

téma čísla

Importované nákazy



- Usnesení regionálních konferencí
- Usnesení Sněmu SPLDD
- Mýty a omyly o praktickém lékařství pro děti a dorost
- Aktivita antivakcinistů – stížnost k Evropskému soudu pro lidská práva
- Vybrané aspekty problematiky importovaných nákaz
- Febrilní křeče – méně je někdy více
- Evropská doporučení pro resuscitaci dětí a novorozenců
- Komunikační karty pro pacienty cizince a zdravotníky



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 předpřipravené injekční stříkačce. Vakcína proti difterii (D), tetanu (T), pertusi (apexální komponenta) (Pa), hepatitidě B (DNA) (HBV), poliomýelitidě (inaktivovaná) (IPV) a konjugované vakcína proti *Klebsiella pneumoniae* typu 6 (PH6), (adsorbovaná). **Kvalitativní a kvantitativní složení:** Po rekonstituci jedna dávka (0,5 ml) obsahuje: *Clostridium botulinum* anatoxum ne méně než 30 mezinárodních jednotek (IU), tetani anatoxum ne méně než 40 mezinárodních jednotek (IU), pertusis anatoxum 25 mikrogramů, teomagnitum filamentosum 25 mikrogramů, pertactin 8 mikrogramů, antigenum toxigenum hepatitidy B 10 mikrogramů¹, virus poliomýelitidy (inaktivovaný) 4 typy 1 (kmen Mahoney) 40 IU jednotek antigenů, typus 2 (kmen MEF-1) 8 IU jednotek antigenů, typus 3 (kmen Saukett) 32 IU jednotek antigenů, *Klebsiella pneumoniae* typus 6 polysaccharidum 10 mikrogramů (polybifazický fosforát) konjugátum cum tetani anatoxum jako nosným proteinem přibližně 25 mikrogramů², adsorbováno na hydroxyl křemíku, hydrátovaný (AKOH) 0,5 mikrogramů A3-³ vyrobené rekombinantní DNA technologií na kultuře kvasnicových buněk (*Saccharomyces cerevisiae*),⁴ adsorbováno na heparinované křemíku (AP04) 0,32 mikrogramů A3-⁵, pomnoženo na VERO buňkách. Tato vakcína může obsahovat stopy formaledehydu, neomycinu a polymyxinu, které se používají v průběhu výrobního procesu.⁶ **Indikace:** Infanrix hexa je určen pro základní očkování a předočkování dětí proti difterii, tetanu, hepatitidě B, poliomýelitidě a onemocnění způsobeným *Klebsiella pneumoniae* typem 6. **Dávkování a způsob podání:** Očkovací schéma vakcíny Infanrix hexa má být v souladu s dostupnými oficiálními doporučeními.⁷ **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 nastavení podání první dávky 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. Při 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. Při 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 třídobé intramuskulární aplikaci. Další dávky je vhodné podávat vždy do stejné končetiny, než byla podána předchozí dávka. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na jakýkoliv pomocné látky nebo na formaledehyd⁸, neomycin a polymyxin. Hypersenzitivita po předchozí aplikaci vakcíny proti difterii, tetanu, pertusi, hepatitidě B, poliomýelitidě nebo PH6. Infanrix hexa je kontraindikován u dětí, u nichž se do sedmi dnů po předchozím očkování vakcíny obsahující pertusisovou složku vyvíjel anafylaktický nebo jiné závažné alergické reakce. V takových případech se musí očkování proti pertusi přerušit a dále se očkovat jen vakcínami proti zářetku-tetanu, hepatitidě B, poliomýelitidě a PH6. Podobně jako u jiných vakcín i aplikace vakcíny Infanrix hexa musí být odložena u osob trpících závažným akutním hemoragickým onemocněním. Příznaky závažné infekce však není považována za kontraindikaci. **Zvláštní upozornění:** Jestliže dítě v časové blízkosti s aplikací vakcíny obdrželo pertusisovou složku k některé z dříve popsaných reakcí, je nutné dítěti zvážit podání dalších dávek vakcíny, které pertusisovou složku obsahují. Teplota $\geq 40,0^{\circ}\text{C}$ během 48 hodin po očkování dočasně odložit očkování. Nemocným s trombocytopenií a s poruchami srážlivosti krev 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 intravenózně nebo intradurálně. Podobně jako u jiných vakcín, nemusí být u všech očkovacích jedinců vyvolána ochranná imunitní odpověď. Výskyt febrilních křečí u anamnéze dítěte, výskyt febrilních křečí nebo SIDS (syndrom náhlého úmrtí dítěte) v rodinné anamnéze není kontraindikací pro použití vakcíny Infanrix hexa. Očkováni jedinci, u nichž se v anamnéze objevily závažné reakce, 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 169 předčasně narozených dětí vakcínu Infanrix hexa podat. Neméně, byla zaznamenána nízká imunitní odpověď a úroveň klinické protekce není známa. Mohou existovat agnosie a nutnost monitorování dýchání po dobu 48 – 72 hodin by se měly zvážit při podání dávky 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:** U současném podání vakcíny Infanrix hexa s kombinovanou vakcínou proti spalničkám, příušnicím a zářetku nebo s vakcínou proti zářetku, tetanu a pertusi (například s vakcínou Infanrix hexa) nebyly zaznamenány žádné významné interakce. Který by umělely stanovit omezení doporučení. Údaje vycházející ze současného podání Infanrixu hexa a Prevenaru (přesunovacího seštaného konjugovaného vakcíny, adsorbovaného) neukazují při základní vakcinaci 3 dávkami u 3 dětí z antigenů klinicky relevantní protilátkové odpovědi. **Těhotenství a kojení:** Údaje nejsou k dispozici. **Nežádoucí účinky:** Podobně jako u DTPa vakcín a kombinovaných vakcín obsahujících DTPa byla po podání dávky vakcíny Infanrix hexa pozorována vyšší míra reakcí než u základního očkování. Množství nežádoucí bezpečnosti proti nežádoucím účinkům je založeno 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: sechlápnutí, nevolnost, podrážděnost, neklid, horečka 38°C , lokální otok v místě vpichu (≤ 50 mm), úvratek, bolest, zarudnutí, nervozita, přejí, zvracení, horečka $> 39^{\circ}\text{C}$, reakce v místě vpichu, závažné podráždění, lokální otok v místě vpichu (> 50 mm). U dětí očkovacích v rámci základního očkování obsahujícího apoxální komponentu složku je po přeložení předložky podání vakcíny otok ve směru o částečně očkování se zhoršoval. Tyto reakce odešly průměrně za 4 dny. **V klinických studiích, ve kterých bylo současně podána vakcína Infanrix hexa s vakcínou Prevenar jako posilovací (čtvrtá) dávka těchto vakcín, byla zaznamenána horečka nad 38°C u 43,4 % kojenců očkovacích současně vakcínou Prevenar a vakcínou Infanrix hexa, ve srovnání s 30,5 % kojenců očkovacích samotnou hexavalentní vakcínou. Horečka vyšší než 39°C byla zaznamenána u 2,0 % 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 hypotonicko-hyporezpondivních epizod.⁹ **Inkompatibility:** 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 de l'Institut 89, B-1330 Rixensart, Belgie. **Registrační číslo(a):** EU/1/00/152/001-008. **Datum první registrace/prodloužení registrace:** 23. 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 předepisováním léku se prosím seznámta s úplnou informací o přípravku, kterou najdete v Souhrnu údajů o přípravku na www.gsk.com/patients 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 k 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 očkovacích jedinců vyvolána ochranná imunitní odpověď.

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Koalice soukromých lékařů	6
	Usnesení regionálních konferencí	7
	Usnesení Sněmu SPLDD	8
	Mýty a omyly o praktickém lékařství pro děti a dorost (PLDD)	10
	Seznam zkratk specializací	11
	MUDr. Alena Šebková	
	Aktivity antivakcinistů – stížnost k Evropskému soudu pro lidská práva	12
	Informace OSPDL ČLS JEP	18
	Doc. MUDr. Rastislav Maďar, Ph.D., MBA, FRCPS	19
	Vybrané aspekty problematiky importovaných nákaz	
	MUDr. Tomáš Nečas	25
	Febrilní křeče – méně je někdy více	
	MUDr. Jana Djakow	
	Evropská doporučení pro resuscitaci dětí a novorozenců: Guidelines 2015	27
	X. kongres primární péče – Kulaté stoly	31
	Ze světa odborné literatury	35
	Aktuality	36
	Řádková inzerce	37
	Autodidaktický test, Vzácná onemocnění	38
	Komunikační karty pro pacienty cizince a zdravotníky – španělština	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

GSK
HARPAG
HIPP
MSD
NESTLÉ

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

Foto na titulní straně: ordinace MUDr. Jitky Čísecké

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.

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

Odborná garance: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

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

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

Jazykové korektury: Bohumila Weilová
Grafické zpracování: Michal Semerák

Úřední hodiny SPLDD ČR

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

Sekretariát:
U Hranic 16, 100 00 Praha 10

telefon: 267 184 065
fax: 267 184 050

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



Vážení přátelé,

dovolte mi v této nelehké době pro PLDD trochu jiný pohled.

Denně odléčíme spoustu pacientů, vyřešíme ledajakou lapálii s technikou, zdravotní pojišťovnou, kontrolami bezpečnosti práce (nemocnice na to mají celé oddělení), kontrolami SÚKL, trápíme se s narůstající administrativou, a přesto máme sílu se opět zeptat: Pojd'te dál, co potřebujete?

Kde bereme tu energii?

V minulém týdnu přišel do ordinace otec mojí mladé sestřičky, podíval se po prosluněné ordinaci vybavené počítači a mnoha přístroji pro rychlou diagnostiku, pak se obrátil na zdravého baculatého novorozence a hezkou maminku a zhodnotil to, co dávno víme – že máme hezkou práci.

Měla jsem možnost strávit část dovolené v daleké Asii a uvědomila jsem si, že se nám daří dobře. Neměli bychom zapomenout, co je totalita, chudoba, špatná hygiena, studium bez svobodného přístupu k informacím, život bez možnosti cestování po světě i jiných výhod, které již považujeme za zcela samozřejmé.

Přeji nám všem, abychom měli možnost ještě dlouho pracovat ve svých prosperujících ordinacích, v krásné malé zemi s vysokým evropským standardem.

Nemyslí si, že náš obor umírá. Každý měsíc některý z mediků žádá o stáž v ordinaci PLDD, každý měsíc potvrzují několik žádostí o přijetí do oboru. Překvapivě některé okresy nápadně omládlý. Pro příklad Praha 1 má věkový průměr 45 let, Praha 6 má průměr 53 let, Praha 9 má 52,5 roku. Víím o několika dalších ordinacích, které čeká nový pediatr. Jsou jistě lokality, kde se praktik hledá těžko a prodej praxe je pro seniora noční můrou. Kolegové několik let hledají někoho solidního, komu by praxi mohli přenechat.

To bylo, je a bude. Lékařů je málo v mnoha oborech. Za minulého režimu byly neatraktivní lokality obsazovány na umístěnky, dnes mladí lékaři za násobně vyšší platy odcházejí do zahraničí. Problémy asi nevyřeší ani ministerstvo zdravotnictví s novou koncepcí vzdělávání lékařů. Více se projevují politické zájmy než skutečná snaha situaci řešit.

Často si vzpomenu na dr. Neugebauera, který pod chlapeckým úsměvem s věčným optimismem skrýval diplomatickou profesionalitu. Byl ovšem v nesporné výhodě, byl muž a muži spolu drží pačku, jak to hezky nazvala Magda Vášáryová. Většina našich partnerů z MZ, ZP i zástupců státní správy jsou muži. Známe to z autoservisu, rozdílného finančního odměňování, z politiky i ekonomiky.

Oběma předsedkyním i celému předsednictvu patří naše velké poděkování za úsilí, se kterým hájí náš obor proti slovným profesorům, kteří je často nevybíravě napadají za jejich stanoviska.

Můžeme se těšit z dobře fungujícího systému vzdělávání mladých lékařů formou rezidenčních míst. Každoročně atestuje kolem 50 PLDD. V tomto roce nám ministerstvo zdravotnictví opět přiznalo 26 rezidenčních míst. Děláme vše pro to, aby byla bezezbytku obsazena, případně navýšena. Přejí bychom si, aby naše starší kolegy nahradili mladší, kteří budou hájit PLDD stejně zaníceně, jako jsme to po mnoho let dělali my.

Přeji hezké léto všem pediatrům a jejich pacientům.

MUDr. Ivana Nulíčková

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

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

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

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

1. 9. 2016

Poruchy menstruačního cyklu u adolescentních dívek

MUDr. Hana Kosová, Ph.D., IFEPAG
JL Klinika, Praha



OSPDL ČLS JEP



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

Dne 26. 4. 2016 proběhlo na půdě Petičního výboru Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky veřejné slyšení k předané petici za zachování základního atestačního oboru „Praktické lékařství pro děti a dorost“. Bylo předáno 104 364 podpisů. Zpravodajem byl Mgr. Bc. Radim Holeček. Spolu se zástupci SPLDD a OSPDL se tohoto slyšení zúčastnili také zástupci rodičů, někteří poslanci zdravotního výboru PSP a další. Přepis zvukového záznamu je k dispozici na stránkách Poslanecké sněmovny, na webu SPLDD rovněž, spolu s prezentacemi, které tam zazněly.

Během posledního měsíce jsme byli svědky kampaně ČLK nazvané Zdravotnictví volá o pomoc. Stanovisko Koalice soukromých lékařů, které jsme podpořili, bylo odsouhlaseno jednohlasně předsednictvem SPLDD, které je nejvyšším orgánem mezi konferencemi SPLDD.

Ve dnech 20. až 22. 5. 2016 se konal sněm SPLDD, kterého se pravidelně účastní zástupci všech okresů ČR. Výstupy jednání byly jednoznačné: podpora oboru PLDD a nesouhlasné stanovisko s aktivitami ČLK, které jdou proti zájmu PLDD. Nesouhlasíme se zpochybňováním kvality a bezpečnosti práce v našich ordinacích. Naše pacienty naopak ohrožuje plánované rušení oboru PLDD, které vedení komory přes naše argumenty veřejně prosazuje. Celé prohlášení najdete na webu SPLDD.

26. 4. 2016 proběhlo veřejné slyšení k petiční akci za zachování oboru PLDD, jak bylo zmíněno v úvodu přehledu. Jednání se zúčastnilo poměrně značné množství nejen lékařů, ale i rodičů a ostatních, kterým není naše problematika lhostejná. Za petenty v úvodu vystoupila předsedkyně SPLDD ČR MUDr. Ilona Hülleová, dále zpravodaj pan poslanec Radim Holeček a následně další zástupce petentů předsedkyně OSPDL MUDr. Alena Šebková. Poté následovalo vystoupení zástupce MZ ČR náměstka pro zdravotní pojištění MUDr. Toma Philippa. Prezentace jsou k dispozici a budou zveřejněny na našem webu, taktéž je k dispozici kompletní písemný záznam z jednání. Jako další se do následné diskuse zapojili poslanci, zástupci PLDD, rodiče, místopředseda výboru České pediatrické společnosti JEP MUDr. Biolek a další. Na tomto slyšení byl MUDr. Verdánovou přečten dopis kolegy Tomáše Soukupa, který se nemohl na jednání z pracovních důvodů ze Švýcarska dostavit a plně podpořil zachování našeho oboru. Na naši podporu promluvili také rodiče, kteří si našli čas a vážili leckdy dlouhou cestu na toto jednání, aby podpořili PLDD a ocenili tímto postojem i naši práci. V diskusi vystoupil také zpravodaj zákona poslanec David Kasal, poslanci Karel Fiedler, Ludvík

Hovorka, Pavel Plzák a další. V neposlední řadě na závěr přednesla svou prezentaci vedoucí katedry PLDD MUDr. Hana Cabrnchová. Na jednání zazněla konkrétní data, čísla, grafy a spousta nezodpovězených otázek, na které bychom rádi slyšeli odpovědi zejména od předkladatele a také od zpravodaje chystané novely zákona.

30. 4. 2016 se konala v Plzni poslední regionální konference, tentokrát západočeského regionu.

3. 5. 2016 proběhlo jednání Koalice soukromých lékařů. Na programu jednání byla **schůzka zástupců Koalice s prezidentem ČLK Milanem Kubkem, který požádal o setkání a diskusi k probíhajícím aktivitám obou organizací. Pan prezident se na jednání bez omluvy nedostavil.** Zápis z jednání najdete na stránkách časopisu VOX.

7. 5. 2016 se uskutečnila v Brně vzdělávací akce Zdravotnické fórum „Infekce od A do Z“, která se zabývala problematikou cizinců v našich ordinacích. Zaměřena byla především na aktuální problematiku onemocnění migrantů, možnosti pojištění cizinců, očkování dětí cizinců, preventabilní onemocnění a další.

20. 5. 2016 se sešlo v předvečer Sněmu SPLDD na svém plánovaném jednání předsednictvo SPLDD a výbor OSPDL.

21.–22. 5. 2016 se konal tradiční Sněm SPLDD, tentokrát netradičně v krásném prostředí města Tábor. Pořadatelství se ujal jihočeský region a zhostil se tohoto úkolu výborně. Sněmu se zúčastnilo 75 zástupců okresů a regionů v ČR, předsednictvo SPLDD a výbor OSPDL. Nosným tématem jednání bylo zachování oboru PLDD, úhrady pro subsegment PLDD v roce 2017 a projednávání současné kampaně ČLK a její aktivity směřující proti zájmům PLDD. Jedná se zejména o rušení oboru PLDD, zpochybňování kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče. Sněm vydal Prohlášení k médiím a Prohlášení k ČLK, které je součástí dopisu adresovaného prezidentovi ČLK Milanu Kubkovi.



Koalice soukromých lékařů

■ Zápis z jednání Koalice soukromých lékařů 3. 5. 2016

Přítomni: dr. Chrz, dr. Dvořák, dr. Jojko, dr. Hülleová, dr. Kudyn, dr. Šmatlák, dr. Šonka, dr. Houba, dr. Tautermann
Host: Mgr. et Mgr. Vojtěch

1. Diskuse s dr. Milanem Kubkem, prezidentem ČLK

- Dr. Kubek se na jednání bez omluvy nedostavil, přestože měl o setkání s KSL zájem.

2. Diskuse s Mgr. et Mgr. Adamem Vojtěchem, poradcem ministra financí pro oblast zdravotnictví

- Zástupci KSL opakovaně zdůraznili svou nespokojenost s jednostranným navyšováním finančních prostředků do lůžkových zařízení. Konkrétní čísla dokládají rozbor Analytické komise. Protesty Koalice nejsou v žádném případě namířeny proti lékařům v nemocnicích, ale proti nesystémové zdravotní politice státu.
- Zástupci KSL diskutovali s Mgr. Vojtěchem o rozdílech mezi zdravotní péčí v lůžkových zařízeních a privátním sektoru. Pracovní podmínky soukromých lékařů a lékařů v nemocnicích není možné srovnávat. Lékaři v soukromých zdravotnických zařízeních ošetřují pacienty bez zázemí nemocnice a bez sociálních jistot, které pracovníkům lůžkových zařízení plynou ze zaměstnaneckého poměru.
- Podle informace Mgr. Vojtěcha bude ministerstvo financí před rozdělováním finančních prostředků z plateb za státní pojištění v roce 2017 požadovat po ministerstvu zdravotnictví analýzu toku peněz ve zdravotnictví.
- Diskuse k lékařské pohotovostní službě se týkala zejména snahy některých krajských úřadů organizovat LSPP direktivně. Lékaři se pohotovostem nebrání, ale odmítají pracovat nad rámec svých fyzických možností, v nevyhovujících prostorech a bez potřebného zázemí. V ČR zcela

chybí jednotná koncepce k zabezpečení péče o pacienty po ordinčních hodinách. Vzhledem k věkové struktuře a nerovnoměrnému rozložení lékařů v jednotlivých regionech je nezbytná redukce LSPP na rozumnou míru. Zdravotní péče v ČR se nadužívá, není nutné mít pohotovostní službu v každé obci.

3. Pozměňovací návrh poslance Mariana Jurečky

- KSL souhlasí se stanoviskem SPL ČR zpracovaným Mgr. Uhrem.

4. Podpora SPLDD – sloučení klinického oboru dětské lékařství a oboru primární péče praktické lékařství pro děti a dorost do jednoho oboru pediatrie

- Dr. Hülleová požádala KSL o oficiální podporu petice za zachování oboru. Text byl schválen již na dubnovém jednání KSL v loňském roce. Na hlavičkovém papíře s podpisy členů KSL bude zaslán dr. Hülleové pro potřebu SPLDD ČR.

5. Různé

- Reakcí na zprávy v médiích, podle kterých má dojít k navýšení příjmů zdravotnických pracovníků ve státních a krajských lůžkových zařízeních, je prohlášení KSL (viz přílohu), zasláné dne 4. 5. 2016 MZ ČR, prezidentu ČLK, ředitelům zdravotních pojišťoven, poslancům, senátorům a médiím.
- Ministru zdravotnictví a náměstku pro zdravotní pojištění byl zaslán e-mail s připomenutím slibu finančního posouzení návrhu formulace KSL pro úhradovou vyhlášku na rok 2017, podle níž by bylo možné kompenzovat výpadek příjmů za zrušení regulačních poplatků bez limitu.
- Podle informace dr. Chrze MŽP připravuje nový zákon o odpadech, který mimo jiné ukládá indikujícím lékařům povinnost kontrolovat, jakým způsobem jejich pacienti nakládají s nebezpečným odpadem.

Termíny dalších jednání KSL – 18.30, Apolenka 7. 6. 2016

V Praze dne 10. 5. 2016

Zapsala: Mgr. Zina Sladkovská

■ Prohlášení Koalice soukromých lékařů (KSL) k navýšení příjmů zdravotnických pracovníků ve státních a krajských lůžkových zařízeních

Koalice soukromých lékařů, která zastupuje zhruba polovinu lékařů v ČR, zaregistrovala mediální zprávy, podle kterých má dojít k navýšení příjmů zdravotnických pracovníků ve státních a krajských lůžkových zařízeních. To bereme na vědomí, ale zároveň důrazně žádáme, aby zcela stejné navýšení příjmů bylo realizováno i v ostatních, zejména soukromých zdravotnických zařízeních. Procento finančních prostředků v systému veřejného zdravotního pojištění jdoucích do lůžkových zařízení je v ČR již dnes výrazně vyšší, než je obvyklé v EU. Nepovažujeme za žádoucí, aby se tento nepoměr dále zvyšoval.

Za koalici soukromých lékařů:

MUDr. Pavel Chrz, prezident České stomatologické komory, mluvčí Koalice

MUDr. Zorjan Jojko, předseda Sdružení ambulantních specialistů ČR

MUDr. Václav Šmatlák, předseda Sdružení praktických lékařů ČR

MUDr. Ilona Hülleová, předsedkyně SPLDD ČR

MUDr. Vladimír Dvořák, předseda Sdružení soukromých gynekologů ČR

V Praze dne 4. 5. 2016



www.detskylekar.cz

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost České republiky





Usnesení regionálních konferencí

■ Usnesení Regionální konference SPLDD ČR, Praha a Středočeský kraj, 7. 4. 2016

Konference bere na vědomí:

- Zprávu o činnosti regionu Praha + Středočeský kraj, přednesenou MUDr. Němečkem
- Zprávu o hospodaření za rok 2015, přednesenou MUDr. Růžkovou
- Revizní zprávu, přednesenou MUDr. Kopeckým

Konference schvaluje:

- Návrh rozpočtu na rok 2016

Konference bere na vědomí:

- Informace přítomných hostů (některých ZP, zástupců VV SPLDD a OSPDL)

Konference podporuje:

jednání zástupců SPLDD ČR a OSPDL JEP o zachování oboru Praktické lékařství pro děti a dorost

Konference doporučuje:

- VV pokračovat v jednání se zástupci státu o podpoře PLDD při realizaci povinného očkování, vytvoření finančního fondu pro odškodnění prokázaných nežádoucích účinků povinného očkování.
- VV jednat s MZ ČR o navýšení počtu rezidenčních míst, vzhledem k rostoucímu zájmu mladých absolventů lékařských fakult o náš obor.
- VV pokračovat v jednání se zdravotními pojišťovnami o navýšení úhrad pro příští rok.
- VV prosazovat, aby se dále neprohluboval rozdíl mezi nárůstem úhrad do nemocnic a do ambulantního sektoru.
- VV za pomoci právníků vypracovat doporučené postupy při přijetí do péče dítěte narozeného doma a s tím související následné preventivní péči.
- Pověřeným osobám ukládá zkontrolovat mailingový list svých členů vzhledem k tomu, že veškerá komunikace bude nadále probíhat pouze elektronicky.
- Zmapovat problematiku generační výměny v jednotlivých okresech. Zároveň oslovit mladé začínající PLDD k zapojení do práce SPLDD.

Konference podporuje prohlášení KSL k situaci ve zdravotnictví a aktivitám ČLK ze dne 6. 4. 2016.

Za Návrhovou komisi: MUDr. Ruth Adamová, MUDr. Romana Benešová, MUDr. Jaroslava Chaloupková

■ Usnesení společné konference SPLDD ČR Libereckého a Ústeckého kraje konané dne 16. 4. 2016 v Ústí nad Labem

Konference zvolila:

Mandátovou komisi ve složení: MUDr. Látalová, MUDr. Johnová, MUDr. Svobodová

Návrhovou komisi ve složení:

MUDr. Hromádková, MUDr. Lešanovská, MUDr. Michalík

Konference schválila předložený program

Konference vzala na vědomí:

- zprávu o činnosti za předchozí období přednesenou předsedkyní SVČ regionu MUDr. Balatkovou
- zprávu o hospodaření za minulé období přednesenou pokladníkem SVČ regionu MUDr. Sudkovou

Konference schválila:

- návrh rozpočtu SVČ regionu na rok 2016

Konference přijala:

- zprávu krajského zástupce kontrolní komise SVČ regionu za uplynulé období MUDr. Michalíka

Konference dále vzala na vědomí: vystoupení hostů, odborné přednášky

Konference podporuje výkonný výbor SPLDD a OSPDL v úsilí o zachování samostatného základního oboru PLDD

Konference nesouhlasí s kroky prezidenta ČLK MUDr. Kubka, ve kterých upřednostňuje zájmy nemocnic a lékařů v nich pracujících před ambulantní sférou.

Konference vyzývá: členy SPLDD k větší účasti a aktivitě na akcích Sdružení a OSPDL.

V Ústí nad Labem dne 16. 4. 2016
MUDr. Hromádková, MUDr. Lešanovská,
MUDr. Michalík

■ Usnesení konference SPLDD východočeského regionu konané dne 23. 4. 2016

Mandátová komise: MUDr. Chaloupková, MUDr. Janečková, MUDr. Prokopová

Návrhová komise: MUDr. Plšek, MUDr. Bartoňová, MUDr. Svobodová

Konference bere na vědomí zprávu o činnosti SPLDD východočeského regionu za rok 2015, kterou přednesl MUDr. Hrunka.

Konference bere na vědomí zprávu o hospodaření východočeského regionu za rok 2015, kterou přednesla MUDr. Doležalová.

Konference bere na vědomí zprávu kontroly VČ regionu za rok 2015, kterou přednesla MUDr. Zavřelová.

Konference schválila jednohlasně rozpočet na rok 2016.

Konference opět vyzývá členskou základnu k větší účasti na akcích SPLDD a navrhuje odstupňování výše členských příspěvků na základě účasti na konferencích.

Konference ukládá výkonnému výboru SPLDD ve spolupráci s OSPDL dále jednat a bojovat o zachování oboru PLDD.

Konference podporuje zachování povinného systému očkování.

Konference ukládá výkonnému výboru SPLDD ve spolupráci s OSPDL dále jednat s MZ o vytvoření fondu odškodnění nežádoucích účinků po očkování.

Konference ukládá výkonnému výboru jednat se zdravot. pojišťovnami o zjednodušení systému nadstandardních preventivních programů (např. „očkovacích akcí“) pro pacienty cestou obecného finančního bonusu na kalendářní rok.

Konference apeluje na členy SPLDD, aby v maximální míře podpořili připravované akce za zachování oboru PLDD.

Konference ukládá regionálním zástupcům projednat ochotu členů k dalším akcím na podporu zachování atestačního oboru PLDD.

Konference vyzývá členy dále diskutovat s rodiči o důležitosti zachování oboru PLDD včetně hledání nových forem podpory (např. rodiči navrhované přímé oslovení poslanců).

Konference podpořila prohlášení Koalice soukromých lékařů (KSL) k situaci ve zdravotnictví a k mediálním prohlášením České lékařské komory z 7. 4. 2016

Zapsal MUDr. Martin Plšek



■ Usnesení Konference západočeského regionu SPLDD konané dne 30. 4. 2016 v Plzni

Konference byla zahájena v 14 hod., konstatovala, že je přítomno 40 členů ze 181 a proto není usnášeníschopná, ukončila své jednání a stanovila náhradní termín konference na 30. 4. 2016 v 14:15 hod.

Konference:

I. schválila:

- program konference
- volbu pracovních komisí ve složení:
 - Mandátová komise: MUDr. Osičková, Galeková, Florianová
 - Návrhová komise: MUDr. Tomčalová, Frantová, Vyhliďková, Jirků
- rozpočet na rok 2016
- konání jednodenní konference regionu v roce 2017 v návaznosti na páteční vzdělávání

II. bere na vědomí:

- zprávu o činnosti regionu za rok 2015 přednesenou regionální předsedkyní MUDr. Zdeňkou Růžičkovou
- zprávu o hospodaření regionu za rok 2015 přednesenou reg. pokladníkem MUDr. Ivou Kubiasovou

- zprávu MUDr. Jarmily Aronové, člena kontrolní komise

III. vyslechla:

- Informace vedoucího zdravotního odboru KÚ Plzeňského kraje Mgr. Jana Karáska
- Informace zdr. ředitelky ČPZP divize Západ Ing. Šárky Strolené
- Informace předsedkyně OSPDL ČLS JEP MUDr. Aleny Šebkové
- Informace místopředsedy VV SPLDD ČR MUDr. Ctirada Kozderky

IV. ukládá:

- Všem členům regionu aktivně se zapojit do činnosti SPLDD.
- Vyzývá VV k jednání s VZP o proplácení administrativních úkonů souvisejících s vyplněním přihlášky na klimatické pobyty Mořský koník bez podmínky realizace pobytu

V. vyzývá:

- Akreditační komisi PLDD, aby požádala MZ o navýšení počtu rezidenčních míst pro obor PLDD tak, aby mohlo docházet k bezproblémové generační výměně PLDD
- MZ ke zjednodušení administrativy rezidenčních míst
- OSPDL ke změně požadavků na získání akreditace tak, aby se rozšířila síť akre-

ditovaných pracovišť a přitom nedošlo ke snížení kvality postgraduálního vzdělávání

- Členy SPLDD okresu Klatovy k navázání spolupráce s regionem

VI. podporuje

- Další vyjednávání o zachování samostatnosti základního oboru PLDD

VII. konstatuje

- že v obou krajích není problém se zajištěním dětské LPS
- že v některých lokalitách hrozí v krátké době omezení dostupnosti primární péče v oboru PLDD, pokud nebude systémově řešen příliv mladých lékařů do oboru.

VIII. žádá

- Předsednictvo SPLDD o řešení pasivity členské základny

IX. vyjadřuje

- souhlas s Prohlášením Koalice soukromých lékařů (KSL) k situaci ve zdravotnictví a k mediálním prohlášením České lékařské komory

Usnesení schváleno všemi přítomnými členy.

Usnesení Sněmu SPLDD ze dne 21. 5.–22. 5. 2016, konaného v Táboře

Sněm vyslechl zahájení předsedkyně SPLDD MUDr. Ilony Hulleové.

Sněm zvolil komise:

- mandátovou ve složení: MUDr. Fastrová, Srncová, Růžičková
- návrhovou ve složení: regionální předsedové SPLDD a MUDr. Rytíř

Sněm konstatuje dle výstupů z regionálních konferencí, že

- byla všude projednávána podobná témata,
- účast členské základny je i nadále nízká (20–25 %),
- pasivita členské základny je zarážející,
- se projednával hlavně obor, všechny konference podporují zachování oboru,
- apeluje na členy: podpořit akce na obranu oboru, diskutovat s rodiči, oslovovat představitelé politických stran

- řada PLDD má stále nejasnosti v posudkové činnosti
- v rámci vzdělávání PLDD stoupá počet akcí, ale klesá zájem ze strany kolegů
- je podhodnocována vlastní práce některých lékařů nevybíráním plateb od klientů v náležité výši
- je nezbytné omezit administrativu v ordinaci PLDD

Sněm vyzývá OSPDL, aby jednala s MZ

- o zjednodušení byrokratických postupů při přiznávání akreditace a přidělování rezidenčních míst,
- o vytvoření fondu na odškodňování nežádoucích reakcí očkovacích látek

Sněm žádá, aby i ze strany OSPDL a akreditační komise byla změkčena kritéria pro získání akreditace v oboru PLDD.

Sněm doporučuje VV, aby s MZ řešil nedostupnost běžných léků na trhu.

Sněm konstatoval nízké zapojení členů do programu VZP Akord a doporučuje členům se do něj více zapojit.

Sněm doporučuje VV SPLDD přijmout na DŘ o úhradách na rok 2017 návrh úhradového dodatku VZP.

Sněm konstatoval, že Vojenská zdravotní pojišťovna adekvátně nekomunikuje, neuznává certifikát SPLDD o vzdělávání, a doporučil členům zvážit obnovení smlouvy.

Sněm diskutoval očkovací preventivní programy VZP.

Sněm konstatuje, že je nedostatek dětských specialistů a kapacita těch stávajících je zneužívána pacienty přicházejícími k nim bez doporučení ošetřujícího lékaře.

Sněm konstatuje, že přetrvává problematika automatického odregistrování pacienta od



lékaře, pokud pojištěnec změní zdravotní pojišťovnu.

Sněm konstatuje, že i nadále dochází k přeregistracím pacientů do jiných pojišťoven způsobem odporujícím legislativě, tzv. „na ulici“.

Sněm podporuje aktivity Koalice soukromých lékařů k současné situaci ve zdravotnictví.

Sněm i nadále podporuje účast řádně zvolených zástupců vedení SPLDD v KSL.

Sněm diskutoval problematiku LPS, konstatoval, že v ČR není významnější problém se zajištěním LPS pro děti a dorost.

Sněm konstatuje, že PLDD ve svých zdravotnických zařízeních garantují kvalitu lékařské péče, ČLK naopak podporou zrušení oboru PLDD a dalšími odborářskými aktivitami kvalitu péče o děti ohrožuje.

Sněm navrhuje změnu zákona o komorách, zejména zrušení povinného členství v ČLK, protože komora dlouhodobě nehájí zájmy PLDD a vystupuje proti nim.

Sněm kategoricky nesouhlasí s tím, že ČLK podporuje zrušení oboru PLDD jako základního oboru primární péče.

Sněm i nadále jednoznačně podporuje zachování oboru PLDD jako základního oboru primární péče.

Součástí tohoto usnesení je samostatné prohlášení Sněmu SPLDD a dopis prezidentu ČLK.

■ Prohlášení Sněmu Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR konaného v Táboře ve dnech 21.–22. 5. 2016

Praktičtí lékaři pro děti a dorost odmítají zastrašování veřejnosti ze strany vedení ČLK. Prohlašujeme zodpovědně, že ve svých ordinacích garantujeme kvalitu a bezpečnost zdravotní péče poskytované dětem.

Naše pacienty naopak ohrožuje plánované zrušení oboru Praktický lékař pro děti a dorost, které vedení komory přes naše argumenty veřejně prosazuje.

Dva tisíce praktických lékařů pro děti a dorost, kteří jsou zákonem nuceni být členy České lékařské komory, s postupem vedení ČLK nesouhlasí. Vedení ČLK vystupuje proti našim zájmům a proti zájmům našich pacientů.

Podporujeme navýšení finančních prostředků do zdravotnictví, ale nesouhlasíme s tím, aby byly tyto finance s podporou komory směřovány pouze do platů zaměstnanců nemocnic.

■ Sněm SPLDD – dopis prezidentu ČLK

Vážený pan
MUDr. Milan Kubek
prezident České lékařské komory

Vážený pane prezidente
v návaznosti na zveřejněný článek „PROČ? Útok na komoru a nekolégiální jednání“ v Tempus Medicorum 5/2016 (str. 29) a zejména s odkazem na odstavec Stanovisko ČLK, Vámi podepsaný, ve kterém sdělujete čtenářům časopisu Tempus názor na aktivity Koalice soukromých lékařů, se touto záležitostí zabýval ve svém programu sněm okresních zástupců praktických dětských lékařů, který proběhl 22. 5. 2016 v Táboře.

Účastníci Sněmu přijali po obsáhlé diskusi následující prohlášení:

„Sněm podporuje účast zástupců vedení SPLDD v Koalici soukromých lékařů (KSL). Souhlasí s aktivitami KSL, které vnímají jako přirozenou protiváhu odborářskému směřování ČLK, podporovanému jeho současným vedením. Odmítají názor vedení ČLK o neko-

legalitě soukromých lékařů při oprávněném prosazování zájmů lékařského stavu.

Žádají účastníky nadcházejícího sjezdu ČLK, aby zvážili možnost vnitřní reorganizace ČLK tak, aby byla umožněna větší názorová pluralita na půdě ČLK. Přispělo by to k udržení kolegiální jednoty lékařského stavu tak, jak po tom voláte.

Praktičtí lékaři pro děti a dorost odmítají zastrašování veřejnosti ze strany ČLK.

Prohlašujeme zodpovědně, že ve svých ordinacích garantujeme kvalitu a bezpečnost zdravotní péče poskytované dětem. Naše pacienty naopak ohrožuje plánované zrušení oboru Praktický lékař pro děti a dorost, které vedení komory přes naše argumenty veřejně prosazuje.

Většina dětských praktiků, kteří jsou nuceni být členy ČLK, s postupem vedení ČLK nesouhlasí. Domnívají se, že ČLK vystupuje proti našim zájmům a zájmu našich pacientů.

Podporujeme navýšení finančních prostředků do zdravotnictví, ale zásadně nesouhlasíme s tím, aby byly tyto finance s podporou ČLK směřovány pouze na platy nemocničních zaměstnanců.“

Vážený pane prezidente,
spolu s Vámi se domníváme, že zdravotnictví tvoří jeden logický celek a udržení kolegiální jednoty všech zdravotníků je v jejich společném zájmu. V čem se ale lišíme, jsou způsoby a možnosti, jak nutných a potřebných změn zdravotnického systému dosáhnout.

V úctě

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

V Praze 25. 5. 2016



Mýty a omyly o praktickém lékařství pro děti a dorost (PLDD)

Ze strany opozice jsme zaznamenali řadu kritických slov proti naší snaze udržet současný systém poskytování zdravotní péče dětem se zachováním samostatného oboru praktického lékařství pro děti a dorost. K těmto výroky uvádíme vysvětlení a protiargumenty.

■ Vtahování laické veřejnosti do problematiky postgraduálního vzdělávání

Na základě informací v tisku se rodiče dotazovali v ordinacích PLDD, co se děje a jaká bude budoucnost péče o jejich děti. Vzhledem k absenci široké odborné diskuse k tvorbě novely zákona a pomíjení názorů PLDD nebyli dětští praktičtí lékaři schopni validní odpovědi, na základě toho vznikla petice jako demokratický prostředek vyjádření vůle. Odmítáme nařčení ze šíření informací „charakteru poplašné zprávy“. Lékaři vedou s rodiči racionální diskusi, nestraší je „úmrťmi“ ani odchodem. Laická veřejnost dobře chápe, že systém vzdělávání úzce souvisí se systémem poskytované péče.

Citace z dopisu dr. Gottfrieda Husse, prezidenta ECPCP (Evropská konfederace primární pediatrické péče): „Jsme přesvědčeni, že zdravotní péče poskytovaná dětem a adolescentům začíná na úrovni vzdělávání.“

■ Zprávy o tom, že v zahraničí si chtějí vzít příklad z odděleného systému vzdělávání našich PLDD, nejsou pravdivé

Citace z dopisu dr. Gottfrieda Husse, prezidenta ECPCP: „Dosud byly metody vzdělávání a hodnocení pro české školence, kteří chtějí pracovat v primární pediatrické péči, vedoucím modelem pro mnohé evropské státy. Teprve nedávno vyvinula ECPCP curriculum pro primární pediatrickou péči na základě českého curricula, které teď bude sloužit jako šablona pro všechny evropské státy s pediatrii pracujícími v primární péči.“

■ Jediná medicínská odbornost řešící komplexní potřeby dětí ve zdraví a nemoci v Evropě a světě

Poskytování primární péče tak, jak je zavedeno u nás, a to od 0 do 19 let, dlouhodobě,

kontinuálně a komplexně, je prakticky výjimečným systémem. V Evropě systém poskytování péče není jednotný, v cca 80 % států poskytuje péči dětem lékař s pediatrickým vzděláním, tzv. „primární pediatr“, pouze do 5 let věku (zdroj – časopis The Journal of Pediatrics, studie poskytování primární péče). Dále se na této péči podílejí všeobecní lékaři (GP), rodinní lékaři, zdravotní sestry, školní sestry, očkovací centra, školní očkovací sestry atd. Každý stát má nastaven systém, který mu vyhovuje, a tomu odpovídá systém vzdělávání. Prakticky nikde nepatří do komplexní péče primárního pediatra posudková služba, sociálně-právní otázky, otázky rodinných vztahů a práva, očkování v takovém rozsahu, jak poskytujeme u nás, systém preventivních prohlídek tak, jak je nastaven a poskytován téměř 100 % dětí a adolescentů u nás. Dle evropské směrnice může mít každý stát obor, který je „hoden zřetele“, jediný požadavek je na délku vzdělávání, kterou obor PLDD splňuje. Nevidíme důvod, proč by obor, který je dobře zavedený v ČR, měl být plně kompatibilní s Evropou, když tam tato péče poskytována není. Budoucí lékaře nevychováme pro Evropu, ale pro Českou republiku a její systém péče.

■ Kratší vzdělávací program PLDD významně omezuje pobyt a vzdělávání pediatra na lůžkovém pediatrickém oddělení, kde se má naučit především diagnostice a léčbě běžných, ale i méně častých a chronických nemocí

Evropský i celosvětový trend je v poskytování maxima péče ambulantní formou. Nemocniční zařízení je určeno pro závažná onemocnění, která nelze diagnostikovat či léčit ambulantně. Běžná onemocnění na lůžková oddělení nemocnic nepatří (pokud se tak stává, mohlo by být oddělení podezíráno z umělého zvyšování obloženosti). Ani dlouhodobé kontinuální sledování chronicky nemocných není výsostným posláním lůžkových oddělení, nýbrž je jednou z mnohých

náplní činnosti primární péče, i když ve spolupráci s odbornými ambulancemi.

Z toho také pramení změna a vývoj ambulantních diagnostických a léčebných metod, které se lékař pro primární péči v nemocnici nenaučí. Naprosto nezpochybňujeme nutnost pobytu školence na dětských lůžkových zařízeních, ale podstatná část musí být vedena právě v akreditovaných ordinacích PLDD, kde se kromě diagnostiky a léčby nemocí učí lékař i další výrazně odlišné náplni práce PLDD (viz výše). V této oblasti nelze zapomínat ani na výuku vedení samostatné praxe se všemi právními konsekvencemi.

■ Samostatné zkrácené popromoční curriculum PLDD toho času neumožňuje další odborný růst PLDD a vede slovy našich zahraničních partnerů ke vzniku kategorie „pediatrician light“

Toto vyjádření vychází pravděpodobně z různého pohledu na „odborný růst“ lékaře a z neznalosti systému vzdělávání v primární péči. Pokud za odborný růst považujeme získávání titulů – ani několik titulů před a za jménem nezaručí kvalitu a odbornou úroveň lékaře. Pokud se týká možnosti získání specializací, ta je skutečně navázána pouze na celé curriculum dětského lékařství, tedy pět let, a nikoli na tříletý pediatrický kmen, jak jsme navrhovali, a je již dnes příčinou nedostatku dětských specialistů.

Odborný růst primárního pediatra spočívá v kontinuálním vzdělávání PLDD, které je na rozdíl od mnohých jiných specializací velmi široké, a ve využívání těchto poznatků v praxi ve prospěch zdokonalování poskytované péče pacientům. V případě volné časové kapacity, mimo poskytování péče svým pacientům, PLDD přednášejí, píšou do časopisů, učí na lékařských fakultách, podílejí se na učebních materiálech pro mediky. Tudiž vyjádření o jakési kategorii „pediatrician light“ považujeme za hlubokou neúctu k práci PLDD a urážku lékařů, kteří atestovali v legitimním základním oboru primární péče!



■ Minimálně 80 % současných PLDD má právě atestaci z pediatrie I. stupně

Jedna atestace z pediatrie a pediatrické obvydy jsou historií. Atestace se skládala po 2,5–3 letech!!! (navzdory připomínkám i dnešní „zkrácený“ program PLDD má delší praxi u lůžka, než měli tehdejší lékaři). Rozsah náplně vzdělávání byl nesrovnatelný s nutnou náplní dnes. Lékaři přicházeli do praxe a doučovali se „za pochodu“. Lékař dnes pracuje ve zcela jiné situaci. Jakési všeobecné pediatrické vzdělání pro tak širokou oblast, kterou je primární péče o děti a dorost, nepřipraví mladého lékaře na samostatnou praxi – se všemi důsledky

snížení kvality a nenaplnění potřebné sítě. Primární péče o děti a dorost totiž není jen o vlastní pediatrii, ale má mnohem širší vazby na související obory jak medicínské, tak i nemedicínské.

■ Demografická situace a prostupnost

Vytvoření jednoho oboru nezajistí personální saturaci a stabilitu ani v primární, ani v sekundární sféře péče o děti a dorost. Souběžné poskytování péče částečně v nemocnici a částečně v ordinaci PLDD považujeme za popření principu primární péče. Prostupnost znamená určení jednoduchých podmínek pro přechod mezi obory, tak aby

mladí lékaři dostali plné vzdělání a u lékařů s atestací z jednoho oboru byla zohledněna ta část praxe, ve které již získali erudici, a byla doplněna jen ta část praxe, kterou potřebují pro vykonávání nového oboru v případě, že se pro změnu rozhodnou. Což je platné oboustranně.

V Praze dne 26. 4. 2016

MUDr. Alena Šebková
předsedkyně OSPDL ČLS JEP

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

Seznam zkratk specializací pro preskripční omezení stanovená jako podmínka úhrady ze zdravotního pojištění podle § 39b a násl. zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění ze dne 26. 4. 2016

ALG	alergologie a klinická imunologie
ANS	anesteziologie a intenzivní medicína
ATB	antibiotické středisko (vydává doporučení k předepsání a použití antimikrobiálních léčivých přípravků)
BOL	algeziologie, paliativní medicína
CHI	chirurgie, dětská chirurgie, cévní chirurgie, hrudní chirurgie, kardiokirurgie, orální a maxilofaciální chirurgie, neurochirurgie, plastická chirurgie, traumatologie
DER	dermatovenerologie, dětská dermatovenerologie, korektivní dermatologie
DIA	diabetologie
END	endokrinologie
GER	geriatrie
GIT	gastroenterologie, dětská gastroenterologie a hepatologie
GYN	gynekologie a porodnictví, dětská gynekologie
HEM	hematologie a transfúzní lékařství, dětská onkologie a hematologie
INF	infekční lékařství
INT	vnitřní lékařství
KAR	kardiologie, dětská kardiologie, angiologie

KVM	lékař se zvláštní odbornou způsobilostí v oboru Klinická výživa a intenzivní metabolická péče
NAV	návykové nemoci
NEO	neonatologie, perinatologie a fetomaternální medicína
NEU	neurologie, dětská neurologie
NEF	nefrologie, dětská nefrologie
NM	nukleární medicína
ONK	klinická onkologie, dětská onkologie a hematologie, radiační onkologie a onkogynéologie
OPH	oftalmologie
ORL	otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, dětská otorinolaryngologie, foniatrie
ORT	ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí, traumatologie
OST	klinická osteologie
PED	dětské lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost
PNE	pneumologie a ftizeologie, dětská pneumologie
POP	popáleninová medicína
PRL	všeobecné praktické lékařství
PSY	psychiatrie, dětská a dorostová psychiatrie, gerontopsychiatrie

RAD	radiologie a zobrazovací metody, neuroradiologie, intervenční radiologie, dětská radiologie
REH	rehabilitační a fyzikální medicína
REP	reprodukční medicína
REV	revmatologie, dětská revmatologie
SEX	sexuologie
STO	zubní lékařství, orální a maxilofaciální chirurgie
URG	urgentní medicína
URN	urologie, dětská urologie, urogynéologie
J4	specializované pracoviště pro léčbu dědičných poruch metabolismu
J5	specializované pracoviště pro léčbu defektu somatotropního hormonu
J7	specializované pracoviště pro léčbu renálního selhání – dialyzační jednotka
J9	specializované pracoviště pro léčbu hyperlipoproteinémie
J10	specializované pracoviště – transplantační centrum
F16	lékař s funkční licencí F016 – umělá výživa a metabolismus

Pro PLDD dochází ke změně zkratky z dosavadní PRL (nyní pouze všeobecný praktický lékař, dříve VPL i PLDD) na PED.



Aktivity antivakcinistů – stížnost k Evropskému soudu pro lidská práva

Vážení kolegové a kolegyně, myslím, že téměř všichni bojujeme ve svých ordinacích s rodiči, kteří bez valného důvodu a mnohdy velmi agresivně odmítají očkování nebo alespoň vyžadují velmi individuální schémata. Tito rodiče vycházejí z málokdy či téměř nikdy řádně odůvodněných „argumentů“, které jim předkládají někteří „rádobyodborníci“ na očkování. Je na nás, abychom se snažili racionálně pracovat a komunikovat s rodiči, abychom uměli uklidnit ty, kteří se až nepřiměřeně obávají, a abychom uchránili své vlastní duševní zdraví tam, kde veškerá snaha o racionální diskusi je marná. Z tohoto důvodu se vám jak od odborné společnosti, tak od profesní organizace dostává dostatek edukací v nejrůznějších formách.

Vzhledem k nutné komunikaci, které se rozhodně nebráníme, byla na základě požadavku z Poslanecké sněmovny zřízena při Ministerstvu zdravotnictví komise, ve které jsou zastoupeni zástupci MZ, poslanci, odborníci a pacienti, aby mohlo dojít k rozumné komunikaci a konsensu. Jako zástupce PLDD jsem v této komisi. Komise se v loňském roce sešla několikrát, výsledkem bylo i kompromisní vyjádření k mož-

nosti vstupu do MŠ. MUDr. Gricová, vedoucí naší PS pro očkování, vypracovala podkladový materiál kontraindikací očkování, který bude dále oponován příslušnými odborníky. Komunikujeme, vysvětlujeme...

Jaké tedy pro mne bylo překvapení, když jsem se dozvěděla, že přes tuto vstřícnost a komunikaci Společnost pacientů s následky po očkování a spolek Rozalio v lednu t.r. poslaly „stížnost“ k Evropskému soudu pro lidská práva na ČR i odborníky! V dopisech, které máme k dispozici, je vršena jedna nepravda na druhou, a co hůř, doslova kydána špína na všechny „žalované“, včetně PLDD. Proti tomuto podání jsem se jako zástupce PLDD důrazně ohradila. Dopis dávám k dispozici ke zveřejnění ve VOXu. Myslím, že z jeho obsahu pochopíte, co vše „děláme špatně“. Považuji toto jednání za ránu pod pás. Chci-li s někým komunikovat a vést racionální diskusi, nemohu se chovat tak, jak se zachovali představitelé dotčených spolků. Je namístě otázka, jak bude moci být tato racionální diskuse dále vedena.

MUDr. Alena Šebková

■ Zápis z jednání pracovní komise pro problematiku očkování konaného dne 3. 11. 2015 na MZ

Přítomní – viz prezenční listina

1) Hlavní hygienik ČR shrnul v úvodu jednání důvody, které vedly k odložení dvou navržených termínů zasedání pracovní komise, a současně přednesl návrh programu jednání dne 3. 11. 2015, se kterým byl přítomnými vysloven souhlas.

2) Informace MZ a reakce MZ na diskusi pracovní komise pro problematiku očkování na zasedání 14. 7. 2015

- Výklad pojmu MZ „řádně očkované dítě“ pro účely přijímání dětí do předškolních zařízení viz přílohu 1).
- Zavedení 3. třídy MŠ jako povinného vzdělávacího programu a povinnost požadavku na splnění povinnosti pravidelného očkování při přijímání dětí do MŠ – požadavek na pravidelné očkování dětí, docházejících do prvního a druhého ročníku MŠ v souladu s § 50 zákona 258/2000 Sb., i nadále trvá.
- Prodloužení platnosti potvrzení o zdravotní způsobilosti na přijímání dětí na zotavovací akce – zahrnuto do novely zákona č. 372/2011 Sb.

- Stav jednání k legislativní úpravě odškodňování za vznik závažných NÚ po provedení pravidelného očkování: definice uzlových bodů dle požadavku pana ministra. Jako uzlové body legislativní úpravy jsou navrženy:

- Řízení a financování
- Způsobilost nároků
- Míra dokazování
- Právo vést soudní spor
- Problematika procesu

Formulace uzlových bodů vychází z materiálu SZO, sjednocujícího společné prvky, na kterých je založen princip odškodňování v 19 státech světa. Materiál SZO (český překlad) byl rozdan členům PS pro problematiku očkování na místě. Přítomní byli informováni o konání semináře v listopadu 2015 v Ústavu státu a práva AV ČR, kam bude přizvána LLP a Rozalio – zajistí MZ. Termín zatím stanoven není.

3) Navržená téma LLP a Rozalia o.s. k projednání

- Očkování a povinná předškolní docházka – viz výše a dále výklad nálezu Ústavního soudu bod 93 sp. zn. Pl ÚS 16/14 viz přílohu 2). V této souvislosti bude i do SP (sérologických přehledů) 2016 za-

dáno sledování aspektu návštěvy do MŠ u odebraných dětí zařazených do SP 2126.

- MZ znovu upozorní KHS na jednotný výklad pojmu „řádně očkované dítě“ pro účely přijímání do MŠ; pokud existuje v praxi nejednotnost, je třeba, aby o.s. Rozalio, které na rozdílný výklad OOVZ upozornilo, tyto případy konkretizovalo.
- OSPLD ve spolupráci s MZ do příštího zasedání pracovní komise stanoví podrobnou specifikaci dočasných kontraindikací pravidelného očkování.
- LLP připraví do příštího zasedání pracovní komise analýzu ze svého pohledu „nelogičnosti“ požadavků daných zákonem č. 258/2000 Sb. na pravidelné očkování při přijímání dětí na zotavovací akce a do MŠ.
- K diskusi byla otevřena změna schématu očkování hexavakcínou 2 + 1 v rámci probíhající novely vyhlášky o očkování proti infekčním nemocem. Na jednání NIKO po proběhlém meziresortním připomínkovém řízení bude jako host přizvána LLP a Rozalio, dr. Petráš, p. poslanec MUDr. Kasal jako místopředseda pracovní komise. Podkladová zpráva pro změnu schématu zpracovaná dr. Petrášem je uvedena v příloze 3). Předmětem



jednání bude odborná analýza k provedení či neprovedení této změny schématu v podání hexavakcíny.

- Jednání MZ, VZP a České vakcinologické společnosti ČLS JEP k úhradě pravidelného očkování aplikovaného dětem jinými vakcínami, než stanoví vyhl. č. 537/2006 Sb. – jednání proběhlo v září 2015, nyní se čeká na stanovisko – metodiku úhrady od VZP.
- Poskytování PLDD informací o očkování rodičům, které jsou dle LLP a Rozalio v nedostatečné míře a nezohledňují individuální přístup k rodičům. Informace poskytované PLDD jsou uvedeny v příloze 4). Rozalio bude formulovat do konce roku 2015 návrh informačního minima, který bude posouzen OSPLD a dále bude toto minimum eventuelně vytisknuto jako leták pro rodiče Státním zdravotním ústavem.
- SY ASIA – adjuvantní látky se nevyskytují jen ve vakcínách. SÚKL eviduje jeden případ SY ASIA/rok. Spouštěcích mechanismů tohoto SY je celá řada.
- Podána informace o záměru zavést screening závažných vrozených poruch imunity, záměr je součástí Akčního plánu č. 7 Rozvoj programů zdravotního screeningu v ČR Národní strategie ochrany a podpory zdraví – Zdraví 2020
- Simultánní podání hexavakcíny a Prevenaru 13 – simultánní aplikace je v souladu s SPC vakcín. Rodiče jsou o výhodách a nevýhodách této aplikace vždy podle sdělení předsedkyně OSPLD informováni. Viz přílohu 5).
- Omezená kapacita očkovacích center k podávání informací lékařům ve věci provádění očkování. V současné době je zajišťováno prostřednictvím informačních stránek ČVS ČLS JEP a 24hodinovou službou na telefonu, kterou zajišťuje ČVS ČLS JEP, a dále prostřednictvím OSPLD ČLS JEP – toto téma bude předmětem jednání příštího zasedání pracovní komise. Logické by bylo, aby kapacita poradenství byla úlohou státu v rámci plnění úkolů na úseku ochrany a podpory zdraví.

4) Organizační návrhy jednání pracovní komise podané LLP a Rozalio

- Součástí pozvánky na příští jednání v lednu/únoru 2016 bude i program jednání.
- Zápisy z předchozích jednání pracovní komise jsou publikovány na webu MZ: 1. jednání:

http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zapis-z-1jednani-pracovni-komise-pro-problematiku-ockovani-10632_3322_5.html

2. jednání:

http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zapis-z-2jednani-pracovni-komise-pro-problematiku-ockovani-dne-1472015_10633_3322_5.html

Zápis je v souladu se statutem a jednáním řádem rozeslán k připomínkám členů pracovní komise. Případné širší připomínky k zápisu mohou být přílohou jeho finální verze.

I nadále bude zápis z jednání verifikovat předseda pracovní komise, hlavní hygienik ČR.

Přílohy dle textu

V Praze dne 6. 11. 2015

Zapsala: MUDr. Sylvie Kvášová, tajemník pracovní komise

Verifikoval: MUDr. Vladimír Valenta, Ph.D., předseda pracovní komise a hlavní hygienik ČR

■ Zde uvádíme základní teze z dopisu Evropskému soudu pro lidská práva, který zaslala Společnost pacientů s následky po očkování z.s. a Rozalio z.s.

Hlavní argumenty uvedené v dopisu Společnosti pacientů s následky po očkování:

Cíl organizace: zastupovat a reprezentovat pacienty a jejich příbuzné, kteří byli postiženi vedlejšími účinky očkování

Společnost:

- Pomáhá v komunikaci mezi poškozenými pacienty, vládními autoritami, poskytovateli zdravotní péče atd., řeší podněty sociální, zdravotní a právní svých členů.
- Vznikla na podkladě NOZ v r. 2014, hlavním důvodem vzniku byla pomoc při připomínkování novely zákona č. 258/2000 Sb., která obsahovala i větší sankce při nedodržení povinného očkování, a to jak neočkovaných, tak i částečně očkových nebo alternativně očkových.
- Hlavním cílem naší aktivity bylo, aby výše uvedené děti mohly navštěvovat školkou.
- Rodiče ve spolupráci s naší organizací vydali dvě brožury o negativních dopadech očkování s osobními příběhy.

- Zastupujeme ty, kteří mají velmi pádný důvod bát se očkovacího kalendáře v ČR, který je intenzivně vynucován českým státem. Důvodem strachu těchto rodin je předchozí špatná nebo tragická zkušenost s očkováním. Mnoho vědeckých výzkumů dokládá, že existují geneticky predisponovaní jedinci k rozvoji závažné nežádoucí reakce po očkování. Míra rizika a závažnosti reakce je ve spojení s určitým nežádoucím účinkem vakcíny pozorovaným dříve u jiného člena rodiny – rodiče, sourozence... Navzdory těmto novým vědeckým zjištěním je tato zranitelná skupina pacientů zcela ignorována těmi autoritami, které tvoří zdravotní politiku ČR.

- Pro dosažení velmi malého epidemiologického benefitu pro společnost ignoruje česká vakcinační politika individuální situaci těchto rodin, jejich strach a racionální obavy. I přesto, že byly tyto rodiny poškozeny vakcínami, jsou i nadále nuceny dokončit povinné očkování a dále trpí tím, že nekompletně očkované dítě nebude přijato do předškolního zařízení. Mnoho rodin s dítětem postiženým očkováním podlehl tlaku povinnosti a nechalo i přes obrovský strach své další dítě očkovat. Krátce po očkování došlo k trvalému zdravotnímu poškození tohoto dítěte, třetí dítě již očkovat nenechaly a to zůstalo zdravé, ale nemůže do školky, tábora a kroužků až do 18 let. Krajský soud dokonce takové dítě označil za parazita ostatních očkovaných.

- Naši členové a jejich děti musí čelit vysoce zmanipulované většině, která očkování schvaluje. Představitelé odborných společností a političtí představitelé podporují tuto polarizaci tím, že mají velmi negativní a nekompromisní přístup k těm lékařům, kteří striktně nedodržují vakcinační program a tajně vycházejí vstříc poškozeným rodinám. Hlavní roli v této situaci hraje dlouhodobá, profesionální a rozsáhlá manipulace médií, která prostřednictvím agentur placených farmaceutickými firmami a distributory ovlivňuje veřejné mínění ve svůj prospěch. Naši členové jsou v menšině a cítí se dotčeni na svých právech a zájmech, naším cílem je jejich ochrana před marginalizací a sociálním vyloučením. Na poli očkování je ČR novodobou diktaturou porušující základní svobody a práva. Totálně jiný přístup je v okolních zemích – stejná epidemiologická situace a neočkované dítě může do jakýchkoliv dětských zařízení bez omezení. Všechny rodiny, kde jedno



dítě bylo postiženo nežádoucím účinkem vakcinace, mají svobodné právo se rozhodnout, zda budou další dítě očkovat a jak, např. sestavením individuálního očkovacího plánu. Děti z těchto rodin nejsou nálepkovány (paraziti atd.) a mohou vést normální život.

Mechanismus porušování lidských práv v ČR

Charta povoluje omezení práv a svobod, které garantuje jen v případech, kdy je to objektivně nezbytné k ochraně veřejného zdraví. O tom fakticky rozhodují autority na poli medicíny a medicínské vědy, odborné společnosti. Tato expertní rozhodnutí v ČR nejsou veřejná, jejich obsah není podrobován odborné kritice, není známá ani metodologie a rozhodovací proces a je pravděpodobné, že metodologie ani rozhodovací algoritmus neexistují.

1. Sankce

- Když není dítě očkováno např. pro obavy o jeho zdravotní stav, může být toto posuzováno jako zanedbávání, pediatr musí hlásit na OSPOD a ten musí prošetřit.
- Každý zákonný zástupce pak může dostat pokutu až 10 tisíc Kč, což je polovina průměrné mzdy.
- OSPOD musí případ prošetřit a lékař je povinen podat informaci podle zákona.
- Zákon nedává lékaři povinnost hlásit, že dítě není očkováno, často se však tak v praxi děje.
- Vylučování neočkovaných dětí z kolektivu, systematická sociální izolace, popírání jejich práva na předškolní vzdělávání.

2. Přísná vakcinační politika

- Neumožnění individuálních očkovacích plánů.
- Pevně dané a přísně vyžadované rozestupy mezi dávkami.
- Pokuta pro pediatra až 1 milion Kč, pokud to bezdůvodně porušuje, proto pediatr tlačí rodiče k brzkému očkování, aby sám nebyl pokutován.
- Někdy je problém dát dávky včas – 6 dávek v průběhu 3 let – u dětí s ekzémem, alergií, AOM.

3. Běžná praxe

- Ze zkušenosti víme, že rizikové děti jsou citlivé k očkování, mají těžké následky a časový plán nejde dodržet.
- Často se stává, že zdravotní a mentální stav pacienta není pediatrem brán v potaz!!!
- Priorita pediatra – mít pacienty naočkovány, aby nedostal milionovou pokutu.

- Známe případy, kdy pediatr vyhrožoval OSPOD a hlášením zanedbávání péče.

4. Nedostatečné vzdělání pediatriů a zlehčování NÚ vakcín

- S politováním musíme říct, že velké množství pediatriů není obeznámeno dostatečně s NÚ vakcín.

- Případ nedání febrilních křečí 3 dny po očkování do souvislosti jak PLDD, tak pediatrem, který přijímal dítě do nemocnice. Případ nebyl ani nahlášen, i když je to povinnost pod pokutou 100 tisíc Kč.

- Zákon ale neříká, kdo má penalizovat nenahlášení, vznesli jsme tento dotaz na MZ ČR.

- Porušení povinnosti hlásit jsme zaznamenali nesčetněkrát – bezvědomí, křeče, závažné zhoršení ekzému s hospitalizací, bronchitida a další; většina pediatriů dále neví, že autoimunitní choroby v rodině, ekzém, předchozí vakcinace s febrilními křečemi, neztížitelný pláč, porucha neurologického vývoje, hypotonie, epilepsie atd. jsou velmi rizikové pro očkování a ve spojení s očkováním vedou ke zhoršení až smrti.

- Bohužel většina pediatriů to neumí stanovit, spojení s očkováním bývá zamítnuto a výsledkem je poškozené dítě v důsledku pediatrické ignorace. Rodina je dále nucena pokračovat v očkování místo toho, aby pediatr popsal poctivě NÚ a další vakcinaci označil za kontraindikovanou.

- Snažíme se, aby dítě po febrilních křečích bylo řešeno individuálním očkovacím plánem.

- Příkladem je dítě po febrilních křečích, kdy rodiče nechtěli nechat dále dítě očkovat. Vyslechli si ale výhrůžky o nemožnosti docházky do školky, o dalších sankcích. Matka proto nemůže pracovat a celá rodina se dostává do problémů. Nikdo nenabídl alternativu.

- Toto je právě porušení práv a svobod, když se jedinec nemůže rozhodnout individuálně v otázkách zdraví.

5. Trvalé kontraindikace – rozdíl v interpretaci Ústavního soudu a praxe

- ÚS říká, že by v očkovacím průkazu měla být vyznačena trvalá kontraindikace, když stav dítěte dlouhodobě neumožňuje podání očkování (Pl. ÚS 16/14, bod 93) – to je v přímém rozporu s praxí, kdy školky nechtějí přijmout neočkované děti.

- Na dotaz o trvalé kontraindikaci k očkování proti MMR a nepřijetí do školky hlavní hygienik ČR MUDr. Valenta rodičům odpověděl, že ve Zdravotním a očkovacím průkazu dí-

těte se neuvádí trvalá kontraindikace, ale jen popis zdravotního stavu, což je přesně opak toho, co doporučuje ÚS.

- Obecně se s kontraindikacemi nepracuje, nebo jen opatrně, mnohem víc je používají neurologové, alergologové a imunologové než pediatrii a vakcinologové. PLDD používají kontraindikace jen v případě infekce, akutního zhoršení neurologické choroby, ostatní laxně. Přitom je jasné, že děti s křečemi, opožděním vývoje řeči, ekzémem, vážnou alergií, autoimunitními chorobami by měly být označeny jako děti s trvalou kontraindikací. Místo toho se očkují za hospitalizace pod clonou antihistaminik, antiepileptik atd. Pravidlo „hlavně neškodit“ se v Čechách změnilo na „hlavně očkovat“! Kontraindikace, které by zdravotnická autorita uznala jako oprávněné a dítě mohlo do školky, vždy stanovují neurologové a specialisté, ale nikdy PLDD.

6. Polarizace společnosti

- Hrozí represe lékařů, kteří neočkují.
- Prezident ČLK MUDr. Kubek v r. 2013 přednesl stanovisko ČLK, že ten, kdo zpochybňuje přínos očkování, jedná non lege artis.
- Manipulace názorů na očkování médií financovaná farmaceutickými firmami.
- Negativní kampaň médií proti odmítacím očkování.
- Příklad komentáře ministerstva – zvýšená incidence pertuse a lokální epidemie příušnic byly interpretovány v souvislosti s antivakcinačními kampaněmi, i když se příušnice vyskytly u očkové populace a pertuse je považována za důsledek selhání acelulární vakcíny... ministerstvo zdravotnictví záměrně lže.

7. Důvod nedostatku vzdělání

- Jeden z důvodů, proč PLDD nedostávají dostatečné a adekvátní informace, je to, že jejich edukace probíhá s expertní, finanční a mediální podporou farmaceutických firem. Na webu OSPDL a SPLDD je jako generální partner označena firma GSK, která má v současném systému 400 tisíc dávek Infanrix hexa a 200 tisíc dávek Priorix, proto systém podporuje a má maximální zájem na jeho zachování. MUDr. Šebková uvedla, že 20 % PLDD je trénováno každoročně a že cíl je, aby to byli všichni pediatrii v následujících letech.
- Mezi informacemi pro PLDD bylo např. uvedeno, že očkování nezatěžuje imunitní systém, a přitom je evidentní, že některé složky imunitního systému jsou přetěžovány a jiné zase tlumeny, což může mít dramatické následky.



- Šéfka IPVZ je také velmi známá svým úzkým vztahem k farmaceutické lobby a např. na jejích webových stránkách není ani jedna informace o nežádoucích reakcích po očkování.
- V roce 2014 se nedohodla katedra neurologie a epidemiologie na 1. LF UK o nežádoucích účincích očkování.
- 8. Nedodržení principů bezpečné vakcinace
- Je běžná praxe, že PLDD očkuje dítě s mírným infektem a teplotou 37 °C, tedy v podmínkách, kdy dítě není dokonale zdravé. MUDr. Škovránková to komentuje tak, že je to tak v zemích, kde vidí lékař dítě 1× za 6 měsíců a nemá možnost odložit vakcinaci o pár dnů – v našich podmínkách to ale není nutné a je to postup non lege artis.
- Dle SPC je možné očkování proti pneumokokům koadministrativně, ale je zde také uvedeno, že koadministrace Infanrix hexa a PCV13 má vyšší procento horečky a febrilních křečí; je běžná praxe, že se rodiče na to neupozorňují. MUDr. Šebková tuto běžnou praxi v dětských ordinacích ospravedlňovala před svědky a argumentovala tím, že v její praxi nebyl žádný problém a že to SPC umožňuje. Můžeme tedy vidět, že některé informace z SPC jsou zdůrazňovány a jiné opomíjeny.
- Myslíme si, že hlavně důležité autority jako hygienici, pediatři, jejich asociace a ti, kdo jsou zodpovědní za vzdělávání lékařů, by měli monitorovat bezpečnost vakcinace, zdůrazňovat potenciální rizika, pravdivě informovat své studenty a zodpovědně chránit své pacienty.
- Stát by měl být zodpovědný, když nařizuje povinnou vakcinaci, a vytvořit dostatečný právní rámec pro bezpečnou vakcinaci.
- 9. Zodpovědnost za vedlejší účinky
- Stát by měl mít fond odškodnění.
- Nevládní organizace provedla porovnání očkování v evropských zemích a vyhodnotila, že v ČR je nejprísrnější režim – povinné a ještě sankce se školkou. Nebylo vysvětleno, proč v ČR nesmí neočkované dítě do školky, když v Německu a Rakousku je očkování nepovinné a na Slovensku a v Polsku je sice povinné, ale neočkovaní do školky mohou.

Hlavní argumenty uvedené v dopisu spolku Rozalio

- Zodpověděli jsme 600 dotazů v minulém roce na problematiku očkování, nejčastěji dotazy na zátěž, věk, počty dávek (hexa-

- vakcína 3 + 1 vs. 2 + 1), odložení očkování (rodiče nejčastěji chtějí odložit očkování proti VHB).
- Suplujeme práci ministerstva, expertů a PLDD, kteří dostatečně nekomunikují s pacienty.
- Organizujeme semináře – 55 akcí a 1 500 účastníků v r. 2015.
- Snažíme se ovlivnit vakcinační politiku ČR – požadujeme individualizaci, jedno přesně vyžadované schéma je špatné a může poškodit.
- Rodiče nemají svobodnou volbu, když jsou sankcionováni – školky...
- Hlášení pediatriů na OSPD u neočkovaných nebo dokonce jen částečně očkových dětí.
- Nepoužívání trvalých kontraindikací, nález ÚS.
- 500 000 pokuta, když školka přijme neočkované dítě.
- Chybí transparentní proces rozhodování o vakcinačních potřebách.
- Nerovnoměrné složení NIKO ve prospěch zástupců provakcinačních a provázaných na farmaceutické firmy.
- Ministerstvo zdravotnictví zřídilo na nátlak veřejnosti pracovní skupinu k problematice očkování, která v parlamentu ve spolupráci s Rozalio zaujala poslance stran negativ očkování. Skupina se ale sešla jen 3× a její výsledky nejsou žádné.
- Stát nevzal na sebe zodpovědnost za nežádoucí účinky očkování – fond odškodnění.

■ Reakce OSPDL ČLS JEP na dopis Společnosti pacientů s následky po očkování a spolku Rozalio Evropskému soudu pro lidská práva

Po seznámení se s obsahem předložených dopisů se chci za sebe i OSPDL zcela kategoricky ohradit jak proti charakteru, tak proti skutečnostem v dopisech uvedených. Jako pediatr musím bránit jeden z nejpřísnějších vynálezů lékařské vědy a vždy dávat do vztahu informace o jeho přínosech a případných rizicích.

Je velmi smutné, že tato sdělení evropskému soudu vznikla v okamžiku, kdy všichni kompetentní odborníci se snaží o komunikaci a spolupráci s organizacemi pacientů, kdy proběhlo již několik schůzek a vysvětlujících seminářů, kdy byly provedeny některé dílčí kompromisy.

Prakticky každá věta v dopisech by se dala okomentovat a zcela racionálně a s doložením materiálů zpochybnit nebo vyvrátit. V této reakci se omezují na komentář ke statím týkajícím se praktických lékařů pro děti a dorost či mé osoby. Vnímám je jako zpochybnění a znevážení práce a erudice lékařů, kteří se dlouhodobě a kontinuálně starají o dětskou a dorostovou populaci a většinou na základě důvěrného vztahu s dětmi a jejich rodinami.

1. Hlášení neočkovaných dětí na OSPD

– dle právních předpisů je praktický lékař pro děti a dorost (PLDD), a nejen on, povinen hlásit příslušným orgánům podezření ze zanedbání péče o dítě, což dle právního výkladu může být i odmítnutí očkování. OSPDL doporučuje v této situaci individuální posouzení každého jednotlivého případu, nikoli automatické hlášení všech. Pokud na to PLDD upozorní rodiče, není to vyhrožování, nýbrž konstatování faktu.

2. Pokuta 1 000 000 Kč pro PLDD, který neočkují

– sankcí je ohrožen pouze ten lékař, který by sám aktivně odmítal očkovat děti ze svého rozhodnutí. Nikoli ten, který nenačkují dítě pro nesouhlas jeho zákonných zástupců. Tato sankce tedy nemůže být nátlakovým nástrojem na lékaře, aby očkovoval proti vůli rodičů.

3. Nedostatek individuálního přístupu

– každé podání očkovací látky má svoje indikace a svoje kontraindikace. Z toho vyplývá, že před rozhodnutím aplikovat očkovací látku je potřeba zcela individuálně posoudit, zda lze, či nelze vakcínu podat. PLDD vždy zohledňují zdravotní i mentální stav dítěte, případná rizika podání vakcín, předchozí prodělané nežádoucí účinky, dočasné i trvalé kontraindikace, které mají odborný podklad. Spolupracují s dalšími odborníky, kteří mají v péči chronicky nemocné děti, a očkování společně indikují nebo odkládají. Je potřeba uvažovat, že naopak mnohé tyto děti i odborníci doporučují očkovat, neboť jsou více ohroženy závažnějšími formami infekce. Rodiče dostávají informace při několika návštěvách před zahájením očkování, jsou vybavováni návody, jak zvládat nežádoucí reakce po očkování, a následně dotazováni na jejich průběh. Nesouhlasím s tvrzením, že se očkuje paušálně a bez ohledu na individuální rizika.



Vitamin C – intravenózní léčba vysokými dávkami

Státní ústav pro kontrolu léčiv v poslední době zaznamenal v ČR zvýšenou propagaci intravenózní léčby vysokými dávkami vitaminu C (tj. kolem 1 g/kg hmotnosti/den).

Tato léčba je propagátory cílena zejména na onkologické pacienty pro její údajné cytotoxické působení na nádorové buňky a je prezentována také jako „netoxická chemoterapie“ či léčba, která zlepšuje prognózu přežití a kvalitu života onkologicky nemocných. **Takové závěry však nejsou dosud dostatečně podloženy a účinnost i bezpečnost vysokých dávek vitaminu C je zatím ověřována jen na úrovni klinických hodnocení.**

Podávání velmi vysokých dávek vitaminu C (více než 7,5 g/den) onkologickým pacientům není Státním ústavem pro kontrolu léčiv ani Českou onkologickou společností v současné době považováno za standardní léčbu.

V ČR jsou registrovány a obchodovány dva přípravky s obsahem vitaminu C v intravenózní formě pro prevenci a léčbu hypovitaminózy C – Vitamin C–Injektapas 7,5 g koncentrát pro infuzní roztok (schválené dávkování do 7,5 g/den) a Acidum ascorbicum Biotika injekční roztok (schválené dávkování 500–1 000 mg/den). Pro intravenózní léčbu vysokými dávkami jsou však doporučovány řádově vyšší dávky – 1–1,5 g/kg hmotnosti/den.

Upozorňujeme, že parenterální podávání velmi vysokých dávek vitaminu C je v současné době neschválená a ještě nedostatečně ověřená léčba. Navíc může vést i k poškození ledvinných funkcí. Lékař, který podává pacientovi vitamin C v dávkách vyšších než 7,5 g/den, léčí off-label na základě své vlastní odborné zodpovědnosti. Poskytovatel zdravotních služeb nese zodpovědnost za jakékoli zdravotní problémy, které by tato léčba mohla pacientovi způsobit.

Oddělení farmakovigilance

Zdroj: www.olecich.cz, 16. 5. 2016

4. Nedostatečně edukovaní PLDD – OSPDL má vypracovaný systém kontinuálního vzdělávání lékařů. Páteřními tématy jsou výživa, dětská neurologie, infekce, ortopedie a další. Dominantním tématem je samozřejmě i očkování, a to ze všech pohledů. Každoročně jsou proto na samostatných seminářích celorepublikově prezentovány odborné i právní aktuality, výhledy na další období, aktuální potřeby i problémy. Protože vnímáme potřeby pacientů a veřejnou debatu na dané téma, přistoupili jsme v několika posledních cyklech k rozšíření tohoto tématu i o formy komunikace s rodiči. Snahou je předat vyvážené informace o přínosech a rizicích očkování co nejširší laické veřejnosti ve srozumitelné podobě. OSPDL dále vydává a distribuuje písemné materiály, webové aplikace pro potřeby PLDD i rodičů. S tímto byli zástupci Rozalio seznámeni na semináři v Parlamentu ČR.

5. Spolupráce GSK a OSPDL a SPLDD, podpora systému očkování firmou – k uvedenému sdělují následující: Spolupráce farmaceutických firem a OSPDL se řídí tzv. vzdělávacím řádem OSPDL, který přesně stanovuje, jakým způsobem může probíhat. Je přesně definováno, že do obsahu vzdělávání nemůže farmaceutická firma vstupovat. Stejně tak nemůže svévolně rozhodovat o systému očkování ve státě. O tom rozhodují odborníci na základě odborných a evidence based dat, epidemiologické situace, finančních možností státu atd. Většina odborných společností spolupracuje s farmaceutickými firmami, které souvisejí s jejich oborem. I tyto firmy mají své etické kodexy, které definují možnosti spolupráce. Jedná se především o vzdělávání lékařů, informovanost o novinkách, studiích, nové přístupy. Tato spolupráce probíhá nejen s GSK jako hlavním dodavatelem pro povinná očkování, ale i s dalšími firmami, transparentně a na čistě odborné bázi.

6. Označení za non lege artis postup při očkování dítěte s teplotou 37 °C – toto je, pokud je míněno vážně, velmi závažné obvinění. Tento postup není ani kontraindikací, natož non lege artis postupem. Obecně platné postupy odborných společností se konsensuálně shodují, kdy a za jakých podmínek očkovat, dále se opírají o SPC jednotlivých vakcín, jež jsou pod přísnou dikcí regulačních orgánů (EMA, SÚKL). Naopak v našich

podmínkách velmi často odkládáme očkování z důvodů, které nejsou ani kontraindikací, právě proto, že dítě vidíme často a nechceme vystavovat rodiče ani dítě zbytečnému dyskomfortu.

7. Vítáme jakoukoli aktivitu na poli vyvážené edukace rodičů o očkování. Pokud Rozalio zodpovědělo v minulém roce 600 dotazů rodičů na očkování, pak pomohlo 2 000 praktických pediatriů, kteří o očkování denně se svými pacienty mluví. Ročně se v ČR narodí cca 100 000 dětí, které jsou následně ve vysokém procentu očkovány podle platného kalendáře. Je tedy na první pohled patrné, že PLDD se svými pacienty dostatečně komunikují a že by bylo pro jakoukoli nevládní organizaci těžké tuto komunikaci suplovat. Komunikace s pacienty a jejich rodinami je základním kamenem péče PLDD.

8. Zmínění mého jména – nejsem si vědoma, že bych hovořila o vzdělání 20 % PLDD. PLDD jsou vzdělávání kontinuálně, každoročně, opakovaně, tudíž jich rozhodně neprošlo vzdělávacími cykly pouze 20 %. Simultánní aplikace hexavakcíny s pneumokokovou vakcínou umožňuje SPC vakcín a já jsem nikde „neospravedlňovala“ tuto praxi, svoji zkušenost jsem neuváděla jako argumentaci, ale jako prostý fakt, za kterým si stojím. Své pacienty řádně poučuji, včetně upozornění na možnost nežádoucích účinků tak, jak jsou schválené regulátorem v aktuálním SPC vakcíny.

Na závěr jsem nucena podotknout, že na-prosto odmítám zpochybňování přínosu očkování jako nejefektivnějšího nástroje prevence. Stejně jako odmítám obviňování svých kolegů z nedostatečné vzdělanosti, komunikace nebo dokonce nekalých úmyslů vůči našim pacientům.

Já i moji kolegové jsme přístupni ke spolupráci a racionálnímu řešení problémů, věcné komunikaci s rodiči i pacienty a vyváženému informování o přínosech a rizicích očkování na všech úrovních.

S pozdravem

MUDr. Alena Šebková,
předsedkyně OSPDL ČLS JEP

Zajímalo by Vás, kdy 93 může být více než 100?

Dovolili jsme si pro Vás připravit ČLK akreditovaný e-kurz, který pokrývá toto i další často diskutovaná témata o HPV problematice.

Kurz je postaven na edukačních videích natočených s předními odborníky na tuto problematiku

- doc. MUDr. Jiřím Slámou, Ph.D.
- doc. MUDr. Janem Smetanou, Ph.D.

Kurz je ohodnocen 2 kredity.

Připojit se na webových stránkách <http://www.amepra.cz/prevenceHPV> a absolvovat kurz lze, kdykoli Vám to bude vyhovovat.



Kdy je 93 více než 100 ...

Bylo popsáno již přes 100 typů lidských papilomavirů (HPV). Minimálně 13 z nich může vyvolat těžká předrakovinná poškození či cervikální karcinom. Vysoká účinnost vakcín proti konkrétním vakcinálním HPV typům tak vlastně nemusí znamenat, že se onemocnění děložního čípku* dívka či žena vyhne.

Pro účinnou prevenci cervikálního karcinomu je důležité sledovat i účinnost tzv. bez ohledu na HPV typ.

Tedy zda dojde k rozvoji onemocnění děložního čípku nebo toto onemocnění není u dívky diagnostikováno vůbec. U dívek, které se s HPV viry dosud nesetkaly, nabízí Cervarix možnost až 93% snížení rizika rozvoje onemocnění děložního čípku* bez ohledu na vakcinální a nevakcinální typ HPV, který poškození vyvolal.

Podobně jako u ostatních vakcín ani Cervarix nemusí v běžném používání ochránit všechny očkované jedince. Vakcína nemá efekt na již aktivní HPV infekci nebo klinicky přítomné onemocnění. Pravidelný gynekologický skrínink proto zůstává důležitý.

* Onemocnění děložního čípku = těžká předrakovinná poškození děložního čípku (CIN 3+ léze), která se mohou rozvinout až do stádia invazivního cervikálního karcinomu.

Účinnost vakcíny Cervarix proti cervikálním lézím vysokého stupně bez ohledu na HPV DNA typ u HPV naivní kohorty: (95% CI) 93,2% (78,9; 98,7).



ZVLÁŠTNÍ INFORMACE O PŘÍPRAVKU: Název přípravku: Cervarix[™]
Injekční suspenze. Vakcína proti lidskému papilomaviru (typy 16, 18) (re-kombinantní, adjuvovaná, adorbovaná). Složení: 1 dávka (0,5 ml) obsahuje: Papilomavir humaní typu 16 proteinu L1 20 µg; Papilomavir humaní typu 18 proteinu L1 20 µg; Lidský papilomavirus – HPV, adjuvovaný na AS04 obsahující: 3-O-dwacyl-4-monoacyl-tyl A (MPL) 50 µg; adorbovaný na hydroxid hlinitý; hydroxydovaný (Al(OH)₃) o koncentraci 0,5 mg Al³⁺. Indikace: Cervarix[™] je vakcína určená k podání dívkám ve věku od 9 let k prevenci premaligních papilárních lézí (cervikálních, vulvárních a vaginálních) a cervikálního karcinomu, které jsou způsobeny určitými onkogenními typy lidských papilomavirů (HPV). Další informace pod-porují tuto indikaci viz body 4.4 a 5.1. **Důležité informace o způsobu podání:** Dávky 0 – 14 let věstí: Doporučené očkovací schéma – 2 dávky s odstávkou po 0,5 ml. Druhá dávka se podává mezi 5 a 13 měsíci po první dávce*. Pokud je druhá dávka vakcíny podána před 5 měsíci po první dávce, vždy má být podána třetí dávka. Dávky u žen od 16 let a starších: Doporučené očkovací schéma – 3 dávky každá po 0,5 ml v 0, 1, 8 měsících. Je-li třetí dávka očkovacího schéma upravena, druhou dávku lze podat mezi 1 a 2,5 měsíci po první a třetí dávce mezi 6 a 12 měsíci po první dávce. Čas a pořadí očkování poslouží jako (dávky) rozpisu stacionární. Cervarix[™] je určen k intramuskulární aplikaci do oblasti deltového misku. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na některé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku. Odstávkou aplikací u osob trpících akutním závažným onemocněním. Přítomnost aktivní infekce jako je nachlazení není kontraindikací. **Zvláštní upozornění a opatření pro poskytlce:** Stejně jako u všech injekčních vakcín musí být i po aplikaci této vakcíny pro přípravu vakcíny na vyšetřovací analytické laboratorie okamžitě k dispozici odpovídající množství podle dohled. Zvláštní upozornění se může jako psychologické reakce na injekční aplikaci a jejího objevit po před očkováním ankyloza (mrtvice). To je běžným zotavení aplikace a různých neurologických příznaků – například parestie poruchy zraku, parastézie a tonické křeče křeče křeče. Je důležité v případě malých účinků opatření k zamezení zranění. Vakcína nesmí být v žádném případě aplikována intravenózně nebo intramuskulárně. Údaje o subkutánním podání nejsou k dispozici. Stejně jako jiné vakcíny aplikované intramuskulárně, musí být Cervarix[™] podán opatrně osobám s trombozytopenií nebo s jakoukoli poruchou koagula-ce, u kterých může dojít ke krvácení. Stejně jako u jiných vakcín nemusí být u všech očkovacích jedinců dosaženo ochranné imunitní odpovědi. Cervarix[™] bude chránit proti nemoci způsobené HPV typy 16 a 18 a v určitém rozsahu proti nemoci způsobené jinými dalšími příčinnými onkogenními HPV typy. Proto je nutné i nadále pokračovat ve všech opatřeních proti sexuální přenosům nemocem. Cervarix[™] je určen pouze k prevenci onemocnění a nemá žádný vliv na již existující HPV infekci nebo klinicky přítomné onemocnění. Reprodukce se, že by vakcína měla terapeutický efekt. Očkování nenahraduje pravidelný cervikální skrínink. Vzhledem k tomu, že žádná vakcína není 100% účinná a Cervarix[™] neposkytuje ochranu proti všem typům HPV ani proti již existujícím infekcím HPV, zvláštní pravidelný cervikální skrínink je tedy důležitý a má se provádět v souladu s místními doporučeními. Dávka ochrany nabývá přesné státnosti. S výjimkou osob s asymptomatickou infekcí virem lidské imunodeficiency (HIV), u kterých jsou dostupné omezené údaje o imunitní odpovědi, nejsou žádné údaje o použití vakcíny u osob se sníženou imunitní odpovědí, jako jsou pacienti podstupující imunosupresivní terapii. Stejně jako u jiných vakcín nemusí být u těchto jedinců dosaženo odpovídající imunitní odpovědi. Nejsou žádné údaje o bezpečnosti, imunitní odpovědi nebo účinnosti, na jejichž základě by bylo možné podpořit zejména zamezení Cervarixu a jiných vakcín proti HPV. **Interakce s jinými očkovacími přípravky a jinými formami léčby:** Jednotlivé dávky Cervarixu a jiných očkovacích přípravků lze podávat současně. Pokud je podána před podáním první dávky, by se měla vyhnout jakékoli studii vyšetření. Pokud je podána současně s kontraceptivním nebo s jakoukoli další léčbou (dávka, testování) a pokud (testování) (p) s nebo bez inaktivované poliovirální (PV), (dávka, dávka/PV vakcíny), bez klinicky významné interakce s protilátkovou odpovědí na následnou zvláštní kontrolu z vakcíny a kombinovanou vakcínu proti hepatitidě A (re-kombinantní) a hepatitidě B (DNA) (HAB vakcína). Je-li Cervarix[™] podán současně s jinou injekční vakcínou, musí být vakcíny aplikovány do různých míst. Není důkaz, že by použití kombinované vakcíny mělo vliv na účinnost Cervarixu. Podobně jako u jiných vakcín lze očkovat, že u pacientů podstupujících imunosupresivní léčbu, nemusí být po očkování dosaženo odpovídající imunitní odpovědi. **Paralýza, závažné nežádoucí účinky:** Údaje nejsou dostatečné k tomu, aby bylo možné doporučit podání v přítomnosti těchto onemocnění. Je třeba očkování odložit až na dobu po ukončení onemocnění. Očkování vakcínou během infekce by se mělo provádět jen tehdy, pokud možná výhoda očkování převládá nad rizikem. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: reakce v místě vpichu včetně bolesti, zarudnutí, otok, dráždění, bolest hlavy, myalgie. Časté: horečka (≥ 38 °C), gastrointestinální symptomy včetně nevolnosti, zvracení, průjem a bolest břicha, svědění/pruritus, vyrážka, kopřivka, artralgie. Méně časté: závrať, infekce horních cest dýchacích, jiné reakce v místě vpichu. **Interakce s dalšími léčivými látkami:** Studie kompatibility, není třeba přípravku míchat s jinými očkovacími přípravky. **Dávkování a kontraindikace:** 4 dávky. Po vyjmutí z chladničky by měla být vakcína podána co nejdříve. **Uchování:** U uchování v chladničce (2 až 8 °C), je-li uchována mimo chladničku po dobu až 3 dnů při teplotě 8 °C až 25 °C nebo až 1 den při teplotě 25 °C až 37 °C. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte v chladničce (2 – 8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek ochráněn před světlem. Při uchování se ve vakuu a vakcínu může vyvinout jemný bílý sediment a čirý bezbarvý supernatant. Je však není známkou znehodnocení vakcíny. Před aplikací musí být obsah vložky před i po protřepání vstřední destičkou, zde nacházející jedli ovládací a nebo ještě není zvláštní vzhled. Je-li pozměněn vzhled vakcíny, je třeba vyhodnotit vakcínu. Vakcína musí být před použitím důkladně protřepána. **Druhá dávka:** U uchování v chladničce: 0,5 ml suspenze v jednodílné lahvičce se zátkou uzavřené balení 1, 10 a 100. **Důležité upozornění:** a registrace: GlaxoSmithKline Biologicals s.a., Rue de l'Institut 89, B-1310 Rixensart, Belgie. Registrace: Glaxo (AJ): EU/1/07/418/001-003. **Datum první registrace a revize textu:** 20. 9. 2007/11. 11. 2015. Podrobné informace o tomto přípravku jsou uváděny na webových stránkách Evropské úřadu agentury (EMA) <http://www.ema.europa.eu/>. Vakcína Cervarix[™] injekční suspenze, vakcína proti lidskému papilomaviru (typy 16, 18) (re-kombinantní, adjuvovaná, adorbovaná), je vakcína na lékařský předpis. S výjimkou dírcy pro 13leté dívky dle novely zákona č. 48/1997 Sb. není hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Souvislé se PŘEDVÝPOČETNÍ a úplnou informací o přípravku, kterou najdete v Souhrnu údajů o přípravku na www.gsk.com/cervarix.cz, na stránkách Státního úřadu pro kontrolu léčiv (SÚKL) pod odkazem Databáze léčiv nebo se obraďte na společnost GlaxoSmithKline, a.s., Hlávččova 1734/2c, 140 00 Praha 4; e-mail: czinfo@gsk.com; www.gsk.cz. Případné nežádoucí účinky prosím hláste také na czinfo@gsk.com. Vše SPC platí na dle vydání materiálu: listopad 2015.





Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Alena Šebková

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

V současné době již dobehly všechny konference SPLDD, kterých se kromě severní Moravy, kde se za výbor OSPDL zúčastnila dr. Matoušková, účastnila dr. Šebková. Na všech konferencích je **součástí usnesení požadavek zachování samostatného oboru PLDD**. V tomto duchu OSPDL ČLS JEP společně se SPLDD vede další jednání, o kterých obě organizace průběžně informují jak na stránkách VOXu, tak na všech setkáních PLDD.

Kromě „boje“ o obor pokračuje práce výboru, pracovních skupin, regionálních zástupců a členů OSPDL **v oblasti vzdělávání**. Na jaře proběhly velmi úspěšně **Pediatrické akademie** s tématem očkování a psychomotorického vývoje, účast na prakticky všech místech byla nadstandardní. Na příští rok jsou plánovány Pediatrické akademie ve stejném duchu, téma psychomotorického vývoje bude navazovat dalším obdobím. Probíhají **páteční vzdělávací semináře**, střídavě obě témata – *Astma bronchiale* a ORL problematika. Z dosavadního průběhu opět vyplynula vysoká kvalita seminářů a, což je velmi potěšitelné, zájem o další mezioborovou spolupráci jak v oblasti respiračních a imunoalergologických onemocnění, tak s kolegy otorinolaryngology.

Mezioborová spolupráce OSPDL s kolegy z dalších oborů je oblast, která se v současné době velmi rozvíjí. V době, kdy je některými kolegy pediatrii zpochybňován obor PLDD a erudice dětských praktiků, je více než potěšitelné, že mnozí jiní odborníci, profesori ve svých oborech, si uvědomují důležitost PLDD a dokonce sami aktivně spolupráci vyhledávají. Týká se to jednak započaté spolupráce se zástupci dětské paliativní medicíny, o které jsme již informovali, a dále započaté spolupráce s ambulantními pneumology, která nabízí další doplňková témata k již „rozjetému“ tématu respiračních chorob, prakticky dohodnuta je spolupráce v oblasti dětské obezity.

Doporučené postupy – finalizuje se doporučený postup pro podávání vitamínu D, na kterém pracuje mezioborová pracovní skupina. Participujeme na vytvoření doporučeného postupu pro akutní otitidy, rozpracováno je doporučení pro praxi – atopická

dermatitida. Pracovní skupiny pro doporučené postupy a seznam výkonů pracují nad tvorbou nových výkonů, z nichž některé jsou prakticky před finále – některé výkony rychlé diagnostiky, PAS, předčasné propuštění novorozence, edukační kód (obezitologie, poruchy autistického spektra, rizikové chování).

V souvislosti s výše uvedeným podávala OSPDL společně se SPLDD připomínky k vyhlášce č. 70/2005 Sb. s návrhem úpravy v preventivní prohlídce v 18 měsících věku – časný záchyt poruch autistického spektra, samozřejmě ve spojení s navýšením ohodnocení prohlídky. Jednání v tomto směru ještě proběhnou se zástupci pojišťoven.

Výbor 21. 4. – vybrané informace:

1. Dr. Šebková a dr. Hülleová – jednání s předsedou ČLS prof. Svačinou – tématem byla novela zákona č. 95/2004 Sb., o vzdělávání lékařů. I dle informace pana předsedy velká část lékařské veřejnosti není se současně navrženou novelou spokojena a vedou se další jednání o možném pozměňovacím návrhu. Bohužel opět bez zástupců ambulantní péče. Panu předsedovi bylo sděleno naše stanovisko, které nadále obhajuje obor PLDD jako samostatný, opětovně předány odborné a legislativní argumenty, sděleny i možné negativní dopady na primární péči. Z diskuse vyplynulo, že možnosti jsou víceméně dvě – ČLK trvá na významné redukci oborů, ČLS a LF preferují počet oborů kolem 40 – zde potom pan předseda nevidí důvod, proč by neměl být PLDD jako obor zachován. Na základě této schůzky a již dřívějšího podnětu členky OSPDL podá dr. Šebková oficiální dotaz na předsednictvo ČLS JEP, jak jsou dodržována: Stanovisko ČLS JEP ke vzdělávání, usnesení předsednictev z roku 2014 a 2015, kde je vyslovena podpora oboru PLDD a primární péči o děti a dorost.
2. Ze strany ČPS byl poslancům Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR odeslán dopis podporující současný návrh novely zákona č. 95/2004 Sb., podepsaný prim. MUDr. Biolkem, předsedou ČPS prof. Zemanem

a předsedou České neonatologické společnosti ČLS JEP, MUDr. Kantorem. Tato akce je motivována konáním veřejného vyprávění Petice za zachování základního atestačního oboru PLDD (26. 4.). Bohužel obsahem dopisu je, jako ostatně dosud vždy, především zpochybňování našich podložených argumentací. A co je velmi smutné, „kolegové“ se snižují až k urážce absolventů atestačního oboru PLDD, dle nich jsou tito lékaři kategorií lékařů „pediatrician light“ a nemohou odborně růst!

Dr. Šebková vypracuje argumentační reakci na tento dopis.

3. 18. 4. – dr. Šebková se zúčastnila jednání vládního výboru pro práva dětí. Přednesla zde problematiku oboru PLDD a péče o děti a dorost v ČR obecně. Na toto jednání byli pozváni i zástupci MZ, kteří účast odmítli. Výbor učiní dotazy na MZ. Dr. Šebková se účastnila celého jednání, které obsahovalo styčná témata k naší péči – otázka rodinného práva, opatrovnických soudů, dětského ombudsmana. Vystávají témata ke spolupráci s touto institucí.
4. Rezidenční místa na obor PLDD – požádalo 48 akreditovaných pracovišť o 54 míst. Letos je tedy velký převis a bude tedy nutné žádat MZ o navýšení. Na webu OSPDL byla zavedena kolonka Rezidenční místa, kde budou postupně všechny informace ohledně akreditací a rezidenčních míst, tak aby noví zájemci o akreditaci v oboru či rezidenta věděli postup, jak ji získat.
5. V dubnu proběhl, jako každý rok, Evropský imunizační týden, jehož obsahem byla tisková konference a seminář o očkování odborníků, kde se zúčastnila aktivně MUDr. Parvine Gricová. Kromě toho byla součástí týdne i tisková konference „alternativců“.
6. Vzdělávání – připomínáme: Zdravotnické fórum: Infekce od A do Z. Cizinci v našich ordinacích. – 11. 6. v Praze. 2. mezioborový kongres PLDD 30. 9.–1. 10. 2016 v září. Dále probíhají workshopy Nutrichaq a semináře s neonatologickou problematikou.



Vybrané aspekty problematiky importovaných nákaz

Doc. MUDr. Rastislav Maďar, Ph.D., MBA, FRCPS

Centrum očkování a cestovní medicíny Avenier, Ostrava

Fórum infekční, tropické a cestovní medicíny

Importované nemoci představují skupinu různorodých symptomů a syndromů, kterým se nezřídka nepodaří přiřadit specifickou diagnózu. Jejich zvýšená incidence je odrazem narůstajících počtů cestovatelů do exotických oblastí, včetně dětí, a zvětšení segmentu individuální turistiky. Vykazované importované nákazy neposkytují z důvodu značné podhlášenosti diagnostickou pomůcku, jejich evidence však umožňuje porovnání tendencí a trendů i formulaci obecných závěrů a doporučení. Při cestách do rozvojových zemí hlásí zdravotní problémy 20–80 % cestovatelů z mírného klimatického pásma. Frekvence jejich výskytu se liší podle navštívené destinace, způsobu stravování, charakteru aktivit a dalších okolností, včetně ročního období. K nejčastějším zdravotním problémům patří akutní i chronické průjmy, febrilní stavy a různé druhy exantémů. Více než čtvrtina febrilních stavů vyžaduje hospitalizaci.

Po návratu cestovatele se zdravotními problémy z exotických oblastí nebo u pacienta-cizince pocházejícího z těchto regionů je nutné brát v úvahu i skutečnost, že se může jednat o běžné infekční onemocnění způsobené etiologickými činiteli vyskytujícími se i v ČR nebo projev chronické nemoci v časové koincidenci s návratem z tropů, s kterým přímo nesouvisí. Na druhou stranu realizace výlučně standardních rutinních postupů u pacienta po návratu z exotické oblasti bez zohlednění specifických okolností možné cizokrajné etiologie může mít závažné následky, a to nejen kvůli odkladu zahájení kauzální léčby.

Pravděpodobnost řešení importovaných nemocí v ordinaci primární péče snižuje kvalitní příprava pacienta před odjezdem do zahraničí, ať už v rámci prevence, nebo rychlé pohotovostní samoléčby. Nutná je i znalost základních principů diferenciální diagnostiky u nás neendemických nemocí.

Klíčová slova: importované nákazy, symptomy, syndromy, diferenciální diagnostika, terapie, prevence

■ Úvod

Globální turismus a migrace populace obecně zaznamenávají obrovský nárůst. Více než jedna miliarda osob navštíví v průběhu jednoho roku zahraniční zemi – nikdy v historii obyvatelé naší planety necestovali víc. To se projevuje i v naší zemi. Narůstající počet českých cestovatelů vyrážejících do rozvojových zemí třetího světa přináší pro lé-

kaře vyšší pravděpodobnost kontaktu i s takovými nemocemi, které na našem území nejsou endemické. To je výzvou zejména pro ordinace primární péče. Při oddálení správné diagnostiky, izolace a léčby může dojít nejen ke zhoršení zdravotního stavu pacienta s případnými závažnými komplikacemi, ale i k ohrožení dalších osob vlivem autochtonního přenosu infekce.

Importované nákazy představují heterogenní skupinu symptomů a syndromů, jejichž příčinu (etiologické agens) se nezřídka nepodaří objasnit. Přirozenou snahou cestovatelů je snaha o zvládnutí zdravotních problémů v zahraničí samoléčbou, je-li to z hlediska klinického průběhu možné. I pokud vyhledají místní lékařskou péči, kvalitní extenzivní diagnostika známá z našich zdravotnických zařízení proběhne jen v malém počtu případů. U většiny stavů je snaha zaměřena hlavně na potlačení příznaků infekce bez ohledu na etiologického činitele, tedy bez cílené kauzální léčby. Významným důvodem podhlášenosti importovaných nákaz je i absence reportingu ze strany cestovatelů po návratu do ČR. V oficiální evidenci se objeví hlavně ty stavy, které trvají i po příjezdu domů, nebo ty, u kterých cestovatel po potížích v cizině požádá o dořešení stavu, verifikaci diagnózy či prověření své bezinfekčnosti, resp. absence chronické nemoci.

Z politicko-ekonomických důvodů orgány ochrany veřejného zdraví v turisticky populárních oblastech rozvojových zemí často nemají zájem zveřejňovat probíhající epidemie, aby nedošlo k poklesu cestovního

ruchu a tím i finančních příjmů postiženého regionu. Svou roli hrají i korupce, nesystémový přístup a nedůslednost. Není proto možné v rámci diagnostiky přesně vycházet z hlášených epidemií či z vykazované endemické situace v místě pobytu cestovatele, kde nákazu pravděpodobně získal. Jako indikátor aktuální epidemiologické situace však může sloužit právě záchyt konkrétní infekční nemoci u cestovatele (1). Statistiky importovaných nemocí vykazované v ČR stejně jako v jiných zemích však z uvedených důvodů neposkytují plně věrohodný obraz o skutečném rozsahu problému.

■ Nejčastější symptomy a syndromy

Při cestách do rozvojových zemí hlásí zdravotní problémy 20–80 % cestovatelů z mírného klimatického pásma (2), pravděpodobnost vzniku zdravotních problémů se u návštěvníků z vyspělých zemí odhaduje na 3–4 % na den pobytu (3). Přibližně 26–27 % cestovatelů postižených febrilním stavem vyžaduje hospitalizaci (4).

Podle GeoSentinelové surveillance u více než 17 000 cestovatelů tvořily 67 % všech zdravotních problémů čtyři syndromy: akutní průjem, febrilní stav, exantém a chronický průjem (5). Steinlauf a kol. (6) zjistili tyto tři nejčastější diagnózy jako příčiny hospitalizace podle nákazy na jednotlivých kontinentech:

Afrika: malárie, febrilní stav neznámého původu, průjem



Asie: dengue, febrilní stav neznámého původu, průjem

Latinská Amerika: leishmanióza, malárie, febrilní stav neznámého původu

Z hlediska pravděpodobnosti výskytu u cestovatele lze zařadit infekční nemoci do čtyř kategorií. Frekvence jejich výskytu může být nápomocná u stanovení logického diagnostického algoritmu v rámci prioritních testů zaměřených na nejčastější diagnózy, současně se však musejí vyloučit i nejzávažnější stavy, u kterých hrozí největší riziko z prodlevy včasné zahájené léčby.

Kategorizace relativního rizika podle pravděpodobnosti postižení cestovatele (7):

Vysoké: virový průjem, enteritida způsobená *E. coli*, infekce horních cest dýchacích.

Střední: malárie bez chemoprophylaxe, salmonelóza, kampilobakteriíza, shigelová infekce, giardióza, amébióza, virová hepatitida A, dengue, EBV, gonorea, chlamydiové infekce, herpes simplex.

Nízké: malárie s chemoprophylaxí, leptospiróza, břišní tyfus, cholera, HIV, virová hepatitida B, syfilis, schistosomóza, TBC, helmintární infekce, rickettsiíza, borelióza, morbilli.

Velmi nízké: antrax, mor, virová hepatitida F, tularémie, melioidóza, žlutá zimnice, legionářská nemoc, vzteklin, poliomyelitida, difterie, trypanosomiáza, filarióza, toxokaróza, echinokokóza, trichinelóza a další.

Intestinální infekce

V některých oblastech světa postihují feko-orální nákazy až 80 % návštěvníků z mírného klimatického pásma. Jejich základním projevem je průjem, jehož příčiny mohou být různorodé. Způsobit ho nebo podílet se na něm mohou nespecifické faktory snižující celkovou rezistenci – klimatické změny, únava, nezvyklá strava (pikantní jídla), nadměrné pití slazených nápojů, obávané jsou však zejména průjmy z infekčních příčin, které často vyžadují i farmakologické řešení. Ve většině případů není zjištěn jejich původce a podaří se je zvládnout samoléčbou, u dětských pacientů však hrozí horší průběh i rychlejší nástup dehydratace, zejména v horkém prostředí exotických oblastí. Je-li diagnostika v rozvojové zemi realizována a navíc úspěšná, zjišťují se u zahraničních cestovatelů z bakteriálních původců zejména *Salmonella spp.* a *Campylobacter spp.*, především z oblastí jihovýchodní Asie, kde se vyskytuje rezistence na fluorochinolony. Časté jsou i infekce *E. coli*. Z parazitárních původců převládá *Giardia lamblia* (8).

V rámci multicentrické studie Center očkování a cestovní medicíny Avenir v ČR byli po dobu tří měsíců kontaktováni jimi evidovaní cestovatelé, a to 14 dnů po jejich návratu z ciziny, s cílem zjistit výskyt, charakter

a okolnosti zdravotních problémů v průběhu pobytu v zahraničí formou nestandardizovaného dotazníku. **Zdravotní problémy mělo 39 % ze všech oslovených cestovatelů, z toho 70 % hlásilo gastrointestinální (GI) potíže; až 66 % z nich si cestu organizovalo individuálně.** Z osob postižených zdravotními problémy bylo 61 % na poznávacím typu zájezdu, z cestovatelů absolvujících tuto formu pobytu mělo GI problémy až 42 %. Nejvíce zdravotních obtíží hlásili cestovatelé při pobytu v Indii (16 % ze všech hlášených problémů), v Nepálu (11 %), v Peru (8 %) a v Thajsku (8 %).

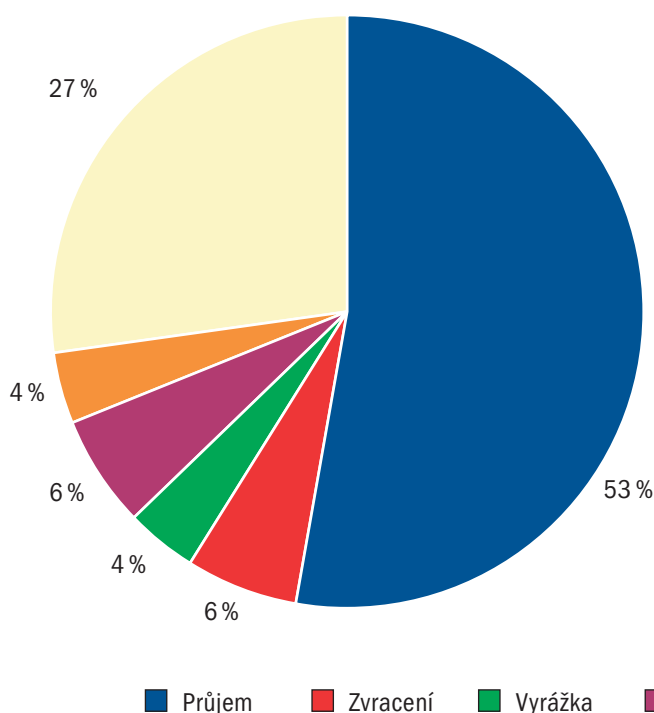
U žen se zdravotními potížemi byl nejčastějším projevem průjem v 53 % (graf 1), 63 % cestovatelek nebralo preventivně žádné léky a většina (60 %) z nich si léčila příznaky z vlastních zdrojů (lékárníčka).

Z mužů se zdravotními problémy mělo průjem 64 % (graf 2), 61 % cestovatelů nebralo preventivně žádné léky a v 62 % si léčili problémy samoléčbou.

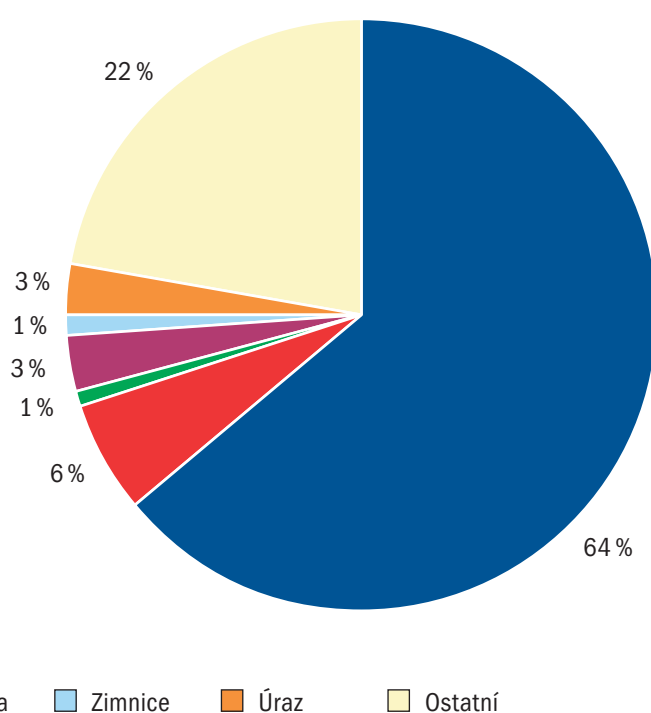
Ženy se nejčastěji nakazily v Indii (16 %), Peru (11 %), Thajsku (11 %) a Nepálu (9 %); muži v Indii (18 %), Nepálu (14 %), Peru (6 %), Malaisii (6 %) a Thajsku (5 %).

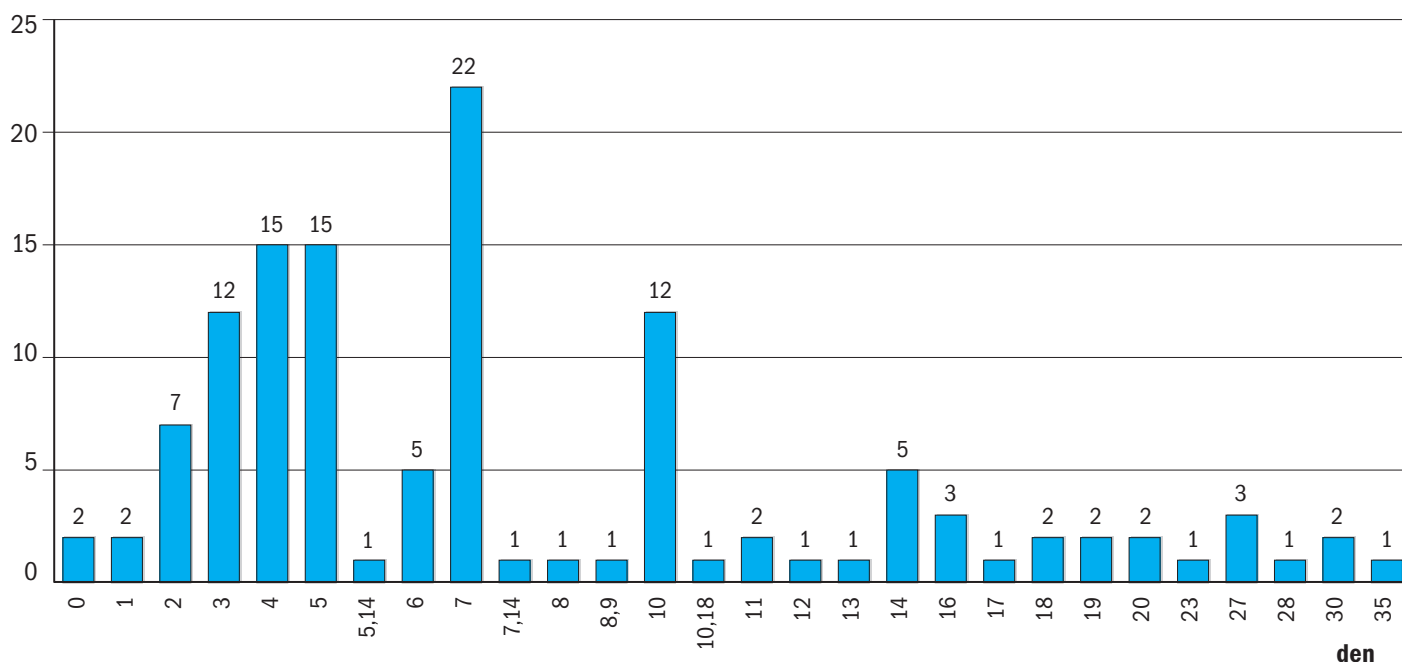
První příznaky zdravotních obtíží byly popisovány na začátku pobytu mnohem častěji než na jeho konci, zejména v průběhu prvního týdne. Nejčastěji se objevily 7. den pobytu – v 16 % (graf 3).

Graf 1 Spektrum zdravotních problémů u žen – cestovatelek



Graf 2 Spektrum zdravotních problémů u mužů – cestovatelů





Graf 3 Začátek průjmu podle dne pobytu

Retrospektivní studie Center očkování a cestovní medicíny jednoznačně potvrdila, že výskyt zdravotních problémů v cizině je u českých cestovatelů poměrně častý. **K nejrizikovějším formám cestování patří individuální cesty s improvizovaným stravováním v pouličních restauracích podle náhodných okolností.** Pobyt se specializovanou cestovní kancelář je sice o něco dražší než cestování na vlastní pěst, jako přidanou hodnotu však nabízí znalost místní situace včetně zařízení poskytujících kvalitnější služby. **Rizikovější je poznávací forma zájezdu, kde cestovatel oproti pobytovému zájezdu neustále mění místo ubytování a stravování, což z různých důvodů ztěžuje kontrolu rizikových bodů.** Tyto rizikové skupiny cestovatelů proto vyžadují pečlivější přípravu před odjezdem. Spektrum zdravotních problémů u sledovaného vzorku cestovatelů sice nebylo příliš klinicky závažné, je však potřebné si uvědomit, že se jednalo o odpovědnější osoby, které před odjezdem navštívily očkovací centrum. Oslovení cestovatelé byli poučeni o způsobech prevence, obdrželi relevantní očkování a v opodstatněných případech jim byla předepsána i další chemoprophylaxe. **U těch, kteří možnost konzultace s lékařem před odjezdem nevyužijí, lze předpokládat vyšší pravděpodobnost vzniku závažnějších zdravotních komplikací. I mírnější zdravotní problémy mohou zásadně narušit cestovatelské plány, pracovní nebo sportovní výkony a způsobit tak**

postižené osobě nezanedbatelné finanční ztráty, ať už přímo, nebo nepřímo z důvodu nevyužití předplacené služby all-inclusive, výletů apod. Navíc zdravotní problémy u jediné osoby mohou narušit nebo zrušit program celé skupiny, především v náročném terénu, kde není dostupná zdravotní péče a není možné postiženou osobu zanechat na místě, nebo při společném transportu. Čas vzniku prvních příznaků obtíží nasvědčuje i vzhledem k předpokládané inkubační době tomu, že k nákaze cestovatelů dochází zejména v prvních dnech po příjezdu do rizikové oblasti. To akcentuje pravidlo, že cestovatel by měl dbát na disciplínu a opatrnost zejména na začátku pobytu a až následně případně vyzkoušet místní speciality. Kromě postupné adaptace organismu na místní podmínky je výhodou tohoto postupu i to, že se případné zdravotní problémy objeví až po návratu domů, kde už existují kvalitní diagnostické a terapeutické prostředky. Přináší to však **riziko importu nemoci do domovské země i potenciální ohrožení spolucestovatelů.**

V některých rizikových oblastech je různými druhy parazitů a jiných patogenů kolonizována většina místní populace a standard jejich osobní hygieny se od evropského výrazně liší. To vytváří rizikové podmínky, jejichž dopad na svoje zdraví však dokáže informovaný a disciplinovaný cestovatel do značné míry eliminovat.

Dengue

Nejčastější arbovirovou infekcí, navíc s neustále stoupající incidencí, je horečka dengue. Za první čtyři měsíce letošního roku bylo v ČR hlášeno více importovaných nemocí než za celý loňský rok (47 vs. 40). Těchto 47 letošních případů (r. 2016) je víc než za stejné časové období leden až duben za předchozí tři roky 2013, 2014 a 2015 dohromady (9).

Tato flavivirová nákaza je endemická již téměř ve všech zemích a teritoriích subtropů a tropů, nižší výskyt má jen v sušších oblastech zejména afrického kontinentu. I když se veřejnost obává zejména hojně medializované horečky zika, právě horečka dengue, jejíž původci patří do stejné skupiny, je mnohem častější, rozšířenější a pro nakažené i nebezpečnější. Repelenty by se proto měly používat nejen v oblastech, kde je popisován výskyt zika. Tak jako u horečky zika je hlavním přenašečem virů dengue komár rodu *Aedes* s denní aktivitou a synantropní tendencí. Na rozdíl od malárie je proto nákaza možná za slunečního světla i v centru velkého města v turisticky populární oblasti, zejména v epidemickém období dešťů. Individuální ochranou je především pečlivé používání účinných repelentů, pomohou také sítě na okna a dveře a sprejování zdí reziduálními insekticidy, protože přenašeč vstupuje i do lidských obydlí.



Příznaky dengue jsou podobné jako u horečky zika, obvykle však trvají déle a jsou intenzivnější, zejména náhle vzniklá horečka, úporné myalgie i artralgie a exantém šířící se centrifugálně. Opakovaná infekce jiným sérotypem viru dengue může vést ke krvácení a šoku s nepříznivou prognózou a možnými smrtelnými následky. Ročně si tato nemoc vyžádá na půl milionu hospitalizací, zejména u dětí do pěti let věku je prognóza závažnější. Diagnostika je sérologická, indikace pro toto specifické laboratorní vyšetření vychází z cestovatelské anamnézy a klinického obrazu. Nemoc se léčí klidem na lůžku, hydratací a analgetiky, ne však ibuprofenem ani kyselinou acetylsalicylovou. Vedle leukopenie bývá totiž přítomná i trombocytopenie. Specifický lék působící kauzálně přímo na virus dengue zatím neexistuje.

Pokusy o vývoj očkovací látky proti dengue začaly už v roce 1929, desítky let však nebyly úspěšné. První vakcína proti této nemoci (Dengvaxia) získala registraci až v prosinci 2015 v Mexiku, následně v Brazílii a na Filipínách. V letošním roce by se však měla začít používat i v desítkách dalších zemí, kde se dengue endemicky vyskytuje. Tři dávky této kvadrivalentní chimérické očkovací látky se aplikují v odstupu 0-6-12 měsíců, určena je pro věkový interval 9 až 45 let. V ČR zatím dostupná není (10).

Do roku 1970 se větší epidemie dengue vyskytovaly jen v 7 zemích, dnes je tato infekce endemická ve 128 státech světa, kde žije 40 % světové populace. Ročně je na světě hlášeno 50–100 mil. případů dengue, podle některých studií to však může být až 390 mil. Jen v Brazílii se vloni (2015) vyskytlo 1,5 mil. infekcí, což znamenalo trojnásobný meziroční nárůst (11). Největší problém představuje dengue v Latinské Americe (včetně Střední Ameriky) a v Asii. Vzhledem k výskytu vektorů *Aedes albopictus* i v jižní Evropě hrozí import a dočasná endemizace i v populárních dovolenkových destinacích našeho kontinentu. Takovou zkušenost má z minulých let portugalský ostrov Madeira, kde se v roce 2012 vyskytlo více než 2 000 případů dengue a nemoc se následně rozšířila i na portugalskou pevninu a do dalších deseti evropských zemí.

■ Malárie

Zatímco incidence dengue stoupá, morbidita i mortalita malárie globálně klesá. WHO odhaduje v roce 2015 celosvětový počet 214 milionů klinických případů a 438 tisíc

úmrtí, z toho 90 % v subsaharské Africe a 83 % u dětí do 5 let v tomto regionu (13). U evropských i českých cestovatelů je však trend opačný, což je odrazem narůstajících počtů cestovatelů do exotických oblastí i zvětšení segmentu individuální turistiky. V ČR bylo v posledních dvou letech (2014, 2015) zaznamenáno 31, resp. 29 případů malárie, to představuje nejvyšší počet za poslední dekádu (9). Morbidita na malárii je signifikantně vyšší u cestovatelů navštěvujících v cizině přátele a rodinu (tzv. VFR – visiting friends and relatives) (12). Příčinou je podcenění situace a negace doporučené antimalarické chemoprophylaxe i dalších preventivních opatření po vzoru místních rezidentů, někdy dokonce na jejich radu.

Přítomnost plazmodií v krvi vyvolává opakované záchvaty zimnice, horečky a pocení s následnou spontánní normalizací tělesné teploty. Tento cyklus se ze začátku objevuje nepravidelně, později se obvykle opakuje každý třetí den (tzv. terciána) nebo každý čtvrtý den (kvartána), v závislosti na druhu malarického parazita. **U nejnebezpečnější, tzv. tropické malárie se však mohou záchvaty objevovat nepravidelně v různých časových intervalech. Čekání na pravidelné střídání febrilních fází proto není namístě, pacienta tato prodleva zahájení léčby může stát život.** Dalšími doprovodnými příznaky mohou být nechutenství, nevolnost, průjem, bolesti hlavy, kloubů a svalů. V pokročilejších fázích se může objevit také anémie, ikterus, psychické poruchy (halucinace, delirium, paranoidní stavy apod.), poruchy vědomí až kóma. Obecně platí, že **malárie může imitovat mnoho nemocí a tuto diagnózu je nutné zahrnout do primární diferenciální diagnostiky u jakýchkoliv systémových zdravotních potíží po návratu pacienta z malarické oblasti.**

Onemocnění způsobuje pět druhů plazmodií (z toho jeden opíčí *P. knowlesi*), z nichž nejnebezpečnější je *Plasmodium falciparum*. Děti do 5 let věku a těhotné ženy by do oblastí výskytu *P. falciparum* neměly cestovat, a to i vzhledem k dlouhodobému výpadku dodávek meflochinu do ČR a nemožnosti použít u těchto rizikových kategorií jinou dostupnou antimalarickou chemoprophylaxi registrovanou v ČR.

V roce 2015 získala pozitivní stanovisko regulačních úřadů (včetně evropských) nová vakcína proti malárii označovaná jako RTS,S (Mosquirix). Je určena pro nejmenší děti od 6 týdnů do 17 měsíců věku. Tři dávky vakcíny (schéma 3+1) zredukovaly výskyt případů

malárie u dětí za čtyřleté sledované období o 39 %. Účinnost vakcíny je sice významně nižší než u jiných očkovacích látek, i tak však může přispět k záchraně tisíců dětských životů v endemických oblastech. Očkování je nutné kombinovat i s dalšími možnostmi ochrany před touto parazitární nákazou.

■ Příčiny základních symptomů a syndromů v rámci importovaných nákaz

Vzhledem ke značnému rozsahu problematiky importovaných nákaz uvádí přehled možných příčin vybraných základních symptomů a syndromů v rámci diferenciální diagnostiky tabulka 1.

■ Příprava cestovatele v ordinaci primární péče

Pravděpodobnost řešení importovaných nemocí v ordinaci primární péče snižší kvalitní příprava pacienta před odjezdem do zahraničí, ať už v rámci prevence, nebo rychlé pohotovostní samoléčby. K relevantnímu očkování podle věku a zdravotního stavu pacienta, místa jeho pobytu, způsobu transportu, ubytování i stravování, plánovaných výletů a dalších aktivit, ale i podle ročního období atd. patří i další preventivní opatření. Drtivě většine infekčních nemocí totiž není možné předcházet vakcinací. Základem na cesty je preventivní užívání probiotik v kombinaci s prebiotiky, součástí lékárničky by měl být antisekreční racekadotril (od 3 měsíců věku), carbo activatus medicinalis (od 3 let věku), střevní dezinficiens (např. nifuroxazid, rifaximin, oba od 6 let věku), rehydratační prášek (ORS), antihistaminikum a čpavkové pero pro lokální alergické projevy (bodnutí hmyzem, požahání medúzou). Samozřejmostí je kvalitní repelent s účinnou látkou DEET v koncentraci vhodné pro dětskou populaci a léky standardně používané i v domácích podmínkách, ať už pravidelně, nebo občasně.

■ Závěr

Po návratu cestovatele se zdravotními problémy z exotických oblastí nebo u pacienta-cizince pocházejícího z těchto regionů je nutné brát v úvahu i skutečnost, že se může jednat o běžné infekční onemocnění způsobené etiologickými činiteli vyskytujícími se i v ČR nebo projev chronické nemoci v časové koincidenci s návratem z tropů,



Tab. 1. Základní diferenciální diagnostika infekčních (resp. para- a postinfekčních) zdravotních problémů importovaných ze subtropů a tropů podle symptomů a syndromů.

Akutní vodnatý průjem (< 2 týdny)	Krvavý průjem	Chronický průjem (> 2 týdny)
Cholera Salmonelóza <i>Campylobacter jejuni</i> Rotaviry a jiné enteroviry <i>E. coli</i> (enterotoxické, enteropatogenní, enteroadherentní) Malárie Shigelóza <i>Yersinia enterocolitica</i> , <i>Giardia lamblia</i> , <i>Cryptosporidium parvum</i> , <i>Clostridium perfringens</i> , <i>Bacillus cereus</i> , <i>Isospora belli</i> N.B. Otrava toxinem <i>Ciguatera</i>	Shigelóza <i>Entamoeba histolytica</i> <i>Campylobacter jejuni</i> Salmonelóza <i>E. coli</i> (enteroinvazivní, enterohemoragické) <i>Yersinia</i> spp. <i>Clostridium difficile</i> <i>Clostridium perfringens</i> <i>Balantidium coli</i> <i>Schistosoma</i> spp.	<i>Giardia lamblia</i> <i>Entamoeba histolytica</i> Shigelóza Enteroadherentní <i>E. coli</i> Ileocekální tuberkulóza <i>Strongyloides stercoralis</i> <i>Schistosoma</i> spp. <i>Trichuris trichiura</i> <i>Capillaria philippinensis</i> N.B. Tropická enteropatie a sprue Postinfekční iritabilita střev
Febrilní ikterus	Afebrilní ikterus	Febrilní hemolytický ikterus
<i>Plasmodium falciparum</i> Břišní tyfus a paratyfus Leptospiroza (Weilova nemoc) Žlutá zimnice Virová hemoragická horečka EBV Amébový hepatální absces AIDS (léky, cryptosporidium, cholangiopatie) Pneumokoková pneumonie Brucelóza Mykoplazmová hepatitida Miliární tuberkulóza Sekundární syfilis	Virová hepatitida A–E Motolice (<i>Clonorchis sinensis</i> , <i>Fasciola hepatica</i>) <i>Ascaris lumbricoides</i> N.B. Toxická hepatitida (alkohol, léky, herbální medikamenty)	Malárie (<i>Plasmodium falciparum</i>) Bartonelóza (<i>Shigella dysenteriae</i> , <i>E. coli</i>) Hemoglobinopatie (drepanocytóza) N.B. Deficit G-6-P dehydrogenázy (favismus) Léky Hemolyticko-uremický syndrom
Hepatosplenomegalie (predominantně hepatomegalie) akutní většinou bolestivé zvětšení	Hepatosplenomegalie (predominantně hepatomegalie) chronické nebolestivé zvětšení	Hepatosplenomegalie (predominantně splenomegalie)
Virová hepatitida (A–E) EBV Amébový absces Malárie Leptospiroza Žlutá zimnice Brucelóza Chagasova nemoc <i>Larva migrans visceralis</i> N.B. Beri-beri	Schistosomóza Viscerální leishmanióza Hydatidózní cysta Motolice (<i>Clonorchis</i> spp., <i>Fasciola</i> spp.) Trypanozomiáza Mor Bartonelóza N.B. Cirhóza (hepatitida B, hemosideróza, alkohol)	Malárie Břišní tyfus Brucelóza Návratní horečka Viscerální leishmanióza Trypanozomiáza Schistosomóza (portální hypertenze) HIV infekce Hydatidóza Leptospiroza Bartonelóza

s kterým přímo nesouvisí. Na druhou stranu standardní rutinní postup u pacienta po návratu z exotické oblasti bez zohlednění specifických okolností možné cizokrajné etiologie může mít závažné následky, a to nejen kvůli odkladu zahájení kauzální léčby. V rámci diagnostiky importovaných nemocí je nutné pečlivě odebrat anamnézu,

včetně přesných geografických a časových informací zahrnujících realizované činnosti a detaily transportu (např. mezipřistání či stop-over v jiné zemi). Pečlivé fyzikální vyšetření doplní vyšetření první linie na malárii (mikroskopie), krevní obraz + diferenciál, FW, CRP, Quick, APTT, PCT, případně i odběr hemokultur. V indikovaných případech se

využijí zobrazovací metody a laboratorní vyšetření směřující k odhalení etiologického agens (sérologie, kultivace, izolace antigenu apod.).

V rámci terapie horečnatých stavů je nutné vyhnout se kyselině acetylsalicylové a ibuprofenu až do momentu vyloučení diagnózy horečky dengue. K vyšetření na ma-



lárii by mělo vést jakékoliv zvýšení tělesné teploty bez ohledu na její periodický výskyt v cyklech.

Vzhledem k dlouhodobé nedostupnosti meflochinu v ČR je hlavním lékem pro dlouhodobou antimalarickou chemoprophylaxi do chlorochin-rezistentních malarických oblastí od 8 let věku doxycyklin v dávce 100 mg jednou denně (včetně 4 týdnů po opuštění rizikové oblasti). Atovaquone/proguanil (Malarone) lze použít výlučně k profylaxi infekcí *P. falciparum* od 40 kg hmotnosti pro pobyt do cca 3 týdnů plus 7 dní po opuštění rizikové oblasti.

Literatura

1. Jelinek T, Muhlberger N. Surveillance of imported diseases as a window to travel health risks. *Infect Dis Clin North Am.* 2005 Mar;19(1):1-13.
2. Steffen R et al. Travel epidemiology – a global perspective. *Int J Antimicrob Agents.* 2003;21(2):89-95
3. Hill D. Health problem in a large cohort of Americans travelling to developing countries. *J Travel Med.* 2000;7:259-266
4. Wilson ME, Freedman DO. Etiology of travel related fever. *Curr Opin Infect Dis.* 2007;20:449-453
5. Freedman DO et al. GeoSentinel Surveillance Network. Spectrum of disease and relation to place of exposure among ill returned travellers. *N Engl J Med.* 2006;354:119-130
6. Steinlauf S et al. The profile of Israeli traveller – Travel clinic perspective. In Schwartz E. *Tropical Disease in Travellers.* Hoboken: Wiley-Blackwell, 2009.
7. Spira AM. Assessment of travellers who return home ill. *Travel medicine II. Lancet.* 2003 Apr 26;361(9367):1459-1469
8. Gautret P et al. Infectious Diseases among travellers and migrants in Europe, EuroTravNet 2010. *Surveillance and outbreak reports. Eurosurveillance.* 2012 Jun 28;17(26):16-26
9. SZU. Infekce v ČR. *Epidat 2015* [cit. 2016-05-10]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/publikace/data/infekce-v-cr>
10. Maďar R. Nárůst horečky dengue u českých cestovatelů. *Očkování a cestovní medicína.* 2016;7(2) – in print
11. World Health Organization. Dengue. Factsheet. [cit. 2016-05-11]. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/en/>
12. Fenner L, Weber R, Steffen R, Schlagenhauf P. Imported infectious disease and purpose of travel, Switzerland. *Emerg Infect Dis.* 2007;13(2):217-222
13. Centers for Disease Control and Prevention. Malaria Facts. [cit 2016-05-06]. Dostupné z: <http://www.cdc.gov/malaria/about/facts.html>

Proč uvažovat o pojištění dle rámcové smlouvy s Českou podnikatelskou pojišťovnou

Stále častěji se setkávám se žalobami, kdy stávající pojištění lékaře nekryje daný případ (nárok na náhradu škody). Z posouzení konkrétních pojistných smluv, které jsme na základě žádosti členů Sdružení spolu se společností Harpag doposud provedli, vyplývá, že velká většina posuzovaných smluv vykazuje různé závažné nedostatky a v důsledku neposkytuje dostatečné pojistné krytí (markantní je to zejména u smluv starších pěti let).

Mgr. Jakub Uher

+ Rámcová smlouva poskytuje optimální pojistné krytí

Rámcová smlouva zahrnuje požadavky Sdružení na rozsah optimálního pojistného krytí praktika. Na specifikaci požadovaného rozsahu pojištění se podílejí právníci Sdružení společně s odborníky na pojištění z makléřské společnosti Harpag.

+ Rámcová smlouva řeší specifika praktiků a praktiků pro děti a dorost

Pojistné krytí se vztahuje i na případy, které se týkají specifík činnosti těchto odborností. Jde například o újmu vzniklou v souvislosti s posudkovou činností, činností školenců vyslaných do nemocnice na stáže, pojištění vakcín při výpadku chladičného zařízení apod.

+ Rámcová smlouva je aktualizovaná

Sledujeme aktuální legislativu, konkrétní soudní spory na náhradu škody či újmy atd. a v případě potřeby doplnění rámcové smlouvy realizujeme jednání s ČPP o její úpravě. Šlo například o změny v souvislosti s novým občanským zákoníkem, doplnění rozsahů, úpravy limitů ve smlouvě.

+ V případě vzniku škody pomáháme lékařům s likvidací

V případě pojistné události lékař mu poskytuje součinnost a odbornou pomoc s likvidací makléřská společnost Harpag ve spolupráci se Sdružením a včetně součinnosti s řešením pojistné události. Právní zastoupení ve sporech o náhradu újmy u lékařů pojištěných dle rámcové smlouvy zajistí (v případě zájmu lékaře) právníci spolupracující se Sdružením. Náklady na zastoupení jsou samozřejmě hrazeny z pojištění.





Febrilní křeče – méně je někdy více

MUDr. Tomáš Nečas

Krajská nemocnice Tomáše Bati, Zlín

■ Definice, epidemiologie

Febrilní křeče (FK) jsou nejčastěji se vyskytující záchvatovitě onemocnění dětského věku. Jsou definovány jako záchvat u dítěte s horečkou, jež nemá známky intrakraniální infekce, metabolický rozvrat či anamnézu afebrilních křečí; objevují se mezi 6. a 60. měsícem věku. Febrilní křeče se dělí na komplikované (KFK) a nekomplikované (NFK). U KFK se typicky jedná o křeče fokální, prolongované (trvající více než 10–15 minut) či mnohočetné (výskyt více než jedné epizody FK v rámci téhož horečnatého onemocnění), přičemž se musí vyskytnout alespoň jeden tento znak. Jednoduché (nekomplikované) FK jsou naopak charakterizovány krátkým, generalizovaným, izolovaným záchvatem. Febrilní status epilepticus (FSE) je podskupinou komplikovaných febrilních křečí – jedná se o kontinuální či přerušovanou křečovou aktivitu bez návratu vědomí trvající více než 30 minut. Febrilní křeče se v západní Evropě a USA vyskytují u 2–5 % dětí ve věku od 6 do 60 měsíců. V asijské populaci je výskyt vyšší – v Japonsku např. více než 9 %. Vrchol výskytu FK je ve věku 18 měsíců. Asi dvě třetiny FK jsou nekomplikované s trváním do tří minut. Většina FK se objeví do 24 hodin od počátku horečky.

■ Genetika

Rodinný výskyt FK je častý, přesný typ dědičnosti je však většinou neznámý. Přítomnost FK v rodinné anamnéze je často zmiňovaný rizikový faktor pro rozvoj FK, přičemž riziko stoupá s množstvím příbuzných postižených FK. Pozitivní rodinná anamnéza stran výskytu FK je zjištěna až u poloviny pacientů s FK. V současné době je známo několik genových mutací souvisejících s výskytem FK. Fenotypů je mnoho – od běžných FK přes FK+ (FK perzistující i po pátém či šestém roce věku s případným výskytem afebrilních křečí) až po závažné epileptické encefalopatie typu epilepsie s myoklonicko-atonickými záchvaty či syndromu Dravetové.

■ Etiopatogeneze

Přesný mechanismus vzniku FK není znám. Roli pravděpodobně hraje pro věk specifické

zvýšení náchylnosti na vznik křečí způsobených horečkou. Samotný vzestup teploty ovlivňuje neuronální funkce, včetně funkce mnoha teplotně citlivých iontových kanálů. V rozvoji FK hraje velmi pravděpodobně roli interleukin 1 β , hovoří se též o významu infekce virem HHV6.

Rizikové faktory

Rizikové faktory pro rekurenci FK a pro rozvoj epilepsie jsou uvedeny v tabulce 1.

Management

Jak vyplývá z definice FK, základním diagnostickým konceptem je vyloučení možných závažných příčin křečí (encefalitida, meningitida, metabolický rozvrat či afebrilní křeče v anamnéze). Získání anamnézy od spolehlivého svědka a podrobné pediatrické a neurologické vyšetření jsou nezbytnou součástí úvodní péče o pacienta po prodělaných FK. V dalším kroku je nutné potvrdit, že se jednalo o febrilní epizodu, pokusit se určit typ FK a klinicky pátrat po příčině horečky.

Rutinní vyšetřování sérových elektrolytů, vápníku, fosforu, železa, hořčíku, glykémie a krevního obrazu se nedoporučuje. Indikovaná laboratorní vyšetření by měla spíše sloužit k identifikaci původu horečky než jako rutinní vyšetření ke zhodnocení křečí jako takových.

Sekundární záchvat jako projev infekce CNS je nejdůležitější diferenciální diagnóza u dítěte se záchvatem při horečce. Záchvat se vyskytuje až u čtvrtiny dětských pacientů s meningitidou. Je však velmi nepravděpodobné, že by se záchvat vyskytl jako jediný příznak – ve většině případů budou přítomny i další známky infekce CNS (např. alterace vědomí, opozice šíje, petechie). Důležitým krokem je tedy zvážení nutnosti provedení lumbální punkce. Incidence bakteriální meningitidy u dětí po FK je asi 0,44 %. U většiny dětí, které nemají po proběhnutých FK známky alterace, není tedy provedení lumbální punkce nutné. Americká pediatrická akademie (AAP) ve svých doporučeních z roku 2011 navrhuje, v jakých případech provést lumbální punkci u dětí po NFK. Provést by se měla u těch, které jsou meningeální (např. opozice šíje, pozitivní Kerningův či Brudzinského příznak), u dětí mladších jednoho roku s nekompletním očkováním proti *Streptococcus pneumoniae* či *Haemophilus influenzae* typu B a u dětí s neznámým očkovacím statutem. Dále také u dětí, jež byly v předchorobí léčeny antibiotiky, z důvodu možného zamaskování příznaků infekce CNS.

EEG vyšetření má v managementu FK jen minimální roli. Patologický EEG záznam se

Tabulka 1. – Rizikové faktory pro rozvoj rekurence FK a epilepsie po febrilních křečích

Rekurentní febrilní křeče	Rozvoj epilepsie
Definitivní rizikové faktory	
Febrilní křeče v rodinné anamnéze	Neurovývojová porucha
Věk v době prvních FK < 18 měsíců	Komplikované febrilní křeče
Nižší teplota při prvních FK (> 38,3 °C)	Epilepsie v rodinné anamnéze
Krátký časový odstup počátku horečky a prvních FK (< 1 hodina)	Krátký časový odstup počátku horečky a prvních FK (< 1 hodina)
Možné rizikové faktory	
Epilepsie v rodinné anamnéze	Více než jeden znak komplikovanosti FK
Nejsou rizikovými faktory	
Neurovývojová porucha	Febrilní křeče v rodinné anamnéze
Komplikované febrilní křeče	Věk v době prvních FK < 18 měsíců
Více než jeden znak komplikovanosti FK	Nižší teplota při prvních FK (> 38,3 °C)
Pohlaví	Pohlaví
Etnicita	Etnicita



u dětí po FK vyskytuje až v 86 % případů. Neexistují přesvědčivé důkazy, že by patologický EEG záznam měl pro pacienta s FK prognostický význam. AAP nedoporučuje rutinně provádět EEG u neurologicky zdravých dětí po NFK. Toto doporučení nezahrnuje pacienty s KFK. Význam EEG vyšetření u těchto pacientů je stále nejasný – v současné době však převládá názor, že by se EEG vyšetření s kontrolami v čase spíše mělo provádět. Rutinní provedení CT či MR vyšetření u dětí po NFK není doporučeno. Rutinní vyšetření očního pozadí u dětí po FK se též nedoporučuje.

■ Léčba

Na základě nových poznatků a rozsáhlých epidemiologických dat jsou v současné době FK vnímány jako většinou benigní onemocnění s dobrou prognózou. Z tohoto důvodu se v terapii FK doporučuje minimalistický přístup. Většina FK trvá méně než 4 minuty; v době, kdy dítě vidí lékaře prvního kontaktu, již mnohdy FK odezněly spontánně a vědomí dítěte se již vrací do normálu. V těchto případech není léčba nutná. Obdobně jako v případě afebrilních křečí by měly být léčeny jen křeče trvající více než 3–5 minut. Zajištění dýchacích cest v případě nutnosti a přerušování křečí k zamezení progresu do FSE může být ve vzácných případech nezbytné. Terapie FK nesnižuje riziko případného rozvoje epilepsie.

Management FK má tři základní části – léčbu akutního záchvatu, profylaxi rekurence a zejména edukaci rodičů stran zvládnutí recidivy FK.

■ Léčba akutního záchvatu

Efekt intravenózně podaných benzodiazepinů (diazepam v dávce 0,1–0,2 mg/kg nebo lorazepam v dávce 0,05–0,1 mg/kg) na zastavení probíhajících křečí byl jasně

prokázán. Účinnost obou preparátů je srovnatelná. V přednemocniční péči či při nedostupnosti intravenózní linky je možné využít rektálně podaný diazepam v dávce 0,5 mg/kg. Někteří autoři doporučují aplikaci 5 mg rektální tuby s diazepamem pro děti do 15 kg a 10 mg tuby dětem nad 15 kg. Dalšími alternativami jsou bukalně (0,2–0,5 mg/kg) či nazálně (0,2 mg/kg) podaný midazolam; obě možnosti jsou stejně účinné jako intravenózně podaný diazepam.

■ Profylaxe rekurence febrilních křečí

Antipyretika

I přes logicky správnou úvahu, že profylaktickým užíváním antipyretik při horečnatém onemocnění snížíme výskyt FK, nebyl tento efekt nikdy prokázán. Cílem terapie antipyretiky by měl být komfort pacienta, nikoliv normotermie či profylaxe FK.

Benzodiazepiny

Profylaktické užívání diazepamu při horečce je v ČR stále časté. Opakovaně bylo prokázáno, že aplikace diazepamu v průběhu horečnatého onemocnění signifikantně snižuje riziko recidivy FK. Vzhledem k vysoké míře nežádoucích účinků a nízké klinické efektivitě však obecně není profylaxe doporučována. Rutinní profylaxi nedoporučuje AAP, Italská liga proti epilepsii ani WHO. Někteří autoři navrhují zvážit selektivní profylaxi jen u pacientů s více než třemi rizikovými faktory pro rekurenci FK.

V případě profylaktického užití perorálního diazepamu se doporučuje aplikovat 0,4–0,5 mg/kg na dávku v nejvýše 2–3 dávkách po 8 hodinách při teplotě nad 38,5 °C. Většina FK se totiž vyskytne v prvních 24 hodinách horečnatého onemocnění.

■ Edukace rodičů

Edukace rodičů hraje v managementu FK nezastupitelnou roli. Rodiče je třeba uklidnit a vysvětlit jim, že naprostá většina FK je benigní a má výbornou prognózu. Můžeme zdůraznit, že riziko případného rozvoje epilepsie je u dětí po NFK srovnatelné s většinou populací, FK negativně neovlivňují inteligenci ani studijní výsledky a nezvyšují riziko úmrtí. Dále je nezbytné rodiče poučit, jak se zachovat při případném opakování FK, kdy volat RZP a jak a kdy podat diazepam, pokud je k dispozici.

■ Očkování

Některé vakcíny zvyšují riziko rozvoje FK (např. DTP, MMR, MMRV, PCV13), absolutní riziko je však malé. Např. po aplikaci MMR vakcíny v recentní australské studii bylo riziko rozvoje FK 1 : 4 167 aplikovaných dávek. Významnou roli v rozvoji FK asociovaných s očkováním však velmi pravděpodobně hraje genetická predispozice. Italská liga proti epilepsii (LICE) ve svém recentním doporučení uvádí, že očkování dětí po prodělaných FK není kontraindikováno a že riziko FK by nemělo odradit rodiče od očkování jejich dětí.

■ Závěr

Za posledních několik desítek let se pohled na FK výrazně proměnil. Vzhledem k výborné prognóze většiny FK je stran diagnostiky, terapie i případné profylaxe doporučován spíše minimalistický přístup. Management FK by měl být zaměřen na došetření případné infekční příčiny spíše než na křeče samotné. Stanovení typu FK v úvodu diagnostiky je důležitým krokem pro další management onemocnění.

Kompletní přehled literatury je k dispozici na vyžádání u autora.

Febrilní křeče (FK) – dotazník

V rámci zpětné vazby by byl autor vděčný za vyplnění krátkého dotazníku stran managementu febrilních křečí u dětí. Není třeba odpovídat na všechny dotazy. **Odpovědi prosím zasílejte na e-mail tnecas@mail.muni.cz do 30. 6. 2016.**

1. Doporučujete pacientům s anamnézou FK vždy užívat profylakticky (při horečce) diazepam?

2. Jaké dávkování diazepamu případně doporučujete a kolika dny omezujete délku užívání profylaxe?
3. Doporučujete svým pacientům užívání antipyretik z důvodů profylaxe FK?
4. Je Vaším pacientům po FK vždy prováděno EEG vyšetření?
5. Upravujete Vy či Váš spolupracující neurolog na základě EEG vyšetření léčbu pacientů po FK?

6. Rozlišujete Vy či Vaše spolupracující pediatrické/neurologické zdravotnické zařízení FK na komplikované a nekomplikované?
7. Můžete prosím odhadnout, jak dlouho jsou Vaši pacienti po FK průměrně hospitalizováni?

Děkujeme za spolupráci.



Evropská doporučení pro resuscitaci dětí a novorozenců: Guidelines 2015

MUDr. Jana Djakow

Oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče pro děti, Nemocnice Hořovice
Instruktorka kursů Advanced Life Support a European Paediatric Advanced Life Support
Evropské resuscitační rady a České resuscitační rady

■ Úvod

Resuscitace dítěte je situace, se kterou se zdravotníci setkávají poměrně vzácně (tvoří asi 2 % mimonemocničních zástav dechu a oběhu a asi 3 % zástav v nemocnicích). Vždy je to situace emotivní a psychicky náročná. Neodkladnou péči o kriticky nemocné dítě a kardiopulmonální resuscitaci (KPR) často zahajují zdravotníci, kteří nemají primárně pediatrické vzdělání (lékaři a záchranáři posádek RZP a RLP). Příčiny a patofyziologie kritických stavů i srdeční zástavy jsou přítom u dětí zásadně odlišné než u dospělých. Liší se také technika provádění jednotlivých úkonů KPR. Zatímco náhlá zástava oběhu u dospělého pacienta je ve většině případů náhlá primárně kardiální záležitost a obvykle ji nelze předvídat, u dětí významně převažují sekundární příčiny zástavy, kterým předchází dekompenzace respiračního či oběhového selhání.

Cílem doporučených postupů Evropské resuscitační rady (ERC) je primárně účinným zásahem zabránit srdeční zástavě u kriticky nemocného pacienta. Pokud k zástavě dojde, pak je cílem účinnou a správně prováděnou resuscitací a koordinovanou péčí zlepšit výsledky přežití po KPR. Doporučení ERC pro resuscitaci dětí hovoří o tzv. pediatrickém řetězci přežití. Ten zdůrazňuje prevenci zástavy (účinný a rychlý zásah u kriticky nemocného dítěte) a v případě vzniklé zástavy neodkladné zahájení základní resuscitace včetně ventilace a rychlé přivolání resuscitačního týmu, který může navázat rozšířenou neodkladnou resuscitací s využitím léků a pomůcek a který následně zajistí úvodní poresuscitační péči. Důležitost efektivního zásahu jako prevence úplné srdeční zástavy ilustrují studie výsledků přežití dětských pacientů po resuscitaci. Zatímco pacienti, u kterých došlo k účinnému zásahu ve chvíli izolované respirační zástavy a kterým dosud bilo srdce (poslední fáze dekompenzovaného respiračního selhání), mají šanci až 50 % na přežití bez neurologických následků, tato šance klesá na 4–10 %

u dětských pacientů s kompletní zástavou dechu i oběhu.

Také lékaři a sestry v ambulanci praktického lékaře pro děti a dorost (PLDD) se mohou snadno dostat do situace, kdy budou prvními zasahujícími u kriticky nemocného dítěte, nebo dokonce u dítěte se zástavou dechu či oběhu. Přestože obvykle nemají k dispozici vybavení pro kompletní rozšířenou resuscitaci, se znalostmi moderních doporučených postupů a díky rychlému zásahu mohou velmi významně přispět k příznivé prognóze pacienta.

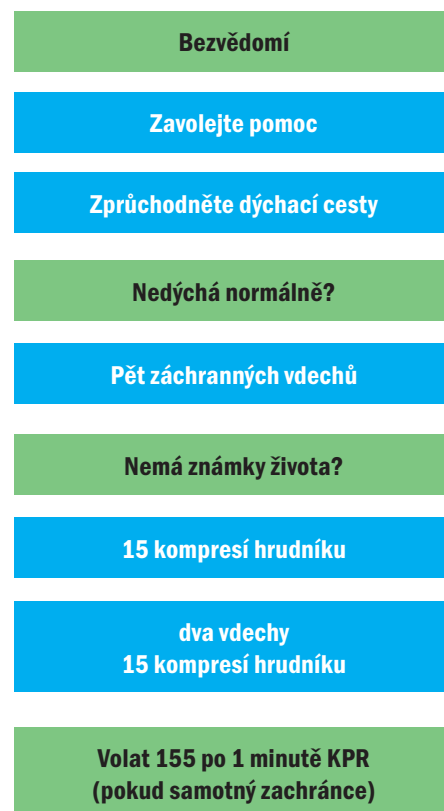
Jako dítě se resuscituje každý dětský pacient od novorozeneckého věku až do objevení se známek puberty, přičemž se mírně odlišuje provedení některých úkonů u kojenců do 1 roku a u větších dětí. Adolescent, konstitučně již odpovídající spíše dospělému člověku, může být resuscitován podle doporučení pro dospělé pacienty, zejména pak v situaci náhlé zástavy bez předchozího onemocnění. Speciální doporučení pro resuscitaci novorozenců jsou pak určena výhradně pro právě narozené děti, u kterých ještě neproběhla časná poporodní adaptace. Nejsou již vhodná pro resuscitaci pacientů novorozeneckého věku, kteří byli propuštěni do domácí péče!

■ Základní neodkladná resuscitace – basic life support (BLS)

Je-li dítě v bezvědomí a nedýchá, je-li dechová aktivita nedostatečná, hrudník se nezvedá dostatečně nebo je přítomen pouze tzv. gasping (nepravidelné neúčinné lapavé dechy), je třeba neodkladně zahájit základní resuscitaci (obrázek 1). Pro zahájení resuscitace není nutné palpatovat puls. Palpace pulsu zbytečně oddaluje zahájení resuscitace. Navíc ani zdravotníci profesionálové nejsou obvykle v kritické situaci bezpečně schopni rozpoznat, zda pulsace u dítěte hmatají, nebo ne. Bezvědomí a nepřítomnost normálního dýchání jsou pro zahájení resuscitace zcela dostačující.

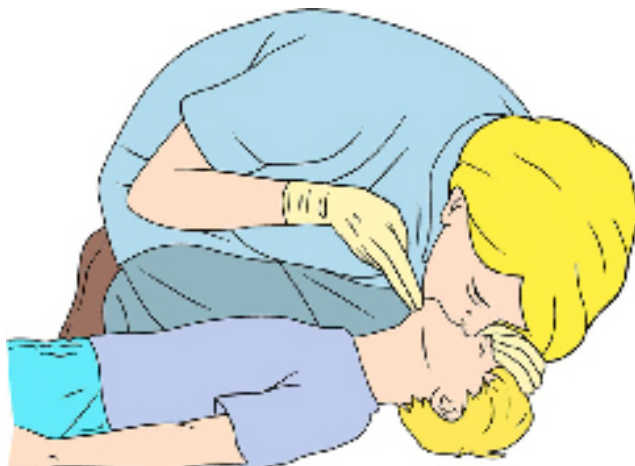
Vzhledem k výše zmíněným odlišnostem vzniku zástavy u dítěte na rozdíl od dospělého zahajujeme resuscitaci pěti úvodními vdechy. Také v dalším průběhu resuscitace je kladen důraz na zajištění co nejlepší oxygenace a ventilace. Pro úspěšné provedení umělých vdechů je zásadní správná poloha dýchacích cest. Pro kojence je to obvykle tzv. neutrální poloha hlavy (obrázek 2), u větších dětí pak mírný či větší záklon hlavy podle velikosti dítěte (obrázek 3). Nedostatečný, ale i přílišný záklon hlavy mohou vést k uzavření dýchacích cest a znemožnit tak provádění umělých vdechů. Nejlepším indikátorem správně prováděných vdechů je dostatečné zvedání hrudníku či břicha dítěte. Vdechy se provádějí z úst do úst (větší děti) nebo z úst do úst a nosu (kojenci). Je-li v ordinaci

Obrázek 1 Postup při základní neodkladné resuscitaci dítěte





Obrázek 2 Správná poloha hlavy a dýchání z úst do úst a nosu u kojence



Obrázek 3 Správná poloha hlavy a dýchání z úst do úst u většího dítěte

k dispozici samorozpínací vak (SRV) s obličejovou maskou, je vhodné jej použít (obrázek 4). Nikdy by však hledání a sestavování pomůcek nemělo oddálit poskytnutí základní resuscitace. Pokud není SRV s maskou ihned po ruce připraven k použití, je vhodnější zahájit dechu technikou z úst do úst či z úst do úst a nosu a další osobu vyslat pro pomůcky. Je velmi užitečné seznámit sebe i další personál v ambulanci s používáním samorozpínacího vaku s obličejovou maskou ve chvíli, kdy není nikdo ohrožen na životě, zkoušet si pravidelně jeho sestavení a fungování, případně také jeho připojení na kyslík v tlakové lahvi, je-li k dispozici. Znalost těchto postupů pak ušetří cenné minuty v kritické situaci.

Pokud po pěti pokusech o vdech dítě nadále nejvíce žádné známky života, pokračuje se kombinací srdeční masáže a umělých vdechů v poměru 15 : 2 (eventuálně 30 : 2 u neproškolených laiků). Komprese hrudníku musejí být prováděny na pevné podložce (na zemi), nikoliv například na lůžku. 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 stlačení za minutu (přibližně dvě stlačení za vteřinu). Také je třeba dbát na dostatečné uvolnění hrudníku po každém stlačení, aby bylo umožněno plnění srdce krví. U kojenců jeden zachránce obejmě hrudníček dítěte a oběma palci stlačuje dolní třetinu hrudní kosti (obrázek 5), druhý provádí umělé

vdechy. Pokud je zachránce sám, může hrudník stlačovat dvěma prsty, aby mohl rychleji střídát komprese hrudníku a provádění vdechů. Tato metoda je nicméně oběhově méně účinná než masáž dvěma palci, proto není doporučována, je-li k dispozici více než jeden zachránce. U větších dětí se stlačování provádí hranou dlaně jedné ruky, ev. oběma rukama s dlaněmi na sobě (obrázek 6) – podle toho, jestli je zachránce schopen jednou rukou provést stlačení do dostatečné hloubky. Stlačování provádějte nataženou paží a maximálně využijte vlastní hmotnost. Provádění kompresí hrudníku je i v případě, že jde o dítě, pro zachránce fyzicky velmi náročné. Je-li k dispozici více než jeden zachránce, střidejte se v provádění kompresí nejpozději po 2 minutách.

Umělé vdechy mají trvat asi 1 sekundu. Pokud vdechy provádíte z úst do úst nebo do úst a nosu, před každým vdechem se nezapomeňte sami zhluboka nadechnout. Objem vdechovaného vzduchu závisí na velikosti dítěte, nejlepším indikátorem je normální zvedání hrudníku. Při každém vdechu nadále dbejte na to, aby byly dýchací cesty ve správné poloze. Nelze-li vdech provést, zkuste mírně změnit polohu hlavy dítěte.

Resuscitaci zbytečně nepřerušujte, abyste pátrali po pulzacích či přítomnosti dýchání. Důvody k přerušení resuscitace jsou pouze následující: 1) dítě začne jevit zcela zjevné známky života (brání se stlačování hrudníku, hýbe končetinami, probírá se apod.), 2) zachránce je zcela vyčerpán a není schopen dále v resuscitaci pokračovat, 3) dostaví se další odborná pomoc, která resuscitaci převzme.

Kdy volat 155? Pokud je k dispozici více než jeden zachránce, volejte rychlou záchrannou službu ihned po zjištění, že je dítě v bezvě-

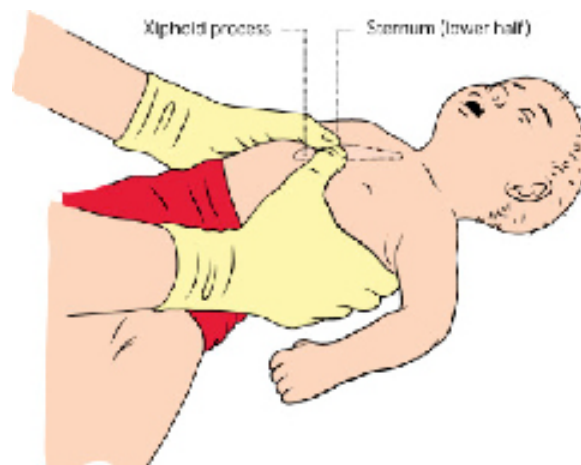
domí a nedýchá. V takovém případě zahájí jeden zachránce ihned BLS a druhý volá RZS. Pokud jste sami, provádějte nejprve 1 minutu základní resuscitaci a teprve poté volejte RZS. Linku 155 kontaktujte i u jiných kritických situacích, operátoři běžně poskytují tzv. telefonicky asistovanou neodkladnou resuscitaci (TANR), tedy instruují zachránce, jak v dané situaci postupovat.

■ Použití automatizovaného externího defibrilátoru (AED)

Stoupá počet míst (včetně zdravotnických zařízení typu poliklinik), kde je k dispozici tzv. automatizovaný externí defibrilátor (AED). Je-li tato pomůcka k dispozici, lze ji použít také pro děti nad 1 rok věku. Některé přístroje jsou vybaveny dětskými elektrodami pro pacienty ve věku 1–8 let, pro větší děti se používají dospělé elektrody. Nemá-li přístroj dětské elektrody, lze použít dospělé elektrody v předozadní pozici. Pokud je přístroj v blízkosti vaší ordinace k dispozici, je dobré seznámit se s jeho používáním. Přístroj po připojení elektrod sám hodnotí elektrickou aktivitu a stanoví, zda je vhodné podání defibrilačního výboje, či nikoliv. AED instruuje zachránce, jak v dané situaci postupovat. Většina srdečních zástav u dětí má iniciálně přítomen rytmus, který nelze defibrilovat (asystolie), použití AED proto u dětí nemá takovou prioritu jako u dospělých. Výjimkou jsou děti se srdečními vadami, po kardiokirurgických operacích a také děti a adolescenti, u kterých došlo k náhlé zástavě například při sportu či jiné fyzické zátěži nebo mají v rodinné anamnéze náhlou srdeční smrt blízkého příbuzného. Tyto kategorie dětských pacientů se zástavou mohou z použití AED významně profito-



Obrázek 4 Ventilace pomocí samorozpínacího vaku s obličejovou maskou – preferovaná metoda ventilace ve dvou osobách – jeden zachránce udržuje polohu dýchacích cest a zajišťuje dostatečné těsnění masky, druhý zachránce provádí stlačení samorozpínacího vaku; tento zachránce může také provádět komprese hrudníku



Obrázek 5 Poloha rukou při stlačování hrudníku u kojence při resuscitaci prováděné dvěma a více zachránci – stlačuje se do hloubky 4 cm

vat a lze předpokládat, že časná defibrilace u těchto pacientů zvýší pravděpodobnost kvalitního přežití po KPR.

■ Rozšířená neodkladná resuscitace (ALS) a poresuscitační péče

Na základní resuscitaci (BLS) navazuje resuscitace rozšířená (advanced life support – ALS), jakmile je k dispozici potřebné vybavení a vyškolený personál (obvykle po příjezdu RZP a RLP). Rozšířená resuscitace zahrnuje připojení na monitor, případně podání defibrilačního výboje u defibrilovatelných rytmů, zajištění vstupu do cévního řečiště (nejlépe intraoseální přístup), podávání léků a pokročilé zajištění dýchacích cest. Jejím podrobnější postup je nad rámec tohoto sdělení, stejně jako další, neméně důležitý článek resuscitace – poresuscitační péče, která má být vedena v zařízeních s dostatkem zkušeností s touto péčí (obvykle dětské JIP či ARO pro děti).

■ Postup při obstrukci dýchacích cest cizím tělesem

Pokud dítě samo účinně kašle, není nutný žádný manévr. Povzbuzujte dítě ke kašli a nadále sledujte jeho stav. Pokud je kašel neúčinný (nebo se stává neúčinným – neschopnost se nadechnout, rozvoj cyanózy, změna vědomí), okamžitě přivolejte pomoc a zhodnoťte stav vědomí dítěte. Je-li dítě při vědomí, proveďte 5× úder mezi lopatky. Pokud manévr nevede k odstranění překážky v dýchacích cestách, proveďte 5× stlačení

nadbřišku (Heimlichův manévr) u dítěte nad 1 rok věku, resp. 5× prudké stlačení hrudníku v místě pro srdeční masáž u dítěte do 1 roku věku. Pokud je nadále přítomna obstrukce dýchacích cest a dítě je při vědomí, opakujte tuto sekvenci. Jakmile je dítě v bezvědomí, zahajte okamžitě základní neodkladnou resuscitaci: Prohlédněte dýchací cesty, zda cizí těleso není viditelně v dosahu, případně je odstraňte. Nikdy se nepokoušejte těleso odstranit prsty naslepo. Zprůchodněte dýchací cesty a pokuste se o 5 vdechů, nelze-li vdech provést, pokuste se změnit polohu hlavy a dýchacích cest. Pokud nedojde ke zlepšení, pokračujte ihned stlačováním hrudníku.

■ Základní postup u dětí v kritickém stavu (prevence zástavy dechu a oběhu)

Nejobvyklejší cesty k srdeční zástavě u dětí jsou dekompenzace respiračního nebo oběhového selhání. Oba typy selhání se mohou také kombinovat. Respirační selhání vzniká v situaci nedostatečné oxygenace nebo ventilace, oběhové selhání je obvykle způsobeno některým ze šokových stavů (hypovolémie, sepse, anafylaxe, neurogenní šok aj.). Účinný a rychlý zásah v případě respiračního či oběhového selhání je nejlepší prevencí úplné zástavy dechu a oběhu u dětí. Na kritický stav dítěte mohou velmi rychle (na první pohled) upozornit zejména následující příznaky, jistě ale nejde o vyčerpávající seznam:

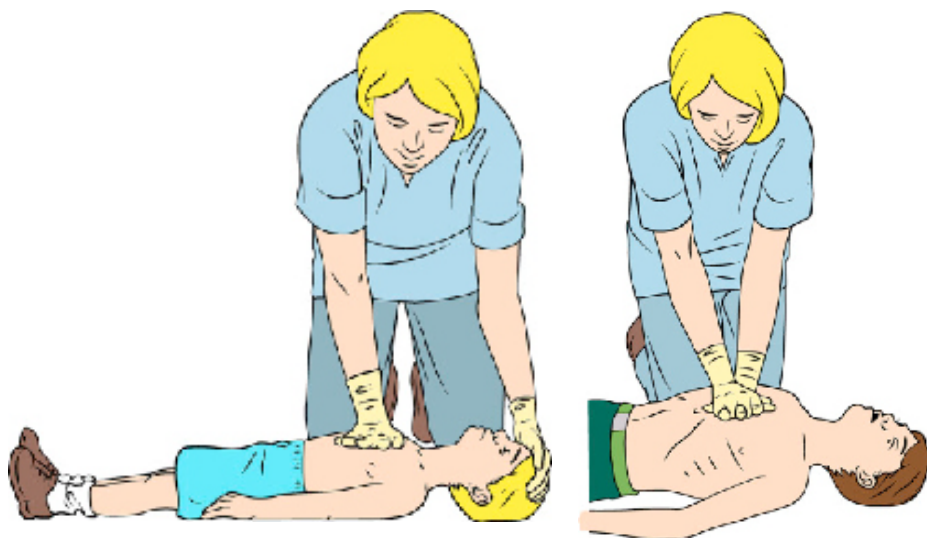
- 1) Chování: Žádné spontánní pohyby (kojenec), neschopnost sedět a stát (větší děti), snížené či změněné vědomí a bez-

vědomí, neexistující kontakt s rodičem a okolím, nekliditelný nebo naopak velmi slabý tichý pláč, abnormální zvukové projevy vzhledem k věku, zaujímání abnormální pozice, abnormální pohyby a křeče.

- 2) Dýchání: Abnormální zvuky při dýchání (zejména grunting, stridor, chrápání, pís-koty, zastřená řeč), zatahování měkkých tkání při dýchání (supraklavikulárně, suprasternálně, mezižebří, podžebří), třes hlavou při dýchání (head bobbing), rozšiřování nosních křídel při dýchání (nasal flaring).
- 3) Barva: Bledost kůže a sliznic, mramorování kůže při různém stupni vazokonstrikce, cyanóza kůže a sliznic.

V případě, že stav dítěte je kritický, je potřeba postupovat systematicky a podle priority („treat first what kills first“ – tedy nejprve řešte to, co může pacienta nejrychleji zabít). Nejvíce se osvědčilo použití principu tzv. ABCDE (A = airways = zprůchodnění dýchacích cest, B = breathing = zajištění oxygenace a ventilace, C = circulation = zajištění oběhu, léčba šoku, D = disability = zhodnocení vědomí a orientační neurologické vyšetření, léčba hypoglykémie, E = exposure = podrobnější vyšetření a anamnéza, zajištění tepelného komfortu, léčba bolesti). Obecný základní postup u kriticky nemocného dítěte:

- 1) A: Zprůchodněte dýchací cesty (viz výše) pomocí manévru či s použitím pomůcek, které jsou k dispozici.
- 2) B: Zhodnoťte dýchání a dechovou práci. Zajistěte dostatečnou oxygenaci a ven-



Obrázek 6 Postavení zachránce a provádění kompresí hrudníku jednou či dvěma rukama u větších dětí – stlačuje se do hloubky 5 cm

tilaci. Dle potřeby a možností podejte kyslík v nejvyšší možné koncentraci (při použití kyslíku z tlakové láhve použijte nejvyšší možný průtok, obvykle 10–15 l/min). Monitorujte oxygenaci pomocí pulsní oxymetrie. Je-li dýchání nedostatečné, podpořte ventilaci samorozpínacím vakem s maskou.

- 3) C: Změřte puls a tlak a zhodnoťte cirkulaci (teplota akraálních částí, kapilární návrat). Děti na většinu kritických stavů reagují tachykardií, tlak zůstává velmi dlouho zachován. Bradykardie u dítěte je téměř vždy způsobena tkáňovou hypoxií a bezprostředně předchází úplné srdeční zástavě. Zajistěte vstup do krevního řečiště (intravenózní, intraoseální). Je-li přítomen hypovolemický šok (těžká dehydratace, krvácení) či maldistribuce tekutin (septický šok, anafylaxe), podejte bolus tekutin (20 ml/kg) ve formě izotonických krystaloidních roztoků. Při podezření na kardiogenní šok podejte bolus max. 10 ml/kg.
- 4) D: Zhodnoťte stav vědomí a orientační neurologické vyšetření (zornice, motorika). U pacientů v bezvědomí či šoku změřte glykémii. Při hypoglykémii podejte 2 ml/kg 10% glukózy i.v.
- 5) E: Orientačně proveďte ostatní vyšetření (zejména pátrejte na kůži a sliznicích po petechiích či alergickém enantému, dále po možných traumatech či krvácení). Zajistěte tepelný komfort dítěte. Odeberte nejdůležitější anamnestická data.

Další postup závisí na předpokládané či známé vyvolávající příčině stavu (například specifický postup se bude odlišovat podle

toho, zda je případné respirační selhání vyvoláno subglotickou laryngitidou, epiglottitidou nebo akutní exacerbací astmatu). Dále zmíním pouze orientačně dvě vybrané specifické život ohrožující situace, se kterými se může dětský lékař setkat ve své ambulanci. Podrobnější rozebrání dalších možných život ohrožujících stavů (epiglottitida, subglotická laryngitida, traumata u dětí, septický šok, diabetická ketoacidóza, kardiogenní šok, arytmie v dětském věku, některé poruchy elektrolytů) je nad rámec tohoto sdělení. Případně zájemce o tuto tematiku odkazuji na podrobnější publikace o resuscitaci a intenzivní péči u dětí.

Anafylaxe je nejzávažnější typ alergické reakce, při které dochází k ohrožení některého základního životního systému (otok či obstrukce dýchacích cest, bronchospasmus, distribuční šok). Zároveň se prakticky vždy objevuje alergický exantém na kůži, ev. enantém na sliznicích. Při podezření na anafylaktickou reakci podejte ihned adrenalin 1 : 1000 i.m. do stehenního svalu (dávkování: u dětí do 6 let 150 µg, u dětí 6–12 let 300 µg, u dětí nad 12 let 500 µg, tj. 0,15 ml, 0,3 ml, resp. 0,5 ml neředěného adrenalinu i.m.). Tato léčba je základní a život zachraňující. Veškerá další léčba je podpůrná a její podávání má být odloženo až po podání adrenalinu. Mezi tuto další léčbu patří zejména podání kyslíku, inhalačních bronchodilancií, kortikoidů, antihistaminik a bolusu tekutin (20 ml/kg) i.v. po zajištění vstupu do krevního řečiště. Pokud nedochází ke zlepšování stavu pacienta nebo se jeho stav opětovně zhorší, lze podání adrenalinu opakovat za 5–10 minut.

Křeče se u dětí vyskytují poměrně často a mohou mít celou řadu příčin. Zajistěte bezpečnost dítěte (zejména chraňte hlavu před úrazem). Přestože je třeba rychle orientačně zhodnotit dýchání a cirkulaci, ke zlepšení v těchto systémech mnohdy dojde až po zahájení léčby křečí. Generalizované křeče, které trvají déle než 5 minut, velmi pravděpodobně samy neskončí a je třeba je aktivně řešit. Přestože je v našich podmínkách velmi oblíbeným prvním lékem diazepam p.r., výhodnější se zdá podání midazolamu intranazálně (nejlépe speciální stříkačkou určenou k podávání léků intranazálně) nebo na bukalní sliznici v dávce 0,4–0,5 mg/kg. Lze jej podat i intramuskulárně (0,2 mg/kg). Intranazální midazolam má předvídatelnější vstřebávání a rychlejší nástup účinku než rektálně podaný diazepam. Pokud křeče neustaly, lze dávku po 5–10 minutách opakovat. Lze-li zajistit žilní vstup, podejte midazolam i.v. v dávce 0,1 mg/kg. Pokud křeče přetrvávají, podejte v průběhu asi 20 minut infuzi fenytoinu 20 mg/kg. Pokuste se zprůchodnit dýchací cesty (manévry ke zprůchodnění dýchacích cest ale mohou být při spasmu svalů velmi obtížně proveditelné). Nevkládejte nic do úst, nepokoušejte se otevírat ústa silou. Podejte kyslík, eventuálně podpořte ventilaci pomocí samorozpínacího vaku s obličejovou maskou. V případě, že se jedná o febrilní křeče, proveďte též opatření ke snížení tělesné teploty (antipyretika, zábal či koupel ve vlažné vodě).

■ Závěr

Závěrem lze konstatovat, že ve srovnání s doporučeními z roku 2010 nedošlo v oblasti resuscitace dětí k velkým zásadním změnám. Nadále je kladen důraz na specifika resuscitace dětí a dospělých, přestože dochází k určitému sjednocování formátu zejména laické základní resuscitace. Včasně zahájení základní resuscitace (BLS) a její správné provádění zůstává hlavním faktorem, který rozhoduje o prognóze dospělého i dětského pacienta se zástavou dechu a oběhu. U dětí je navíc velmi důležité rozpoznat kritické situace, které mohou k zástavě dechu a oběhu vést, a účinně zasáhnout již ve fázi respiračního či oběhového selhání.

Zdroj obrázků: Evropská resuscitační rada – Guidelines 2015



X. kongres primární péče

Kulaté stoly

■ Jak vyšetřovat běžence? Na MZ ČR leží hotové pokyny skupiny expertů

Prof. MUDr. Petr Pazdiora, CSc., přednosta Ústavu epidemiologie LF UK a FN Plzeň, otevřel v průběhu sympozia citlivou problematiku současnosti – pokusil se totiž objektivně zhodnotit zdravotní dopady aktuální imigrační vlny na evropskou, resp. českou populaci.

V první řadě připomněl, že v historickém kontextu není důvod k přehnaným obavám. Před deseti lety, kdy byla Česká republika ekonomicky atraktivní zemí, přišlo na naše území ročně 70 000–80 000 cizinců. Jejich počty pak začaly od konce prvního desetiletí 21. století klesat v souvislosti s ekonomickou krizí. Podle údajů ministerstva vnitra u nás loni získalo trvalý nebo přechodný pobyt cca 18 000 cizinců – ze Sýrie, Afghánistánu a dalších arabských zemí mezi nimi bylo pouze 50. Původní obyvatelé jiných států dnes u nás tvoří 4,4 % populace a z většiny jde o obyvatele Slovenska a Ukrajiny. Na druhou stranu nelegální imigrace v loňském roce podle Policie ČR vzrostla dvojnásobně.

Jaký má imigrace zdravotní význam pro naši populaci? Prof. Pazdiora uvedl, že např. ve vietnamské populaci se objevila u nás vzácná závažná onemocnění – před 13 lety případ vztekliny, loni jeden případ tetanu a vrozený zarděnkový syndrom u těhotných Vietnamek. Co se týče HIV/AIDS, od 90. let narůstá procento cizinců žijících v ČR, kteří jsou virem infikováni. V současnosti tvoří 20–30 % všech nakažených.

Podle policejních údajů bylo loni v záchytných táborech vyšetřeno přes 2 000 osob a nejčastějšími onemocněními byly syfilis, salmonelózy a svrab. Zachytily se i spalničky a tuberkulóza. Nejčastěji byly postiženy osoby z Afghánistánu a Pákistánu.

„Lze shrnout, že vzhledem k tomu, že cizinci u nás tvoří jen necelého 4,5 % obyvatelstva, podílejí se na epidemiologické situaci v Česku jen v případech několika málo onemocnění, a to TBC, syfilidy a kapavky.

U těchto tří onemocnění vliv cizinců zůstává nepochybně velmi významný a přibližujeme se tak situaci v ostatních evropských zemích,“ konstatoval prof. Pazdiora. Jak v pozdější diskusi doplnil prof. Prymula, v případě TBC je situace významně zhoršena v sousedním Německu, které loni přijalo až milion běženců.

V reakci na příliv uprchlíků do Evropy ministerstvo zdravotnictví sestavilo minulý rok pracovní skupinu za účelem vytvoření metodických pokynů pro kontakt s běženci a jejich lékařské vyšetřování. „Pokyny byly skupinou expertů připraveny už v prosinci 2015, dosud ale leží na ministerstvu, které stále řeší procesní záležitosti. Zda tedy bude metodika nakonec vůbec schválena a používána, je v tuto chvíli nejisté,“ oznámil prof. Pazdiora, sám člen této pracovní skupiny, a dodal, že pokyny zahrnují i doporučení týkající se zdravotníků. Ti by se, pokud se narodili v letech 1970–1979, měli nechat minimálně jednou přeočkovat proti spalničkám, neboť vakcína užívaná v 70. letech minulého století nebyla dostatečně termostabilní a byla podávána podle tehdy platného očkovacího schématu pouze v jedné dávce. Přednášející zdůraznil, že důvodem pro přeočkování nejsou jen imigranti v ČR, ale i aktuální epidemiologická situace v Evropě. Druhé doporučení se týká očkování proti difterii, tetanu a pertusi: nejen zdravotníci, ale i ostatní dospělí osoby by se měly nechat přeočkovat trivakcínou.

čil

■ Suvenýry z tropů

Na program letošního jubilejního Kongresu primární péče zařadili pořadatelé blok přednášek týkající se nemocí, které mohou být do České republiky importovány z exotických zemí, jež navštěvují čeští občané během dovolené, při cestách za prací a jinými aktivitami. Nemoci, jež se u nás běžně nevyskytují, sem mohou být zavlečeny i cizinci, kteří k nám přicestují.

Prevence a léčba průjmu cestovatelů

MUDr. Zdenka Mandáková ze Státního zdravotního ústavu Praha, Centra epidemiologie a mikrobiologie (SZÚ-CEM), začala dle vlastních slov „benigním“ tématem, kterým jsou průjmy: „Až 80 procent cestovatelů prodělá průjmové onemocnění, které probíhá valnou většinou mírně. Může však být závažné u malých dětí, seniorů a imunosuprimovaných pacientů. Příčiny průjmu cestovatelů mohou být neinfekční, jako je například pití přechlazených a sladkých nápojů, psychický stres, konzumace neobvyklého koření či velké množství oleje používaného při přípravě jídla. Nejčastější infekční příčinou průjmu cestovatelů bývají bakterie, především enterotoxigenní *Escherichia coli*, *Salmonella*, *Campylobacter*. Průjmy cestovatelů mohou být vyvolány i viry a parazity. Nejvyšší riziko nákazy průjmovým onemocněním je v rozvojových zemích s nízkými hygienickými standardy. Zvýšené riziko onemocnění hrozí osobám léčeným antacidy, inhibitory protonové pumpy, H_2 blokátory, imunosuprimovaným a osobám hraničních věkových skupin (děti, vysoký věk).

Postup léčby shrnula MUDr. Mandáková do čtyř bodů:

1. rehydratace – perorální (minerálky, iontové nápoje, čaj), za hospitalizace nazo-gastrickou sondou, intravenózně;
2. dieta – nemastná, bezsezbytková, u kojených dětí do jednoho roku podat před kojením rýžový, u starších šesti měsíců mrkvový odvar;
3. nespecifická terapie – střevní adsorbentia, probiotika, antimotilitika, střevní dezinficiencia;
4. antibiotická léčba – jen při závažném klinickém průběhu průjmů bakteriální etiologie nebo z epidemiologických důvodů, nejlépe podle citlivosti na antibiotikum.

„K běžně používaným antibiotikům v rozvojových zemích narůstá rezistence,“ varuje MUDr. Mandáková, „také profylaktické podání antibiotik na krátkodobou cestu připouštím jen ve velmi výjimečných případech.“



MUDr. Trojáněk:

„Význam tropické cestovní medicíny a infekčního lékařství jako oboru bude nadále stoupat, protože s uvedenými problémy se budeme setkávat stále častěji, a to nejenom ve specializovaných ambulancích, ale právě u lékařů primární péče.“

Jako prevenci doporučuje MUDr. Mandáková obezřetnost při výběru místa k cestování vzhledem k věku a zdravotnímu stavu, mytí rukou mýdlem před každým jídlem a po každém použití toalety, pití balené nebo dezinfikované vody, kterou si je třeba i čistit zuby, nejíst zmrzliny, sýry, paštiky, mléko, maso konzumovat pouze řádně propečené a ještě horké, zeleninu a saláty omývat v balené vodě, jíst jen ovoce, které lze oloupat, a nejíst neznámé ryby. Pro cestovatele vyjíždějící do oblasti výskytu cholery je dostupné očkování, a to perorální živou vakcínou proti choleře, která krátkodobě chrání i proti enterotoxigenní *Escherichia coli*. Z nálezů přenosných potravinami, vodou, eventuálně kontaktem, u kterých gastrointestinální příznaky nedominují, lze očkovat proti břišnímu tyfu a virové hepatitidě A.

Horečnaté stavy po návratu z tropů

Význam cestovní medicíny a infekčního lékařství v souvislosti s rapidně narůstajícím počtem cestovatelů vyzdvihl další přednášející MUDr. Milan Trojáněk z Kliniky infekčních, parazitárních a tropických nemocí Nemocnice Na Bulovce, Praha, která hraje na daném poli v naší republice klíčovou úlohu. Upozornil na možný závažný průběh celé řady importovaných nálezů, pokud nejsou včas diagnostikovány a léčeny, např. malárie: „S tím souvisí i možné podceňování tíže problematiky ze strany některých lékařů. Zdravotní problémy postihnou asi 20 až 70 procent cestovatelů, kteří se vydají z vyspělých zemí do oblastí epidemiologicky rizikových, ročně celosvětově přes 80 milionů. Přibližně 5 procent z nich vyhledá po návratu lékaře, což je číslo obrovské.“

Jednu z nejčastějších příčin zmíněných zdravotních obtíží představují podle slov MUDr. Trojánky právě horečnaté stavy. Jejich diferenciální diagnostika zahrnuje endemicky se vyskytující infekce, běžné kosmopolitní nákazy a neinfekční onemocnění. Mezi nejčastěji importovanými nálezami nalézáme malárii, horečky dengue a chikungunya, břišní tyfus i paratyfus a rickettsií. K méně často endemicky se vyskytujícím infekcím řadíme návratný tyfus,

brucelózu, akutní schistosomózu, viscerální leishmaniózu či extraintestinální amebózu. Na horečku dengue, kterou vyvolává pět blízkých příbuzných sérotypů viru dengue náležejícího mezi flaviviry, by lékaře měl upozornit nejen febrilní stav, ale též intenzivní retrobulbární a frontální bolesti hlavy, kloubů a svalů, výsev exantému a pruritus. V krevním obraze bývá leukopenie a trombocytopenie. Hodnota CRP je obvykle nízká a po poklesu horečky dochází k přechodnému zvýšení sérové aktivity aminotransferáz. Diagnostika je založena na průkazu NS1 antigenu, virové RNA pomocí PCR či protilátek.

„Komplikaci představuje možný rozvoj šokového stavu, se kterým bývá onemocnění někdy spojeno. Léčíme pouze symptomaticky,“ dodal MUDr. Trojáněk.

Také obdobná nákaza – horečka chikungunya – se podle slov MUDr. Trojánky léčí pouze symptomaticky. Bývá provázena intenzivními artralgiemi, někdy s otoky přetrvávajícími až několik měsíců, myalgiemi a exantémem. Při rozvoji polyartralií se doporučují nesteroidní antirevmatika či chorobu modifikující léky, např. chlorochin. Diagnostika probíhá průkazem virové RNA či protilátek v séru.

Nezapomínejme na malárii

Na významné nebezpečí malárie upozornil MUDr. Trojáněk na kazuistice z bulovské kliniky. Nemocného léčil praktický lékař empiricky pro febrilní stav antibiotiky a neprovedl žádná laboratorní vyšetření, ač ho cestovatel upozorňoval, že se vrátil z malarické oblasti. Na kliniku byl muž nakonec odeslán, avšak s mylným podezřením na akutní virovou hepatitidu, dehydratovaný, ikterický, s výraznou hepatomegalií.

„Etiologickým agens bylo v tomto případě *Plasmodium falciparum*, nejzávažnější původce malárie. Pacient vyžadoval okamžitou intenzivní péči. Proto na závažnost a relativní častost daného importovaného onemocnění na tomto fóru upozorňuji. Kromě horečky se projevuje zimnicí a třesavkou, bolestmi hlavy a celkovou únavou až schváceností. V laboratorním nálezu nacházíme normální či snížený počet leukocytů, trombocytopenii,

v pokročilém stadiu i anémii, zvýšení CRP, jaterních aminotransferáz a hyperbilirubinémii. Provádíme mikroskopické vyšetření nátěru z periferní krve, případně využíváme PCR nebo rychlé diagnostické testy. Jako lék volby máme artemisininy a při maligní malárii chinin. Tropickou malárii může komplikovat rozvoj malárie mozkové, šokového stavu, plicního edému či akutní selhání ledvin,“ vysvětlil MUDr. Trojáněk.

„Musím na tomto místě zmínit i horečku zika, blízkou příbuznou horečce dengue; obě přenášejí shodní komáři. U této arbovirozy byl nově prokázán přenos pohlavním stykem. Klinický průběh je mírný a podobá se horečce dengue,“ připomněl MUDr. Trojáněk. Jeho druhá kazuistika se týkala břišního paratyfu A, který na KIPTN NNB diagnostikovali 28leté ženě. Tuto bakteriální infekci stejně jako břišní tyfus vyvolává *Salmonella Typhi* a *Salmonella Paratyphi A-C*. Přenos probíhá fekálně-orální cestou. Projevy zahrnují kromě horečky bolesti hlavy, břicha a dyspeptické obtíže. Přednášející uvedl, že při diagnostice využívají hlavně kulti-vační metody. V akutní fázi bývá sérologie (Widalova reakce) senzitivní málo. Původně jako léky volby nasazovali fluorochinolony, protože ale došlo k rozšíření kmenů se sníženou citlivostí k ciprofloxacinu, doporučují v současné době empirickou léčbu ceftriaxonem.

MUDr. Trojáněk uzavřel svou přednášku těmito slovy: „Význam tropické cestovní medicíny a infekčního lékařství jako oboru bude nadále stoupat, protože s uvedenými problémy se budeme setkávat stále častěji, a to nejenom ve specializovaných ambulancích, ale právě u lékařů primární péče. Časné příznaky běžných kosmopolitních i tropických infekcí jsou nespecifické. Je proto doopravdy nutné pomýšlet na nákazy, které mohou probíhat komplikovaně, vést k úmrtí pacienta, eventuálně k dalšímu šíření v populaci. Tady se jednoznačně přimlouvám za to, aby tito pacienti byli léčeni na odborných ambulancích infekčních oddělení.“

Vysoce nebezpečné nákazy – jsme na ně připraveni?

Primářka Kliniky infekčních, parazitárních a tropických nemocí Nemocnice Na Bulovce MUDr. Hana Roháčová, Ph.D., nabádala praktické lékaře, ke kterým mohou nemocní s vysoce nebezpečnou nákazou dorazit: „Velice důležitá je okamžitá epidemiolo-



gická anamnéza. U horečnatých stavů musíte hned zjistit, zda nemocný necestoval do rizikového regionu. Vybavte se také ochrannými balíčky s maskou, pláštěm a rukavicemi pro sebe, personál i pacienta, které mějte po ruce. Riziko nákaz v tomto krátkém kontaktu je pak významně nižší. Na území České republiky se sice přirozeně nevyskytují infekce s vysokým rizikovým potenciálem, ale v současné globalizaci, ať již na bázi cestovatelské, hospodářské či migrační, musíme být na nebezpečí připraveni. Mám na mysli celý komplex opatření, ve kterém figurují všechny složky obrany státu. Naše klinika disponuje zdravotnickým týmem, ochrannými pomůckami, izolačními boxy i dalším vybavením a účastní se pravidelných krizových cvičení.“

Kožní afekce u cestovatelů

Poslední sdělení přednesl MUDr. RNDr. František Stejskal, Ph.D., z I. infekční kliniky 2. LF UK a Nemocnice Na Bulovce a Infekčního oddělení KN Liberec, který dále pracuje v Ústavu imunologie a mikrobiologie 1. LF UK a VFN v Praze a také se angažuje jako předseda Sekce tropického a cestovního lékařství Společnosti infekčního lékařství ČLS JEP: „Vedle střevních a horečnatých onemocnění patří k nejčastějším obtížím osob navrátilých se z tropů a subtropů kožní afekce. Musíme odlišit benigní kožní afekce od závažných chronických kožních vředů u kožních leishmanióz, mykobakterií, kožní difterie, tropického vředu, kožních nádorů nebo lepry. Lékař primární péče by měl při podezření na závažnější kožní afekce konzultovat infektologa nebo dermatologa, který může provést kožní biopsii a odeslat materiál na histologické, kulturační a molekulárněbiologické vyšetření.“

Poměrně časté a specifické jsou chodbičkovité nebo makulopapulózní eflorescence nazývané larva migrans cutanea, k jejichž léčbě se používá albendazol v dávce 400 mg denně po dobu 3 až 5 dnů. U řady horečnatých tropických infekcí (např. horečky dengue, chikungunya, zika) se objevuje makulopapulózní exantém. K dalším virovým infekcím, které se podle slov MUDr. Stejskala mohou vyskytnout u cestovatelů a bývají doprovázeny exantémem, se řadí i kosmopolitní infekce, jako enterovirozy, EBV, CMV a akutní infekce HIV. Z importovaných bakteriálních infekcí se vyrážka může objevit u břišního, návratného, skvrnitého a murinního tyfu

a u druhé fáze syfilidy. Charakteristická černá eschara je u klíšového tyfu (rickettsiíza), antraxu, tularémie, opičích neštovic a africké trypanosomózy. Z parazitárních infekcí se exantém může vyskytnout u viscerálních leishmanióz, africké i americké trypanosomózy, akutní fáze schistosomózy, filarií, larvální toxokarózy a trichinelózy. U malárie a amébiózy se s vyrážkou neseťkáme. Z neinfekčních příčin je nutno uvést přítomnost exantému u kolagenóz a jiných autoimunitních onemocnění, u lékových a dalších alergických reakcí. Krvácivé kožní projevy jsou typické pro hemoragické horečky, meningokokovou, případně jinou bakteriální sepsi, návratný tyfus a leptospirózu. Vzácněji se syndrom diseminované intravaskulární koagulopatie s hemoragiemi vyskytuje u rickettsií, melioidózy, moru a těžké malárie. „Nezapomínejte na to, že nejčastější kožní afekcí u nás je svrab, který se může objevit i u imigrantů,“ uzavřel MUDr. Stejskal.

šal

■ Zaznělo u kulatého stolu?

Další z neformálních kulatých stolů letošního Kongresu primární péče posloužil klinickým lékařům, kteří přednášeli v bloku Suvenýry z tropů, aby se zástupci Sdružení praktických lékařů ČR (SPL), Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR (SPLDD) a Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP (OSPDL) zrekapitulovali aktuální problémy a otázky vzájemné spolupráce.

Kromě přednášejících se diskuse zúčastnili MUDr. Ctirad Kozderka, místopředseda SPLDD, MUDr. Marta Hotová z výboru SPL, ve funkci moderátorky MUDr. Hana Kurzová, vedoucí oddělení vzdělávání SPL, MUDr. Bohuslav Procházka z OSPDL, MUDr. Eva Kasalická z výboru SPL, MUDr. Jana Kulhánková, místopředsedkyně SPLDD, a MUDr. Dagmar Škrhová, předsedkyně regionální rady SPL.

Všichni se shodli na tom, že komunikace mezi praktiky a Klinikou infekčních, parazitárních a tropických nemocí Nemocnice Na Bulovce je velmi dobrá. Primářka MUDr. Hana Roháčková, Ph.D., potvrdila, že ochotně poskytují kterémukoli lékaři z terénu také konzultace po telefonu. Často však pacienti zbytečně trvají na odeslání na kliniku, ač jim

tam udělají stejná vyšetření jako praktik. Problémem je právě toto zneužívání péče a zbytečný únik peněz, které pojišťovny hradí. Financí se pak nedostává pro akutní léčbu daleko závažnějších onemocnění.

Jak zabránit zbytečnému vyšetřování

MUDr. Marta Hotová vidí řešení situace, kdy po praktickém lékaři žádá v sezóně klíšťat obrovské množství lidí vyšetření na lymeskou boreliózu, v jasných guidelines ze strany lékařů bulovecké kliniky. Pomohla by jakási „kuchařka“, např. ve formě informačního plakátu, který by byl podepsán místními kapacitami a jasně stanovil, jak při vyšetření postupovat, kdy je třeba co dělat, a hlavně kdy má teprve smysl poslat potenciálního pacienta na Bulovku. Množství lidí, kteří se v případě nespokojenosti s diagnózou od obvodního lékaře dožadují doporučení na Bulovku, by se tím výrazně snížilo. Přítomní lékaři z Kliniky infekčních, parazitárních a tropických nemocí vytvoření tohoto užitečného textu přislíbili.

Laboratorní výsledek vyšetření není diagnóza

MUDr. Trojánek upozornil na riziko, které může být spojeno s mylnou diagnózou lymeské boreliózy: „Opakovaně jsem se setkal s pacienty s únavovým syndromem, či dokonce s varovnými příznaky, jako například váhovým úbytkem, lymfadenopatií či protrahovanými subfebriliemi, kteří byli odesláni na naši kliniku praktickým lékařem s provedenou sérologií lymeské boreliózy, avšak diagnóza se nakonec ukázala zcela jiná, lymfom či solidní nádorový proces a podobně. Proto je zcela nezbytné vždy zvažovat i jiné diagnózy. Laboratorní výsledek sérologického vyšetření není diagnóza.“

Dále se přítomní kriticky vyjadřovali k diskutabilnímu postupu jednoho privátního mimopražského lékaře, který pacienty s boreliózou posílá do Německa pro minocyklin. Léčbu tímto antibiotikem si nemocný zaplatí v řádu desítek tisíc korun. „Pokud jde o dospělého, pak je to jeho volba, ale v případě dítěte s tím zásadně nesouhlasím. Matce, která danou léčbu podstoupila a u jejíž dcery se objevily stejné příznaky, jsem jasně sdělila, že případnou léčbu minocyklinem považuji za poškozování,“ prohlásila MUDr. Roháčková.

„V Praze to samé dělá jedno známé imunologické pracoviště,“ dodal MUDr. Stejskal,



„měl jsem paní, která se v něm s pozitivní sérologií a únavou s bolestmi kloubů léčila řadu měsíců kombinací antibiotik. Od září do prosince užívala minocyklin a zároveň od září do ledna ještě azitromycin. Jiný pacient na nespecifické potíže a pozitivní sérologii na chlamydie užíval antibiotika intermitentně několik let. Když se u něho objevily krvavé průjmy a protilátky na chlamydie přetrvávaly, doporučili mu podávat antibiotika intravenózně. Ministerstvo se na základě stížnosti občanského sdružení Borelioza.CZ obrátilo na Společnost infekčního lékařství ČLS JEP s dotazem, jestli si za našimi guidelines stojíme. Samozřejmě, že stojíme.“

Očkování aneb proč nemáme dokumentaci

Dalším diskutovaným problémem bylo očkování a jeho dokumentace. MUDr. Mandáková shrnula své zkušenosti z práce v SZÚ: „Jako globální problém vidím skutečnost, že u nás neexistuje registr očkovaní. Druhá věc je, že od praktických lékařů my v podstatě nejsme schopni zjistit, proti čemu byl daný pacient očkovan. Když přijde člověk, který se chystá někam cestovat, chci vidět, na co již očkovan byl, a on prostě neví. Jde ke svému lékaři a ten mu řekne, že to nemá zaznamenané. Jeden známý pediatr mi řekl, že píše úplně všechny údaje do očkovacího průkazu. Stačí, aby si to lékař zapsal do karty.“

„Existuje přece očkovací kalendář pro dospělé,“ připomněla MUDr. Kurzová.

„V každém počítačovém programu pro praktiky je příslušná složka s piktogramem injekce,“ dodala MUDr. Roháčová. „Dověděla jsem se, že pokud z očkovacího centra nepošlete lékařskou zprávu, očkovací průkaz praktického lékaře nezajímá. To mne, příznám se, trochu šokovalo,“ posteskla si MUDr. Mandáková.

Pediatrů se zastal MUDr. Procházka s tím, že oni naprosto vše, co se týká očkování, zaznamenávají. Deset let skladují karty, ale očkovací sešity se záznamy sestřiček si nechávají stále. Problémem je pak předání dokumentace po 19. roce věku praktikovi. Mladí lidé však často lékaře v tomto období nevyhledávají, nejsou-li chronici apod., a tak se ztratí z evidence. Očkovací průkaz nenajdou, dlouhodobě pobývají s rodiči v zahraničí, sami cestují a studují venku, pediatr skončí – to všechno mohou být důvody, proč pacient o svém očkování nic neví. Všichni přítomní se shodli na tom, že by on sám měl být v tomto ohledu aktivní – obrá-

tí-li se na pojišťovnu, ta mu výpis dát musí. MUDr. Kozderka potvrdil, že pediatri nyní vykazují očkovací látky pojišťovně a do Národního referenčního centra.

„Praktický lékař, který mladého člověka přebírá, by se na výpis z dokumentace a očkovací průkaz měl zeptat,“ uzavřela diskusi MUDr. Mandáková.

„Problém se zhoršil decentralizací očkovaní,“ připomněl MUDr. Stejskal a otevřel novou diskusi na téma nedostatku antiparazitárních léků.

Neregistrované antiparazitární léky musí vyřešit ministerstvo

„Na rupy máme tablety mebendazolu, ale pro kojence není suspenze. Po ukončení výroby pyrvinia v ČR není k dispozici bezpečný lék na enterobiózu v těhotenství,“ upozornil MUDr. Stejskal. Pro tyto pacienty je nutné dovést u nás neregistrované léky ze zahraničí. Na jeho otázku, zda praktičtí lékaři používají neregistrované léky, všichni přítomní dali jednoznačně zápornou odpověď. Shodli se však na tom, že do budoucna by k tomu byli za současné situace nuceni přistoupit, a že je tudíž třeba vyvinout, společnými silami na ministerstvo tlak. K tomu by byla vhodná oficiální výzva ze strany Společnosti infekčního lékařství ČLS JEP na SPL ČR, SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP.

„Bude to aktuální téma i vzhledem k migrační vlně,“ upozornil MUDr. Kozderka.

Kdo péči o imigranty praktikům zaplatí?

Z úst moderátorky MUDr. Kurzové zazněla další otázka: „Čeho se v souvislosti s potenciálním přílivem uprchlíků nejvíce obáváte?“ „Spousta věcí je v médiích přehnaně akcentována a využívána k politickým soubojům,“ podotkl MUDr. Trojánek, „to, co si hlídá ECDC (*European Centre for Disease Prevention and Control* – pozn. red.), jsou ty nejzásadnější otázky: pohlavně přenosné nákazy, chronické virové hepatitidy a chronická virová onemocnění, eventuálně onemocnění, kterým se dá předejít očkováním (dětské virové exantémy a nákazy, proti kterým chrání hexavakcína), tuberkulóza či třeba návratný tyfus apod. Ministerstvo zdravotnictví zpracovává pro praktické lékaře v imigračních střediscích návrh na vyšetřování uprchlíků. Jsou tam základní věci jako RTG plic, sérologie na syfilis, HIV, hepatitidu B a vyšetření stolice na parazity,“ informoval MUDr. Stejskal.

„Ze svodek, které na Bulovku dostáváme každý týden, vím, že před koncem roku bylo v českých utečeneckých zařízeních diagnostikováno minimum přenosných onemocnění. Od prosince bylo vyšetřeno několik stovek migrantů, kteří putovali přes Českou republiku, a u nich nebylo zjištěno vůbec nic. To se však může s obratem počasí a hlavně politické situace změnit,“ informovala MUDr. Roháčová.

„Očkování v dospělosti se dnes týká hlavně pracovníků v imigračních zařízeních, kterým je třeba je doporučit. U všech je vhodné přeočkování proti difterii, tetanu a pertusi (dTTaP) a u zdravotníků narozených po roce 1970 i proti spalničkám (MMR). Tato očkování ovšem stát nehradí,“ varoval MUDr. Stejskal. „Nad metodikou ministerstva aktuálně diskutujeme – co vše je třeba u imigrantů udělat? Vnímám několik úhlů pohledu, jednak zdravotní, jednak sociálně-právní a v neposlední řadě ekonomický. Kdo péči o imigranty našim praktikům zaplatí?“ ptá se MUDr. Kozderka.

„Na pracovní skupině zřízené Ministerstvem vnitra ČR nám bylo sděleno, že platby za migranta jdou právě za ministerstvem. Stane-li se z uprchlíka statutární azylant nebo dojde-li k povolení k dlouhodobému pobytu, přebírá ho do péče Všeobecná zdravotní pojišťovna,“ informovala MUDr. Mandáková.

Empirická antibiotická terapie – pomohla by tabulka

„Mezi tématy, která nás vzájemně velmi trápí, patří racionalizace empirické antibiotické terapie v primární péči, včetně pohotovostí. Velmi se mi líbil plakátek STOP rezistenci a v podobném duchu přemýšlím o vytvoření jednoduchého schématu, třeba ve formě tabulky na stůl, které by uvádělo, jaké antibiotikum při empirické terapii zvolit,“ navrhl MUDr. Trojánek. Všichni přítomní by takový text velmi uvítali. Lékaři z Kliniky infekčních, parazitárních a tropických nemocí Nemocnice Na Bulovce, nejvyšší autority na daném poli, vzali tento úkol na sebe.

šal

Převzato z časopisu AM Review



Ze světa odborné literatury...

■ Vliv pohlaví, věku, pubertálního zrání a body mass indexu na cirkulaci bílých krvinek u zdravých evropských adolescentů

Mezinárodní práce zahrnující skupinu 405 jedinců, polovina chlapci a polovina děvčata, kteří měli vyšetřeny počty leukocytů, diferenciální rozpočet, body mass index, znaky CD3, CD4, CD8, CD16, CD19 a další CD znaky. Shrnutím bylo možno konstatovat, že děvčata měla vyšší počet leukocytů, neutrofilů, CD3 a CD4. Věk byl spojen s vyšším počtem neutrofilů a CD 3 a nižším CD 19, u chlapců pak nižším CD3, CD4 a CD 8. U děvčat s vyššími leukocyty, CD3, CD4. Pubertální maturace u chlapců byla asociována s nižším počtem bílých krvinek a lymfocytů. U děvčat pak s vyššími basofily, CD3, CD45. BMI byla asociována s vyšším počtem leukocytů u chlapců, u děvčat s vyšším počtem lymfocytů. Dospívající chlapci a děvčata mají více bílých krvinek, neutrofilů a T lymfocytů. Pubertální maturace je asociována s nižším počtem leukocytů a lymfocytů u chlapců a s vyšším počtem T lymfocytů u děvčat, zatímco BMI byl spojen s vyšším počtem leukocytů, a to většinou lymfocytů u chlapců a neutrofilů a T buněk u děvčat. Autoři tyto počty zdůrazňují, protože jsou uváděny práce o vazbě mezi patologickými procesy, např. počtem leukocytů a infarkty myokardu nebo počtem leukocytů a nutričním stavem. Stejně tak metabolický syndrom. Také analýza lymfocytárních podskupin na průtokové cytometrii je specifická pro nutriční ohodnocení. Uvedená data by měla být základem pro evropské hematologické protokoly. Počet bílých krvinek a lymfocytů u chlapců vztahovali k hladinám androgenů, většinou testosteronu v přímé úměře, zatímco u dospělých mužů je tento stav opačný.

Eur J Pediatr. 2015;174:999–1014

■ Včasný amplitude-integrovaný EEG monitoring 6 hodin po porodu určuje dlouhodobý neurologický vývoj nezralých novorozenců s asfyxií

V dané práci ohodnotili přínos včasné prováděného amplitude-integrovaného EEG u nezralých novorozenců narozených mezi 34. a 36. týdnem gestačního věku.

Celkem 170 těchto novorozenců se střední a těžkou porodní asfyxií bylo podrobeno uvedenému EEG za 6 hodin po porodu. Vyšetření provedena i v době spánku. Kontroly včetně neurologického vyšetření byly provedeny v 18 měsících věku. Nezralé děti s asfyxií a neurologickými nálezy měly senzitivitu nálezu v 78 % a specifitu v 87 %. Výzkumy se v USA zaměřují tímto směrem, protože počet nezralých dětí již dosahuje 12 %, v Číně ve vytipované provincii pak 6,2 %. Tyto nezralé děti mají teplotní instabilitu, hypoglykémii, dechové obtíže, apnoe, žloutenku a poruchy s krmením. Během prvního měsíce po porodu se ještě u nich často projevuje prolongovaná hyperbilirubinémie. Následně pak poruchy učení a chování, retardace a nízké skóre. Tato nová EEG technika v prvních 24 hodinách po porodu je schopna monitorovat elektrofyziologii v CNS. Pro zajímavost hodnotili těžkou asfyxií 1–3 body, středně těžkou 4–6 body, a to v 1. a v 5. minutě po porodu. EEG mají rozděleno do 5 typů.

Uvedený typ EEG monitoringu je velmi využíván pro monitoring mozkových funkcí.

Eur J Pediatr. 2015;174:1043–1052

■ Prezentace efektivity zinku u průjmu v dětském věku ve Švýcarsku

Vyzkoušeli klinický efekt podávaného zinku v dávce 10–20 mg ZnSO₄ pro děti ve věku 2–5 měsíců a 6–59 měsíců při průjmu po dobu 10 dnů. Ve studii bylo analyzováno 87 dětí, z toho 42 dětí dostalo zinek a 45 placebo. Nebyl zásadní rozdíl v trvání ani ve frekvenci průjmu, ale ve skupině s léčbou zinkem mělo jen 5 % léčených průjem déle než 120 hodin v porovnání s 20 % v placebové neléčené skupině. Střední časové trvání průjmu ve skupině léčené zinkem bylo 47 hodin ve srovnání s placebovou skupinou v délce trvání 76 hodin.

Bylo možno prezentovat, že ve skupině se zinkovou léčbou poklesla závažnost a doba klinického průběhu průjmu. Ohledně zinku se vychází z toho, že zinek stimuluje imunitní systém, zvyšuje regeneraci intestinální mukózy, antisekreční funkce zinku v gastrointestinálním traktu je známa z animálních modelů.

Eur J Pediatr. 2015;174:1061–1067

■ Ohodnocení 98 imunokompetentních dětí s cytomegalovirovou infekcí – sledování neurologického vývoje

Studie analyzuje a vyhodnocuje klinický a demografický obraz imunokompetentních dětí, u kterých byla diagnostikována cytomegalovirová infekce (CMV). Data byla shromážděna v období 2005–2010 a následující 2 roky pak hodnocena. Bylo zahrnuto celkem 98 dětí, střední věk 5,6 měsíce. Diagnóza CMV infekce byla potvrzena měřením anti-CMV IgM a IgG titru protilátek a PCR metodikou stanovení v krvi a v moči. U 3,06 % pacientů byla kongenitální infekce přímo detekována, zatímco známky možné kongenitální infekce byly pozorovány u 36 % pacientů. U 44 % pacientů byly detekovány známky perinatální infekce, postnatální infekce byla spatřena u 15 % pacientů. Společné znaky pro manifestaci byla žloutenka, průjem, abdominální distenze, kožní erupce a záchvaty. Fyzikálním vyšetřením nalezena hepatosplenomegalie, mikrocefalie, žloutenka a petechie. V laboratoři byly v 50 % zvýšeny transaminázy, anémie v 30 %, leukocytóza ve 27 %, trombocytopenie v 27 %. Intrakraniální kalcifikace v 5 %, oční nálezy v 5 %. V dalším průběhu sledování bylo možné konstatovat zlepšení v 59 %, neuromotorické opoždění zůstalo v 11 %, epilepsie v 10 %, ztráta sluchu ve 3 %, hemolytická anémie ve 2 % a růstová retardace v 1 %. CMV je onemocnění kongenitální a perinatální periody, vyžadující celoživotní sledování neurologického vývoje. Ačkoliv léčba CMV infekce u imunokompetentních pacientů zůstává stále kontroverzní, léčba u pacientů se závažnými symptomy je doporučována. Autoři se přimlouvají za léčbu ganciclovirem v různých indikacích s následným sledováním symptomů. Ačkoliv většina kongenitálních CMV infekcí je asymptomatická, následující vyšetření jsou důležitá. Včasná detekce komplikací, jako poruch sluchu a neuromotorického vývoje, je léčebně ovlivnitelná.

Eur J Pediatr. 2015;174:1101–1107

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



Aktuality...

Menší balení léku s doplatkem, větší bez. Plývá se

V lékárnách pacienti často zaskočí, že krabička léků s dvaceti tabletami je s doplatkem, ale ten samý lék ve stotabletovém balení je bez doplatku. Proč? Výklad není jednoznačný. A otázkou Práva byl částečně zaskočen i ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček (ČSSD).

„Mohu jen spekulovat, že na větším balení dávají výrobci slevu v přepočtu na jednu tabletu, a pak je doplatek nižší anebo žádný. Není to v zájmu českého zdravotnictví ani pacienta. Tuhle otázku otevírá na jednání se Státním ústavem pro kontrolu léčiv (SÚKL) a uvidíme, co v této věci se dá dělat,“ řekl Právu ve čtvrtek ministr.

Lékaři, s nimiž Právo hovořilo, ale nechtěli být jmenováni, potvrdili, že u některých přípravků tomu tak skutečně je. A protože pacienti žádají lék bez doplatku, raději jim předepíší větší balení než menší s doplatkem.

To ale může vést k tomu, že pacient, který jinak běžně daný lék neuzívá, si vezme jen pár tabletek, jeho zdravotní stav se zlepší, on už lék dál nebere a zbytečně třeba ze stotabletového balení padesát nebo osmdesát tablet vyhodí. Očividně plýtvání léky ale zřejmě zatím příliš nikoho moc nevzrušuje. Velké balení léků má však význam pro toho, kde léky bere dlouhodobě a pravidelně.

Tak například lék Prenessa na léčbu vysokého krevního tlaku v balení 30 tablet má doplatek zhruba 28 korun, v devadesátitabletovém balení je bez doplatku. Stejně tak je tomu u léku Erdomed, kterým se léčí průdušky. V balení 10 tablet pacient doplatí asi 20 korun, v balení 60 tablet nic.

Lék na léčbu vysokého krevního tlaku Lozap je v 90tabletovém balení bez doplatku, ve třicetitabletovém s doplatkem 16 korun. Lék Nolpaza proti překyselení žaludku je v 84tabletovém balení bez doplatku, v balení 28 tablet pacient doplatí 30 korun.

Vše začíná u výrobce

Aktuálně je v České republice registrováno 56 425 variant léčivých přípravků, z toho má stanovenou úhradu z veřejného zdravotního pojištění 8 365 variant.

„Ne se všemi léky se ale obchoduje. Z celkového počtu registrovaných se obchoduje s 8 338 variantami léčivých přípravků, z toho má stanovenou úhradu z veřejného zdravotního pojištění 5 684 variant a z nich je plně hrazeno 1 125 variant léčivých přípravků,“ sdělila Právu Lucie Šustková, mluvčí SÚKL. Jenže praxe může být ještě mnohem rozmanitější. Šustková připouští, že výrobce a distributor s lékárnou často nevyužívají maximální stanovenou cenu léku a maximální obchodní přírůstek, a tak může docházet k tomu, že i léky s doplatkem jsou reálně pacientům vydávány dokonce i bez doplatku. Proto se také doplatky v lékárnách u stejného medikamentu mohou lišit.

Kdy skončí obcházení lékáren

Výrobce nebo ten, kdo je držitelem registrace léku, může cenu třeba u většího balení snížit a tím je pak způsoben nesoulad v rozdílu ceny u menšího a většího balení.

„Je v tom binocle a je na čase, aby někdo, a v tomto případě stát, udělal pořádek. Ale nebude to jednoduché,“ řekl Právu lékař, který si nepřál být jmenován.

Sdělil, že sám se ve své ordinaci snaží dávat pacientům jen množství léků, tedy i tablet, které jsou pro léčbu nezbytné. Pouze někteří pacienti se totiž ptají, zda je lék s doplatkem, nebo ne. Pokud mají předepsán lék s doplatkem, pak obcházejí lékárny, kde je doplatek nejnižší. „Je to nedůstojné, ale taková je dosavadní praxe. Za dvacet let se nezměnila. A dvacet let se stav kolem léků více nebo méně kritizuje. Doba už ale nazrála k tomu, aby někdo pořádek udělal,“ uzavřel lékař.

Zdroj: V. Pergl, Právo, www.novinky.cz, 18. 4. 2016

Vláda schválila otcovskou dovolenou, rozšíří se i okruh lidí s nárokem na sirotčí důchod

Novopečení tatínkové budou mít od začátku příštího roku možnost využít po narození potomka týdenní otcovskou dovolenou. V rámci novely zákona o nemocenském pojištění se rozšíří i okruh lidí s nárokem na sirotčí důchod a nově budou mít nárok na nemocenskou i dobrovolní hasiči. Návrhy ministryně práce a sociálních věcí Michaely Markové na dnešním jednání přijala vláda.

„Nabízíme rodinám možnost rozložit péči o novorozence mezi oba rodiče. Smyslem je, aby otcové nebyli ochuzeni o čas strávený s dítětem a maminkou v důležitém období krátce po porodu,“ uvedla ministryně práce a sociálních věcí M. Marková. „V EU jde o standardní opatření, protože již 23 zemí z celkového počtu 28 členských států obdobnou dávku přiznává,“ dodala.

Otcovská dovolená bude fungovat jako nová dávka, z nemocenského pojištění bude otec dítěte po jeden týden dostávat 70 % vyměřovacího základu svého výdělku. Podpora bude stejná jako výše peněžité pomoci v mateřství. Nástup na otcovskou dovolenou bude možný v období šesti týdnů ode dne narození dítěte a týdenní otcovskou nebude možné přerušit. V České republice se ročně narodí okolo 100 tisíc dětí.

V rámci návrhu novely o nemocenském pojištění se rozšíří i okruh lidí s nárokem na sirotčí důchod. Praktické zkušenosti ukazují, že i přes dosud provedená zmírnění podmínky potřebné doby pojištění rodičů se stále vyskytují případy, kdy nárok na sirotčí důchod nevznikne. Proto se stanoví další alternativní podmínka pro vznik nároku na sirotčí důchod. Penzi budou mít šanci získat sirotci, pokud jejich zemřelému rodiči bylo méně než 28 let a platil v posledních deseti letech aspoň jeden rok sociální odvody. U zemřelého rodiče staršího 38 let se podmínka potřebné doby pojištění bude považovat za splněnou, byla-li získána v období dvacet let přede dnem smrti a potřebná doba placeného pojištění přitom bude činit aspoň dva roky.

Nově budou mít nárok na nemocenskou i dobrovolní hasiči. Podstatou návrhu je, že denní výše nemocenského při dočasné pracovní neschopnosti nebo karanténě, které vzniknou v důsledku prováděných záchranných nebo likvidačních prací, bude činit sto procent denního vyměřovacího základu. Dopad na rozpočet bude minimální, řádově v desítkách tisíc korun – přibližně 27 tisíc korun.

Zdroj: tisková zpráva MPSV, 11. 5. 2016



INZERCE

410 3-16

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

e-mail: gabriela.sebestova@programhplus.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 ordináční 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 1 150 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.

416 3-16

Prodám dobře zavedenou praxi praktického lékaře pro děti a dorost v Ostravě-Porubě. Kontakt mobil 737 457 148

417 3-16

Hledám nástupce do dobře zavedené ordinace PLDD na venkovský obvod v okrese Přerov, vhodná i pro zájemce o částečný úvazek. Telefon 739 012 729, e-mail: detskestredisko@email.cz

418 3-16

RESTRIAL, s.r.o.

ZZ vyhledává výběrové řízení na pozici lékaře pro odb.:

Praktické lékařství pro děti a dorost – Středočeský kraj.

Nástup možný ihned.

Požadujeme:

- VŠ – lékařské vzdělání s ukončeným společným interním základem nebo s atestací z pediatrie nebo PLDD
- Minimálně 3 roky praxe
- Aktivní znalost MS Office
- Angličtina výhodou

Nabízíme:

- Pracovní pozice s možností ukončení atestace ve zvoleném oboru v nejkratším možném termínu
- Atraktivní platové ohodnocení, finanční bonusy, služební vozidlo
- Přátelské pracovní prostředí
- Nadstandardní vybavení ordinací
- Dlouhodobá pracovní perspektiva

Více Vám rádi sdělíme při osobním setkání.

Kontakt: Profesní životopisy zasílejte na e-mailovou adresu:

lucie.kutinova@restrial.com

419 4-16

Hledám nástupce do ordinace PLDD Horní Planá-Černá v Pošumaví-Hořice na Šumavě v rekreační oblasti Lipensko. Kontakt: tel. 602 118 123, e-mail jan.indra@centrum.cz

420 4-16

Hledám lékaře do ordinace PLDD na 1 až 2 dny v týdnu dlouhodobě, Čelákovice. Tel. 723 256 145

421 4-16

Přenechám (levně) nadstandardně velký pediatrický obvod v okrese Ústí nad Orlicí (vhodné i pro manželský pár pediatrů). Možnost pronájmu bytu, tel. 721 930 615.

422 4-16

Zaměstnám dětského lékaře na dva dny v týdnu, ev. ordinaci prodám. Mudr. Hana Rusinová tel. 603 454 906.

423 4-16

Společnost Elis a Elis s.r.o. nabízí zpracování ocenění lékařských praxí fyzických a právnických osob všech odborností. Telefon: +420 602 437 166, e-mail: poradce@mybox.cz, www.elis-dane.cz

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

Autodidaktický test 6/2016

Vzácná onemocnění

1. **Vzácná onemocnění jsou velmi heterogenní skupinou onemocnění s nejrůznějšími symptomy, které se v populaci vyskytují velmi zřídka (rare diseases, sirotčí = orphan diseases), takže s některými se pediatr setká jen několikrát za svůj profesní život, s některými vůbec. To je jedním z důvodů poddiagnostikování či pozdního zachytu těchto chorob. Včasný záchyt je důležitý jednak pro samotného pacienta (včasné nasazení léčby), jednak pro rodiče (poskytnutí případné další prekoncepční péče). Do skupiny vzácných onemocnění spadá řada geneticky podmíněných onemocnění, metabolických chorob, vzácných malignit a všechny malignity dětského věku. Celkový počet vzácných onemocnění se odhaduje na 6–8 tisíc. Vzácná onemocnění jsou choroby, které mají v populaci prevalenci méně než:**
 - a) 1:2 000
 - b) 5:10 000
 - c) 1:100 000
 - d) 5:1 000 000
2. **Vedle kategorie „vzácných onemocnění“ je používán také termín „extrémně vzácná onemocnění“. Ty mají prevalenci méně než:**
 - a) 1:20 000
 - b) 1:50 000
 - c) 5:50 000
 - d) 1:100 000
3. **Mezi vzácná onemocnění spadá také cystická fibróza (CF). V posledních letech se tato autozomálně recesivně dědičná choroba dostává z chorob symptomaticky léčených do skupiny chorob léčených kauzálně. Principem účinku nových léků použitelných u CF je ovlivnění proteinu CFTR, který funguje jako chloridový kanál na apikální membráně buněk. V současné době jsou používány v rámci klinických zkoušek preparáty ivacaftor a lumacaftor.**
 - a) ivacaftor je určen pro mutace F508del
 - b) lumacaftor je určen pro mutace G551d
 - c) ivacaftor je určen pro mutace G551d
 - d) lumacaftor je určen pro mutace F508del
4. **Na jaké onemocnění bychom měli pomyslet u tohoto chlapce? Od kojeneckého věku psychomotoricky retarduje, s dystonií, spasticitou, choreoatetózou, automutalicemi, agresivitou. V séru zvýšená urikémie, v moči vysoký odpad kyseliny močové.**
 - a) porucha cyklu močoviny
 - b) syndrom Leschův-Nyhanův
 - c) syndrom Hunterův
 - d) syndrom fragilního X-chromozomu
5. **Blondaté batole se světlou ekzematickou pokožkou, modrými duhovkami, progredující mentální retardací, častými cerebrálními křečemi, hypertonicko-hyperkinetickým sy., často agresivní. Jeho moč zapáchá po koních. O jaké metabolické onemocnění se nejspíše jedná?**
 - a) defekt beta-cystationinsyntázy = homocystinurie
 - b) defekt enzymu oxygenace kyseliny homogentisové = alkaptonurie
 - c) defekt oxidativní dekarboxylace rozvětvených aminokyselin leucinu, isoleucinu a valinu = leucinóza (nemoc javorového sirupu)
 - d) defekt fenylalaninhydroxylazy = fenylketonurie
6. **Glukóza je hlavním zdrojem energie pro lidské buňky, mozek a eryocyty jsou na ni absolutně závislé. Hypoglykémie je nejčastější metabolickou poruchou dětského věku, a to nejvíce u novorozenců a kojenců. Často u nich bývá asymptomatická, a to zejména u chronické hypoglykémie. K hypoglykémii dochází z mnoha důvodů – nedostatečný přívod glukózy, její zvýšená spotřeba, vrozené metabolické vady a nedostatek hormonů zvyšujících hladinu glukózy. K těmto hormonům nepatří:**
 - a) růstový hormon
 - b) ACTH
 - c) inzulin
 - d) glukagon
7. **CNS je závislý na dostatečné saturaci glukózou či alternativně ketolátkami. Nebezpečné jsou proto zejména hypoglykémie hypoketotické. Při nedostatku energetických zdrojů zejména u kojenců dochází k jeho trvalému poškození. Nejčastější příčinou perzistující hypoglykémie v 1. roce života je:**
 - a) porucha oxidace mastných kyselin
 - b) glykogenózy
 - c) hyperinzulinismus
 - d) fruktózová intolerance
8. **Hypoglykémie u novorozence se projevuje řadou klinických symptomů. Mezi vyjmenovanými je jeden, který mezi ně nepatří:**
 - a) apatie
 - b) hypotonie
 - c) tachypnoe
 - d) pronikavý křik
 - e) polyurie
 - f) chabost pití
 - g) zvýšená dráždivost
 - h) bledost

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 proteinum L1 – 20 mikrogramů; Papilomavir humani typus 11 proteinum L1 – 40 mikrogramů; Papilomavir humani typus 16 proteinum L1 – 40 mikrogramů; Papilomavir humani typus 18 proteinum 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. Jedinci ve věku 14 let a starší: Přípravek Silgard je nutno 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 mdlob se mohou objevit některé neurologické projevy, jako jsou přechodné poruchy vidění, parestézie, 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 mdlob. 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 pertusí [acelulární komponenta] (ap) a/nebo s poliomyelitidou [inaktivovaná] (IPV) (očkovací látky dT-IPV, dT-IPV) bez významné interference s protidávkovou odpovědí na kteroukoli ze složek kterékoli 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: zhmotnění, 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. Stabilitní 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 kuse. 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_czechslavia@merck.com, www.msd.cz

02-2017-VACC-1175848-0000



3K BÍLKOVINA – VÝHODY

Pouze nejlepší bílkovina může vybudovat pevné základy života

KVALITA

Pro správné zdravé metabolické programování a snadné trávení¹⁻⁶

KVANTITA

Pro zdravý růst, snadné vylučování a podporu imunitního systému^{2, 7-10}



KOMPOZICE

Pro snížení rizika vzniku alergických onemocnění (atopické dermatitidy)¹¹

Bílkoviny jsou stavební kameny života



Reference:

Steenhout P et al. PAS 2005;57:235. 2. Rochat F et al. Nutr Res 2007;23:735-740. 3. Exl BM et al. Eur J Nutr 2000;145-156. 4. Billeaud C et al. Eur J Clin Nutr 1990;44:577-83. 5. Zabransky S&M Extracta Paed 1987;11:10-12. 6. Labaune JM et al. The 50th Annual Meeting of the ESPR, October 9-12 2009, Hamburg, Germany. 7. Grathwohl DJ et al. EAPS. 2010. 8. Ziegler E et al. Monatsschrift Kinderheilkunde 2003; 151:565-571. 9. Răihă NC et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2002;35:275-81. 10. Zunin C et al. Neonatologica 1991; 5:159-65. 11. von Berg A et al. J Allergy Clin Immunol Pract 2013;13:1565-73.

Důležité upozornění:

Světová zdravotnická organizace (WHO*) doporučuje, aby těhotné ženy a matky byly informovány o výhodách a nadřazenosti kojení – zejména o skutečnosti, že mateřské mléko poskytuje dětem tu nejlepší výživu a ochranu před nemocemi. Matkám by měly být podrobně vysvětleny techniky kojení a způsoby udržení kojení se zvláštním důrazem na význam správně vyvážené stravy, a to jak v průběhu těhotenství, tak po porodu. Mělo by se zabránit zbytečnému zavádění částečného krmení z lahve nebo podávání jiných nápojů a potravin, protože by to mohlo mít negativní vliv na kojení. Matky by měly být upozorněny na obtížnost návratu ke kojení, pokud se rozhodují nekojit. Matkám by také měly být vysvětleny zdravotní, sociální a ekonomické důsledky takového kroku. Matkám by mělo být zdůrazněno, že mateřské mléko je pro dítě tou nejlepší výživou. Pokud se přijme rozhodnutí používat kojeneckou výživu, tak je nezbytné matky poučit o správné přípravě a zdůraznit, že použití nepřevařené vody, nemyté lahve nebo nesprávného ředění může vést k onemocnění dítěte. *viz Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka přijatý WHA v rezoluci 34.22 v květnu 1981.