



- BOZP a PO u poskytovatelů zdravotních služeb
- Extraintestinální projevy nespecifického střevního zánětu jako první manifestace onemocnění
- Jak obnovit narušenou důvěru veřejnosti v očkování aneb Paradoxy dnešního světa
- Léčba akutních křečí u dětí v přednemocničních podmínkách
- Dieta při gastritidě
- Neočekávaná příčina poruchy vědomí u adolescentky
- Komunikační karty pro pacienty cizince a zdravotníky



Pracujeme pro zdravější svět™



do more
feel better
live longer



Přehodnotte ochranu proti pneumokokům



PNEUMOKOKOVÁ MENINGITIDA

ZÁNĚT
STŘEDNÍHO UCHA

PNEUMONIE

SEPSE



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



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

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

ZKRÁCENÝ SOUHRN ÚDAJŮ O PŘÍPRAVKU

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

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Informace SPLDD	7
	Jak postupovat při posuzování zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu	8
	Mgr. Daniel Valášek	9
	BOZP a PO u poskytovatelů zdravotních služeb	9
	Termínový kalendář akcí SPLDD na rok 2017	11
	Informace OSPDL ČLS JEP	12
	MUDr. Miroslava Adamcová	
	Extraintestinální projevy nespecifického střevního zánětu jako první manifestace onemocnění	13
	Laura Sochorovská, DiS.	
	Dieta při gastritidě	15
	MUDr. Parvine Gricová	
	Jak obnovit narušenou důvěru veřejnosti v očkování aneb Paradoxy dnešního světa	16
	MUDr. Klára Vitoušová	20
	Léčba akutních křečí u dětí v přednemocničních podmínkách	
	MUDr. Daniela Formanová	21
	Neočekávaná příčina poruchy vědomí u adolescentky	
	Ze světa odborné literatury	24
	Aktuality	25
	Řádková inzerce	29
	Autodidaktický test, Poruchy srdečního rytmu	30
	Komunikační karty pro pacienty cizince a zdravotníky – vietnamština	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

**AHOU
DOBRÝ ANDĚL
HERO
GSK
MSD
NESTLÉ
NUTRICIA**

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

**VOX
PEDIATRIAE**

www.detskylekar.cz

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

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

Odborná garance: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

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

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

Jazykové korektury: Bohumila Weilová
Grafické zpracování: Michal Semerák

Úřední hodiny SPLDD ČR

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

Sekretariát:
U Hranic 16, 100 00 Praha 10

telefon: 267 184 065
fax: 267 184 050

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

Foto na titulní straně: ordinace MUDr. Šárky Roubkové Paurové

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



Vážené kolegyně a vážení kolegové,

pomalu se blíží konec roku a jsme v očekávání nástupu zimy. Letošní rok je pro nás nejen rokem boje o obhájení našeho oboru jako základního oboru primární péče, ale také obdobím očekávání. Očekávání, zda dojde ke zlepšení situace ve zdravotnictví, jehož personálním zajištěním se zabývá velmi intenzivně MZ ČR, ČLK i vláda. Jednou z priorit se stalo zvýšení ohodnocení práce lékařů a zdravotnického personálu. Z pohledu PLDD jsme na podzimních jednáních na ministerstvu zdravotnictví diskutovali s ministrem nejen o nutnosti navýšení financí do segmentu praktických lékařů, ale také o nutnosti posílení role a zvýšení kompetencí praktických lékařů obecně. V našem případě se již dlouho snažíme o zvýšení kompetencí ve smyslu zavedení nových výkonů, zejména výkonů rychlé diagnostiky, a rozšíření výkonů mimo kapitační platbu. Také usilujeme o zrušení preskripčních omezení u některých léků tak, aby PLDD mohl poskytovat komplexní péči dětem ve své ordinaci a nemusel posílat dítě ke specialistovi jen kvůli předpisu léku. Zdá se, že zdravotní pojišťovny a MZ ČR tuto snahu při našich společných jednáních podporují.

I když je naše snažení maximální, se stávajícím výsledkem nejsme spokojeni. Koncem minulého roku se sice podařilo prosadit výkon streptestu, ale pracovní skupinou na MZ ČR nebyl dořešen výkon otoskopování v ordinaci PLDD. Důvodem byl postoj kolegů zastupujících obor ORL. Nyní neprošel pracovní skupinou výkon urikultu. Důvodem bylo opět nesouhlasné stanovisko zástupce Svazu zdravotních pojišťoven, zřejmě na podkladě stanoviska zástupce ČLK. Od počátku roku SPLDD ČR spolupracuje na základě celospolečenské poptávky a snahy zástupců dětských psychiatrů o zlepšení včasné diagnostiky na zajištění včasného zachytu poruch autistického spektra (PAS) u dětí. K našemu překvapení vstoupila v platnost novela vyhlášky o preventivních prohlídkách, do které byla tato včasná diagnostika zakomponována, již od 17. 10. 2016 (původní informace byla platnost od 1. 1. 2017). Včasný zachyt PAS bude prováděn pomocí specifického dotazníku v návaznosti na preventivní prohlídku ve věku 18 měsíců. Vyšetření bude prováděno pomocí dotazníku. Jeho vyhodnocení a určení dalšího postupu bude ohodnoceno novým kódem, který byl předložen pracovní skupině na MZ. Námi navrhované použití edukačního kódu vázaného na příslušnou diagnózu PAS, který by byl v tomto případě vyjmut z kapitační platby, bylo do října bez námitek přijímáno. Až na poslední chvíli zdravotní pojišťovny zjistily, že by tento postup nebyl z jejich hlediska „jednoduchý“, a požádaly o řešení situace formou vytvoření zcela nového kódu. Opět jsme se dostali do situace, kdy tento kód musí schválit pracovní skupina na MZ ČR. Vytvořili jsme tedy obratem registrační list nového kódu a doufáme, že tento kód bude ve veřejném zájmu urgentně schválen. Po vzájemné domluvě se zástupci zdravotních pojišťoven bude moci PLDD vykázat nový kód s odstupem až 6 měsíců po provedení preventivní prohlídky v 18 měsících věku. SPLDD připravilo ve spolupráci s OSPDL v rámci cyklu vzdělávacích seminářů „Management v ordinaci PLDD“ blok přednášek zabývajících se poruchami autistického spektra a také dotazníkem, který budou PLDD používat. První odborný seminář se bude konat 12. 11. 2016 v Hradci Králové, další během ledna 2017 (7. 1. v Brně, 14. 1. v Praze a 21. 1. v Ostravě). Cyklus se bude věnovat také velmi důležité právní problematice v naší ordinaci, a proto doporučuji se těchto vzdělávacích seminářů zúčastnit. Podrobnější informace najdete na webových stránkách Sdružení a pozvánku v našem časopise. Bude zcela nezbytné vytvořit seznam pracovišť, která budou schopna děti s podezřením na PAS přijmout do další péče, která potvrdí či vyloučí tuto diagnózu a ev. zahájí léčbu. Bez tohoto následného kroku nebude mít naše snaha předpokládaný efekt. Věřím, že k této preventivní činnosti přistoupí PLDD aktivně, tak jako je u nás zvykem. Věřím, že dojde ke zlepšení situace u dětí a rodin, které tato porucha trápí. Naší snahou je pomoci zařadit děti do společenského života v co nejlepší míře.

Velmi důležitou a nezbytnou je mezioborová spolupráce. To se ukazuje jak v případě včasného zachytu PAS, ale také v přípravě dalších výkonů, které by posílily kompetence PLDD a zajistily našim dětským pacientům lepší dostupnost péče. Naší snahou je zajistit silnou primární péči, která může převzít péči např. o lehčí formy alergiků či astmatiků. K tomu bude třeba nejen vytvořit další hrazené výkony a zrušit preskripční omezení pro naši odbornost, ale hlavně uchopit tyto problémy v celkovém kontextu poskytování primární péče ze strany ministerstva a zdravotních pojišťoven. Zatím, bohužel, tento komplexní pohled na primární péči z jejich strany postrádáme.

V úctě

MUDr. Ilona Hülleová



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

V druhé polovině září jsme se věnovali problematice úhradové vyhlášky pro rok 2017, prosazení nových výkonů do ordinace PLDD, proběhla jednání se zástupci zdravotních pojišťoven. Po návratu z dovolených se opět rozeběhly plánované vzdělávací akce. Velmi se vydařil II. mezioborový kongres (MOK) pořádaný v Olomouci pod garancí SPLDD a OSPDL, jehož hlavním tématem byla infekční problematika. Dvojnásobná účast lékařů oproti I. ročníku nás potěšila a ještě větší radost jsme měli z účasti mladých lékařů, rezidentů a lékařů z dětských oddělení. Odměnou nám byla spokojenost účastníků s přednáškami a také spokojenost přednášejících. V září byl zahájen další cyklus regionálních seminářů věnovaných komunikaci, v tomto roce zaměřený na komunikaci mezi PLDD a lékaři DO. Prezentace kazuistik, přednesených zástupci PLDD a zástupci dětských oddělení, nenásilnou formou ukázala na nedostatky či naopak přednosti dobré komunikace mezi primární, sekundární i terciární pediatrií. Naším cílem bylo znovu podpořit vzájemnou spolupráci PLDD a klinických pediatrií, neboť se společně staráme o pacienta, kterého léčíme s akutním či chronickým onemocněním. Dobrá spolupráce se tak stává nutností.

5. 10. 2016 se konala 41. schůze Výboru pro zdravotnictví PSP, na které se hlasovalo o předložených pozměňovacích návrzích k vládnímu návrhu novely zákona o vzdělávání lékařů (sněmovní tisk 723). Při hlasování o pozměňovacím návrhu na zařazení oboru praktické lékařství pro děti a dorost mezi základní obory dal garanční zdravotní výbor doporučující stanovisko. Definitivní rozhodnutí je nyní na všech poslancích Sněmovny a nedá se dopředu určit, jak hlasování dopadne.

20. 9. 2016 proběhlo plánované jednání zástupců Koalice soukromých lékařů. Předmětem jednání byla další činnost KSL a kontroly SÚKL. Mluvčím KSL se stal MUDr. Jojko, zastupující SAS.

30. 9.–1. 10. 2016 se uskutečnil II. ročník MOK v Olomouci. Na webových stránkách je možné si následně prohlédnout prezentace,

s jejichž zveřejněním přednášející vyslovili souhlas.

5. 10. 2016 se sešli v kanceláři Sdružení zástupci Svazu zdravotních pojišťoven a VZP. Předmětem jednání byly zejména úhrady v roce 2017, seznam zdravotních výkonů, výběrová řízení pro obor PLDD, seznam dotovaných lokalit MZ ČR pro PLDD, bonifikace LPS.

7. 10. 2016 jsem měla možnost se zúčastnit tradičního setkání okresních a krajských zástupců praktických lékařů pro dospělé v Milovech. Prohlášení z jejich celostátního setkání je zveřejněno na webu SPLDD. Účastníci v něm mimo jiné opět vyjádřili nesouhlas s rušením základního atestačního oboru praktické lékařství pro děti a dorost.



Kongres

primární péče

11. Kongres primární péče / 24.–25. únor 2017 / TOP HOTEL Praha

podrobnosti a registrace na www.ahou.cz/kongres



**ALERGIE
v rodině?**

Nutrilon HA - pro děti s výskytem alergie v rodině

- Unikátní prebiotická směs scGOS/lcFOS (9 : 1)
inspirovaná mateřským mlékem
- Částečně hydrolyzovaná bílkovina
pro minimální styk s antigeny

**VÝČINKY
KLINICKY
PROKÁZÁNY^{1,2}**



1 Tang, M., et al., Hypo-antigenic and immune modulatory properties of a partially hydrolyzed cow's milk formula supplemented with prebiotic oligosaccharides EAACI, 2014 (Abstract number 1929).

2 Arsanoglu S, Moro GE, Schmitt J, Tandel L, Rizzardi S, Boehm G. Early dietary intervention with a mixture of prebiotic oligosaccharides reduces the incidence of allergic manifestations and infections during the first two years of life. J Nutr 2008, 138, 1091-5.

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



Informace SPLDD

■ Zápis z jednání Koalice soukromých lékařů 20. 9. 2016

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

1. Změna mluvčího KSL

- Dr. Hülleová požádala o změnu mluvčího Koalice, v současné době ji plně zaměstnává řešení problémů oboru. Mluvčím KSL je do března 2017 dr. Zorjan Jojko, předseda Sdružení ambulantních specialistů ČR.

2. Další činnost Koalice soukromých lékařů

- Diskuse o další činnosti KSL, jejích záměrech a aktivitách s nimi spojených, byla odložena na říjnové jednání.

3. Kontroly SÚKL

- Zástupci Koalice diskutovali o kontrolách SÚKL a jejich dopadech na zdravotnická zařízení.

Termíny dalších jednání KSL – 18.30,
Apolenka středa 26. 10. 2016
V Praze dne 4. 10. 2016
Zapsala: Mgr. Zina Sladkovská

■ Prohlášení okresních a krajských zástupců Sdružení praktických lékařů ČR z celostátního setkání v Milovech ze dne 9. 10. 2016

Účastníci setkání byli informováni o průběhu jednání s ministerstvem zdravotnictví, které vedlo k odvolání protestních akcí, a konstatovali, že mandát stanovený regionální radou SPL byl bezesbýtku dodržen. Delegáti děkují všem členům za aktivní podporu protestních akcí, bez které by nebylo možno dosáhnout úspěchu.

Navýšení základní sazby kapítace až o 3,85 % v návrhu úhradové vyhlášky znamená částečné promítnutí navýšení ceny práce dané Seznamem výkonů a odpovídá dohodě s ministerstvem zdravotnictví z 15. 9. Očekáváme, že k deklarovanému úplnému promítnutí navýšené ceny práce do kapítace dojde v roce 2018. Oceňujeme, že ministerstvo uzavřenou dohodu naplňuje.

Účastníci vyjádřili výhrady k izolované regulaci na inkontinenční pomůcky.

Účastníci nesouhlasí s rušením základního atestačního oboru praktické lékařství pro děti a dorost.

Za nespravedlivé považujeme zachování roku 2014 jako referenčního období pro kompenzaci zrušených regulačních poplatků. Upozorňujeme, že počet návštěv

pacientů v našich ordinacích se zvýšil až o desítky procent. Spravedlivým řešením by byla náhrada odpovídající skutečnému počtu návštěv.

S ministrem zdravotnictví Němečkem a jeho náměstkem Philippem jsme se dohodli na nutnosti posílení primární péče a role praktického lékaře jako základního článku efektivního zdravotního systému. Dohodli jsme se na postupném odstraňování preskripčních omezení a rozšiřování kompetencí praktických lékařů a oceňujeme, že se ministerstvo aktivně ujalo koordinační role. Došlo také ke sblížení názorů ministerstva zdravotnictví a SPL na způsobu zabezpečení lékařské pohotovostní služby.

Se zájmem jsme vyslechli myšlenky zástupců zdravotních pojišťoven směřující k posílení role praktického lékaře v koordinaci pohybu pacienta zdravotním systémem.

Ačkoliv jsme dosáhli dílčí dohody, je evidentní, že pouhé přidávání peněz do zdravotnictví, které nebude provázáno potřebnými systémovými změnami, zejména v oblasti veřejného zdravotního pojištění a zvýšení odpovědnosti pacienta, nemůže vyřešit současné problémy. Vyzýváme politiky i zástupce klíčových profesních zdravotnických organizací k nalezení shody na principech potřebných změn. My jsme k tomu připraveni.

MANAGEMENT ORDINACE PLDD

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR si Vás dovoluje pozvat na celorepublikový cyklus konferencí Management ordinace PLDD, který vznikl za laskavé podpory společnosti Pfizer spol. s r.o.

Odborný garant: MUDr. Ilona Hülleová, předsedkyně SPLDD ČR

Pořadatel: SPLDD ČR

Organizátor: Ahou Public Relations, s.r.o.

Vzdělávací akce je pořádána dle vzdělávacího řádu SPLDD ČR.

BRNO

AVANTI Hotel
7. ledna 2017

PRAHA

FLORET centrum – Průhonice
14. ledna 2017

OSTRAVA

Hotel Harmony Ostrava
21. ledna 2017





Jak postupovat při posuzování zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu

Dobrý den,
chtěl bych vysvětlit znění vyhlášky o zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu, vydané Ministerstvem zdravotnictví ČR pod č. 391/2013 Sb. Jestli jsem správně pochopil, tak osmiletý syn potřebuje jednu prohlídku na volejbal a druhou na plavání, které závodně provozuje. Dle vyhlášky by měl mít asi i prohlídku na jízdu na kole, jak jsem pochopil dle § 1 bod 2e...

Tím pádem by mělo mít prohlídku cca 8 000 000 obyvatel...

Zajímalo by mě, kdo byl předkladatelem vyhlášky a zda byla konzultována např. s ČUS nebo nějakou sportovní organizací... Takovou vyhlášku může vydat jen státní úředník, který nikdy nesportoval. Popřípadě lobbista, který chce doktorům vyhláškou „přihrát“ cca 1 000 000 000 ročně... Zajímavý způsob jak „sanovat“ zdravotnický rozpočet...

Jsem rád, že jsem loni skončil s výkonnostním sportem. Tato vyhláška mě stojí den až dva dovolené, protože praktický lékař vydá jen „výťah“ ze zdravotní zprávy a razítko na formulář dá sportovní doktor, kterých je v republice jen pár. Praktický lékař tvrdí, že se pod formulář podepsat nemůže.

Takže budu platit 4x poplatek a přijdu o den až dva dovolené. Opravdu super vyhláška. Sportoval jsem závodně pomalu 40 let a jediné prohlídky, na které jsem chodil, jsem absolvoval, když jsem byl „ostaršen“ do vyšších věkových kategorií v dorosteneckém věku. **Touto vyhláškou lidi od sportu odrazujete** a pak se divíte, že děti sedí u počítačů a kouří a fetují... Předem děkuji za vysvětlení a doporučuji používat rozum, než vydáte něco takového...

Zdravím heslem České unie sportu: Sportuj s námi, ALE HLAVNĚ NEZAPOMEŇ NA ZDRAVOTNÍ PROHLÍDKU, dle vyhlášky ji mít musíš i na rekreační sport...

S pozdravem

■ Odpověď MZ na žádost o informaci dle zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, ve znění pozdějších předpisů

Vážený pan **x x x x x**
Váš dopis ze dne: 12. 1. 2016
V Praze dne 29. ledna 2016

K Vámi podané žádosti o poskytnutí informace dle zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, ve znění pozdějších předpisů, doručené Ministerstvu zdravotnictví dne 13. ledna 2016, evidované pod č.j.: **x x x x x** ve věci *vyhlášky o zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu č. 391/2013 Sb.*, Vám sděluji následující:

Sděluji Vám, že vyhláška č. 391/2013 Sb., o zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu, jako prováděcí právní předpis k zákonu č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, upravuje pouze podrobnosti k celé kapitole o posuzování zdravotního stavu k různým činnostem (§ 51 jmenovaného zákona), které mají z hlediska posuzování zdravotního stavu větší význam. Konkrétně v § 51 odst. 4 je např. stanoveno, že zdravotní způsobilost k:

a) tělesné výchově v rámci vzdělávacích programů a ke sportu pro všechny a podmínky pro uvolnění z vyučování v předmětu tělesná výchova na dobu jednoho pololetí školního roku nebo školní rok posuzuje a lékařský posudek vydává registrující poskytovatel,

b) výkonnostnímu sportu v organizovaných sportovních soutěžích posuzuje a lékařský posudek vydává registrující poskytovatel nebo poskytovatel v oboru tělovýchovné lékařství,

c) vrcholovému sportu, ke sportovní reprezentaci státu a její přípravě posuzuje a lékařský posudek vydává poskytovatel v oboru tělovýchovné lékařství; vrcholovým sportem pro účely tohoto zákona se rozumí oblast sportu, která zahrnuje státní sportovní reprezentaci a přípravu talentovaných sportovců k této reprezentaci, kterými jsou členové resortních sportovních center nebo sportovních center mládeže a obdobných zařízení pro přípravu sportovců...

V souladu s tímto ustanovením pak lékařské prohlídky provádějí příslušní poskytovatelé, tedy praktičtí lékaři nebo tělovýchovní lékaři. **Určit druh daného sportu, pro který má být sportovec posouzen, a jeho náročnost, tedy zařazení podle písmen a), b) a c) § 51, však musí jeho trenér** nebo vedení sportovního oddílu či příslušný tělovýchovný svaz, lékař toto nezjišťuje. Jestliže Váš syn provozuje sport výkonnostní, nic nebrání tomu, aby posudek vystavil jeho registrující lékař, který syna s ohledem na pravidelné preventivní prohlídky dobře zná. Posoudit zdravotní stav syna může najednou jak pro volejbal, tak k plavání, pouze je třeba oba sporty uvést v posudku. Podle v současnosti platného zákona č. 115/2001 Sb., o podpoře sportu, se „Sportem pro všechny rozumí organizovaný a neorganizovaný sport a pohybová rekreace určená širokým vrstvám obyvatelstva.“ Takový sport samozřejmě žádné pravidelné lékařské prohlídky nepotřebuje, proto je v § 7 vyhlášky č. 391/2013 Sb. stanoveno: „Jednorázová lékařská prohlídka se provádí před sportovní soutěží nebo sportovní akcí **v případě, že organizátor soutěže nebo sportovní akce určí provedení lékařské prohlídky jako podmínku účasti v soutěži nebo na sportovní akci.**“

Úmyslem zákonodárce určitě nebylo extenzivní provádění lékařských prohlídek u všech sportovců, kteří se občas účastní např. přátelských soutěží, ale pouze v organizovaných soutěžích typu ligy, poháru apod., a také u organizovaného provozování zdravotně náročných sportovních disciplín. K pravidelnému posuzování zdravotního stavu u sportů náročnějších na tréninky a výkony dala podnět odborná veřejnost, která poukazovala na časté projevy různých typů zdravotních postižení u sportující mládeže i dospělých, což s povděkem kvitovala i veřejnost sportovní. Zájmu dětí a mládeže o sport zmiňované právní předpisy, spadající do resortu zdravotnictví, nebrání.

S pozdravem

Mgr. Daniela Kobílková
vedoucí odd. protokolu
a zástupce ředitele odboru vnějších agend



BOZP a PO u poskytovatelů zdravotních služeb

Mgr. Daniel Valášek
právní kancelář ČLK

V oblasti bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (BOZP) hraje zásadní roli počet zaměstnáváných osob. Ve zdravotnickém zařízení do 25 zaměstnanců, což bude případ většiny soukromých poskytovatelů zdravotních služeb, může úkoly v prevenci rizik provádět samostatně zaměstnavatel, tedy lékař, za předpokladu, že má k tomu potřebné znalosti. Rozsah potřebných znalostí není blíže vymezen, lze tedy vycházet ze znalostí a specifík konkrétního pracovního prostředí a obecných zásad bezpečnosti. Má-li však zdravotnické zařízení více než 25 zaměstnanců, je nezbytné, aby tuto činnost (prevenci rizik) prováděla odborně způsobilá osoba (podle zákona č. 309/2006 Sb.), která může být zaměstnancem nebo externím pracovníkem.

Každý zaměstnavatel je povinen **vést dokumentaci bezpečnosti práce**. V podmínkách běžné ordinace lze doporučit, aby dokumentace obsahovala základní informace o vstupním školení BOZP a dále informace o pravidelných školeních, např. požárních, školení první pomoci, zacházení s elektrickými přístroji, pravidelné prohlídky elektrických zařízení (počítače, varné konvice aj.). Nesplnění této povinnosti je spojeno s uložením pokuty podle zákona o inspekci práce.

■ Kategorizace prací

Každý zaměstnavatel je povinen **provést kategorizaci prací**, která je nezbytným předpokladem pro vyhodnocení vlivu práce na zdraví zaměstnanců. Povinnost kategorizace je vymezena ust. § 37 zák. č. 258/2000 Sb. v rozsahu prováděcího předpisu – vyhl. č. 432/2003 Sb. v platném znění. Podle míry výskytu faktorů, které mohou ovlivnit zdraví zaměstnanců, a jejich rizikovosti pro zdraví se práce zařazují do čtyř kategorií.

Práce do druhé kategorie zařazuje zaměstnavatel, pokud zvláštní právní předpis nestanoví jinak, a to do 30 kalendářních dnů ode dne zahájení jejich výkonu, změny podmínek odůvodňující zařazení práce do druhé kategorie, nebo do 10 dnů ode dne vykonatelnosti rozhodnutí orgánu ochrany veřejného zdraví. O zařazení prací do třetí nebo čtvrté kategorie rozhoduje příslušný orgán ochrany veřejného zdraví, nestano-

ví-li zvláštní předpis jinak. Ostatní práce na pracovištích zaměstnavatele, které nebyly takto zařazeny, se považují za práce kategorie první.

Měření a vyšetření pro účely zařazení prací do druhé, třetí nebo čtvrté kategorie nebo změn zařazení prací do těchto kategorií, která jsou potřebná k hodnocení rizik, může zaměstnavatel provést jen prostřednictvím držitele osvědčení o akreditaci nebo držitele autorizace k příslušným měřením nebo vyšetřením.

Za práce *kategorie první* se podle citované vyhlášky považují práce, při nichž podle současného poznání není pravděpodobný nepříznivý vliv na zdraví.

Za práce *kategorie druhé* se považují práce, při nichž podle současné úrovně poznání lze očekávat jejich nepříznivý vliv na zdraví jen výjimečně, zejména u vnímavých jedinců, tedy práce, při nichž nejsou překračovány hygienické limity faktorů stanovené jinými právními předpisy, a práce naplňující další kritéria pro jejich zařazení do kategorie druhé podle přílohy č. 1 vyhl. č. 432/2003 Sb., v platném znění.

Za práce *kategorie třetí* se považují práce, při nichž jsou překračovány hygienické limity, a práce naplňující další kritéria pro zařazení práce do kategorie třetí podle přílohy č. 1, přičemž expozice fyzických osob, které práce vykonávají, není spolehlivě snížena technickými opatřeními pod úroveň těchto limitů, a pro zajištění ochrany zdraví osob je proto nezbytné využívat osobní ochranné pracovní prostředky, organizační a jiná ochranná opatření, a dále práce, při nichž se opakovaně vyskytují nemoci z povolání nebo statisticky významně častěji nemoci, jež lze pokládat podle současné úrovně poznání za nemoci související s prací.

Za práce *kategorie čtvrté* se považují práce, při nichž je vysoké riziko ohrožení zdraví, které nelze zcela vyloučit ani při používání dostupných a použitelných ochranných opatření.

Správné zařazení zaměstnance do kategorie práce je důležité i s ohledem na zajištění pracovnělékařských prohlídek podle zák. č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, v platném znění, a prováděcí vyhl.

č. 79/2013 Sb., o pracovnělékařských službách a některých druzích posudkové péče.

■ Povinnosti zaměstnavatele

Zaměstnavatel je povinen zajistit zaměstnancům **školení o právních a ostatních předpisech k zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví při práci**, která doplňují jejich odborné předpoklady a požadavky pro výkon práce, jež se týkají jimi vykonávané práce a vztahují se k rizikům, s nimiž může přijít zaměstnanec do styku na pracovišti, na kterém je práce vykonávána, a soustavně vyžadovat a kontrolovat jejich dodržování.

Tato školení je zaměstnavatel povinen zajistit při nástupu zaměstnance do práce, dále pak při změně pracovního zařazení, při změně druhu práce, při zavedení nové technologie (zpravidla nového zdravotnického prostředku) a v dalších případech, shledá-li to zaměstnavatel potřebné k ochraně zdraví při práci.

Zaměstnavatel stanoví obsah a četnost školení BOZP (periodicita školení není právním předpisem stanovena, z důvodu vhodnosti lze doporučit opakování těchto školení každé dva roky formou pohovoru a zapsáním informace o proškolení do dokumentace BOZP), způsob ověřování znalostí (postačí pohovor), a jak již bylo výše uvedeno, zaměstnavatel vede o této činnosti záznamy, které jsou součástí dokumentace bezpečnosti práce. Zákoník práce výslovně stanoví, že zaměstnavatel je povinen organizovat nejméně jednou v roce prověrky bezpečnosti a ochrany zdraví při práci na všech pracovištích a zařízeních zaměstnavatele (viz výše, postačí pohovor s písemným záznamem). Proškolen musí být každý zaměstnanec včetně vedoucích pracovníků.

Zaměstnavatel je dále povinen zajistit **pracovnělékařské prohlídky**, tj. uzavřít písemnou smlouvu o poskytování pracovnělékařských služeb s lékařem, který bude v souladu se zákonem o specifických zdravotních službách provádět vstupní, periodické a mimořádné zdravotní prohlídky a vykonávat další činnosti související s poskytováním pracovnělékařských služeb. Výjimkou je zajištění pracovnělékařských prohlídek u zaměstnanců, kteří vykonávají práci zařazenou podle výše uvedeného



do kategorie první. U těchto zaměstnanců může pracovnílékařská prohlídka provádět registrující lékař zaměstnance (blíže ust. § 54 odst. 2 zák. č. 373/2011 Sb.).

Zaměstnavatel je též povinen vést **knihu úrazů**. Blíže k této povinnosti § 105 zákona o zpusobu evidence úrazů, hlášení a zasílání záznamu o úrazu. Nařízení vlády obsahuje vzor záznamu o úrazu.

Současně je vhodné a žádoucí, aby obsahem školení BOZP bylo i školení **odborné způsobilosti v elektrotechnice**, jež v sobě zahrnuje informace o zacházení s elektrickým zařízením, které je běžnou součástí pracoviště (například počítač, varná konvice, televize). Školení probíhá dle vyhl. č. 50/1978 Sb., o odborné způsobilosti v elektrotechnice, v platném znění, a provádí je odborně způsobilá osoba. S tímto proškolením souvisí i **revize elektrických spotřebičů na pracovišti**, kterou na základě žádosti zaměstnavatele zpravidla provede odborně způsobilá osoba dle citované vyhlášky.

Školení zaměstnanců v oblasti **požární ochrany (PO)** zajišťuje zaměstnavatel v návaznosti na klasifikaci, resp. podle míry požárního nebezpečí. Zákon o požární ochraně rozlišuje tři kategorie: bez zvýšeného požárního nebezpečí, se zvýšeným požárním nebezpečím a s vysokým požárním nebezpečím. Podle zařazení pracoviště probíhají i školení PO. V případě zařazení pracoviště do první kategorie provádí vstupní a následné školení PO zaměstnavatel ve lhůtách, které si stanoví. Na pracovišti, které je zařazeno do druhé kategorie, provádí školení PO odborně způsobilá osoba při nástupu zaměstnance do práce a následně pak každé dva roky; jde-li o vedoucí zaměstnance, absoluuje je každé 3 roky (následné školení

zaměstnanců může provést i proškolený vedoucí pracovník).

Zaměstnavatel je povinen vést **požární knihu** a provádět **revize požárněbezpečnostních zařízení** dle vyhlášky o požární prevenci. Kontrola provozuschopnosti požárněbezpečnostního zařízení se provádí v rozsahu stanoveném právními předpisy a průvodní dokumentací jeho výrobce nejméně jednou za rok, pokud výrobce nebo posouzení požárního nebezpečí nestanoví lhůtu kratší. Typicky se bude jednat o kontroly hasičských přístrojů, u nichž se kontrola provádí jednou ročně, nestanoví-li výrobce či revizní technik kratší lhůtu.

Odborně způsobilá osoba by rovněž na základě osobní návštěvy zaměstnavatele měla vypracovat tzv. **požární poplachovou směrnici**. Nachází-li se ordinace v komplexu dalších ordinací či prostor, které tvoří jeden celek, postačí vypracování jedné požární poplachové směrnice pro celý objekt.

■ Rozhodnutí o školicím subjektu

Na úseku BOZP a PO má lékař provozující soukromou lékařskou praxi řadu výše uvedených povinností, avšak současně **není povinen uzavírat s dalším subjektem jakoukoliv smlouvu o provedení výše uvedených školení BOZP a PO**. Občas se objevují informace a nabídky, že je nezbytné absolvovat školení BOZP a PO prostřednictvím zavedených firem. Není tomu tak, záleží vždy na rozhodnutí lékaře, provozovatele lékařské praxe, zda se toho ujme osobně, anebo v rámci smluvní volnosti uzavře s konkrétní firmou dohodu o provedení školení BOZP a PO.

Pokud se lékař rozhodne provést školení zaměstnanců osobně, je nezbytné učinit

o této skutečnosti písemný zápis, jenž by měl obsahovat základní informace o provedeném školení, soupis zaměstnanců, kteří se školení zúčastnili, a nedílnou součástí je i podpis zaměstnavatele a všech zaměstnanců. Rovněž je vhodné určit periodicitu dalších školení. Tyto dokumenty pak tvoří dokumentaci bezpečnosti práce a mohou, resp. by měly být doplněny o další potvrzení, zejména proškolení zaměstnanců dle vyhl. č. 50/1978 Sb., provedené revize elektrických spotřebičů a další dokumenty vztahující se k ochraně zdraví při práci. Rovněž může být součástí i revize požárněbezpečnostních zařízení (hasičských přístrojů aj.). Takto evidované informace pak obtoží v případech kontroly příslušného inspektorátu práce.

Cílem shora uvedených informací je zejména rozšířit povědomí lékařů o této problematice, neboť se setkáváme s cílenou snahou některých soukromých subjektů sdělovat v této souvislosti poskytovatelům zdravotních služeb nesprávné a nepravdivé informace.

V poslední době jsme v této souvislosti byli opakovaně upozorněni na postup některých komerčních subjektů, jež právě neinformovanost o rozsahu povinností v oblasti BOZP zneužívají a lékaře pomocí klamavých reklamních praktik (často i pod pohrůzkou různých, většinou nepřipadných sankcí) přesvědčují ke koupi různých „produktů“, jejichž obsahem jsou například bezpečnostní audity či vytvoření politiky bezpečnosti na pracovišti. Zpravidla pak nezůstane jen u provedení jednoho školení či vytvoření základních dokumentů, ale tyto subjekty dále pokračují ve snaze získat co největší finanční prospěch z neznalosti problematiky BOZP prostřednictvím tzv. aktualizací, jež údajně reagují na změny právní úpravy BOZP a PO.

V případě dotazů, které případně vystanou v souvislosti s problematikou plnění povinností BOZP a PO, se lékaři mohou obracet na právní kancelář ČLK, e-mail: pravnisekretariat@clkr.cz. Zejména v případech, kdy je vám soukromým subjektem vnucována nabídka povinných bezpečnostních školení aj., lze před samotným podpisem smlouvy o provedení školení konzultovat tuto problematiku, a především nutnost a potřebnost takového školení, s právní kanceláří ČLK.

■ Jak jsem si zaplatila parazita...

Poslední půlrok se množí nabídky různých firem, které parazitují na bující byrokracii a neznamostli lékařů. Já sama jsem jistou nejmenovanou firmu vyzkoušela. Bylo mi nabídnuto školení POZP a PO s tím, že dostanu certifikát a složky, které budou ošetřovat veškeré náležitosti.

Školení trávající asi hodinu a půl jsme se sestrou absolvovaly. Složku a certifikát jsem na jeden rok obdržela, a to v ceně 9 220 Kč s DPH. Zaplatila jsem a hned při platbě jsem byla upozorněna, že, aby bylo vše v pořádku, je nutno ještě ošetřit 17 směrnic, které se týkají oblasti BOZP podle platné legislativy. A to za cenu pro běžného zákazníka 29 000 Kč bez DPH, pro mne (zákazníka) dokonce se slevou 6 500 Kč bez DPH. Což je 22 500 Kč bez DPH! No, nekupte to. Samozřejmě jsem nekoupila. Z článku magistra Valáška je jasné, jak tyto firmy zneužívají naší nevědomosti. Musíme na to dávat pozor. Bohužel, kontroly z magistrátu, SÚKL a dalších jsou stále častější. Ale samozřejmě nemusíme akceptovat to, co se nám někdo snaží vnutit jako naši povinnost. Toho, že jsem si tuto zkušenost s nekalým jednáním oné firmy zaplatila, nelituji. Jsem aspoň pro vás varovným příkladem, jak zbytečně nevyhodit poctivě vydělané peníze.

MUDr. Ludmila Říhová, oční lékařka, předsedkyně SPOL, členka představenstva ČLK

Převzato z *Tempus Medicorum* 9/2016



Termínový kalendář akcí SPLDD na rok 2017

27.–29. 1.	Celorepubliková	školení	Milovy, Hotel Devět skal
24.–25. 2.	Celorepubliková		Praha, Hotel TOP
18. 3.	Severomoravský	konference SPLDD + vzdělávací seminář	Olomouc, BEA centrum
25. 3.	Středočeský + Praha	vzdělávací seminář	Praha, hotel Krystal
25. 3.	Jihomoravský	vzdělávací seminář	Brno, hotel Avanti
31. 3.–1. 4.	Jihočeský	konference SPLDD	České Budějovice, hotel Budweis
1. 4.	Východočeský	vzdělávací seminář	Pardubice, hotel Labe
6. 4.	Středočeský + Praha	konference SPLDD	Praha, hotel Olympik
8. 4.	Severočeský	konference SPLDD	Ústí nad Labem, Krajská nemocnice
8. 4.	Jihomoravský	konference SPLDD	Vyškov, hotel Allvet
21.–22. 4.	Východočeský	konference SPLDD	Dvůr Králové, Penzion za vodou
22. 4.	Severočeský	vzdělávací seminář	Liberec, Hotel Liberec
22. 4.	Jihočeský	vzdělávací seminář	České Budějovice, hotel Clarion
29. 4.	Západočeský	konference SPLDD + vzdělávací seminář	Plzeň, Šafránkův pavilon
20.–21. 5.	Celorepubliková	Sněm	Hotel Kurdějov, JM
13.–14. 10.	Celorepubliková	Mezioborový kongres	Olomouc, Clarion hotel
21. 10.	Severomoravský	vzdělávací seminář	Ostrava, hotel Imperial
21. 10.	Středočeský + Praha	vzdělávací seminář	Praha, hotel Krystal
4. 11.	Celorepubliková	Celostátní konference	Brno, Masarykova univerzita
11. 11.	Západočeský	vzdělávací seminář	Plzeň, Šafránkův pavilon
18. 11.	Severočeský	vzdělávací seminář	Liberec, Hotel Liberec
25. 11.	Jihočeský	vzdělávací seminář	České Budějovice, hotel Clarion
25. 11.	Jihomoravský	vzdělávací seminář	Brno, hotel Avanti
2. 12.	Východočeský	vzdělávací seminář	Hradec Králové, Krajský úřad



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Alena Šebková
předsedkyně OSPDL ČLS JEP

V průběhu prázdnin bylo po hektickém jaru a počátku léta poněkud volněji, ale s prvními zářijovými dny se vše vrátilo do „starých kolejí“. Jako červená nit se stále veškerou naší činností táhne obhajoba oboru praktické lékařství pro děti a dorost.

Jeho důležitost potvrdilo i setkání se zástupci patientských organizací **30. srpna 2016 – 2. ročník Akademie patientských organizací** – letní škola (účast dr. Šebková, dr. Kubátová) – zástupci patientských organizací si uvědomují nutnost zachování stávajícího systému primární péče o děti a dorost, vítají vznikající spolupráci, při níž prostřednictvím výměny zkušeností a problémů můžeme naopak dál posouvat tento obor. Výsledkem setkání byla dohoda o schůzce zástupců organizací s předsedkyní OSPDL – naplánována na 26. 10. 2016.

Hned na počátku září, **7. 9. 2016**, bylo na programu **Výboru pro zdravotnictví PSP** projednávání novely zákona č. 95/2004 Sb. – pozměňovací návrh na návrat oboru PLDD nebyl přijat o dva hlasy, přestože „pro“ se vyjádřilo nejvíce přítomných poslanců (10). Vzhledem k tomu, že 5 bylo „pro“ a 7 „se zdrželo“, tento součet převážil počet souhlasících – tento systém je v hlasování zaveden....

Bezprostředně poté se dr. Šebková, dr. Kubátová a dr. Matoušková zúčastnily společného jednání s **předsednictvem SPLDD**, o kterém informuje předsedkyně SPLDD ČR – **9.–10. 9. 2016** – Lázně Kynžvart.

V září proběhla také **pracovní schůzka s představiteli otorinolaryngologů**, vedených prof. Chrobokem, z naší strany se zúčastnili dr. Tomanová, dr. Kulhánková, dr. Marek a dr. Šebková. Přítomna byla i doc. Marešová, vzhledem k tomu, že do finále došla Příručka pro praxi – Akutní otitis media.

27. 9. 2016 – dr. Šebková byla přijata novou náměstkyní ministra zdravotnictví, **hlavní hygieničkou Mgr. Gottwaldovou**. Programem setkání, které trvalo 1,5 hodiny,

byla výměna zkušeností a problémů z praxe. Paní náměstkyně byla dotázána i na osud „očkovací“ vyhlášky č. 537/2006 Sb. a na „fond odškodnění“ následků po očkování. Bohužel ani na jednu otázku nemohla poskytnout uspokojivou odpověď. Vyhláška zatím čeká a „fond odškodnění“ se nestihne dostat do současné Sněmovny v takovém čase, aby mohl být projednán a schválen. Paní náměstkyně byla upozorněna, že toto vnímáme jako zásadní problém a na rozdíl od jiných věcí se na potřebě této úpravy shodli všichni, včetně zástupců rodičů s alternativním přístupem k očkování. Přes tato negativa lze vnímat toto setkání jako pozitivní, s příslibem pokračování nastavené kvalitní spolupráce s odborem hlavního hygienika.

V září byla dr. Šebková na základě svého rozhlasového vystoupení na Českém rozhlasu Dvojka, kde hovořila o oboru PLDD, oslovena paní Zorou Jandovou, šéfredaktorkou **Rádia Junior**, s žádostí o spolupráci. Na základě toho byla dr. Šebková již dvakrát v pořadu Atrium a vedla diskusi o naší práci. Nabídka spolupráce je širší, její možné formy probere říjnový výbor OSPDL.

30. 9.–1. 10. 2016 se konal 2. mezioborový kongres PLDD, tentokrát na téma infekce. Dík patří všem účastníkům, kterých bylo tentokrát téměř dvakrát tolik co v loňském roce. Úroveň byla opět výborná, byla oceněna i přednášejícími. Předpokládáme tedy i třetí ročník za rok, o termínu i tématu vyjdou včas informace.

5. 10. 2016 se konal tzv. garanční výbor, fyzicky Výbor pro zdravotnictví PSP, před 3. čtením ve Sněmovně. Na tomto výboru **prošel pozměňovací návrh navracející obor PLDD mezi specializační obory**, garanční výbor tedy musel vydat **doporučující stanovisko**. Je ale nutné si uvědomit, že **přes tento nesporný úspěch**, který se na počátku vzhledem k frontálnímu tažení proti našemu oboru zdál jako nemožný, **konečné rozhodnutí padne až ve Sněmovně**. Pevně věříme, že zvítězí zdravý rozum nad honem

na čarodějnice, který se ze situace kolem našeho oboru stal.

7.–8. 10. 2016 – dr. Šebková se zúčastnila na pozvání vedení České vakcinologické společnosti již tradičního setkání, Hradeckých vakcinologických dnů. Spolupráce s touto společností je oboplně přínosná, předsedkyně OSPDL v počáteční zdravotní **vyjádřila veřejně poděkování předsedovi ČVS ČLS JEP prof. Prymulovi za jeho otevřenou podporu oboru PLDD**.

17. 10. 2016 – vešla v platnost **novela vyhlášky o preventivních prohlídkách**, kde v návaznosti na osmnáctiměsíční prohlídku bylo doplněno vyšetření k včasnému zachytu poruch autistického spektra (PAS) – termín byl velmi tlačěn, urychlen oproti původně avizované platnosti od 1. 1. 2017. Od poloviny listopadu v rámci Managementů bude probíráno toto téma, další informace poskytují webové stránky našich společností. Vřele všem doporučuji účast na vzdělávacích akcích s tímto tématem!

Od listopadu se dále rozjíždějí cykly **Respiračních akademií** (na podzim Plzeň, Praha, Brno!!!, v lednu Ostrava, Hradec Králové, České Budějovice). Akademie navazují tématem ostatních respiračních onemocnění na letošní páteční téma *asthma bronchiale*, stejně tak vyjde doporučení pro praxi s touto tematikou, na kterém pracuje mezioborová pracovní skupina.

Školitelé se v roce 2017 budou konat poslední lednový týden v Milovech – prosím kolegy o sledování webu, kde budou vyvěšeny informace.

Ve spolupráci s ORL kolegy byla dokončena **příručka pro praxi – akutní otitis media**, na podzim by měla ještě vyjít brožura **Preventabilní infekce/ATB v praxi PLDD**, snad do konce roku by mohl spatřit světlo světa **doporučený postup pro podávání vitamínu D**.



Extraintestinální projevy nespecifického střevního zánětu jako první manifestace onemocnění

MUDr. Miroslava Adamcová

praktická lékařka pro děti a dorost, Praha

Incidence výskytu nespecifických střevních zánětů (IBD) v dětské populaci se v posledních desetiletích zvyšuje a jejich manifestace se posouvá do nižších věkových skupin. Ne vždy musí být první manifestací typické střevní onemocnění s klinickým obrazem průjmů a bolestí břicha. Pacienti přicházejí výjimečně pouze s izolovanými mimostřevními obtížemi, ale riziko této manifestace je i v dětské populaci a touto kazuistikou bych chtěla připomenout nutnost chápat IBD jako komplexní systémové onemocnění.

■ Popis případu

Na oddělení byla přijata sedmnáctiletá dívka pro bolesti a otok levého kolenního kloubu a kožní léze v dorzální oblasti levého bérce. Jednalo se o dvě okrouhlá zarudlá až lividní ložiska, palpačně bolestivá, jedno s centrální ulcerací. Od těchto lézí vedlo pruhovité, proteplené zarudnutí ke vnitřní straně kotníku, palpačně bolestivé. V levém hlezenním kloubu byl patrný nejspíše reaktivní výpotek. Nález měl charakter flegmonózních změn při zvažované sekundární bakteriální infekci. Při přijetí byla dívka celkově alterovaná bolestí, trpěla nechutenstvím, udávala i bolesti břicha.

V osobní anamnéze byla častější nemocnost v posledních dvou letech před hospitalizací. Dívka byla opakovaně ošetřena na chirurgické ambulanci pro recidivující výpotky v levém kolenním kloubu, celkem šestkrát podstoupila ambulantně punkci výpotku. Obtíže byly spojovány s nepříliš významným úrazem. Jedenáct měsíců před přijetím byla rovněž na chirurgii léčena antibiotiky pro flegmonu bérce. Ložisko se zhojilo atrofickou jizvou. V průběhu dvou let před hospitalizací si intermitentně stěžovala na bolesti břicha, proto byla provedena gastrokopie se závěrem makroskopicky normálního nálezu, z biopsií byly histologem popsány nespecifické zánětlivé změny. Při obtížích byla intermitentně léčena H_2 -blokátory.

Z nevýznamné rodinné anamnézy uvádím pouze výskyt recidivujících bolestí břicha u rodičů i prarodičů pacientky, dodatečně rodina zjistila, že vzdálená teta matky a její syn se léčili pro Crohnovu nemoc.

Fyzikálnímu nálezu při přijetí dále dominovala astenie a bledost, BMI bylo 16,4 kg/m².

V laboratorním vyšetření měla dívka středně zvýšené markery zánětu (FW 36/68, CRP

22 mg/l), mikrocytární hypochromní anémii a aktivovanou nespecifickou humorální imunitu s vysoce pozitivními protilátkami proti sacharomycetám (ASCA) ve třídách IgA a IgG. Provedená bakteriologická, virologická a mykologická vyšetření včetně hemokultury a opakovaných stěrů z ložisek byla negativní.

Diferenciálnědiagnosticky bylo zvažováno *pyoderma gangrenosum*, nespecifický střevní zánět s enteropatickou artritidou a tuberkulóza. Testy a specifická vyšetření PCR TBC a kultivace TBC z ložiska toto onemocnění vyloučila. Naopak ultrasonografické vyšetření břicha a následná enteroklyza potvrdily stenózu v oblasti terminálního ilea. Nález odpovídal i výsledkům koloskopického vyšetření, kde byla potvrzena vysoce aktivní forma Crohnovy nemoci v oblasti terminálního ilea, céka a colon ascendens, se zánětlivou stenózou a infiltrací Bauhinské chlopně.

Dívka byla od přijetí zajištěna antibiotiky. Po koloskopickém vyšetření byla zahájena léčba infliximabem – biologická léčba a současně imunosupresivní terapie azathioprinem. Popisovaný případ je z roku 2007, kdy naše zkušenosti s biologickou terapií byly ještě velmi krátké. V té době dívka dostala pouze indukční léčbu infliximabem (v režimu infuzí 0., 2. a 6. týden) a dále pokračovala v terapii pouze azathioprinem a mesalazinem (obrázek 1).

Došlo k úplnému zhojení kožních lézí, regresi kloubních výpotků a laboratorních parametrů zánětu a celkový stav výživy pacientky svědčil i o remisi střevního onemocnění. Po několika měsících však došlo u dívky k relapsu kloubních a především střevních obtíží. Opět byla indikována léčba infliximabem, ale tentokrát již ve schématu dlouhodobé udržovací terapie, a dívka byla v dlouhodobé remisi onemocnění.

■ Diskuse

Enteropatická artritida, resp. spondylartritida při IBD v dětském věku se vyskytuje ve dvou nejčastějších formách onemocnění. Jako oligoartritida nebo polyartritida s predilekčním postižením dolních končetin, její výskyt většinou souvisí s aktivitou IBD. Druhou formou pak bývá HLA-B27 asociovaná oligoartritida a entezitida dolních končetin, často doprovázená sakroileitidou s vývojem do ankylozující spondylitidy, a její projevy a vývoj nezávisí na aktivitě IBD. Z klinických zkušeností však u všech pacientů, přijatých nejprve pod obrazem suspektní artritidy, byly již při přijetí známky malnutrice, respektive poruchy růstu a pubertálního vývoje.

Pyoderma gangrenosum (PG) je popsáno jako neinfekční neutrofilní dermatóza. Klinicky se jedná o rekurentní kožní ulcerace s mukopurulentní nebo hemoragickou sek-

Tabulka 1 Typické varianty *pyoderma gangrenosum*

Klinické varianty PG	Typické nálezy
PG ulcerativní	rychle progredující ulcerózní léze s purulentní sekrecí
PG pustulózní	diskrétní pustulky s možností spontánního zhojení
PG bulózní	povrchové buly s postupným vývojem ulcerací
PG vegetativní	eroze a povrchové vředy



recí. Nejčastěji se objevují na dolních končetinách v pretibiální lokalizaci, ale možný výskyt je kdekoli na těle. *Pyoderma gangrenosum* je u dětí a dospívajících vzácné.

Tato kazuistika je již z roku 2007. V té době byly naše zkušenosti s indikací biologické léčby ještě velmi krátké. V té době bylo schéma indukční terapie jedním z užívaných schémat podávání infliximabu. Po relativně krátkém období však od něj bylo upuštěno a v současné době se již nepoužívá. Zjistilo se, že většina pacientů i přes následnou imunosupresivní terapii velmi rychle relabuje, a navíc toto schéma podání zvyšuje pro pacienty riziko indukce tvorby protilátek proti infliximabu.

Závěr

Přestože popisovaný případ patří mezi nepříliš časté formy manifestace IBD, je správné na toto onemocnění myslet. Extraintestinální projevy mohou předcházet manifestaci intraluminální formy onemocnění a jejich závažnost není vždy v přímé souvislosti s aktivitou lumenální formy nemoci. IBD s jeho extraintestinálními projevy a komplikacemi je nutné chápat jako systémové onemocnění. Včasné zahájená léčba nejen extraintestinálních

projevů, ale především aktivní formy IBD má výrazný dopad na průběh onemocnění, závažnost a četnost případných komplikací, a tím i na kvalitu života pacienta.

Tato kazuistika byla prezentována ve formě širší přednášky na Pracovních dnech dětské gastroenterologie na Hrubé Skále v roce 2007.

Spoluautoři: prof. MUDr. Pavla Doležalová, CSc., prim. MUDr. Pavel Frühauf, CSc., as. MUDr. Dana Němcová, všichni KDDL VFN Praha

Literatura

- Rothfuss KS, Stange EF, Herrlinger KR. Extraintestinal manifestations and complications in inflammatory bowel diseases. *World J Gastroenterol* 2006;12(30):4819–4831.
- Wollina U. *Pyoderma gangrenosum* – a review. *Orphanet J of Rare Diseases* 2007;2:19 doi: 10.1186/1750-1172-2-19.
- Burgos-Vargas R, Pacheco-Tena C, Vázquez-Mellado J. Juvenile-onset spondylarthropathies. *Rheumatic Disease Clinics of North America. Pediatric Rheumatology*. Philadelphia: N.B. Saunders company, August 1997;569–598.
- Havelka S, Hoza J. Juvenilní ankylozující spondylitida a spondylartritidy spojené s HLAB27. In: Havelka S, Hoza J. *Zánětlivé choroby pojiva u*

děti. Hálkova sbírka pediatrických prací. Praha: Avicenum, 1989;85–95.

Jacobs JC. HLA-B27-Associated Spondylarthritis and Enthesopathy. In: Jacobs JC. *Pediatric Rheumatology for the Practitioner*. 2nd Ed. New York: Springer-Verlag, 1993; 360–480.

Jarošová K, Němcová D, Venclovský J. Prognostické ukazatele juvenilní idiopatické artritidy. *Čes Revmatol* 2001;2:69–77.

Malleson PN, Fung MY, Rosenberg AM. The incidence of pediatric rheumatic diseases: results from the Canadian Pediatric Rheumatology Association Disease Registry. *J Rheumatol* 1996;23:1981–1987.

Oen KG. Epidemiology of chronic arthritis in childhood. *Semin Arthritis Rheum* 1996; 26:575–591.

Scott SG. A Monograph on Adolescent Spondylitis or Ankylosing Spondylitis: The early Diagnosis and its Treatment by Wide-Field X-ray Irradiation. London: Oxford University Press, 1942.

Sieper J, Braun J. Reactive arthritis. *Current Opin Rheum* 1999;11:238–243.

Venclovský J, Jarošová K, Růžicková Š, Němcová D, Niederlová J et al. Interleukin-1 receptor antagonist gene polymorphism in patients with juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Rheum* 2001;10:2387–2391.

Obrázek 1

Obrázky dokumentují postupné hojení kožních lézí – *pyoderma gangrenosum* – na levém bérce.

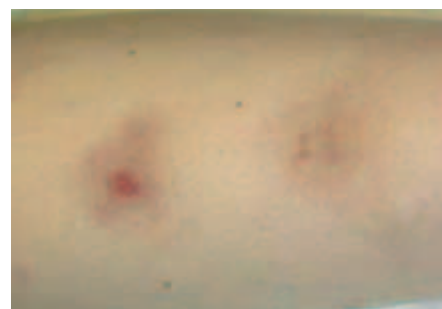
První obrázky (0. týden) jsou pořízeny v den podání první infuze infliximabu, druhé (4. týden) s odstupem měsíce od zahájení terapie, tedy v době, kdy již pacientka dostala dvě infuze, a poslední obrázek (9. týden) tři týdny po ukončení indukční terapie infliximabem.



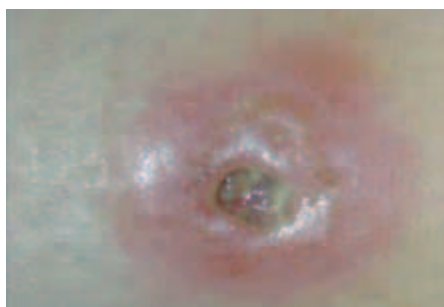
0. týden



4. týden



9. týden





Dieta při gastritidě

Laura Sochorovská, DiS.

Nutriční terapeut Nemocnice Na Homolce

Gastritis (zánět žaludku)

Patří mezi histologicky velmi dobře definované jednotky. Jedná se o zánětlivou odpověď žaludeční sliznice na vnitřní nebo zevní vlivy prostředí. Formy postižení sliznice jsou od hyperémie až po eroze, vředy a atrofie. Topograficky se gastritidy dělí na:

- korporální (A),
- antrální (B)
- pangastritidu (AB).

Častou příčinou vzniku gastritidy je přítomnost gramnegativní bakterie

Helicobacter pylori (H. P.). Jeho průkaz v dětském věku může sehrát roli při vzniku karcinomu v dospělosti. Přenos probíhá orálně-orální cestou, orálně-fekální cestou, přes matku na dítě, iatrogeně, v dětských kolektivech. U dětí infekce často probíhá asymptomaticky. Prevalence **H. P.** v gastroenterologii má klesající charakter (v roce 2001 bylo 42 % nemocných, v roce 2011 již jen 24 %) a má souvislost se socio-ekonomickou úrovní v dané zemi.

Typy

A. akutní gastritida (často nesprávně zaměňována za akutní dyspepsii),

B. chronická gastritida

- **neatrická** (většinou *Helicobacter pylori*, 90 %)
- **atrická** (autoimunitní, multifokální, jiná)
- **speciální typy** (chemická, radiační, lymfocytární, granulomatózní, jiné)

Projevy

Akutní gastritida

- často nespecifické,
- tlak až bolest v epigastriu,
- nauzea až zvracení,
- nechutenství,
- borborygmy,
- halitóza a další.

Chronická gastritida

- zánětlivé změny na sliznici žaludku,
- atrofie až přestavby sliznice,
- tvorba lymfatických folikulů,
- při atrofii dochází k vymizení sekrece a nastupují střevní potíže, nadýmání a průjemy.

Dg.

- **fokální test: H. P.** ve vzorku žaludeční sliznice (kolonizace nerovnoměrná, falešně negativní),
- **globální test:** situace v celém žaludku (při negativním výsledku FT vhodné doplnit GT)
- * vyšetření infekce je indikováno pouze u osob, u kterých v případě positivity **H. P.** plánujeme eradikační léčbu,
- **dechový test,**
- **ureázový test,**
- **Ag. H. P. ve stolici,**
- **sérologie** (může vyjít falešně +/-, spíše tedy nedělat)
- **kultivace ATB,**
- **Usg,**
- **Rtg,**
- **endoskopie** – u chorob žaludku dominantní postavení,
- **definitivní diagnostika pouze na základě biopsie,**
- **histologie**

Komplikace

- **perniciózní anémie** (u těžké atrofické gastritidy, poškození tvorby HCl vyúsťující v poruchu resorpce vit. B12),
- **Malt lymfomy,**
- **Adenokarcinom žaludku** (vlivem **H. P.** jen asi u 5–10 % pacientů, ostatní chronické gastritidy jsou bez dalších následků).

Léčba

- **Eradikace H. P.,**
- **Antisekretorická léčba,**
- **Blokátory protonové pumpy v kombinaci s ATB,**
- **Substituce Fe a vit. B,**
- **Dietní opatření**

Nutriční intervence

- Dietní postupy při akutní gastritidě probíhají první dny formou **hladovky, popíjení čaje po lžičkách, eventuálně doplníme tekutiny parenterální výživou s obsahem iontů.**
- Další 2–3 dny se podává strava **tekutá šetřící** (bujón, bílá káva, melta, mléko).
- Poté dochází **k postupné realimentaci.**
- Následuje **kašovitá strava šetřící.**

- Při zlepšení můžeme přejít **na dietu č. 2. – šetřící nedráždívou.**
- Strava by měla být mechanicky, chemicky a termicky šetřící.

Režimová opatření

Snahou je snížit velikost porcí stravy a hlavně dodržovat pravidelné intervaly mezi jednotlivými jídly (3–5krát denně), omezení pozdních večerních a nočních jídel, zákaz kouření, zákaz pití alkoholických nápojů (pouze u snížené sekrece žaludečních šťáv můžeme doporučit malé množství nízkostupňového piva). Ideální je omezit pití silných čajů, syčených nápojů. Nedoporučujeme jíst a pít příliš teplé nebo naopak studené pokrmy a nápoje.

A v neposlední řadě je nutné pěstovat fyzický a duševní klid.

Nevhodné potraviny

Masa: tučná, smažená, uzená, nakládaná, husa, kachna, zvěřina, očka, sardinky, kaviár

Tuky: sádlo, slanina, škvarky, lůj, ztužené a přepalované tuky

Zelenina: kapusta, zelí, papriky, rajčata, okurky, křen, česnek, ředkvičky, tvrdá a dřevnatá zelenina, zelenina v octovém nálevu, luštěniny všeho druhu

Ovoce: rybíz, angrešt, ananas, kiwi, rebarbora, hrušky, hroznové víno, jahody, borůvky, maliny, ostružiny, dle individuální snášenlivosti figy, datle, ořechy, mandle, hrozinky, kandované a sušené ovoce

Moučné výrobky: čerstvé pečivo, pečivo z kynutého těsta, linecké a listové těsto, chléb, kynuté knedlíky, smažené moučníky, moučníky s tučnými krémy

Nápoje: alkoholické nápoje, káva, silné kakao, čokoláda, minerální vody s obsahem CO₂, příliš horké nebo studené nápoje



Jak obnovit narušenou důvěru veřejnosti v očkování aneb Paradoxy dnešního světa

MUDr. Parvine Gricová
praktický lékař pro děti a dorost

Očkování – téma poslední doby, aktuálně diskutované laickou i odbornou veřejností. Na jedné straně miliony onemocnění a úmrtí na preventabilní infekční choroby v řadě zemí světa způsobené nedostupností – nemožností očkování, na druhé straně odmítání očkování v zemích s minimálním výskytem těchto onemocnění právě díky soustavně prováděné vakcinaci.

Mýty a předsudky proti očkování jsou stejně staré jako očkování samé.

Již v době zavedení vakcinace (Edward Jenner 1796 – první očkování proti variole) se lidé obávali nežádoucích účinků, ale vždy strach z nemocí převážil nad strachem z očkování.

Očkování je staletími ověřený nástroj prevence infekcí a patří mezi nejvýznamnější objevy medicíny, dokáže snížit úmrtnost a nemocnost populace nejúčinněji.

Význam očkování je doložitelný poklesem nebo úplným vymýcením – eradikací řady závažných infekčních onemocnění (eradikace varioly v r. 1980, předpokládaný termín eradikace poliomyelitidy je r. 2018), jejich trvalých následků a úmrtí a v posledních letech

dokonce i prevencí některých nádorových onemocnění (očkování proti HPV).

K eliminaci nemocí je však potřeba udržovat vysokou proočkovanost celé populace.

Vakcíny se staly obětí svého vlastního úspěchu, lidé si nepamatují, jak vypadají některé infekční nemoci, zapomnělo se na milionové oběti varioly, poliomyelitidy a řady dalších závažných onemocnění.

Očkování učinilo mnoho infekčních onemocnění vzácnými nebo téměř se nevyskytujícími. Tento úspěch paradoxně vede k názoru, že vakcíny již nejsou důležité, a podlamuje tak důvěru veřejnosti k očkování.

V České republice očkování ročně zabrání více než 150 tisícům onemocnění a přes 500 úmrtím na infekční nemoci. (Během let 2000–2013 zabránilo očkování proti spalničkám odhadem 15,6 milionů úmrtí na celém světě.)

V českých zemích má očkování dlouhou tradici: Již v roce 1803 v Rakousko-Uhersku bylo zahájeno očkování proti variole, koncem 19. století pak zavedeno očkování proti lysse, poté postupně následují další dodnes prováděná očkování (viz tabulku 2).

■ Jak obnovit narušenou důvěru veřejnosti v očkování?

1. Je nutné stále zvyšovat povědomí o nutnosti imunizace a připomínat si její úspěchy, zároveň informovat o aktuální situaci a upozorňovat na jednotlivé problematické oblasti (nová infekční onemocnění! migrace!).

2. Edukace rodičů racionálně a lidsky podloženými fakty a odbornými argumenty. Snažou se najít takové řešení, ze kterého bude mít benefit dítě.

Všechny očkovací látky absolvují čtyři fáze testování před uvedením na trh. Během testování se ověřuje jejich kvalita, dávkování a bezpečnost na stovkách až tisících dobrovolníků. Registrace vakcíny před příchodem na trh je dále posuzována nezávislými regulačními autoritami. FDA – Food and Drug Administration v USA, EMA – European Medicines Agency na evropském kontinentu a SÚKL v ČR. Po zavedení vakcíny probíhá kontinuální poregistrační sledování a současně probíhají nezávislé vědecké studie sledující účinnost i nežádoucí reakce

Tabulka 1 Výskyt některých infekčních onemocnění před zavedením očkování a po zavedení očkování v roce 2013

	příklady ročního výskytu onemocnění před zavedením očkování	po zavedení očkování – rok 2013	poznámka
záškrt	rok 1957 – 731 případů / 37 úmrtí (! rok 1946 – 23 515 případů / 935 úmrtí)	0	celoplošné očkování trivakcínou proti záškrtu, tetanu a pertussi od roku 1958
tetanus	rok 1957 – 118 případů / 65 úmrtí	0	celoplošné očkování trivakcínou proti záškrtu, tetanu a pertussi od roku 1958
dávivý kašel (pertusse)	rok 1957 – 35 447 případů / 45 úmrtí	1 233 případů	celoplošné očkování trivakcínou proti záškrtu, tetanu a pertussi od roku 1958
dětská obrna	rok 1959 – 131 případů / 11 úmrtí (!rok 1953 – 1 895 případů / 116 úmrtí)	0 (od roku 1961 se v ČR nevyskytuje)	celoplošné očkování od roku 1960
spalničky	rok 1981 – 983 případů (!rok 1971 – 68 460 případů/ 20 úmrtí)	15 případů	očkování dvěma dávkami od roku 1982
zarděnky	rok 1985 – 74 381 případů	0	celoplošné očkování od roku 1986
příušnice	rok 1986 – 24 507 případů (! 105 539 případů v roce 1975)	1 553 případů	celoplošné očkování od roku 1987

Hami Comfort

Novinka pro děti s citlivým zažíváním



Kojenecká mléka Hami Comfort prošla **patentovaným procesem fermentace Lactofidus®** a přináší tak úlevu dětem s **citlivým zažíváním.**¹

Pomáhejte s Hami Comfortem dětem s citlivým zažíváním pro jejich spokojená břicha

Reference: 1. Garcette, K. and M. Bellache, Enquete Serina: Evolution des troubles fonctionnels et de la qualité de vie des nourissons sous Bledilait 1. Medecine & enfance. 2007; 27(7)

Kojení je nejvhodnějším způsobem výživy kojenců. Kojenecká výživa by měla být používána na doporučení lékaře. Způsob použití a další informace na obalech a webových stránkách. Potravina pro zvláštní výživu – potravina pro zvláštní lékařské účely. 08/2016. BF359138.

Materiál určen pro odbornou veřejnost.

Máte otázku? Voláte zdarma
800 500 700



– hlášení závažných a neočekávaných reakcí po očkování je povinností všech očkujících lékařů i výrobců očkovacích látek. Tuto možnost mají i samotní očkování.

Nejčastější diskutovaná otázka antivakcionistů – vznik řady onemocnění po očkování – byla vyvrácena řadou řádně provedených studií.

Světový poradní výbor pro bezpečnost očkovacích látek a světová zdravotnická organizace vylučují, že by vakcíny způsobovaly autismus. Studie provedená mezi léty 1999 a 2012 na 14 700 000 dětí neprokázala souvislost mezi autismem a očkováním. Rovněž nebyl prokázán vliv očkování jako příčina dalších onemocnění, jak uvádějí odpůrci očkování (astma a alergie, autoimunita, poruchy neurologické a další).

Vyjádření Národního ústavu pro autismus (NAUTIS) věnujícího se pacientům s poruchami autistického spektra: Žádný nový objev, který by popisoval mechanismus souvislosti očkování a autismu, neexistuje. Mechanismus vzniku a rozvoje autismu není dosud přesně znám. Důkazem může být i vznik autismu u sourozenců dětí s autismem, kteří nebyli očkováni.

Nežádoucí účinky očkování:

Většina obtíží připisovaných očkování je často náhodnou událostí s vlastní vakcinací nesouvisějící.

3. Podpora očkování:

Stát – Ministerstvo zdravotnictví – informace rodičů, legislativa.

Odpovědnost státu za nežádoucí účinky po očkování – odškodnění nežádoucích účinků po povinných očkováních, tak jako v jiných zemích Evropy (Německo, Maďarsko).

Odborné společnosti – česká lékařská společnost JEP, Odborná společnost praktických dětských lékařů, Česká vakcinologická společnost a další (vzdělávací, komunikační semináře, brožury, odborná doporučení).

Média – Propagace významu očkování, informace o infekčních chorobách ve světě (importované infekce, nové infekční nemoci), edukační, diskusní pořady.

Zdravotní pojišťovny – informace pacientům i očkujícím lékařům, zavedení očkovacích programů zvýhodňujících řádně naočkované klienty (tak, jak je tomu v řadě jiných zemí), snížení administrativní zátěže ordinace při vykazování očkování a řádně

Milníky českého očkování

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

Tabulka 2 Milníky českého očkování (zdroj: Petráš M, Lesná IK. 2010)

ohodnocení této obtížné, časově náročné práce očkujících lékařů.

Politická podpora očkování – regionální odpovědnost za kontrolu nad nemocemi, kterým lze očkováním předcházet.

Komunikace odborníků s laickou veřejností

Komunikace mezi očkujícími lékaři (většinou jsou to PLDD) a očkovánými (rodiči očkovanych dětí) na dané téma je důležitá a potřebná. PLDD jsou hlavním zdrojem relevantních informací. Komunikace posiluje vztah mezi lékařem, rodičem a dítětem, pomáhá budovat vztah založený na vzájemné důvěře a respektu.

Samozřejmostí je znalost imunitních vlastností očkovacích látek, jejich nežádoucí účinky, znalost infekcí, proti kterým se očkuje, ev. i znalost historie očkování a očkovacích látek a výsledky očkování v prevenci závažných onemocnění.

Registrované vakcíny jsou přísně hlídány a před zavedením do praxe vyzkoušené. Při aplikaci vakcín *lege artis* jsou bezpečné (vakcinaci ve většině případů provádí praktický lékař pro děti a dorost, mající dlouholeté zkušenosti s vakcinací a dobře znající zdravotní stav svých dětských pacientů).

Při nepovinnosti očkování je nebezpečí poklesu proočkovanosti pod mez zajišťující kontrolu nad preventabilními nemocemi, tzv. kolektivní imunitu, zabezpečující ochranu jedinců, kde je očkování ze zdravotních důvodů kontraindikované (u spalniček

např. je nutnost 95% proočkovanosti k zajištění kolektivní imunity!).

Příklad: v r. 2013 ve Walesu pokles očkovanosti proti spalničkám na 80% vedl ke vzniku epidemie spalniček.

Povinnost očkování je platná nejen v ČR. Z 30 evropských zemí je státem stanovená povinnost očkování v 10 státech, v některých zemích není očkování povinné, ale doporučené (USA – povinnost očkování před vstupem do škol).

Většina rodičů zatím očkování přijímá. 80% české populace souhlasí s povinným očkováním proti vybraným nemocem. Počet odmítačů očkování je malý. Procento nerozhodnutých, s nevyhraněným názorem je rovněž malé.

Účinnost žádné vakcíny není 100%. U všech očkovanych nemusí dojít k rozvoji imunitní odpovědi (genetické faktory). Rovněž žádná léčivá látka, včetně vakcín, není 100% bezpečná. Riziko nežádoucích reakcí lze minimalizovat striktním dodržením všech pravidel očkování (dodržením všech kontraindikací).

Výskyt závažných nežádoucích účinků je však ve srovnání s efektem očkování zanedbatelný.

Osobní důvěryhodnost a existence vztahu založeného na důvěře staví poskytovatele zdravotní péče do jedinečné pozice těch, kteří napomáhají rodičům porozumět významu očkování pro zdraví jejich dětí i ostatních.



Cílem je zachování dostatečné proočkovanosti a právo každého dítěte na očkování. ČR ratifikovala Úmluvu o právech dítěte – to je právo dítěte na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdravotní péče, do které spadá i očkování.

Nadále je tedy nutné informovat veřejnost, média, zdravotníky i politiky v rozhodujících orgánech o nutnosti vakcinace a připomínat její úspěchy a stálá rizika infekčních onemocnění. Rizika závažných infekčních chorob jsou v současném světě zcela reálná a očkování je stále nejúčinnější prevencí.

PLDD jsou přístupni ke spolupráci a racionálnímu řešení problémů, věcné komunikaci s rodiči i pacienty a vyváženému in-

formování o přínosech a rizicích očkování na všech úrovních.

Profesor Pavel Pafko v článku Nebezpečná nezodpovědnost, týkající se právě problematiky povinného očkování píše:

Svoboda jednotlivce či jeho zákonného zástupce představuje hodnotu nejvyšší. Všichni jsme však součástí společnosti, která se řídí jistým řádem. Chraňme svobodu jednotlivce, ale žádejme, aby za svá rozhodnutí nesl odpovědnost. Kdo ponese odpovědnost v případě onemocnění neočkovaného dítěte? Rodiče? Hájit zájmy rodičů, či dětí?

Tabulka 3

Typy postižení jako NÚ



Deset povolání, jež nás činí šťastnými

Povolání, která nás činí šťastnými, nemusejí být nutně ta nejlépe placená a těšící se vysokému uznání ve společnosti. Jsou to však zaměstnání, která jsou z různých důvodů schopná vyvolávat úsměvy na tváři. Žebříček deseti takových povolání publikoval italský deník Corriere della Sera.

Na prvním místě to jsou církevní povolání. A nemusí jít nutně o papeže. Ten, kdo zasvětil život svým bližním a modlitbě, je šťastný. Platí tu mnohé rozdíly, podle toho, na jakém stupni hierarchie dotyčná osoba stojí, ale podle průzkumů se ukazuje, že život příslušníků církve je radostný. Následují vedoucí pracovníci a vysocí úředníci. V tomto případě je pravděpodobné, že možnost rozhodovat uspokojuje a zvyšuje pocit zodpovědnosti. Za třetí to jsou manažeři v zemědělství a zahradnictví. I zde ten, kdo má zodpovědnost, má také významný pocit štěstí. Zřejmě tu působí i terapeutická síla přírody. Za čtvrté to jsou sekretářky (a dnes i sekretáři), kdo je často ve své práci šťastný. Samozřejmě nemají moc rozhodovat a často ani nemají dost vysoký plat. Ale mají jistotu a především se cítí být důležití.

Zdravotníci hned dvakrát

Za páté to jsou ti, kdo vystavují certifikáty o kvalitě a vydávají předpisy. Jde zjevně o velmi poklidnou práci. Často činí člověka šťastným, zřejmě i kvůli ovzduší, které toto plnění úkolů přináší. Také ti, kdo pracují v sektoru zdravotnictví, se cítí být šťastnými. Vidí kritické situace, ale zároveň mají pocit, že mohou něco pro druhého vykonat, a to je častou ingrediencí radosti. Sem patří také lékaři, před nimiž jsou však zdravotní sestry a ošetřovatelé. Jejich profese je považována za naplněnou radostí, protože i v tomto případě mohou lidem pomáhat a léčit je. Ve srovnání s jinými povoláními ve zdravotnictví jde však o méně šťastnou profesi, neboť lékaři jsou často vystaveni nevyhnutelným frustracím.

Zemědělci a řemeslníci

Na osmém místě jsou zemědělci, kteří mají co do činění s přírodou, jejím rytmem a jejími tajemstvími. Jsou také soběstační, pokud jde o jídlo, a to vše jim dodává vnitřní klid. Deváté místo obsadili majitelé a správci hotelů a ubytovacích zařízení. U této kategorie je poněkud obtížnější pocit štěstí vysvětlit. Snad je tomu tak proto, že ten, kdo pracuje v tomto sektoru, přichází do styku se spokojenými lidmi, kteří jsou na dovolené. Na desátém místě jsou řemeslníci a elektrikáři, kteří často vykonávají velmi užitečné povolání a zároveň nesou zodpovědnost za jeho správné provedení. A zjevně to dělají s radostí.

Zdroj: ČTK, novinky.cz, 19. 10. 2016



Léčba akutních křečí u dětí v přednemocničních podmínkách

MUDr. Klára Vitoušová

rezidentka PLDD, Brandýs nad Labem

Epizody akutních křečí vidáme v ordinacích našťestí relativně zřídka, i když v nemocničních statistikách patří jistě do první desítky důvodů přijetí k hospitalizaci. Největší procento těchto pacientů spadá do kategorie dětí do šesti let, kdy se nejčastěji jedná o nekomplikované febrilní křeče. V méně častých případech pak epileptické paroxysmy, encefalitidy, metabolické příčiny, intoxikace či nitrolební expanzivní procesy. I přes to, že v drtivé většině případů bývá průběh febrilních křečí nekomplikovaný, vlivem záchvatu může dojít k nepravidelné dechové frekvenci až k apnoickým pauzám a následně tedy k cyanóze a hypoxii. Je tedy zřejmé, že je třeba i nevinně se tvářící febrilní křeče co nejdříve zastavit.

V ordinaci praktického lékaře, tedy v situaci, kdy nemáme zajištěn intravenózní vstup, je standardní léčbou Diazepam ve formě rektálního gelu, který by se měl díky tekuté formě přibližně do deseti minut vstřebat a začít působit.

V posledních letech se však zahraniční studie čím dál tím častěji zabývají i dalšími možnostmi přednemocničního залечení křečových stavů. Největší pozornost se nyní směřuje k užívání Midazolamu v jiných než intravenózních formách podání.

Po výše zmíněných studiích jsme pátrali v databázích Medline, The Cochrane Library, Medscape, Emergency Medicine Journal (konkrétní odkazy viz níže).

Vybrali jsme několik metaanalýz zahraničních studií z let 2008 a 2015.

Ve studiích byla porovnána účinnost Midazolamu podaného nasálně/bukálně a Diazepamu v různých formách podání (intravenózní/intramuskulární/rektální).

Studie se lišily ve věkovém rozmezí zkoumaných skupin dětí. Některé vybíraly jen děti mladší šesti let (tj. horní věková hranice pro definici febrilních křečí), v ostatních byla stanovena horní hranice věku až na 16 let (zde byly tedy zkoumány křeče v širším smyslu slova, ne jen febrilní).

Výsledky jsou však v podstatě identické nezávisle na věku pacientů. Posuzovaným kritériem bylo odeznění křečí nejpozději do 10 minut po podání léku.

Závěry studií ukazují, že **Midazolam** podaný nasálně/bukálně je minimálně stejně účinný jako Diazepam v parenterálním podání, zároveň je však jasně rychlejší v nástupu účinku než Diazepam v rektálním gelu. Příčinou rychlejšího efektu Midazolamu v této formě podání je jednak rychlé vstřebávání přes sliznici, jednak obcházení tzv. „first-pass efektu“. Jedná se o jev, kdy účinná látka není částečně odbourána v játrech, ale dostává se přímo k cílovým receptorům, nástup účinku je tedy výrazně urychlen a biologická dostupnost látky je vyšší. Na druhou stranu má Midazolam oproti Diazepamu kratší poločas účinku a antikonvulzivní efekt je tedy krátkodobější. Na léčbu nekomplikovaných febrilních křečí trvajících do 15 minut je však jistě doba účinku dostačující.

Další nespornou výhodou je praktičnost zejména nasální cesty podání. Touto cestou dokážeme bezpečně podat lék například i pacientovi s trismem čelisti.

V České republice již je k dostání Midazolam i přímo ve formě vhodné pro podání na sliznice, a to v již předplněných injekčních stříkačkách v dávce 2,5 mg (pro děti 3–6 měsíců), 5 mg (pro děti 1–5 let), 7,5 mg (pro děti 5–10 let) a 10 mg (dětí starší 10 let). Aplikuje se do prostoru mezi dásně a tvář.

I běžný Midazolam primárně určený pro intravenózní a perorální podání je možné dle zahraničních studií bezpečně podávat nasálně nebo buálně, a to v dávce stejné jako při intravenózním podání, tedy 0,1 mg/kg. Nicméně v SPC u nás dostupných preparátů tuto variantu nenajdeme, jedná se tedy o podání *off-label*.

Závěrem lze tedy říci, že nás zjištěné informace velmi uspokojily, jistě nám usnadní péči o křečující dítě, ať už v ordinaci praktického lékaře, nebo v situaci, kdy zkrátka nebude možné rychle zajistit intravenózní vstup k podání antikonvulziva.

■ Zdroje

1. Mpimbaza A, Ndezi G, Staedke S, Rosenthal PJ, Byarugaba J. Comparison of buccal midazolam with rectal diazepam in the treatment of prolonged seizures in Ugandan children: a randomized clinical trial. *Pediatrics*. 2008;121(1):e58–64
2. Brigo F, Nardone R, Tezzon F, Trinka E. Nonintravenous midazolam versus intravenous or rectal diazepam for the treatment of early status epilepticus: A systematic review with meta-analysis. *Epilepsy Behav*. 2015;49:325–336
3. Scott RC, Besag FM, Neville BG. Buccal midazolam and rectal diazepam for treatment of prolonged seizures in childhood and adolescence: a randomised trial. *Lancet*. 1999;353(9153):623–626

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

a OSPDL ČLS JEP si vás dovolují pozvat na odborné semináře v roce 2016. Semináře se konají vždy první čtvrtky 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. 12. 2016

Novinky v neonatologii

MUDr. Iva Burianová

Novorozenecké odd. a JIP, Thomayerova

Nemocnice Praha



OSPDL ČLS JEP



Neočekávaná příčina poruchy vědomí u adolescentky

MUDr. Daniela Formanová, prim. MUDr. Marián Šenkeřík, MUDr. Kristýna Hasenöhrlová

Dětské a novorozenecké oddělení, Pardubická nemocnice

Náhle vzniklá porucha vědomí v dětském věku je vždy závažný stav vyžadující rychlou a přesnou diagnostiku bez ohledu na to, že diferenciální diagnostika je široká. Nejčastější příčinou poruchy vědomí s křečovými projevy v dětském věku jsou febrilní křeče nebo epileptické záchvaty. Vzácněji se může jednat o projevy poškození CNS – neuroinfekce, traumata, v neposlední řadě se takto projevují poruchy vnitřního prostředí – minerálový rozvrat či dědičné poruchy metabolismu. V následujícím textu autoři předkládají kazuistiku méně časté příčiny poruchy vědomí provázené generalizovanými křečemi.

Anamnéza

16letá dívka byla přivezena na naše oddělení rychlou záchrannou službou (RZP) pro podezření na první epileptický záchvat a přetrvávající somnolenci. Dívka se narodila z dvojčetné gravidity, porod proběhl ve 32 g. t., porodní hmotnost byla 1910 g, poporodní adaptace bez komplikací, následně byla do roku věku sledována neurologem, psychomotorický vývoj ale probíhal bez komplikací. Od svých 12 let byla dívka dispenzarizována na endokrinologii pro hypofunkci štítné žlázy a dále na alergologii pro asthma bronchiale. Rodinná anamnéza byla nevýznamná, bez neurologických onemocnění.

Během posledního půl roku slečna držela redukční dietu a zhubla tak 12 kg. V předchorobí nemocná nebyla, úraz či abusus léků a drog rodiče negovali. Několik dnů před přijetím udávali pouze mírnou spánkovou deprivaci, tekutiny přijímala dostatečně, dle matky pila běžně až 4 litry tekutin denně.

V den příjmu pobývala dívka doma, odpovědně se matka vrátila ze zaměstnání a již při příchodu si všimla drobných odchylek v chování dcery (byla „zmatená“), kterým ale nevěnovala větší pozornost. Poté společně jedly větší množství třešní a jahod. U dívky se několik minut po jídle objevil singultus a 1× zvracela, následně náhle upadla

do bezvědomí, začala se třást, poté došlo k rozvoji tonicko-klonických křečí horních i dolních končetin a záškubů mimického svalstva s promodráním kolem úst. Stav odezněl spontánně do 5 min, přetrvávala pouze kvantitativní porucha vědomí typu somnolence. Přivolaná posádka RZP již křeče nezaznamenala a pro nejasnou etiologii celé příhody dívku převezla na lůžkové oddělení spádové nemocnice.

Při příjezdu RZP na dětské oddělení byla slečna již při vědomí, orientována místem, časem i osobou, reagovala pouze s mírnou latencí. Monitorace vitálních funkcí byly v normě. Během příjmového klinického vyšetření začala porucha vědomí opět progredovat, nastoupil sopor (GCS 10 bb.), bez křečových projevů. Zajištěn byl periferní žilní vstup a provedeny krevní odběry. K lůžku volán urgentně neurolog a statim bylo provedeno nativní CT mozku, které bylo s normálním nálezem.

Výsledky vyšetření

Mineralogram séra: **Na: 123**; K: 3,6; **Cl: 87**; Ca: 2,18; Ca²⁺: 1,04; Mg: 0,66 (vše v mmol/l); osmolarita: 244 mOsm/l; glykémie: 5,66 mmol/l; urea: 1,9 mmol/l; krea: 58 μmol/l; ALT: 0,24; AST: 0,28; CK: 2,0; LD: 3,3 (vše v kUat/l); Astrup: pH: 7,42; pCO₂: 3,88 kPa; pO₂: 7,99 kPa; BE: -4,1;

KO: leukocyty 4,2×10⁹/l; **Hb: 113g/l**, ery: 3,79×10¹²/l; **eryMCV: 81,9 pg**; **Htk: 0,31**; trombocyty: 172×10⁹/l; spec. hmotnost moči: 1,007; osmol: 280 mOsm/l; koncentrace natria v moči: Na: 84 mmol/l.

V laboratorních odběrech byla zjištěna těžká hyponatrémie, tomu odpovídající hypoosmolarita séra, v krevním obraze anémie. Neprodleně jsme zahájili infuzní korekci hyponatrémie hypertonickým fyziologickým roztokem (0,9% NaCl + 10% NaCl) dle aktuálně vypočtené potřeby. Zaveden byl močový katetr k přesnému hodnocení diurézy. Nápadná byla polyurie a výrazně negativní bilance tekutin bez nutnosti podání diuretik (bilance za prvních 24 hodin byla o 2 290 ml negativní). V následujících hodinách se stav vědomí nelepšil, přetrvával sopor s GCS 9–10 bb., pokračovali jsme v korekci vnitřního prostředí (viz tabulku 1).

Teprve 23 hodin od přijetí, 12 hodin po normalizaci sérové natriémie a osmolarity séra, došlo u dívky k návratu do plného vědomí s retrogradní amnézií. Další průběh hospitalizace byl již bez komplikací. V následujících dnech hospitalizace ještě přetrvávala negativní bilance tekutin. Perorální příjem tekutin byl omezen na max. 1,5 l/den. Koncentračním testem 3. den hospitalizace byla zjištěna lehká až středně těžká porucha koncentrační schopnosti ledvin nejspíše v důsledku dlouhodobého nadměrného příjmu tekutin.

Tabulka 1 Přehled postupné normalizace vnitřního prostředí v čase

	příjem	3. hod	6. hod	9. hod	12. hod	16. hod	23. hod	31. hod
Na (mmol/l)	123	123	124	127	133	139	140	143
Cl (mmol/l)	87	87	87	90	96	102	107	110
K (mmol/l)	3,6	3,7	3,8	4	4,1	4	3,9	3,7
Osm (mOsm/l)	244	243	245	250	264	278	275	



Jak již bylo zmíněno v úvodu kazuistiky, dívka držela redukční dietu s hmotnostním úbytkem 12 kg během 6 měsíců. Přestože pacientka záměrný nadměrný příjem tekutin negovala, maminka dívky potvrdila běžný příjem 4 a více litrů tekutin za den. Během hospitalizace bylo vysloveno podezření na poruchu příjmu potravy a doporučeno ambulantní sledování psychologem. Dívka byla propuštěna s diagnózou otravy vodou při psychogenní polydipsii. Při ambulantní kontrole 14 dnů po propuštění z hospitalizace byla slečna klinicky i neurologicky zcela v pořádku. Omezila příjem tekutin na max. 2 litry denně, koncentrační schopnost ledvin se upravila.

■ Hyponatrémie

Natrium je hlavní extracelulární kationt, který se podílí na udržení objemu a osmolarity extracelulární tekutiny. Jeho fyziologické hodnoty se pohybují v rozmezí 140 ± 5 mmol/l. Hyponatrémii označujeme pokles jeho plazmatické koncentrace pod 135 mmol/l. Podle míry plazmatické koncentrace sodíku rozlišujeme 3 stupně hyponatrémie: mírnou 130–135 mmol/l; středně těžkou 125–130 mmol/l a těžkou pod 125 mmol/l. Pro klinickou praxi je ale velmi důležitá rychlost poklesu natrémie. Používáme rozdělení na hyponatrémii akutní – vzniklou v průběhu 48 hod a chronickou – s rozvojem během více než 48 hod. Z předpokládané rychlosti vzniku hyponatrémie se odvíjí rychlost její korekce. V případě akutně vzniklé hyponatrémie si můžeme dovolit její rychlejší korekci. Pokud hyponatrémie vzniká delší dobu, dochází k určité adaptaci mozkových buněk, které vlivem osmotických změn snižují schopnost vázat vodu, proto je riziko edému mozku nižší než v případě akutního vzniku hyponatrémie. Obecně platí, že dojde-li k rychlé změně (poklesu/vzestupu) hladiny natria, změní se rovněž rychle osmolarita extracelulární tekutiny a následně dojde k přesunům vody mezi buňkami a extracelulární tekutinou. Buňky jsou tím těžce poškozeny a umírají. Následky cytolyzy můžeme pozorovat ve všech tkáních. Nejzávažnější projevy se týkají poškození centrálního nervového systému. Akutními projevy bývají porucha vědomí, křeče, otok mozku s rizikem úmrtí nemocného. Dlouhodobé následky u přeživších jsou spojeny především s poškozením CNS – může se jednat o osmotický demyelinizační syndrom (typicky centrální pontinní myelinolýza), může dojít k rozvoji

sekundární epilepsie, porucha vědomí může přejít do trvalého vegetativního stavu atd.

■ Léčba

Nezbytná je korekce sérové natrémie. Rychlost úpravy vychází z rychlosti vzniku poruchy a závažnosti klinického stavu nemocného.

- Rychlý vznik během 48 hod = rychlá korekce o 1–2 mmol/l/hod
- Pomalý vznik > 48 hod = pomalá korekce o 0,5 mmol/l/hod

Podrobný popis léčby překračuje rozsah a cíl tohoto sdělení. Velmi stručně a obecně proto můžeme konstatovat pouze několik zásad. Infuzní roztoky v případě korekce hypo- i hypernatrémie vždy musejí obsahovat natrium. Cílem léčby je vždy upravit sérovou natrémii. Tzn. uhradit deficit natria v případě hyponatrémie, nebo naopak snížit plazmatickou koncentraci natria při hypernatrémii. Výjimečně, v případě akutních stavů s křečemi či poruchou vědomí, lze použít bolus 3 % NaCl v dávce 3–5 ml/kg. V odhadu deficitu/nadbytku natria vůči celkové tělesné vodě nám může pomoci uvedený matematický vzorec, kde m = hmotnost pacienta.

$$\bullet \text{ Deficit Na} = (\text{Na}_{\text{cíl}} - \text{Na}_{\text{akt.}}) \times m \times 0,6$$

Celkově by hladina natrémie neměla během prvních 24 hodin stoupnout o více než 10 mmol/l (některé zdroje uvádějí 12 mmol/l). Léčba symptomatické poruchy vždy probíhá za hospitalizace. Nezbytné jsou časté kontroly vnitřního prostředí, protože riziko příliš rychlé kompenzace patologie může nemocného ohrozit komplikacemi, a to včetně život ohrožujících!

■ Klinické známky hyponatrémie

Deficit natria má celkem pestrý, ale nespecifický škálu klinických projevů. Symptomy závisejí i na rychlosti vzniku hyponatrémie.

Tabulka 2 Příčiny hyponatrémie

Zvýšené ztráty Na	Renální ztráty – ledvinné selhání, nefropatie, léčba diuretiky, primární insuficience nadledvin
	Extrarenální ztráty – gastrointestinální trakt, kůže, pankreatitida
	Syndrom centrální ztráty soli – Cerebral salt wasting syndrom (CSWS)
Snížený příjem Na	Nadměrný přísun vody a nedostatek elektrolytů (iatrogeně – infuzní terapie, psychogenní polydipsie)
Ostatní	Hemodiluční – Syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu (SIADH), psychogenní polydipsie
	Srdeční selhání, jaterní selhání, ztráty do 3. prostoru

Mezi typické patří příznaky gastrointestinální a neurologické, jako je nauzea, zvracení, apatie, letargie, dezorientace, hypotermie. U závažných poruch pak nastupuje Cheynovo-Stokesovo dýchání, zvýšená neuromuskulární dráždivost, nejzávažnější jsou pak poruchy vědomí a křečové projevy v důsledku edému mozku. Nejčastější příčiny hyponatrémie uvádí tabulka 2.

■ Diskuse

Hyponatrémie je závažný stav v dětské i dospělé populaci nemocných, který může pacienta ohrozit na životě. Vyžaduje proto rychlou diagnostiku a včasnou a adekvátní terapii. I když je těžká hyponatrémie vzniklá v důsledku hemodiluze relativně vzácnou příčinou přijetí do nemocnice, je nutné na ní pomyslet. Rizikovou populací jsou adolescenti i menší děti. Tyto skupiny se ale liší příčinou vzniku poruchy. V adolescentním věku jsou to pacienti trpící poruchou příjmu potravy, nejčastěji dospívající dívky, které si tak mohou nahrazovat stravu neadekvátním příjmem tekutin. Stejně tak i psychiatrickí pacienti. U batolat a předškolních dětí může tento stav vzniknout při psychogenní polydipsii. Je nutné dbát na celkový denní příjem tekutin, pozor bychom ale také měli dát na složení, tj. obsah minerálů v přijímaných tekutinách. Jako nejvhodnější pro dlouhodobý příjem jsou doporučovány slabě mineralizované přírodní minerální vody či pramenité vody s obsahem rozpuštěných látek do 500 mg/l. Dotaz na stravovací zvyklosti, včetně množství a typu denně přijímaných tekutin, by měl být součástí standardní anamnézy.

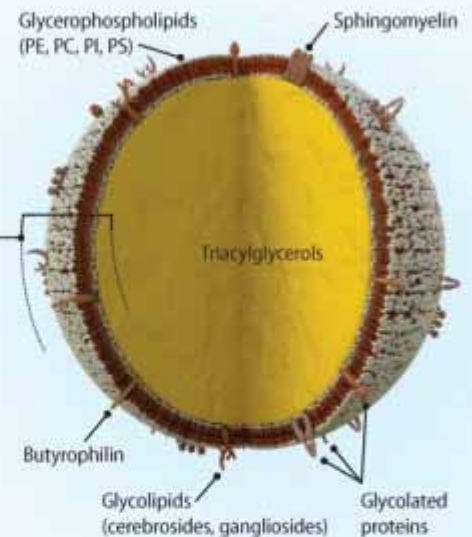
■ Literatura

- Čertíková-Chábová V. Doporučení pro klinickou praxi – diagnostika a léčba hyponatrémie. Aktual. Nefrol. 2014;20(4):142–147
 Džurík R. a kol. Poruchy vnitřního prostředí. Martin: Osveta, 1984. s. 15–40

INSPIROVÁNO PŘÍRODOU - POTVRZENO VĚDOU

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

MFGM Milk Fat Globule Membrane



Klinicky prokázané účinky MFGM

Posilování imunitního systému
Snížení počtu zánětů středního ucha



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

Rozvoj poznávacích funkcí



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



Heřo
Institute for
Infant Nutrition

 **800 201 102**
www.sunar.cz



Ze světa odborné literatury...

■ Intermittentní versus kontinuální fototerapie pro léčbu nehemolytické hyperbilirubinémie novorozenců starších než 34. týden gestačního věku

Intermittentní fototerapie u dětí narozených po 34. týdnu je efektivnější než kontinuální fototerapie. Jednalo se o porovnávání 12hodinových cyklů kontinuální terapie a intermittentní fototerapie u 75 novorozenců. Redukce bilirubinu probíhá jednak klasicky, jednak fototoxidací a izomerizací. Vlastní fotochemická reakce trvá jen několik nanosekund. Migrace a pak eliminace bilirubinu z kůže trvá pak delší dobu, kdy role fototerapie je minimální a její prodlužování zbytečné.

Eur J Pediatr. 2015;174:177-181

■ Limitace průtoku vzduchu u pacientů s cystickou fibrózou

Klinická důležitost prováděných pohybových testů při udržování zdravotního stavu mladých pacientů s cystickou fibrózou je všeobecně známa. Účelem této studie bylo určit incidenci limitace průtoku vzduchu. Jednalo se o stavy následující jednotlivé testy a nepravidelnou zátěž. Celkem 19 mladých pacientů s CF a odpovídající počet kontrol bylo vyšetřeno na hodnoty usilovného výdechu za 1 vteřinu. Pokles FEV₁ pod 10 % a více byl používán jako

nepodkročitelný limit. Incidence této limitace byla signifikantně větší ve skupině CF (32 % oproti 5 %). Tyto zátěžové testy se jeví jako vhodné a bezpečné u pacientů mladého věku s CF. Těmito cviky se zabraňuje pozátěžové bronchokonstrikci. Také hyperinflace, zapříčiněná air trappingem v plicích během cvičení, může zapříčinit pokles inspirační kapacity. To pak může zapříčinit pokles FEV₁. Měření difference FEV₁ před a po cvičení může být užíváno ke zhodnocení vzduchové limitace.

Eur J Pediatr. 2015;174:251-257

■ Periodické pohyby končetin během spánku jsou asociovány s nižší kvalitou života u dětí s monosymptomatickou noční enurézou

Studie vyšetřující, zda kortikální ovlivnění probouzení ze spánku a periodické pohyby končetin během spánku jsou asociovány s *enuresis nocturna*, byla předmětem následujícího sdělení. Psychologické funkce jsou ohodnoceny pěti ukazateli. Byl pozorován deficit a poruchy v oblasti hyperaktivity – nepozornost, kvalita života, internacionalizace problémů, externalizace problémů, narušení exekutivních funkcí. K tomu patří provádění polysomnografie a neuropsychologických testů s odlišnými a přitom rozporuplnými vý-

sledky. Třicet dětí od 6 do 16 let bylo vybráno v enuretických centrech. Zaznamenána vysoká frekvence mimovolních pohybů končetin během spánku, žádná korelace však nebyla zjištěna. MNE je heterogenní porucha, zapříčiněná různými patogenními faktory. Je zde zvýšení noční diurézy, není synchronizace mezi náplní močového měchýře a odpovědí CNS na jeho náplň. Některé zprávy obviňují dysfunkci měchýře, narušení cirkadiálního rytmu, spánkové a psychologické problémy, ADHD. Tyto děti mají nízkou schopnost se koncentrovat. Dále rodiče udávají velmi hluboký spánek dětí. V pracích je i uváděno, že tyto děti mají jednak hyperaktivní měchýř, fragmentovaný spánek asociovaný s frekventním kortikálním probouzením, ale s neschopností se probudit úplně. Děti s EN mají vyšší sklon k denní tendenci ke spánku. Denní určitá společenská dysfunkce těchto dětí je spojována i s nižší kvalitou života. Říká se, že mají abnormální spánkovou architekturu. Poznámka překladatele: je zde především narušení spoju z mozkové kůry. Otázka náplně měchýře je sekundární.

Eur J Pediatr. 2015;174:897-902

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

RESPIRAČNÍ AKADEMIE

2016/2017

Zveme lékaře a zdravotní sestry na cyklus seminářů na téma:
„Recidivující infekce dýchacích cest“

Odborný garant:

MUDr. Alena Šebková, předsedkyně OSPDL ČLS JEP

Vzdělávací akce je pořádána dle vzdělávacího řádu SPLDD ČR a ČAS.

Pro všechny účastníky je stanoven registrační poplatek ve výši 300 Kč, na místě 500 Kč, rezidenti mají účast zdarma.

Pořadatel: Ahou Public Relations, s.r.o., v případě dotazů nás kontaktujte v pracovních dnech od 9.00 do 17.00
Bc. Monika Urbanová, monika@ahou.cz, +420 774 706 569.

TERMÍNY A MÍSTA

Praha

Autoklub ČR
Opletalova 29
15. 11. 2016

Brno

Holiday Inn Brno
Křižkovského 20
29. 11. 2016

Liberec

Clarion Grandhotel Zlatý Lev
Gutenbergova 126/3
12. 1. 2017

Ostrava

Imperial Hotel Ostrava
Tyršova 6
17. 1. 2017

Hradec Králové

Hotel Tereziánský dvůr
Jana Koziny 336
24. 1. 2017

Č. Budějovice

Clarion Congress Hotel
Pražská tř. 2306/14
7. 2. 2017



Aktuality...

Praktičtí lékaři se dohodli s ministerstvem, protestovat nebudou

Praktičtí lékaři se dohodli s ministerstvem zdravotnictví na růstu úhrad pro příští rok a dalších požadavcích, a tak nebudou 21. září protestovat uzavřením ordinací. Oznámili to místopředseda Sdružení praktických lékařů Petr Šonka a náměstek ministra zdravotnictví Tom Philipp, který má na starosti přípravu úhradové vyhlášky na příští rok.

Lékaři žádali šestiprocentní nárůst kapitačních plateb, což jsou pravidelné měsíční platby za každého registrovaného pacienta. Na takovém růstu se podle Šonky ale nedohodli. To, o kolik v příštím roce platby vzrostou, zástupci ani jedné ze stran neupřesnili. Podle Šonky je to součástí gentlemanské dohody. „Domluvili jsme se, padlo konkrétní číslo pro rok 2017 a příslib nárůstu do dalších let,“ uvedl Šonka.

Podle náměstka Philippa se obě strany dohodly rovněž na posílení kompetencí praktických lékařů a odstranění některých preskripčních omezení, tedy omezení předepisování léků.

Důvody pro protest pominuly

„Úhrady porostou srovnatelně jako v jiných segmentech zdravotní péče, detaily budou upřesněny v úhradové vyhlášce. Kompetence praktiků budou dále projednány a deklarovány v příslušných dokumentech ministerstva zdravotnictví, a to zejména v oblasti předoperačních vyšetření. Se zdravotními pojišťovnami zahájíme revizi preskripčních omezení praktických lékařů,“ uvedl Philipp.

Šonka výsledek označil za kompromis, který je pro Sdružení praktických lékařů přijatelný. „Důvody pro protestní akci, která byla plánována na 21. září, v tento okamžik pominuly,“ dodal Šonka.

Zdroj: ČTK, 15. 9. 2016

Němeček chce dětem a seniorům snížit limit pro doplatky za léky. ANO je proti

Ministerstvo zdravotnictví chce u dětí a seniorů výrazně snížit ochranný limit na doplatky na léky, po jehož překročení zdravotní pojišťovny vracejí pojištěncům peníze. Novinářům to v pátek řekl ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček (ČSSD).

Příslušnou novelu zákona pošle ministerstvo Legislativní radě vlády během několika týdnů do připomínkového řízení. Zda pro novelu najde ministr Němeček podporu v koalici, ale zatím není jasné. Proti je hnutí ANO, které návrh považuje za jasný předvolební populismus ČSSD.

„Je to krok špatným směrem,“ řekl Právu k návrhu ministr financí a šéf hnutí ANO Andrej Babiš.

V ČR nemáme problém s nedostupností léků. Naopak, podle nedávné studie Státního ústavu pro kontrolu léčiv se s léky nakládá neefektivně, plýtvá se a každý rok se vyhodí léky za dvě miliardy korun. Lidé často zbytečně berou desítky léků, které jdou i proti sobě. To je to, co by podle Babiše mělo ministerstvo zdravotnictví řešit.

„Navíc tento krok bude stát systém minimálně miliardu korun ročně. Pan Němeček si ji tedy bude muset někde najít,“ konstatoval Babiš.

Limit pro seniory nad 65 let a děti do 18 let chce Němeček snížit z 2 500 Kč na 1 000 korun, v případě lidí starších 70 let na 500 korun. Výše ochranného limitu je nyní ze zákona 5 000 korun, u dětí do 18 let a seniorů od 65 let 2 500 korun. Do limitu se započítávají doplatky za léky, kdy pacient musel doplatit rozdíl mezi cenou léku a úhradou od zdravotní pojišťovny. Částku po překročení limitu vracejí zdravotní pojišťovny do 60 kalendářních dnů po uplynutí kalendářního čtvrtletí, ve kterém byl limit překročen.

Současné a navrhované limity

kategorie	současné limity	navrhované limity
děti do 18 let	2 500 Kč	1 000 Kč
senioři od 65 do 70 let	2 500 Kč	1 000 Kč
senioři nad 70 let	2 500 Kč	500 Kč
dospělí od 18 do 65 let	5 000 Kč	5 000 Kč

„Rozhodli jsme se doplatky výrazně snížit, u seniorů mezi 65 a 69 lety na 1 000 korun, u lidí nad 70 let bude činit 500 korun,“ řekl Němeček. Na tisícikorunu klesne rovněž u dětí do 18 let.

Klesnou příjmy

Snížení limitů podle ministra přinese výpadek v příjmech veřejných rozpočtů asi 390 milionů korun. Ministerstvo by chtělo, aby novela zákona o veřejném zdravotním pojištění byla účinná od července 2017. Zda pro něj najde podporu v koalici, ale zatím není jasné.

Údaje o uhrazených doplatecích hlásí zdravotním pojišťovnám lékárny s uvedením čísla pojištěnce, ke kterému se doplatek váže, výše zaplaceného doplatku a dne vydání léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely. Lidé nemusejí částky sledovat. Na vyžádání jim lékárna musí vydat doklad o zaplacení započitatelného doplatku s číslem pojištěnce, razítkem poskytovatele a podpisem osoby, která doplatek přijala.

Zdroj: hh, rsk, Právo, 24. 9. 2016

V autě s dětmi má být zakázáno kouřit

Nová vládní verze protikuřáckého zákona, kterou nyní čeká ve Sněmovně druhé čtení, zřejmě ještě dozná změn. Ve středu ji projednal sněmovní výbor pro zdravotnictví. Mezi pozměňovacími návrhy, které podpořil, je zákaz kouření v autech, v nichž jsou přepravováni děti.

S tímto návrhem přišli předseda výboru Rostislav Vyzula (ANO) a poslanec Rom Kostřica (TOP 09). Zdůvodňují to negativním vlivem kouření v autech na zdraví dětí i nutností zvýšit bezpečnost silničního provozu, protože kuřák se při zapalování cigarety těžko může soustředit na řízení.

„Nevím, kolik už kuřáci kvůli cigaretě zavinili havárií. Spoustu lidí však kouření v naší chaotické dopravě uklidňuje. A to pak policisté budou nabádat děti, aby žalovaly na své rodiče, že kouřili?“ ptal se v rozpravě poslanec Marek Benda (ODS). Příznivé odezvy se však nedočkal. Pro zákaz kouření v autech s dětmi zvedlo ruce patnáct ze sedmnácti přítomných členů výboru.



Návrhy navzdory koaliční dohodě

Hlavním cílem tohoto zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek je zakázat kouření ve všech stravovacích zařízeních. Původní verzi vládního návrhu Sněmovna v květnu ve třetím čtení zamítla. Vládní koalice ho však předložila znovu, doplněný o devatenáct pozměňovacích návrhů, které při předchozím projednávání Sněmovna podpořila. Jako jediný není do nové verze zařazen Bendův návrh, aby se ve stravovacích zařízeních mohly zřizovat bezobslužné, stavebně oddělené prostory, v nichž by se mohlo kouřit.

„S hlasy opozice tedy počítat nemůžeme a musíme si vystačit s hlasy koaličními. Já se budu držet koaliční dohody a k dalším pozměňovacím návrhům dám negativní stanovisko,“ uvedl na zasedání výboru ministr zdravotnictví Svatopluk Nemeček (ČSSD).

Snaha nezkat lidem Silvestra

Přes jeho odpor však výbor doporučil Sněmovně ke schválení také některé návrhy předložené Bendou. Například aby se alkohol mohl podávat i na plesích a dalších kulturních akcích, které se konají ve školních a zdravotnických zařízeních. A aby byl z vládní předlohy vyňat zákaz prodeje alkoholu osobám, které jsou zjevně pod jeho vlivem.

„Nelze to vymáhat, vždyť do hospod lidé většinou chodí právě proto, aby se pod vliv alkoholu dostali,“ úspěšně argumentoval pro svůj návrh Benda. Vládní koalici se v září nepodařilo ve Sněmovně prosadit, aby nová verze protikuřáckého zákona byla schválena hned v prvním čtení. Přesto je termín účinnosti tohoto zákona v předloze stanoven na 31. prosince 2016, což by lidem zkazilo oslavy Silvestra. Navíc se při druhém čtení dají čekat obstrukce ODS, které mohou schválení zákona ještě víc oddálit. Výbor pro zdravotnictví proto ve středu Sněmovně doporučil posunout účinnost protikuřáckého zákona až na 31. květen 2017.

Zdroj: J. Novotný, Právo, 6. 10. 2016

Školka dostala pokutu 40 tisíc korun za neočkované děti

Mateřská školka Na Rovině v Chrudimi dostala loni v září od Krajské hygienické stanice Pardubického kraje pokutu čtyřicet tisíc korun, protože šest dětí nemělo všechna očkování. Podle informací Práva se jedná o dosud nejvyšší udělenou sankci mateřské školce po přijetí neočkovaných dětí.

Správní řízení skončilo letos v červnu, proto by mateřinka měla nyní několik desítek tisíc korun pokuty uhradit. Za školku, která je soukromá a funguje podle pravidel Montessori, se ale postavila Liga lidských práv. Na konci srpna podala správní žalobu na postup hygieny. O ní bude nyní rozhodovat Krajský soud v Hradci Králové. Podle zákona o ochraně veřejného zdraví, který vešel v účinnost roku 2001, mohou do školky akreditované ministerstvem školství chodit pouze očkováni děti. Výjimkou jsou děti, které jsou proti nákaze imunní nebo jejichž zdravotní stav vakcinaci nedovolí.

Potvrzení může vystavit pouze praktický lékař

Pokud školka přijme neočkované dítě, hrozí jí za to pokuta až půl milionu korun. To se stalo osudným i zařízení v Chrudimi. Jeho ředitelka Jana Hrázská Právu prozradila, že podle hygieny pochybili při přijetí šesti dětí. Dvě z nich nebyly očkovány vůbec, přičemž rodiče jednoho měli papír od lékaře o kontraindikaci, další čtyři byly očkovány jen částečně. Hrázská s rozhodnutím hygieny nesouhlasí. „Měli jsme dohodu, že ty děti přijímat nebudeme. Ale jde o to, že ty děti jsou ve školce tři roky. Nastoupí, nějaká očkování mají a potom

by v průběhu docházky měly dostávat nějaká další očkování, ale to třeba z nějakého důvodu odloží,“ popsala ve čtvrtek Právu Hrázská. Hygiena jim vytkla, že tři jejich svěřenci nedostali vakcínu priorix, která se aplikuje proti spalničkám, zarděnkám a příušnicím. Podle webu ministerstva zdravotnictví není přesně stanoveno, kdy by tuto vakcinaci děti měly podstoupit. Právnická a zástupce ředitele Krajské hygienické stanice Pardubického kraje Lukáš Kristl Právu sdělil, že podle zákona sice není dána lhůta, kdy by děti měly být proti těmto třem chorobám očkovány, ale školka je nesmí přijmout, dokud očkování nepodstoupí. Podle Kristla může doklad, že je dítě proti nákaze imunní nebo se nemůže podrobit očkování pro trvalou kontraindikaci, vystavit pouze lékař se specializací v oboru praktický lékař pro děti a dorost. V tomto případě potvrzení o kontraindikaci vystavil psychiatr, a proto ho hygiena neuznala, uvedla pro Právo právnička Ligy lidských práv Zuzana Candigliota.

Podle hygieny byly děti ohroženy

Podle mluvčího ministerstva zdravotnictví Ladislava Štichy resort v rámci odvolacího řízení eviduje pouze dvě rozhodnutí krajských hygienických stanic o pokutě. Kromě školky v Chrudimi se proti sankci odvolala ještě mateřinka na Písecku, které hygiena dala pokutu deset tisíc korun. Kristl uvedl, že pokuta uložená školce byla v dolní polovině sazby. Její výši zdůvodnil slovy: „V tomto případě byl porušen chráněný zájem, kterým je ochrana většiny dětí mateřské školy, které zákonnou povinnost splnily. V případě onemocnění některého z neočkovaných dětí se následky mohou dotýkat každého z dětí, které navštěvují mateřskou školu a které byly řádně očkovány, neboť nelze dopředu říct, u kterého z nich nenastala plná ochrana proti infekci.“

Od příštího roku budou muset povinně absolvovat poslední ročník školky všechny děti, tedy i ty neočkované. Podle ministerstva zdravotnictví v takovém případě hygiena nebude moci udělit zařízení pokutu, ale může sankcionovat jeho zákonné zástupce.

Zdroj: B. Janáková, Právo, 10. 10. 2016

Za dvacetimilionový pojišťovací podvod si lékař z Plzeňska odsedí sedm let

Tečku za jedním z největších případů podvodu na zdravotní pojišťovnu udělal v pátek plzeňský krajský soud. Na sedm let do vězení poslal lékaře Zbyška Urbana z Plas, který připravil Zdravotní pojišťovnu ministerstva vnitra o více než 21 milionů korun.

Rozsudek není pravomocný. Urban dostal ještě peněžitý trest 300 tisíc korun a bude muset zaplatit pojišťovně škodu. „Z provedených důkazů nebylo o vině obžalovaného pochyb,“ řekl předseda senátu Martin Kantor. Dvaapadesátiletý chirurg vše sváděl na údajný chaos v českém zdravotnictví. Své jednání ale nevysvětlil. Podle spisu Urban podváděl tím, že ve výkazech zdravotnických výkonů uváděl nepravdivé údaje.

„Podle výkazů měla zdravotní domácí péči doporučit registrující praktická lékařka, což se však nezakládalo na pravdě,“ popsal žalobce Augustin Hrbotický jeden z celkem 34 případů. Uvedené výkony přitom byly fakturovány a peníze za jednoho pacienta někdy sahaly až k milionu korun.

„Sebe úmyslně obohatil tím, že uvedl někoho v omyl,“ doplnil Hrbotický. Za zvlášť závažný zločin podvodu hrozilo Urbanovi až 10 let vězení. Ten svoji obhajobu postavil na popsání stavu českého zdravotnictví a úhrad od zdravotních pojišťoven. Zároveň před senátem odmítl, že by uvedenou škodu způsobil. „Určitě ne v plné výši,“ uvedl



Urban. Lékařem se stal v roce 1989, do soukromé sféry pak přešel o čtyři roky později. Postupně začal provozovat několik ambulancí v Plzni a na Plzeňsku. Podle svých slov jen on měl 70 pacientů denně a zaměstnával až 40 lidí – hlavně lékařů a zdravotních sester.

Urban: Může za to systém

„Ve finále jsem měl šest nebo sedm ambulancí,“ uvedl. Dodal, že v roce 2008 přišla rána. Až do té doby na provoz zařízení od pojišťovny přý inkasoval až 800 tisíc měsíčně, poté ale pojišťovna snížila počet úvazků ze sedmi na dva a zálohy osekala na 270 tisíc.

„Půl roku jsem nedostal žádné peníze. Kdybych to všechno zrušil, tak bych zůstal já a jeden doktor, všechny ostatní bych musel propustit. Byla to velká krize, zadlužil jsem se, byly na mě exekuce,“ doplnil chirurg s tím, že tehdy začal jezdit za pacienty do domácího prostředí.

Důvody neobjasnili

Proč ale vykazoval výkony domácí péče, jež měli doporučit lékaři, kteří ji ve skutečnosti nedoporučili, neobjasnili. „Nedoporučili ji. Péče ale byla poskytnuta. Nepravdivé údaje jsme brali jako formalitu,“ hájil se chirurg Urban. „Ve zdravotnictví panuje chaos,“ pokračoval. Podobně reagoval i na otázku soudce Martina Kantora, který upozornil, že kromě doktorů i někteří z pacientů popírají, že by jim Urban nebo jeho personál poskytovali péči. „To nedokážu vysvětlit, určitá chybovost tam samozřejmě je,“ odvětil lékař.

Zdroj: P. Biskup, J. Švábek, Právo, 14. 10. 2016

Počet potratů v Česku meziročně výrazně klesl

Každým rokem klesá počet Češek, které podstoupí umělé přerušení těhotenství. V roce 2001 umělým přerušením těhotenství prošlo 32 528 žen, ale loni to bylo 20 403 žen, což je o více než 37 procent méně.

V souvislosti s bojem polských žen proti zpřísnění zákona o potrazech se objevily i v Česku odstrašující fotografie potratů s hrůzu budícími čísly a komentáři. Dokonce i firmy vyrábějící ochranu proti početí zvolily reklamní spoty upozorňující diváky na počty interrupcí, které Češky ročně podstupují.

Deník Právo proto pátral po skutečných počtech umělého přerušení těhotenství na území republiky a zjistil, že nejenže se ve skutečnosti nejedná o nijak vysoká čísla, ale také stabilně v posledních letech klesají.

Přibývá samovolných potratů

Z údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR a Národního registru potratů vyplývá, že v roce 2001 podstoupilo umělé přerušení těhotenství 32 528 žen, z toho 21 775 bez zdravotního důvodu.

V roce 2005 to bylo 26 453 potratů, v roce 2010 téměř 24 000 a loni potrat podstoupilo 20 403 žen. Zdravotní důvod k tomu měly více než 4 000 z nich. Důležitý je rovněž podíl žen, které podstoupily takzvanou miniinterrupci. Jde o přerušení těhotenství do 8. týdne od otěhotnění. Těch bylo loni téměř 14 500.

ÚZIS rovněž sleduje statistiky samovolných potratů, které loni prodělalo přes 14 tisíc žen. Těchto nechtěných potratů naopak od roku 2001 přibývá, v roce 2001 přišlo nechtěně o plod přes 11 tisíc žen. „České ženy jsou ve svém přístupu k otěhotnění racionálnější, používají různé metody zábrany početí, lépe plánují otěhotnění. To je velmi pravděpodobně vysvětlení nižšího počtu interrupcí,“ kome-

toval pro redakci statistiku přednosta Gynekologicko-porodnické kliniky FN Motol Roman Chmel.

„Naopak vyšší počet samovolných potratů může souviset s vyšším věkem žen v době otěhotnění, ale vzhledem k tomu, že nemáme k dispozici přesnou statistiku, jak tomu bylo před 15 lety a jak dnes, tak to nemusí být stoprocentní,“ dodal Chmel.

Cizinek asi dva tisíce

Z dvaceti tisíc žen, které loni podstoupily umělé přerušení těhotenství, byly necelé dva tisíce cizinek. Jejich zájem o podstoupení zákroku u nás rovněž rok od roku stabilně klesá.

Často se ovšem Česká republika stává cílem žen ze zemí, jejichž zákony jim svobodné rozhodnutí neumožňují, jako je tomu například v Polsku. Tam ještě ve čtvrtek, kdy polský parlament nový návrh zatím zamítl, hrozilo, že se přístupnost k umělému přerušení těhotenství radikálně zpřísní. Nový protipotratový návrh měl uzákonit provedení potratu pouze v případě ohrožení života ženy.

U našich severních sousedů tak dále trvá právní úprava z roku 1993, která dovoluje přerušení těhotenství v případě závažného poškození zárodku, otěhotnění při znásilnění nebo incestním styku či při ohrožení života matky. Ani tak nelze podle tamních nevládních organizací mluvit o uspokojivém stavu z pohledu polských žen. Podle jejich odhadů se rozhodne ročně pro umělé přerušení těhotenství 150 tisíc Polek.

Obecně byly v minulosti počty potratů v Česku považovány za vysoké. Začaly klesat až v roce 1990. Příčinou byla podle odborníků dostupnější antikoncepce a rozšíření sexuální výchovy.

Zdroj: S. Sedová, Právo, 17. 10. 2016

Farmaceutické firmy i lékárny kritizují zákon o léčivech

Zástupci farmaceutických firem, distributorů i vlastníků lékáren kritizují pozměňovací návrhy k novele zákona o léčivech. Podle nich nezamezí vývozu léků mimo ČR a mohou snížit dostupnost některých léků na tuzemském trhu, což je právě opak toho, co má být cílem novely. Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček (ČSSD) ale pozměňovací návrhy podporuje.

Novela má podle ministerstva zdravotnictví posílit regulaci trhu s léčivy s cílem zajistit dostupnost léků pro české pacienty. Úpravy navržené poslanci ale mohou mít podle kritiků právě opačný efekt. Podle pozměňovacího návrhu Jiřího Běhounka (nestr. za ČSSD) a dalších poslanců má mít distributor právo požadovat dodávku léků od výrobců, a to maximálně v rozsahu podílu distributora na trhu. Výrobce pak bude muset této žádosti vyhovět, lhůta je stanovena na dva dny.

„Návrh žádným způsobem nezaručuje, že distributor léky nedodá jinému distributorovi či je nevyveze do zahraničí,“ uvedl ředitel České asociace farmaceutických firem (ČAFF) Martin Mátl.

Nejčastěji se v minulých letech vyvážely léky pro onkologické pacienty, dále přípravky k léčbě revmatoidní artritidy, Crohnovy choroby, epilepsie, léky proti srážlivosti krve nebo pálení žáhy.

„V některých případech se jedná o specializované přípravky, ke kterým neexistuje alternativa. Může tedy trvat několik dní nebo týdnů, než se podaří výpadek nahradit, což vystavuje naše pacienty riziku ohrožení života,“ uvedl Jakub Dvořáček, ředitel Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP).



Běhounek s kritikou nesouhlasí. Podle něj dosud léky vyváželi především ti distributoři, kteří lékárnám léky nedodávali. „Distributoři se podle mého názoru snaží udržet své vlivy tak, aby si mohli říct, že budou dodávat jen určitým lékárnám. Doteď měli dohody a vesnické lékárny opomíjeli,“ řekl Běhounek. Podle něj tak pacienti z menších obcí na lék čekali třeba týden.

Riziko nedostupnosti léků stoupne, tvrdí zástupce lékáren

Běhounkův návrh ale nepodporují ani všichni provozovatelé lékáren. Podle Asociace provozovatelů lékárenských sítí (APLS) je pozměňovací návrh jednostranný. Nejistota ohledně toho, komu mají být léky určeny, zvyšuje riziko reexportu a tím i nedostupnosti léků.

„Případná úprava by měla zajistit, aby se lék dostal k českému pacientovi a výrobce dodával lékárnám za stejných podmínek. Pozměňovací návrh pana poslance Běhounka neřeší ani jedno, a proto ho ve stávající podobě nemůžeme podpořit,“ řekl Daniel Horák, předseda představenstva asociace lékáren.

Zástupci farmaceutických firem, distributorů i lékáren kritizují i návrh předsedy sněmovního zdravotního výboru poslance Rostislava Vyzuly (ANO), který má omezit maximální cenu všech podobných přípravků v rámci jedné referenční skupiny.

Podle Vyzuly má opatření zvýšit dostupnost cílené léčby a levnější varianty biologických léků, tzv. biosimilars. Oponenti ale tvrdí, že snížení cen oddálí uvedení těchto léků na trh. Nízké ceny léků jsou podle kritiků často hlavní příčinou reexportů.

Ministerstvo zdravotnictví pozměňovací návrhy podporuje

Vyzula ale kritiku odmítá. „Novela o léčivech výrazným způsobem zpřisťňuje kritéria pro vývoz či reexporty, a pokud se tato kritéria budou dodržovat, tak nebude docházet k reexportu,“ uvedl.

I další poslanci za svými návrhy stojí a návrhy podpořené zdravotním výborem mají šanci, že budou ve Sněmovně schváleny, napsala agentura ČTK. Podle návrhu programu sněmovní schůze by se poslanci měli novelou ve třetím čtení zabývat na začátku listopadu.

„Tyto dva pozměňující návrhy vedle sebe jsou důkazem, že máme trh přeregulovaný. Na jedné straně úředním způsobem zasahujeme do cen a tento zásah prohlubujeme. Na druhé straně ho dostáváme do úplného extrému, kdy výrobcům a distributorům ukládáme povinnost prodávat,“ uvedl za farmaceutické firmy Mátl.

„Oba pozměňující návrhy považujeme za smysluplné a podporujeme je. Naším cílem je chránit zájem pacienta, nikoli nestydaté zisky farmaceutické lobby,“ řekl Novinkám ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček.

Vývoz mohli omezit už nyní

Státního ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) na dotaz Novinek uvedl, že mu nepřísluší se k pozměňovacím návrhům vyjadřovat. Mluvčí Hana Pavlíčková upřesnila, že reexporty může ministerstvo zdravotnictví omezit již nyní.

„V případě, že se jedná o nedostupnost nenahraditelného léčivého přípravku v důsledku reexportu, může ministerstvo distribuci daného léku do zahraničí zakázat. Toto opatření bylo například již u léčivých přípravků Antabus, Actilyse nebo Novomix.“

Česko se u novelty inspirovalo v Polsku a na Slovensku. V případě Slovenska ale možnost paušálního zákazu reexportů léků narazila v Bruselu a země musela opatření přepracovat. V Česku by podle novelty měl vzniknout seznam tzv. rizikových léčivých přípravků. Ten se ale ústav ve spolupráci s ministerstvem chystá sestavit až po jejím schválení.

„Nedostatek léků na českém trhu není způsoben ve všech případech reexportem, jejich výpadek je mnohem častěji způsoben přerušením

nebo ukončením dodávek. U některých léků se může jednat o týdný, u jiných zase o měsíce,“ upřesnila Pavlíčková.

Mezi možnými důvody přerušení dodávek vyjmenovala problém v logistice, výrobě nebo obchodní rozhodnutí držitele rozhodnutí o registraci. „V poslední době se ale množí i výpadky související s kvalitou, kdy výrobce, resp. držitel není schopen doložit požadavky na kvalitu přípravku – účinné látky,“ dodala.

Zdroj: tov, Novinky, ČTK, 20. 10. 2016

Více studentů medicíny ano. Ale kdo je bude učit?

Stále silněji zaznívá téma nedostatku, ale hlavně stárnutí lékařů. Zdravotnictví stojí na skupině 50+ a další vývoj je neuspokojivý. Podle ministerstev zdravotnictví a školství by situaci mělo vyřešit navýšení počtu mediků na lékařských fakultách. Málo se ovšem mluví o souvisejícím problému, jímž je nedostatek učitelů lékařství. Zeptali jsme se, jak to vnímá děkan 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy profesor Aleksi Šedo.

Kdo jsou „učitelé doktorů“ a proč jich není dostatek?

Z největší části lékaři, kteří ke své zdravotnické kariéře připojili aktivitu akademickou a učí coby asistenti, docenti nebo profesori studenty lékařských fakult. Mají sice smysluplnou a prestižní práci, ale i řadu závazků, které by ve zdravotnictví neměli, a hlavně – přibližně poloviční finanční ohodnocení ve srovnání s tím, co nabízí zdravotnictví stejně starým lékařům bez akademických povinností.

Pak se tedy vnučuje otázka – proč by tedy měl lékař vyhledávat kariéru vysokoškolského učitele za polovinu mzdy, že? A jak z toho ven?

Řešením je částečný souběh zdravotnického a školského úvazku, což však představuje více času v práci. Ovšem v oborech, které vyžadují medicínské vzdělání, ale nezabývají se přímou péčí o pacienty (anatomie, histologie, fyziologie, biochemie, biologie atd.), je to mnohem horší. V těchto disciplínách je vysokoškolská kariéra pro lékaře hluboce neatraktivní. Například výuka anatomie na našich lékařských fakultách stojí na odbornících v důchodovém nebo těsně předdůchodovém věku. Pokud nedojde ke generační obnově, tento obor doslova vymře.

Jaký je tedy systém finančního ohodnocení vysokoškolských učitelů?

Finanční částka potřebná na vzdělávání studentů je kryta meziročně stagnujícím či dokonce klesajícím normativem od státu, a to pouze asi ze 70 procent. Pokud chtějí fakulty učit své studenty, musejí si na to samy vydělat – např. vzděláváním zahraničních studentů a dalšími hospodářskými činnostmi. Přiznejme si, že v podnikatelském prostředí by to byl asi dosti neobvyklý model.

Vyřešily by problém vyšší státní dotace na platy akademických pracovníků?

Studium medicíny trvá šest let, přičemž asi 20 procent studentů školu nedokončí. Pokud bychom dostali od státu peníze na navýšení počtu studentů, musíme připravit a především i udržet dostatek učitelů, kteří chybějí v řadě oborů již nyní a jejichž příprava trvá deset a více let. A to představuje rovněž nemalé finanční náklady.

Personální udržení a rozvoj spolu s nutným rozšířením zázemí fakult je dlouhodobý proces. Mějme přitom na paměti, že pokud ještě nyní nejsme, tak určitě někdy budeme pacienti.

Zdroj: V. Pergl, Právo, 22. 10. 2016



INZERCE

423 4-16

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

424 5-16

Přijmu lékaře do zavedené ordinace PLDD v okrese Nový Jičín s předpokladem prodeje. Kontakt tel. 604 638 331.

425 5-16

Prodám praxi na Praze 9, popřípadě zaměstnám na nejméně 0,5 úvazku. Tel.: 602 682 899, 602 654 841.

426 6-16

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

427 6-16

Prodám zavedenou ordinaci PLDD v Teplicích v Č. Tel. 723 279 537.

428 6-16

Pro menší praxi v Praze 10 se samostatným IČP **hledám PLDD** na 0,5 úvazku nebo zájemce o koupi, tel. 604 601 828.

431 7-16

Prodám velmi dobře zavedenou **praxi PLDD v Aši** (okres Cheb). Smlouvy se všemi zdravotními pojišťovnami. Ordinance nyní ve vlastní nemovitosti, kterou je také možno odkoupit. Pro bližší info prosím kontaktujte: 604 856 770, 773 469 333.

433 7-16

Prodám zavedenou praxi na Praze 4. Kontakt 606 122 166.

434 8-16

Pro zavedenou ordinaci PLDD v Hradci Králové **hledám zástup** za MD. I částečný úvazek. Příjemné pracovní prostředí, skvělá sestřička. Nástup možný ihned. Atestace DL, PLDD výhodou, ale ne podmínkou. Možnost ubytování. Tel. 606 844 249, brezinova.eva@centrum.cz

436 8-16

Hledám nástupce do dobře zavedené ordinace PLDD v Novém Strašecí (32 km od kraje Prahy po D6). Tel. 606 475 777.

435 8-16

Hledáme kolegy na pozici **praktický lékař pro děti a dorost** pro ambulance v Brně a Praze. Nabízíme nadstandardní mzdu, 5 dní na vzdělávání, 3 sick days, akred. pracoviště, zaměstnanecké benefity. Nabídka je vhodná i pro neatestované lékaře – možnost dokončení specializačního vzdělávání za podpory MediClinic, a.s. Kontakt: P. Adamíčková, 733 679 578, kariera@mediclinic.cz

437 8-16

Hledám nástupce do dobře zavedené ordinace PLDD v okrese Děčín. Vhodná i pro zájemce o částečný úvazek. Tel. 602 939 674

438 8-16

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

439 9-16

RESTRIAL, s.r.o. ZZ vyhlašuje **výběrové řízení na pozici lékaře** pro odb. Praktické lékařství pro děti a dorost – Středočeský kraj. Nástup možný od 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

441 9-16

Hledám dětského lékaře k převzetí pediatrické praxe v Praze na Jarově. Obvod je velký, zavedený, bezproblémová klientela, ordinace v našem vlastnictví. Kontakt tel.: 737 600 021, e-mail: rakusanp@seznam.cz

442 9-16

Do zavedené soukromé ordinace praktického lékaře pro děti a dorost v Říčanech u Prahy **přijmu lékaře/lékařku** s atestací DL nebo PLDD – VPP na 2 dny v týdnu. Kontakt: asistentkaricany@gmail.com

445 9-16

Hledám nástupce do ordinace PLDD Horní Planá-Černá v Pošumaví-Hořice na Šumavě v krásném prostředí rekreační oblasti Lipensko. Zpočátku možný i poloviční úvazek nebo dlouhodobější zástup. Vstřícný přístup obecních úřadů. Výhledově možnost bydlení. Kontakt: telefon 602 118 123, e-mail: jan.indra@centrum.cz

446 9-16

Přijmu lékaře do zavedené ordinace PLDD v okrese Nový Jičín s předpokladem prodeje. Kontakt tel. 604 638 331.

447 10-16

Hledám nástupce do dobře zavedené ordinace PLDD v Chrástavě, okres Liberec. Do budoucna i možnost sehnání bytu. Kontakt mobil 737 485 512.

448 10-16

Hledám nástupce do dobře zavedené praxe PLDD Praha 10, ev. přijmu na částečný úvazek s možností pozdějšího převedení praxe. Kontakt: praxe52@gmail.com

449 10-16

Přenechám ordinaci PLDD na Blanecku, blíže Brna. Informace na mob. 603 287 021.

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

Autodidaktický test 9/2016

Poruchy srdečního rytmu

1. U kojenců a batolat by srdeční frekvence i při neklidu za fyziologických podmínek neměla přesáhnout:

- a) 140/min
- b) 180/min
- c) 220/min
- d) 260/min

2. Při sinusové tachykardii na EKG záznamu nacházíme:

- a) vysokou frekvenci P vln, které mají patologickou morfologii, převod na komory je pravidelný a QRS komplex je štíhlý
- b) vysokou frekvenci P vln s normální morfologií, převod na komory je pravidelný a QRS komplex je štíhlý
- c) vysokou frekvenci P vln s normální morfologií, převod na komory je nepravidelný, QRS komplex je štíhlý
- d) vysokou frekvenci P vln s normální morfologií, převod na komory je pravidelný, QRS komplex je široký

3. Wolffův-Parkinsonův-Whiteův syndrom je nejčastější tachydysrytmií u dětí. Příčinou je aberantní spojka (akcesorní Kentův svazek), která vede k preexcitaci (reentry). Na klidovém EKG je typickým nálezem:

- a) zkrácení QTc intervalu
- b) blokáda pravého Tawarova raménka
- c) bifázická P vlna
- d) delta vlna

4. Tachydysrytmie při WPW syndromu bývá indukována síňovou extrasystolou. U kojenců se klinicky záchvat tachydysrytmie může projevit neklidem, dušností, bledostí, špatným pitím. Starší děti udávají palpitace s náhlým začátkem a náhlým koncem. V případě verifikovaného WPW syndromu k přerušení ataky dysrytmie lze použít:

- a) adenosin v rychlé i.v. aplikaci
- b) digoxin v pomalé i.v. aplikaci
- c) vagové manévry
- d) blokátor Ca kanálů v pomalé i.v. aplikaci

5. Syndrom dlouhého QT intervalu patří ke vzácným onemocněním, přesto bychom na něj měli pomyslet zejména v případě náhlého úmrtí mladých lidí udané v rodinné anamnéze. Může být hereditární nebo získaný. Pro syndrom je typické prodloužení frekvenčně korigovaného QTc intervalu nad 450 ms; vypočítáme ho jako délku aktuálního QT dělenou druhou odmocninou vzdálenosti mezi dvěma kmity R. Podstatou je dysfunkce kaliového kanálu. U disponovaných osob může fyzická zátěž vést k maligní komorové tachykardii doprovázené synkopou s vysokým rizikem náhlého úmrtí. U osob s prodlouženým QTc:

- a) není vhodné podávat makrolidová antibiotika a chinolony
- b) lze bez obav podávat prokinetika, metylfenidát (Concerta), risperidon (Risperdol), salmeterol (Seretide), promethazin (Prothazin), epinefrin (Adrenalin), azolová antimykotika (Nizoral)
- c) lze podávat potravinové doplňky s obsahem hořčiku
- d) lze podávat antiarytmika II. třídy (např. sotalol)
- e) doporučíme pacientovi zapíjet makrolidová antibiotika grapefruitovou šťávou ke snížení rizika dysrytmie

Co je to DOBRÝ ANDĚL?

Nadace Dobrý anděl je Systém finanční pomoci, který pravidelnými měsíčními příspěvky pomáhá rodinám s nezaopatřenými dětmi, kde rodič nebo některé z dětí trpí onkologickým onemocněním, či se dítě potýká s jiným závažným onemocněním:

- cystickou fibrózou,
- svalovou dystrofií Duchenne,
- závažnou metabolickou poruchou,
- epidermolysis bullosa,
- regionální enteritidou a ulcerósní kolitidou,
- chronickým selháváním orgánů,
- jiným závažným onemocněním (např. těžkou DMO, vzácnými syndromy, kombinovanými postiženími).



DOBRÝ ANDĚL

733-119-119

dobryandel@dobryandel.cz

www.dobryandel.cz

DOBRÝ ANDĚL je unikátní, protože:

- Příspěvky Dobrých andělů rozdělujeme do posledního haléře.
- Každý dárci - Dobrý anděl, přesně vidí, komu pomáhá.
- Pomáhá pravidelně, každý měsíc.



prof. MUDr. Jan Starý, CSc.

Přednosta Kliniky dětské hematologie a onkologie UK 2. LF a FN Motol v Praze

„Každý rok v České republice onemocní několik set dětí a dospívajících zhoubným nádorem. Šanci na vyléčení moderními léčebnými postupy má 80 % z nich. Léčba probíhá ve specializovaných centrech, většinou daleko od domova, trvá měsíce i roky. Rodiče také nesmí zapomínat na péči o zdravé sourozence nemocného dítěte. To vše v dlouhotrvající nejistotě, podaří-li se nemoc vyléčit. Pomoc a pochopení jiných lidí je pro rodinu darem, který jí pomůže nelehkou životní situaci zvládnout.“

Jak to funguje?

Dárci - Dobří andělé, připisují pravidelně každý měsíc libovolnou částku na účet Systému Dobrý anděl. Všechny finanční příspěvky, které do systému přijdou v jednom měsíci, se vždy první pracovní den následujícího měsíce rozdělí mezi potřebné rodiny tak, aby každá dostala stejnou finanční pomoc.

Jak požádat o finanční pomoc?

Rodiny s dětmi v tíživé situaci, kde rodič, nebo dítě trpí vážným onemocněním, mohou požádat o pravidelnou finanční pomoc u některého ze spolupracujících onkologů, dětských lékařů nebo sociálních pracovníků. O pomoc lze požádat i přímo na tel. 733-119-119, e-mailu dobryandel@dobryandel.cz či na adrese nadace.

Jak se stát Dobrým andělem?

Stačí, když na www.dobryandel.cz vyplníte registraci. Okamžitě obdržíte Vaše Andělské číslo, které slouží jako variabilní symbol, a údaje pro platbu. Andělské číslo Vám rovněž umožňuje přístup na Váš Andělský účet, kde si můžete přečíst příběhy rodin.

Více informací na www.dobryandel.cz nebo e-mailu dobryandel@dobryandel.cz.



Správné základy do života Spolehlivá péče podpořená vědou



BEBA OPTIPRO® Comfort je evoluční kojenecká výživa vyvinutá na základě 60 let výzkumu mateřského mléka.

- ✓ Zajišťuje **zdravý růst**, váhové přírůstky a metabolické parametry po vzoru kojených dětí, díky nejnižšímu množství vysoce kvalitní bílkoviny **OPTIPRO®**¹
- ✓ Podporuje **správnou funkci imunity**²
- ✓ Chrání **zažívání** a bakteriální osídlení díky **Lactobacillus reuteri**³⁻⁶
- ✓ Změkčuje **stolici** kojenců díky probiotickým oligosacharidům **GOS/FOS**⁷
- ✓ Podporuje **optimální vývoj mozku** díky obsahu **LC-PUFA**⁸



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

Důležité upozornění:

Světová zdravotnická organizace (WHO)¹ doporučuje, aby těhotné ženy a matky byly informovány o výhodách a nadřazenosti kojení – zejména o skutečnosti, že mateřské mléko poskytuje dítěti tu nejlepší výživu a ochranu před nemocemi. Matkám by měly být podrobně vysvětleny techniky kojení a způsob udržení kojení se zvláštním důrazem na význam správné vyvážené stravy, a to jak v průběhu těhotenství, tak po porodu. Mléko by se zabránilo 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 rozhodnou 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 přesto rozhodnou používat kojeneckou výživu, tak je nezbytné matky poučit o správné přípravě a zdůraznit, že použití nepřečíslené vody, nemylé lahve nebo nesprávného ředění může vést k onemocnění dítěte.

¹ viz Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka přijatý WHA v rezoluci 34.22 v květnu 1981.

References:

1. Grothwohl D et al. 2010. 2. Díky obsahu vitamínů A, D, C 3. Indrio F et al. 2011. 4. Reuter G. 2001. 5. Weizman Z et al. 2005. 6. Papagourafis K et al. 2012. 7. Viatvakin B et al. 2010. 8. Agostoni A. et al. 1995.