsou skladovány při teplotách od 8 do 25 °C. Po uplynutí této doby musí být přípravek Silgard použit, nebo zlikvidován. Tyto informace jsou určeny pouze pro zdravotnické pracovníky v případě dočasného teplotního výkyvu. **Balení:** 0,5 ml suspenze v předplněné injekční stříkačce se dvěma jehlami v balení po 1 kus. Na trhu nemusí být všechny velikosti balení. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Merck Sharp & Dohme Ltd., Hertford Road, Hoddesdon, Hertfordshire EN11 9BU, Velká Británie. Registrační číslo(a): EU/1/06/358/007. **Datum poslední revize textu:** 26. 5. 2015.

Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznámte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.
Vakcinační akce schválena Ministerstvem zdravotnictví ČR, č.j.: MZDR77954/2015-3/OVZ.



© Copyright Merck Sharp & Dohme s.r.o., 2016. Všechna práva vyhrazena.
Merck Sharp & Dohme s.r.o., Evropská 2588/33a, 160 00 Praha 6, Česká republika
tel.: +420 233 010 111, e-mail: dpoc_czechsllovak@merck.com, www.msd.cz

02-2017-VACC-1175848-0000



Nový koncept kojenecké výživy Nestlé

- Tekutá, předem připravená kojenecká výživa i pro domácí použití
- Vyvinuto na základě nejnovějších vědeckých poznatků a doporučení předních odborníků
- Složení je připraveno po vzoru mateřského mléka a odpovídá potřebám zralých donošených novorozenců v prvních dnech života (od narození do 3 měsíců)
- 100 % laktózy

**PRO DOBRÝ
ZAČÁTEK**



OPTIPRO®

- patentovaná, vysoce kvalitní bílkovina nejbližší mateřskému mléku¹
- nejnižší množství bílkoviny (1,8 g/100 kcal) podle nejnovějších doporučení odborných společností a EFSA 2014²
- zajišťuje zdravý růst a vývoj³

**PŘI ALERGIÍ
V RODINĚ**



OPTIPRO® H.A.

- při výskytu alergického onemocnění v rodině v přímé linii⁴
- snadno stravitelná HA bílkovina⁴
- chrání citlivý a nevyvinutý trávicí systém novorozence¹
- jediná 100% syrovátková částečně hydrolyzovaná bílkovina s prokázaným a dlouhodobým účinkem^{5*}



Tyto výrobky doporučuje
sdružení praktických
lékařů pro děti a dorost ČR.

Reference:

1. Nestlé Patent EP 0 880 902 A1 2. EFSA 2014. 3. Yan J et al. 2015 4. Vandenplas Y et al. 2014 5. Von Berg A et al. 2015 *studie GINI 2003, 2007, 2008, 2013.

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 dítěti 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 částečně krmění z láhve nebo podávání jiných nápojů a potravin, protože by to mohlo mít negativní vliv na kojení. Matky by měly být upozorněny na obřízku návratu ke kojení, pokud se rozhodují nekrmít. Matkám by také měly být vysvětleny zdravotní, sociální a ekonomické důsledky takového kroku. Matkám by mělo být zdůrazněno, že mateřské mléko je pro dítě tou nejlepší výživou. Pokud se přijme rozhodnutí používat kojeneckou výživu, tak je nezbytné matky poučit o správné přípravě a zdůraznit, že použití neplevažené vody, nemyté láhve nebo nesprávného ledění může vést k onemocnění dítěte.

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

