

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX

PEDIATRIAE

září 2018

číslo 7 • ročník 18



OSPDL ČLS JEP

téma čísla

Poruchy spánku



- Co mění novela vyhlášky o zdravotnické dokumentaci?
- Dětská insomnie – příčiny a terapeutické postupy
- Vrozená kožní kandidóza
- Extraezofageální manifestace gastroezofageálního refluxního onemocnění z pohledu gastroenterologa
- Včasná infekce – stála výzva neonatologů
- Úskalí určení pohlaví novorozence na porodním sále
- Vyhláška č. 137/2018 Sb., o zdravotnické dokumentaci



Pracujeme pro zdravější svět™

NUTRICIA
BABY NUTRITION



do more
feel better
live longer



Hexacima®

Připravená v předplněné
injekční stříkačce¹

Proověřená účinnost
a příznivý bezpečnostní
profil¹

Pro základní očkování
a přeočkování kojenců
a batolat¹



Reference:

1. SPC přípravku Hexacima, datum revize textu 8. 1. 2018.

ZKRÁCENÉ INFORMACE O LÉČIVÉM PŘÍPRAVKU HEXACIMA:

HEXACIMA, injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce, **HEXACIMA**, injekční suspenze. Vakcína proti difterii, tetanu, pertusi (ocelulární komponenta), hepatitidě B (DNA), poliomyelitidě (inaktivovaná) a konjugovaná vakcína proti *Haemophilus influenzae* typu b (adsorbovaná). **Léčivá látka:** Jedna dávka¹ (0,5 ml) obsahuje: Diphtheriae anatoxinum: ne méně než 20 mezinárodních jednotek (IU)²; Tetani anatoxinum: ne méně než 40 mezinárodních jednotek (IU)²; Antigeny *Bordetella pertussis* Pertussis anatoxinum 25 µg, Haemagglutinin filamentosum 25 µg; Virus Poliomyelitis (inaktivovaný)³; typus 1 (Mahoney) 40 D jednotek antigenů⁴; typus 2 (MEF-1) 8 D jednotek antigenů⁴; typus 3 (Saukett) 32 D jednotek antigenů⁴; Antigenum tegminis hepatitidis B5 10 µg; *Haemophilus influenzae* typu b polysaccharidum (Polyribosylribitol phosphat) 12 µg, konjugata cum tetani anatoxinum 22–36 µg. **Terapeutické indikace:** K základnímu očkování a přeočkování kojenců a batolat ve věku od šesti týdnů proti difterii, tetanu, pertusi, hepatitidě B, dětské obrně a invazivním onemocněním způsobeným bakterií *Haemophilus influenzae* typu b (Hib). **Dávkování a způsob podání:** Základní očkování: Základní očkování sestává ze dvou dávek (s intervalem nejméně 8 týdnů) nebo tří dávek (s intervalem nejméně 4 týdny) v souladu s oficiálními doporučeními. Jsou možná všechna očkovací schémata, včetně Rozšířeného programu imunizace WHO (WHO Expanded Program on Immunisation, EPI) v 6., 10., 14. týdnu bez ohledu na to, zda byla při narození provedena vakcinace proti hepatitidě B. **Přeočkování:** Po 3dávkovém i 3dávkovém základním očkování musí být provedeno přeočkování. Přeočkování mají být provedena nejméně 6 měsíců po základním očkování v souladu s oficiálními doporučeními. Minimálně musí být podána vakcína s Hib složkou. Pokud byla vakcína proti hepatitidě B při narození podána, může být k přeočkování použita vakcína Hexacima nebo pentavalentní DTap-IPV/Hib vakcína, a to po 3dávkovém základním očkování. Vakcína Hexacima může být použita k přeočkování osob, které byly již dříve očkovány jinou hexavalentní vakcínou nebo pentavalentní vakcínou DTap-IPV/Hib společně s monovalentní vakcínou proti hepatitidě B. **Další pediatrická poplata:** Bezpečnost a účinnost vakcíny Hexacima u kojenců mladších než 6 týdnů nebyla stanovena. Nejsou k dispozici žádné údaje. Žádné údaje nejsou k dispozici u starších dětí. **Způsob podání:** Intramuskulární podání. Doporučené místo vpichu je přednostně anterolaterální horní část stehna a deltový sval u starších dětí (možno od věku 15 měsíců). **Kontraindikace:** Alergická reakce po předchozím podání vakcíny Hexacima v anamnéze. Přecitlivělost na kteroukoli složku vakcíny, na stopová množství glutaraldehydu, formaldehydu, neomycinu, streptomycinu a polymyxinu B, na jakoukoli vakcínu proti pertusi nebo přecitlivělost po předchozím podání vakcíny Hexacima nebo vakcíny obsahující stejné složky. Přerušit očkování proti pertusi u osob, u nichž se do sedmi dnů po předchozím očkování vakcínou obsahující pertusovou složku (celobuněčnou nebo ocelulární vakcínou proti pertusi) vyskytla encefalopatie neznámé etiologie a očkovat dále jen vakcínami proti difterii, tetanu, hepatitidě B, poliomyelitidě a Hib. Vakcína proti pertusi by neměla být podávána osobám trpícím nekontrolovanými neurologickými poruchami nebo epilepsií, a to dokud není stanoven léčebný režim, není stabilizován stav a pokud přínosy vakcinace jednoznačně nepřevažují nad riziky. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Hexacima nechrání proti infekci vyvolané jinými patogeny, než jsou *C. diphtheriae*, *C. tetani*, *B. pertussis*, virus hepatitidy B, poliovirus nebo *Haemophilus influenzae* typu b. Lze však předpokládat, že očkování ochrání i proti infekci hepatitidou D, protože se hepatitida D (vyvolaná delta agens) při absenci infekce hepatitidy B nevyskytuje. Hexacima nechrání proti nákaze hepatitidou způsobenou jinými patogeny, jako jsou viry hepatitidy A, C a E nebo jinými patogeny jater ani proti onemocnění způsobeným jinými typy *H. influenzae* ani proti meningitidě jiného původu. Očkování má být odloženo u osob se středně závažným až závažným akutním horečnatým onemocněním nebo infekcí. Výskyt febrilních křečí v anamnéze dítěte, výskyt febrilních křečí nebo SIDS (syndrom náhlého úmrtí dítěte) v rodinné anamnéze není kontraindikací pro použití vakcíny Hexacima. Údaje pro předčasné narození dětí nejsou k dispozici. Stejně jako u všech injekčních podávaných vakcín musí být u osob s trombocytopenií a s poruchami srážlivosti krve vakcína aplikována se zvýšenou opatrností, neboť po i.m. může dojít ke krvácení. **Interakce:** Údaje týkající se současného podávání vakcíny Hexacima a pneumokokové polysaccharidové konjugované vakcíny, kombinované vakcíny proti spalničkám, příušnicím a zarůdkům, vakcíny proti rotaviru, konjugované vakcíny proti meningokokům C nebo konjugované vakcíny proti meningokokům skupiny A, C, W-135 a Y neprokázaly klinicky relevantní ovlivnění protidětkové odpovědi na žádný z antigenů. Může dojít ke klinicky relevantnímu ovlivnění protidětkové odpovědi na vakcínu Hexacima u osob s planými neštovicemi, a tyto vakcíny by neměly být podávány současně. Při současném podávání jiné vakcíny má být očkování provedeno do odlišných míst vpichu. Nemíchát s žádnými jinými vakcínami nebo jinými parenterálně podávanými léčivými přípravky. S výjimkou případu imunosupresivní terapie nebyly hlášeny žádné významné klinické interakce s jinými typy léčby nebo biologickými přípravky. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Vakcína není určena k podávání ženám v reprodukčním věku. **Nežádoucí účinky:** Nežádoucí účinky (snížený chutí k jídlu), pláč, spavost, bolest, zarudnutí a otok v místě vpichu, podrážděnost, pyrexie (horečka $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$), zvracení, abnormální pláč (dlouhotrvající pláč), průjem, indurace v místě vpichu, hypersenzitivní reakce, uzlík v místě vpichu, pyrexie (horečka $\geq 39,6^{\circ}\text{C}$). **Balení:** Hexacima v předplněných injekčních stříkačkách: 0,5 ml suspenze v předplněné injekční stříkačce (sklo typu I) s písečnou zátkou (halobutyl) a víčkem (halobutyl), bez jehly, s jednou nebo dvěma samostatnými jehlami. **Velikost balení:** 1 nebo 10. Hexacima v lahvičkách: 0,5 ml suspenze v lahvičce (sklo typu I) se zátkou (halobutyl), velikost balení: 10. **Uchovávání:** Uchovávejte v chladničce ($2-8^{\circ}\text{C}$). Chraňte před mrazem. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. Stabilní data ukazují, že složky vakcíny jsou při teplotě do 25°C stabilní až 72 hodin. Po tomto časovém období má být vakcína Hexacima podána nebo zlikvidována. Tato data slouží pouze jako návod pro zdravotnické pracovníky v případě dočasných teplotních odchylek při skladování. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Sanofi Pasteur, 14 Espace Henry Vallée, 69007 Lyon, Francie. **Registrační číslo:** EU/1/13/828/001-007. **Datum poslední revize textu:** 8. 1. 2018.

¹ adsorbováno na hydratovaný hydrát hliníku (0,6 mg Al^{3+}); ² jako spodní mez spolehlivosti ($p = 0,95$); ³ poraženo na Vero buňkách; ⁴ nebu ekvivalentní množství antigenu stanovené vhodnou imunochémickou metodou; ⁵ vyrobeno rekombinantní DNA technologií v kvasinkových buňkách Hansenula polymorpha

Vždy léčivého přípravku vázná na lékařský předpis. Před použitím si, prosím, pečlivě přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravek určen k základnímu očkování a přeočkování dětí. Hrazen z veřejného zdravotního pojištění.

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Informace SPLDD	
	- Tisková zpráva KSL k výsledku dohodovacího řízení	6
	- Memorandum o vzájemné spolupráci	
	- Jednání na MZ ČR dne 2. srpna 2018	
	- Kreditace vzdělávacích akcí	
	Co mění novela vyhlášky o zdravotnické dokumentaci?	9
	Aktuality z Evropy, zpráva z jarní konference ECPCP	12
	Informace OSPDL ČLS JEP	13
	Doc. MUDr. Iva Příhodová, Ph.D.	14
	Dětská insomnie – příčiny a terapeutické postupy	
	MUDr. Nabil El-Lababidi	
	Extraezofageální manifestace gastroezofageálního refluxního onemocnění z pohledu gastroenterologa	18
	MUDr. Eva Veselková	22
	Včasná infekce – stála výzva neonatologů	
	MUDr. David Frejlich	24
	Úskalí určení pohlaví novorozence na porodním sále	
	MUDr. Veronika Karádyová	25
	Vrozená kožní kandidóza	
	MUDr. Jiří Liška, CSc.	
	Další pozitivní zkušenosti s léčbou Colinfantem, kolonizace nepatogenním <i>E. coli</i> v léčbě a prevenci nemocnosti a alergie u novorozenců a batolat	27
	Aktuality	31
	Řádková inzerce	37
	Autodidaktický test, Gastroenterologie	38
	Vyhláška č. 137/2018 Sb., o zdravotnické dokumentaci	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

GSK
NUTRICIA
OLIVOVA DĚTSKÁ
LÉČEBNA
SANOFI

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

Obrázek na titulní straně namalovala Nela Urbánková, 2. tř.

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



Milé kolegyně, milí kolegové,

v pátek 13. 7. 2018 podepsali zástupci praktických lékařů a ministr zdravotnictví memorandum o vzájemné spolupráci. Po dlouhé době přehlížení primární péče poskytované praktickými lékaři tak dochází k její viditelné podpoře ze strany MZ ČR. Memorandum je písemným stvrzením již započaté spolupráce na reformě primární péče a příslibem spolupráce v budoucnosti. Věřím, že nezůstane jen u slov, ale dojde k realizaci plánovaných změn, a tím k posílení role praktických lékařů v systému zdravotnictví.

Zatím jsme ve fázi analýz a diskusí nad reformou primární péče. Výstupy budou zcela jistě diskutovány nejen se zástupci dalších segmentů ve zdravotnictví, ale především s vámi, členy profesní či odborné společnosti praktických lékařů pro děti a dorost. Situace je v našem oboru těžší oproti všeobecným praktickým lékařům, neboť již druhý rok ztrácíme zájemce o pediatrii kvůli nevyřešeným problémům ve vzdělávání. Proto nemůžeme jen nečinně přihlížet, jak odcházejí absolventi LF do jiných oborů, protože nemohli najít školicí místo. Dětským oddělením se nepodařilo obsa-

dit vypsanych 80 rezidenčních míst a akreditovaná pracoviště PLDD žádat nemohla.

Jednou z prvních priorit po podepsání memoranda bylo urychleně vyřešit akutní problémy ve vzdělávání budoucích pediatriů, zejména problém neobsazených rezidenčních míst v oboru pediatrie. Neméně důležité bylo definitivně schválit náplň pediatrického kmene. Na společném jednání 2. 8. 2018, které svolal pan ministr, jsme došli k několika dohodám. Zdá se, že v tuto chvíli bylo dosaženo konsensu, a pokud bude dohoda dohrána, nic nebrání vydání náplně pediatrického kmene. MZ ČR dále nabídlo možnost vypsání dotačního programu pro akreditovaná pracoviště PLDD s podmínkou platné akreditace do 1. 7. 2017. Současně bude vypsán program i pro pediatrická oddělení. Podmínky by měly být obdobné jako pro rezidenční místa v oboru pediatrie, která zůstala zčásti neobsazena. Je to sice již více než pět minut po dvanácté, ale snad se ještě najdou ti zájemci o pediatrii, kteří vyčkávali a nepřihlásili se do jiných oborů. Další krokem vpřed je příslib MZ ČR spustit v co nejkratší době kvalifikační kurs pro budoucí PLDD. Doufám, že příslušný odbor MZ ČR rychle zpracuje dohodnuté teze do legislativních předpisů. Tyto kroky zcela jistě nevyřeší nedostatek mladých PLDD, ale mohou pomoci zajistit alespoň ty zájemce, kteří jsou připraveni být PLDD v co nejkratší době.

Dalšími prioritami, na kterých se pracuje, jsou uvolnění preskripce některých léků pro praktiky a tvorba nových výkonů. Pro MZ ČR je jednou z priorit také koncepce efektivní LPS (lékařské pohotovostní služby, dříve nazývané LSPP), která by odpovídala možnostem praktických lékařů, zajišťovala by potřebnou akutní péči mimo ordinaci a svým vybavením byla na přiměřené úrovni s návazností na další laboratorní a diagnostický komplex či vyšetření jiných odborností. Vzhledem k tomu, že rodiče s dětmi velmi často míří i s méně závažnými akutními potížemi do nemocnice, se jeví jako nejvhodnější umístit ordinaci LPS do nemocnice. V případě LPS pro děti je již dnes převážná většina LPS provozována v areálu nemocnic při dětských odděleních.

V těchto horkých dnech letošního léta není snadné se zabývat problematikou reformy primární péče, tělo i mozek se přehřívá a je potřeba se chladit koupelí či chlazenými nápoji. Přesto se zástupci PLDD spolu se zástupci VPL snaží sestavit ty nejdůležitější body, které je potřeba urgentně začít řešit. Držme si palce, aby se to povedlo. Těším se na diskusi s vámi na podzimních akcích SPLDD.

Přeji všem krásný zbytek slunečného léta a ještě hezčí nástup podzimního času.

V úctě Ilona Hülleová



„Umění není stárnout, umění je to snášet.“ (Goethe)

Dne 9. července 2018 oslavil své 70. narozeniny MUDr. Milan Kudyn, zakládající a první předseda SPLDD, dlouholetý vedoucí redakční rady Vox pediatrie a stávající místopředseda Výkonného výboru.

Do dalších let přejeme hlavně zdraví, štěstí, spokojenost a ještě mnoho dobrých tvůrčích nápadů.

Výkonný výbor a redakce Vox pediatrie



XXVII. celorepubliková konference SPLDD ČR

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR, z. s.

vás srdečně zve na celorepublikovou konferenci,

která se koná dne **10. listopadu 2018**

v **kongresovém centru hotelu Floret**, Květnové náměstí 391, Průhonice





Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

Máme za sebou velmi horké léto, převládaly vysoké denní teploty a tropické noci. Naštěstí nebyla nemocnost dětí vysoká, a tak se dal vyšetřit čas pro odpočinek i při zastupování kolegů, kteří si užívali zaslouženou dovolenou. Níže je přehled nejdůležitějších událostí a věřte, nebylo jich málo.

V červnu došlo k doposud nevídané dohodě o úhradách pro rok 2019, a to ve všech segmentech. Zdá se, že by neměl být nikdo protěžován a zvýhodňován. Pro segment PLDD bude navýšena kapitační platba v horním pásmu, pro všechny budou zvýšeny 2 koeficienty věkových skupin a navýšena hodnota bodu mimokapitačních výkonů. Podrobnosti se dozvíte po vydání úhradové vyhlášky MZ ČR, ve které by se dohoda měla objevit.

Vláda získala počátkem léta po dlouhém vyjednávání důvěru a nám zůstal ministr, který podporuje reformu primární péče a snaží se podpořit kroky, které by do budoucna zajistily dostatek PLDD.

13. 7. 2018 podepsali zástupci praktických lékařů a ministr zdravotnictví Adam Vojtěch memorandum o spolupráci na reformě primární péče. Hlavním smyslem memoranda je deklarace dlouhodobé spolupráce na reformě primární péče. Závazek je oboustranný, jsme si vědomi i rizik, která mohou nastat. Nicméně podpora našeho oboru, jeho kompetencí a postavení PLDD jsou pro nás klíčové.

Počátkem srpna svolal pan ministr zástupce SPLDD, OSPDL ČLS JEP a ČPS ČLS JEP k jednání, které mělo pokud možno co nejrychleji odstranit všechny největší překážky k využití rezidenčních míst pro budoucí pediatrii a dojít ke společné dohodě nad náplní pediatrického kmene. Jednání se zúčastnil také předseda ČLS JEP prof. Svačina. Snažili jsme se mimo jiné urychlit spuštění kvalifikačního kursu pro dětské lékaře, kteří se chystají pracovat jako PLDD.

18. 5. 2018 se uskutečnilo plánované jednání předsednictva SPLDD v rámci celostátního Sněmu SPLDD, tentokrát i společně s výborem naší odborné společnosti.

18.–20. 5. 2018 proběhl celostátní Sněm SPLDD ČR v Karlových Varech. Velmi důstojné bylo přivítání účastníků Sněmu primátorem Karlových Varů. Opakovaně

zaznělo, jak si váží PLDD a jak se snaží řešit nedostatek PLDD v Karlovarském kraji. Za vynikající organizaci a zajištění bezchybného konání našeho Sněmu musím ještě jednou na tomto místě poděkovat MUDr. Zdeně Růžičkové a jejímu manželovi. Podrobnější informace o průběhu a usnesení Sněmu najdete na webových stránkách a v našem časopise.

23. 5. 2018 proběhlo druhé kolo dohodovacího řízení o cenách pro rok 2019 v segmentu praktických lékařů. Zástupci VPL a PLDD se zástupci ZP projednali konečný návrh a došli k dohodě nad úhradami pro rok 2019.

30. 5. 2018 jednala na půdě MZ ČR pracovní skupina pro reformu primární péče. Kromě jiného se projednávala i tzv. protipadělková směrnice. Dne 28. 6. 2018 jsme zaslali ministrovi zdravotnictví dopis s výzvou k zachování námi navrženého systému, který umožní naplnit „protipadělkovou směrnici“ možností evidence vyskladnění na úrovni distributora pro všechna očkování (povinná i nepovinná včetně nehrazených ze zdravotního pojištění).

9. 6. 2018 se sešlo v Brně asi 120 našich sestřiček na prvním semináři, který pro ně připravilo SPLDD. Přednášky byly zaměřeny zejména na nové zdravotní sestry, které nastupují do našich ordinací v rámci generační výměny a často nemají zkušenosti s prací s dětmi, neboť dětské sestry tak nějak časem „došly“ a než vystudují nové, budeme si muset nějaký rok počkat.

16. 6. 2018 se sešlo dalších 120 sestřiček v Praze na semináři „Sestra v ordinaci PLDD“. Ohlas ze strany sestřiček byl velmi pozitivní a pro velký zájem a limitovanou kapacitu obou seminářů jsme se rozhodli uspořádat ještě dva podzimní termíny (20. 10. v Brně a 24. 11. v Praze) se stejným obsahem.

19. 6. 2018 se konalo 3. jednání Rady poskytovatelů na MZ ČR.

20. 6. 2018 proběhlo jednání Koalice soukromých lékařů, zaměřené na setkání s ministrem zdravotnictví a aktuální problematiku ambulantní péče. KSL vydala tiskové prohlášení k setkání s ministrem zdravotnictví. Více najdete v zápisu z jednání a tiskovém prohlášení.

27. 6. 2018 opět jednala na půdě MZ ČR pracovní skupina pro reformu primární péče. Ve stejný den a stejný čas se sešla nově vytvořená pracovní skupina k CAN, ve které zastupuje SPLDD dr. Kozderka.

2. 7. 2018 se konalo jednání zástupců Koalice soukromých lékařů s ministrem zdravotnictví, po němž následovalo krátké setkání se zástupci médií. Měla jsem možnost přítomným zástupcům médií sdělit akutní problém ve vzdělávání budoucích pediatriů, který jsme diskutovali s panem ministrem.

13. 7. 2018 podepsali zástupci praktických lékařů s ministrem zdravotnictví memorandum o spolupráci na reformě primární péče. Podrobnější informace včetně fotodokumentace byly zveřejněny na webových stránkách SPLDD.

2. 8. 2018 proběhlo jednání zástupců SPLDD ČR (Hülleová, Mgr. Uher), OSPDL ČKS JEP (Zíma, Cabrnachová) a ČPS ČLS JEP (prof. Zeman) se zástupci MZ ČR a předsedou ČLS JEP prof. Svačinou. Jednání svolal a vedl pan ministr Adam Vojtěch, přítomni byli náměstci ministra zdravotnictví (prof. Prymula, MUDr. Šteflová) a ředitel odboru vzdělávání Mgr. Podhrázký. Jednání byli přítomni i další poradci ministerstva. Došlo k zásadnímu posunu v názoru na možnost vzdělávat budoucí pediatrii akreditovanými pracovišti PLDD a bylo přislíbeno vypsání dotačního programu v co nejkratší době. Došlo k dohodě nad náplní pediatrického kmene. Bylo přislíbeno ze strany MZ ČR urychlit přípravu kvalifikačního kursu pro dětské lékaře, neboť ze strany PLDD a IPVZ byly všechny požadované materiály dodány.

3.–5. 8. 2018 se sešel na výjezdním zasedání výkonný výbor SPLDD. Poprvé jsem měla možnost přivítat své kolegy z výboru na domovské půdě v Bystřici pod Hostýnem. I přes vysoké letní teploty jsme měli zajištěny velmi příjemné podmínky pro naše jednání a dostatek času na diskusi k reformě primární péče, dalším vzdělávacím akcím, chodu kanceláře v budoucnosti a dalším bodům programu. S výstupy budou seznámeni členové předsednictva SPLDD na svém plánovaném zářijovém jednání.



Informace SPLDD

■ Tisková zpráva Koalice soukromých lékařů (KSL) k výsledku dohodovacího řízení o úhradách zdravotní péče pro rok 2019

Koalice soukromých lékařů (KSL) vítá, že i v segmentech lůžkové péče došlo v dohodovacím řízení pro rok 2019 k dohodě, stejně jako v ostatních segmentech, a nebude se tedy opakovat situace z let 2016 až 2018, kdy nemocnice získaly téměř všechny finanční prostředky, které přicházely do systému navíc, což poškodilo ostatní zdravotnická zařízení, zejména poskytovatele ambulantní zdravotní péče.

Kolegům pracujícím v nemocnicích přejeme přiměřené osobní ohodnocení jejich práce. Navýšení úhrad, kterého zástupci nemocnic dosáhli v DR, umožňuje pokrýt i požadavek odborových organizací na 10% navýšení platů a mezd i v roce 2019. Současné snahy zdravotnických odborů politickým nátlakem výsledky dohodovacího řízení zvrátit proto považujeme za neakceptovatelné. Legitimní role odborů je vymoci svým členům co nejlepší mzdové podmínky, ovšem výhradně cestou kolektivního vyjednávání se zaměstnavateli. Nikoliv cestou nátlaku a vydíráním politiků ve snaze anulovat dohody vzniklé v regulérním dohodovacím řízení o cenách úhrad zdravotní péče. To vedou ze zákona pouze zdravotní pojišťovny a zástupci segmentů poskytovatelů zdravotní péče a odbory v něm nehrají žádnou roli.

Opakované politické zásahy do průběhu dohodovacího řízení v minulosti způsobily pokřivení podmínek a nerovnováhu zdravotního systému a jsou jednou ze základních příčin neuspokojivého stavu, ve kterém se dnes nacházíme. Oceňujeme proto zásadový přístup ministra zdravotnictví, který deklaroval předem, že nebude do dohodovacího řízení vstupovat. Jak se ukazuje, umožnilo to po mnoha letech historickou dohodu prakticky všech segmentů, což vnímáme jako návrat k normálním poměrům. Očekáváme tedy, že MZ bude výsledky DR respektovat a přenese je do úhradové vyhlášky na rok 2019. Varujeme před tím, že jakýkoliv jiný postup by znamenal políček do tváře všem, kteří uvěřili v návrat zdravého rozumu do českého zdravotnictví a ustoupili v zájmu historické dohody ze svých požadavků. To se týká i všech členů KSL, kteří vzhledem

k tomu, jak byli poškozeni v minulých letech, právem očekávali větší navýšení úhrad než ostatní segmenty. Učinili jsme tak v zájmu našich pacientů a proto, abychom přerušili mnohaletou sérii nedohod a odblokovali cestu pro racionální přístup a systémové změny, které naše zdravotnictví nutně potřebuje.

V Praze dne 4. 6. 2018

■ Tisková zpráva Koalice soukromých lékařů a Sdružení soukromých gynekologů ČR ke stávkové pohotovosti zdravotnických odborů

Koalice soukromých lékařů (KSL) a Sdružení soukromých gynekologů ČR (SSG ČR) odmítají současnou snahu zdravotnických odborů politickým nátlakem zvrátit výsledky dohodovacího řízení o úhradách zdravotní péče na rok 2019 a vyzývají předsedu vlády a ministra zdravotnictví, aby tomuto tlaku nepodlehli.

Kolegům pracujícím v nemocnicích přejeme maximálně kvalitní pracovní i platové podmínky. Zároveň jsme si jisti, že navýšení úhrad zdravotní péče, kterého zástupci nemocnic dosáhli v dohodovacím řízení a které je nejvyšší ze všech segmentů, je pro rok 2019 schopno plně pokrýt i požadavek odborových organizací na 10% navýšení osobních příjmů zaměstnanců.

Máme tedy za to, že odbory by se měly t.č. soustředit na kolektivní vyjednávání v jednotlivých nemocnicích, nikoli útočit na úhrady jiných segmentů. Vedení nemocnic by se měla soustředit na úkoly, které jim přísluší, nikoli jen stát před Ministerstvem zdravotnictví či Úřadem vlády s nastavenou dlaní.

Upozorňujeme na to, že právě dříve běžné opakované politické zásahy do úhrad, o něž odbory nyní opět usilují, jsou jednou ze základních příčin současného neuspokojivého stavu českého zdravotnictví. Vedly k tomu, že je vysáván personál zvláště ambulantní na vesnicích a malých městech často jen na základě historicko-politického tlaku, nikoli objektivního úsudku o potřebnosti a náležitě odborné výši zařízení, která peníze preferovaně dostávala, a to nejen od vlády, ale také např. krajů. Zdravotní péče se důsledkem dosavadních zásahů státu stále více vzdaluje od těch, kteří ji potřebují nejvíce.

Skutečné řešení problému může přinést pouze systémová změna v podobě optimalizace sítě zdravotnických zařízení, restrukturalizace lůžkového fondu a racionalizace procesů poskytování zdravotní péče.

Závěrem upozorňujeme, že pokud se přeci jen vláda ČR rozhodne z jiných zdrojů, než je zdravotní pojištění, přidat peníze na navýšení platů a mezd ve zdravotnictví, za spravedlivý budeme považovat jen takový systém, který se bude týkat všech poskytovatelů, nikoli jen lůžkových zařízení. Upozorňujeme vládu ČR, že za spravedlnost v rozdělování peněz jsme připraveni bojovat podstatně tvrději, než tomu bylo dosud.

doc. MUDr. Roman Šmucler, CSc., prezident České stomatologické komory, mluvčí Koalice,

MUDr. Zorjan Jojko, předseda Sdružení ambulantních specialistů ČR,

MUDr. Petr Šonka, předseda Sdružení praktických lékařů ČR

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

MUDr. Vladimír Dvořák, Ph.D., předseda Sdružení soukromých gynekologů ČR

V Praze dne 17. 8. 2018

■ Memorandum o vzájemné spolupráci

Česká republika – Ministerstvo zdravotnictví

zastoupené: panem Mgr. et Mgr. Adamem Vojtěchem, ministrem zdravotnictví (dále jen MZ ČR)

a

Sdružení praktických lékařů České republiky, z. s.

zastoupené: panem MUDr. Petrem Šonkou, předsedou (dále jen SPL ČR)

a

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost České republiky, z. s.

zastoupené: paní MUDr. Ilonou Hülleovou, předsedkyní (dále jen SPLDD ČR)

a

Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

zastoupená: paní MUDr. Alenou Šebkovou, předsedkyní (dále jen OSPDL ČLS JEP)

a



Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

zastoupená: panem doc. MUDr. Svatoplukem Býmou, CSc., předsedou (dále jen SVL ČLS JEP)

Preambule

Reforma primární péče je proces přesahující jedno volební období, a proto memorandum deklaruje dlouhodobý zájem o primární péči ze strany MZ ČR a určuje směr, kterým se reforma bude ubírat ve spolupráci s následujícími subjekty reprezentujícími primární péči:

SPL ČR je nezávislou dobrovolnou organizací, sdružující na profesním principu všeobecné praktické lékaře pro dospělé, vykonávající praxi v České republice. Jeho posláním je rozvoj všeobecného praktického lékařství jako oboru a primární péče jako základního článku zdravotního systému, zlepšování podmínek i kvality činnosti praktických lékařů (poskytování zdravotní péče jejich pacientům), hájení jejich zájmů, podpora a pomoc při výkonu jejich povolání. V současné době zastupuje 4800 členů (přibližně 90 % z celkového počtu praktických lékařů pro dospělé v ČR), což z něj činí vůbec největší dobrovolnou organizaci lékařů v ČR.

SPLDD ČR je nezávislou profesní organizací, v níž se sdružují praktičtí lékaři pro děti a dorost, vykonávající praxi v České republice. Jeho posláním je rozvoj praktického lékařství pro děti a dorost jako základního článku primární léčebně preventivní péče. Prosazuje profesní zájmy praktických lékařů pro děti a dorost, zejména vytvářením podmínek pro výkon svobodného povolání lékaře a vytvářením podmínek pro zvyšování jejich odborné úrovně. Cílem těchto snah je zlepšení zdravotního stavu obyvatel České republiky, především podporou preventivně orientované zdravotní péče o děti. V současné době zastupuje 2080 členů (přibližně 95 % z celkového počtu praktických lékařů pro děti a dorost v ČR), což z něj činí jednu z největších dobrovolných organizací lékařů v ČR.

OSPDL ČLS JEP je odbornou společností České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně v ČR, je odborným garantem pregraduálního, specializačního a celoživotního vzdělávání PLDD, garantem doporučených postupů z oblasti primární péče o děti a dorost. Jejím cílem je co nejvíce po odborné a kvalitativní stránce rozvinout primární péči o děti a dorost v ČR.

SVL ČLS JEP je odbornou společností České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, podílí se na tvorbě doporučených léčebných postupů, aktualizuje koncepci oboru, je odborným garantem pro jednání o kompetencích praktického lékaře. Je odborným garantem pregraduálního, specializačního a celoživotního vzdělávání. Odborní zástupci společnosti se podílejí na tvorbě koncepcí řady preventivních programů. V průběhu let se odborná společnost stala členem řady mezinárodních odborných organizací (EURACT, WONCA, EQUIP).

Čl. I

Základní pilíře spolupráce

- 1) SPL ČR, SPLDD ČR, SVL ČLS JEP a OSPDL ČLS JEP se budou účastnit všech vnitřních připomínkových řízení k legislativním návrhům připravovaným MZ ČR se vztahem k primární péči.
- 2) Zástupci SPL ČR, SPLDD ČR, SVL ČLS JEP a OSPDL ČLS JEP budou členy Pracovní skupiny pro reformy primární péče MZ ČR.
- 3) Zástupci SPL ČR a SPLDD ČR budou členy Rady poskytovatelů MZ ČR.

Čl. II

Hlavní cíle spolupráce

Mezi hlavní cíle spolupráce patří:

- a) posílení role praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost v systému poskytování zdravotních služeb v ČR,
- b) rozšíření kompetencí praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost,
- c) aktivní zapojení praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost v oblasti prevence a včasného zachytu onemocnění,
- d) posílení role praktických lékařů v péči o pacienty s akutními a chronickými onemocněními,
- e) zachování, podpora a rozvoj systému primární péče, jehož základním článkem je praktický lékař a praktický lékař pro děti a dorost,
- f) podpora udržení a zřizování praxí praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost i ve venkovských oblastech tak, aby byla zajištěna a zlepšována dostupnost zdravotní péče rovnoměrně ve všech regionech ČR,
- g) podpora vzdělávání a rozvoje oborů všeobecné praktické lékařství a praktické

lékařství pro děti a dorost, jehož příprava bude odpovídat potřebě rozvoje primární péče, kompetencí a trendům zkvalitňování a zlepšování dostupnosti primární péče,

- h) přímé zapojení zástupců primární péče do přípravy legislativních návrhů ovlivňujících postavení zdravotnických pracovníků a poskytování zdravotní péče v ČR,
- i) přímé zapojení zástupců primární péče do exekutivních procesů v gesci MZ ČR a jeho podřízených institucí ovlivňujících postavení zdravotnických pracovníků a poskytování zdravotní péče v ČR,
- j) reforma primární péče, vedoucí k posílení pozice integrované, komplexní primární péče v systému péče o zdraví a zdravotnictví,
- k) zefektivnění vzájemné komunikace v rámci přípravy a prosazování nových medicínských postupů, doporučených lékařských metod, preventivních postupů a opatření,
- l) zvýšení informovanosti a zdravotní gramotnosti pacientů,
- m) rozvoj elektronizace českého zdravotnictví, snížení administrativní zátěže zdravotnických pracovníků a zvýšení bezpečnosti pacientů.

V Praze dne 13. července 2018

Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch, ministr zdravotnictví
MUDr. Petr Šonka, předseda SPL ČR
MUDr. Ilona Hülleová, předsedkyně SPLDD ČR
MUDr. Alena Šebková, předsedkyně OSPDL ČLS JEP
doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., předseda SVL ČLS JEP

Jednání na MZ ČR dne 2. 8. 2018

Jednání zástupců PLDD proběhlo za účasti ministra Mgr. et Mgr. Adama Vojtěcha. Za PLDD vyjednávali MUDr. Hana Cabrnová, MUDr. Ilona Hülleová, MUDr. Zdeněk Zíma a dále Mgr. Jakub Uher.

Předmětem schůzky byl neutěšený stav vzdělávání v nově vzniklém oboru pediatrie. Podařilo se získat příslib pana ministra na urychlené zapracování připomínek zástupců PLDD k procesu vzdělávání v oboru pediatrie do legislativy.

Jaké návrhy by se měly realizovat:

- Název pracoviště, které bude poskytovat vzdělávání v primární péči v rámci oboru



pediatrie, zůstane definován ve vazbě na smluvní odbornost 002 – praktický lékař pro děti a dorost. **Název bude akreditovaná ordinace odbornosti 002 – praktický lékař pro děti a dorost.** Činnost školitele na tomto pracovišti bude vykonávat lékař se specializovanou způsobilostí v oboru PLDD, lékař se způsobilostí z dětského lékařství, který úspěšně absolvoval kvalifikační kurs pro PLDD na IPVZ v Praze, a lékař se způsobilostí z nového oboru pediatrie. Pro pracoviště je nutné splnění podmínek definovaných pro toto akreditované pracoviště v náplni pediatrického kmene.

- Takto definované pracoviště bude mít možnost získat **akreditaci na vzdělávání bez vazby na dětská oddělení.**
- MZ ČR nabídlo **možnost vypsaní dotačního programu pro akreditované pracoviště PLDD s podmínkou platné akreditace do 1. 7. 2017.** Současně bude vypsan program i pro pediatrická oddělení. Podmínky by měly být obdobné jako pro rezidenční místa v oboru pediatrie, která zůstala zčásti neobsazena.
- V podmínkách pro akreditované pracoviště PLDD **nebude podmínka mít zaměstnán „dětskou“ sestru.**
- **Kvalifikační kurs pro budoucí PLDD potřebuje mít schválen zkušební řád,** který by měl být znám již při zveřejnění termínu podání přihlášek ze strany zájemců o tento kurs. Návrh zkušebního řádu byl projednán na MZ ČR a odeslán ze strany IPVZ v termínu, jak bylo požadováno. Ze strany PLDD je požadavek na vypsaní termínu přihlášek ještě do konce srpna 2018.

Na závěr schůzky byl informován zástupci PLDD pan ministr, pan tajemník a pan náměstek Prymula o hrozcím riziku v případě návrhu změny distribuce očkovacích látek při vypořádávání tzv. „protipadělkové směrnice“. Dle návrhu MZČR by se měl oddělit způsob evidence vyskladněných vakcín pro povinná a hrazená očkování (dále přes distributora) a pro nepovinná nehrazená očkování (pouze přes lékárny). Ve většině případů se jedná o shodné produkty (hrazené + nehrazené očkování např. proti pneumokokům, meningokokům, chřipce, HPV a další) a navržený systém by neumožnil jejich využití ordinacemi pro oba tyto účely. Takováto změna by způsobila systému primární péče (ordinacím PLDD) značné komplikace. Krom zmíněných praktických komplikací by došlo

ke zdražení očkování pro pacienty a mohlo by dojít i k významnému snížení pročkovanosti populace. Proto zástupci PLDD **doporučili zachovat možnost evidence vyskladnění na úrovni distributora pro všechna očkování bez ohledu na způsob úhrady.**

■ Kreditace vzdělávacích akcí

Vážení kolegové, vzhledem k častým dotazům a nejasnostem kolem přidělování kreditů vzdělávacích akcí se pokusíme celý problém vysvětlit. Systém celoživotního vzdělávání lékařů slouží k prohlubování odborné způsobilosti lékaře pro výkon povolání v léčebné a preventivní péči. Každý lékař – člen České lékařské komory má povinnost účastnit se systému celoživotního vzdělávání lékařů. Institucí, které poskytují a kreditují celoživotní vzdělávání, je několik, nejznámější je samozřejmě ČLK a instituce s ní sdružené v Asociaci pro postgraduální vzdělávání (lékařské fakulty, univerzity, odborné společnosti sdružené v ČLS JEP, Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví). V rámci tohoto systému ČLK přiděluje vzdělávacím akcím a dalším formám celoživotního vzdělávání kredity. Kancelář ČLK eviduje jednotlivé vzdělávací akce, přiděluje kredity a vydává Diplom celoživotního vzdělávání. Přidělování kreditů se řídí stavovským předpisem ČLK č. 16. Všichni víme, že k získání **Diplomu celoživotního vzdělávání podle stavovského předpisu č. 16 je nutné získat 150 kreditů během pěti let.** Podobný vzdělávací systém jako ČLK vytvořily i jiné organizace. **Tyto instituce jsou na sobě nezávislé.**

Na základě specifických potřeb našich praxí se ukázala nutnost vzniku vlastního vzdělávacího systému PLDD a jeho kreditace pod garancí SPLDD. Tento kreditační systém funguje od roku 2012, řídí se Vzdělávacím řádem SPLDD, k dohledání je na webových stránkách Sdružení <http://www.detskylekar.cz/content/vzdelavaci-rad-spldd-c>. Kancelář Sdružení eviduje vzdělávací akce a vede registr těchto akcí. Navíc si každý člen Sdružení v sekci vzdělávání může dohledat počet kreditů, které již získal, kredity jsou mu u akcí pořádaných podle vzdělávacího řádu SPLDD automaticky načítány. K přidělení **Certifikátu celoživotního vzdělávání je nutno získat 30 kreditů za kalendářní rok.** Častou otázkou, a možná i zdrojem nedorozumění, je vzájemné uznávání – či spíše neuznávání – kreditů. Jak jsem se již výše

zmínila, institucí, které organizují celoživotní vzdělávání lékařů, je více a jsou na sobě nezávislé. ČLK pro získání Diplomu celoživotního vzdělávání uznává pouze kredity získané podle stavovského předpisu ČLK č. 16.

SPLDD podle svého vzdělávacího řádu přiděluje Certifikát celoživotního vzdělávání buď po získání 30 kreditů přidělených SPLDD, nebo kombinací 20 kreditů přidělených podle vzdělávacího řádu SPLDD a doložením potvrzení o získání zbylých kreditů do celkového počtu 30 kreditů od jiné organizace zajišťující celoživotní vzdělávání lékařů. Tento certifikát je automaticky počátkem kalendářního roku předáván těm zdravotním pojišťovnám, které vzdělávání bonifikují. PLDD již tedy nemusí zdravotní pojišťovně dokládat Certifikát celoživotního vzdělávání. Certifikát celoživotního vzdělávání lze vytisknout z webových stránek.

SPLDD navíc od počátku roku 2018 automaticky do kreditačního systému načítá i kredity získané při tzv. „páteřním vzdělávání“ a při dalších akcích pořádaných OSPDL (po předchozí domluvě výborů SPLDD a OSPDL), které jsou kreditovány ČLK. Nemusíte tudíž již takto získané kredity zvlášť dokládat, jak tomu bylo dříve.

Pro získání bonifikace od zdravotních pojišťoven jsou rovnocenně uznávány jak Diplom celoživotního vzdělávání ČLK, tak Certifikát celoživotního vzdělávání SPLDD. Bonifikace je samozřejmě započítána pouze 1×.

Jak poznáte, kdo seminář kredituje? Na každé pozvánce či potvrzení o účasti musí být napsáno, kdo akci kredituje a kolik kreditů je akci přiděleno – např.: akce je pořádaná podle Vzdělávacího řádu SPLDD, přiděleno X kreditů.

Souhrn:

Povinností lékaře je celoživotně se vzdělávat, legislativa nestanovuje podmínky, kde se vzdělává. SPLDD samozřejmě preferuje účast na akcích pořádaných a kreditovaných Sdružením, domníváme se, že tyto akce jsou „ušity na míru“ potřebám našich praxí. Organizací, které se podílejí na vzdělávání lékařů, je více a jsou na sobě nezávislé. SPLDD má svůj vzdělávací systém. Po získání dostatečného množství kreditů k přidělení Certifikátu celoživotního vzdělávání je každoročně kancelář Sdružení seznam držitelů certifikátu předáván jednotlivým zdravotním pojišťovnám, které celoživotní vzdělávání bonifikují.



Co mění novela vyhlášky o zdravotnické dokumentaci?

Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů, se aktuálně mění v důsledku vydání vyhlášky č. 137/2018 Sb.

Většina ustanovení vyhlášky nabývá účinnosti (= od kdy jsou poskytovatelé povinni vyhlášku dodržovat) dne 24. července 2018. Část ustanovení vyhlášky pak nabývá účinnosti až od 1. listopadu 2018. Týká se to ustanovení, u kterých poskytovatelé zdravotních služeb budou potřebovat čas na realizaci změn.

■ Obsahové náležitosti zdravotnické dokumentace

Od 1. 11. 2018 se ve zdravotnické dokumentaci vedou také kontaktní údaje pacienta, a to telefonní číslo, adresa elektronické pošty, případně další kontaktní údaje, pokud jsou pacientem sděleny.

Pohlaví pacienta se uvádí, jen je-li určeno.

Od 1. 11. 2018 se ve zdravotnické dokumentaci vedou také identifikační a kontaktní údaje zákonného zástupce pacienta, opatrovníka pacienta nebo další osoby oprávněné udělit souhlas za pacienta.

Ruší se požadavek na povinné používání razítka poskytovatele. Identifikace poskytovatele musí být ve zdravotnické dokumentaci uvedena, ale je možno ji uvést jakýmkoliv technickým způsobem, není tak již nadále nutné činit tak prostřednictvím otisku razítka poskytovatele. Nic však poskytovateli nebrání, aby tak činil právě prostřednictvím otisku razítka poskytovatele.

Od 1. 11. 2018 se u pacienta se zdravotním postižením zaznamenávají informace o nezbytných zdravotnických prostředcích a pomůckách, které pacient používá. Jedná se o ty, které pacient používá dlouhodobě a je třeba při poskytování zdravotních služeb vzít zřetel na potřebu pacienta je používat. V případě pacienta se sluchovým postižením nebo kombinovaným sluchovým a zrakovým postižením se zaznamenává též informace o formách komunikace, které pacient preferuje.

Za záznam o předepsání léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely, zdravotnických prostředků nebo záznam o vystavení příkazu ke zdravotnické přepravě se považuje i stejnopis nebo kopie lékařského předpisu podle zákona o léčivech nebo poukazu podle zákona o zdravotnických prostředcích, resp. stejnopis nebo kopie příkazu ke zdravotnické přepravě. Poskytovatel tak je oprávněn provést zvláštní zápis, ale plně postačuje, pokud si založí do dokumentace stejnopis nebo kopii receptu, poukazu, resp. příkazu ke zdravotnické přepravě.

Záznam o provedení očkování: Poskytovatel, který provedl očkování, vede ve zdravotnické dokumentaci záznam o provedení očkování, který vždy také obsahuje datum provedení očkování, uvedení názvu očkovací látky a číslo šarže.

Písemný souhlas s poskytnutím zdravotních služeb: je součástí zdravotnické dokumentace (to se týká souhlasu nejen samotného pacienta, ale také všech dalších osob oprávněných rozhodovat za pacienta).

Hlášení k infekčním onemocněním: Nově se stanoví, že se pořizují a vedou záznamy o hlášení infekčního onemocnění, podezření na infekční onemocnění, úmrtí na infekční onemocnění nebo vylučování původců infekčních onemocnění místně příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví, a to výlučně ty, u kterých se jedná o splnění povinnosti podle zákona o ochraně veřejného zdraví.

■ Způsob pořizování zápisů do zdravotnické dokumentace

Nově se stanoví informace, které musejí být uvedeny na každém listu zdravotnické dokumentace. Jsou to jméno, příjmení a rodné číslo pacienta, datum narození, není-li rodné číslo přiděleno, dále identifikační údaje poskytovatele v rozsahu jméno, příjmení poskytovatele v případě fyzické osoby, obchodní firma nebo název poskytovatele

v případě právnické osoby a identifikační číslo osoby, bylo-li přiděleno.

Výsledky vyšetření, které nejsou v listinné podobě (typicky grafické, audiovizuální nebo digitální záznamy), musejí být označeny alespoň tak, že lze určit, kterého pacienta se týkají. Tato dílčí změna nastává až od 1. 11. 2018.

Pokud jde o provedení záznamu do zdravotnické dokumentace, je povinností zdravotnického pracovníka, který pacientovi poskytl zdravotní službu, zajistit provedení tohoto záznamu a musí správnost takového záznamu potvrdit svým podpisem (samozřejmě s čitelným uvedením svého jména a příjmení). Samotný záznam však může pořádit jiná osoba.

Je-li ze způsobu provedení zápisu do zdravotnické dokumentace zřejmé, že jej provedl jeden zdravotnický pracovník, nemusí podepisovat každý dílčí zápis v průběhu dne nebo směny, ale postačuje, podepíše-li tento zdravotnický pracovník v průběhu dne nebo směny provedení posledního zápisu.

■ Převádění zdravotnické dokumentace v listinné podobě do elektronické podoby (změna od 1. 11. 2018)

Poskytovatel není povinen převádět zdravotnickou dokumentaci v listinné podobě na zdravotnickou dokumentaci v elektronické podobě. Pokud se tak rozhodne, musí dodržet následující požadavky.

Převádění zdravotnické dokumentace nebo její části, které byly pořízeny v listinné podobě, na dokument v elektronické podobě se provádí postupem zaručujícím věrohodnost původu dokumentu, neporušitelnost obsahu, čitelnost dokumentu a bezpečnost procesu převádění.

Takto vytvořený dokument v elektronické podobě musí poskytovatel opatřit doložkou. Doložku podepíše osoba odpovědná za převedení kvalifikovaným elektronickým podpisem nebo ji poskytovatel zapečetí kvalifikovanou elektronickou pečeti a dále vždy doložku opatří kvalifikovaným elektronickým časovým razítkem.



Dokument v listinné podobě, který poskytovatel převedl na dokument v elektronické podobě, je poskytovatel oprávněn zničit.

■ Minimální obsah některých samostatných součástí zdravotnické dokumentace

Žádanka (vyžádání další zdravotních služeb)

Upřesňuje se, že žádanka obsahuje údaje o posledně zjištěném zdravotním stavu, včetně těch výsledků laboratorních a dalších pomocných vyšetření, kteří jsou podstatné pro poskytnutí vyžádaných zdravotních služeb.

V případě vyžádání odborných vyšetření spočívajících v laboratorním vyšetření nebo v použití přístrojového vybavení, je-li to z odborného hlediska dostačující, žádanka obsahuje pouze požadované zdravotní služby a jejich odůvodnění, včetně naléhavosti jejich poskytnutí, a stručné zhodnocení údajů z anamnézy, pokud mají souvislost s požadovanými zdravotními službami.

Propouštěcí zpráva (informace o ukončení jednodenní nebo lůžkové péče)

Od 1. 11. 2018 se nově vyžaduje uvedení souhrnu diagnóz, pro které byla v průběhu hospitalizace pacientovi poskytována zdravotní péče. Tato změna se týká i předběžné propouštěcí zprávy.

Záznam o souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb (zdravotních výkonů), záznam o odmítnutí poskytnutí zdravotních služeb (revers), záznam o dříve vysloveném přání, záznam o souhlasu s poskytováním informací

Uplatní se obecné požadavky uvedené v zákoně o zdravotních službách (§ 31–36).

Lékařský posudek (změna od 1. 11. 2018)

Upřesňují se identifikační údaje uváděné v posudku. Nově se vyžadují tyto:

- identifikační údaje posuzované osoby v rozsahu jméno, příjmení, datum narození, adresa místa trvalého pobytu posuzované osoby, popřípadě místo pobytu na území České republiky, jde-li o cizince,
- identifikační údaje poskytovatele, který lékařský posudek vydal, a to jméno, příjmení poskytovatele v případě fyzické osoby, obchodní firma nebo název poskytovatele v případě právnické osoby, adresa místa poskytování zdravotních

služeb, identifikační číslo osoby, bylo-li přiděleno,

- identifikační údaje posuzujícího lékaře, a to jméno, příjmení a podpis lékaře,
- pořadové číslo nebo jiné evidenční označení posudku.

Vedle poučení o možnosti podat návrh na přezkoumání je nově povinnou obsahovou náležitostí posudku také poučení o možnosti vzdání se práva na přezkoumání posudku.

■ Doba uchovávání zdravotnické dokumentace

Každý poskytovatel zdravotních služeb musí zařadit zdravotnickou dokumentaci tak, aby věděl, kdy je povinen rozhodnout o jejím vyřazení a zničení.

Vyřazovat a zničit zdravotnickou dokumentaci není právo poskytovatele, ale jeho povinnost. V této povinnosti se mimo jiné projevuje jedna ze základních zásad ochrany osobních údajů, tedy uchovávat osobní údaje pouze po dobu ne delší, než je nezbytné pro účely, pro které jsou zpracovávány.

Pro tento účel uvádí jednotlivé kategorie příloha č. 3 k vyhlášce.

Zavádějí se dvě nová pravidla týkající se všech kategorií zdravotnické dokumentace. První pravidlo se zaměřuje na to, že u každé kategorie či subkategorie zdravotnické dokumentace je zpravidla uvedeno více údajů, od kterých se počítá zahájení doby, po jejímž uplynutí je třeba zdravotnickou dokumentaci vyřadit. V takovém případě se použije pro počátek běhu této doby událost, která nastane nejdříve, pokud je poskytovatel známa.

Druhé pravidlo se snaží pomoci v situaci, kdy poskytovatel nezná informaci o úmrtí, respektive o dni úmrtí, což je jedna z událostí, od kterých se počítá doba, po jejímž uplynutí je třeba zdravotnickou dokumentaci vyřadit. Pokud poskytovatel informaci o dni úmrtí nezná, využije pravidlo, že se za den úmrtí pacienta považuje den, ve kterém pacient dosáhl 100 let věku. Vzhledem k růstu dlouhověkosti a počtu stoletých a starších v naší populaci se k tomuto pravidlu zavádí jedno doplňkové pomocné pravidlo. Podle něho, pokud poskytovatel má v péči takového člověka (věk 100 let a více), nepoužije se uvedené pravidlo a za den úmrtí (při jeho skutečné neznalosti) se považuje den, kdy uplynulo pět let ode dne provedení posledního záznamu do zdravotnické dokumentace tohoto pacienta.

Zdravotnická dokumentace zdravotní péče poskytované registrujícím poskytovatelem

Vyřazovací znak: S (po uplynutí doby uchovávání se zdravotnická dokumentace zničí)

Doba uchovávání:

- v případě registrujícího poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství – 10 let od změny registrujícího poskytovatele nebo 10 let od úmrtí pacienta,
- v případě registrujícího poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost – 10 let od změny registrujícího poskytovatele nebo 10 let od úmrtí pacienta nebo 10 let od dosažení 19 let věku pacienta,
- v případě registrujícího poskytovatele v oboru zubní lékařství nebo v oboru gynekologie a porodnictví – 5 let po posledním poskytnutí zdravotních služeb pacientovi.

Zdravotnická dokumentace dispenzární péče

Vyřazovací znak: V

Doba uchovávání:

- 10 let od vyřazení pacienta z dispenzární péče nebo ukončení této péče nebo 10 let od úmrtí pacienta,
- v případě péče o dialyzovaného pacienta 10 let od úmrtí,
- v případě pacienta, který je nosičem infekčního onemocnění, 10 let od úmrtí.

Zdravotnická dokumentace převzatá krajským úřadem

Vyřazovací znak: S

Doba uchovávání:

- 10 let od převzetí zdravotnické dokumentace převzaté od registrujícího poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost,
- 5 let od převzetí zdravotnické dokumentace v ostatních případech.

■ Proces vyřazování zdravotnické dokumentace

Poskytovatel je povinen sledovat běh doby uchovávání každé zdravotnické dokumentace. Běh této doby začíná vždy 1. ledna kalendářního roku následujícího poté, co nastala událost rozhodná pro počítání běhu této doby (úmrtí, poslední poskytnutí zdravotních služeb, ukončení poslední hospitalizace atd.).

Vzhledem k tomu, že všechny doby jsou uvedeny v letech, skončí taková doba tedy také vždy 1. ledna. Poskytovatel pak pro-



vádí vyřazování zdravotnické dokumentace. Poskytovatel má však povinnost provádět vyřazování alespoň jednou za pět let. Může tedy tak činit každoročně nebo alespoň jednou za pět let. Vždy však v daném roce provádí vyřazování kompletně u všech zdravotnických dokumentací, u kterých uplynula doba uchovávání.

Pokud se jedná o zdravotnickou dokumentaci s vyřazovacím znakem „S“, poskytovatel musí zdravotnickou dokumentaci vyřadit.

V případě zdravotnické dokumentace s vyřazovacím znakem „V“ poskytovatel provede posouzení její další potřeby. Ty části zdravotnické dokumentace, které jsou již nepotřebné pro další poskytování zdravotních služeb, popř. celá zdravotnická dokumentace, se navrhnou k vyřazení a zničení. U ostatních, nadále potřebných částí bude prodloužena doba uchovávání poskytovatelem, podle doby předpokládané potřeby, a to nejméně o 5 let. K takovému prodloužení doby uchovávání konkrétní zdravotnické dokumentace může docházet i opakovaně.

Příklad:

Pacient registrujícího poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství zemřel 20. června 2018. Tím nastala událost rozhodná pro počítání běhu doby uchovávání. Doba uchovávání začne 1. ledna 2019. Doba uchovávání je deset let, skončí tedy 1. ledna 2029. Poskytovatel může tak dokumentaci vyřadit a zničit již roce 2029. Musí však tak učinit nejpozději do konce roku 2033, podle toho, v kterém roce mezi lety 2029 a 2033

(neboť nejméně jednou za pět let) bude provádět vyřazování dokumentace.

Proces vyřazování pak probíhá následovně.

- Zdravotnická dokumentace, u které uplynula doba uchovávání, se podle označení vyřazovacími znaky rozdělí do skupiny „V“ a do skupiny „S“.
- U zdravotnické dokumentace skupiny „V“ posoudí zdravotnický pracovník určený poskytovatelem (dále jen „určený zdravotnický pracovník“), která část bude navržena k vyřazení a které části bude prodloužena doba uchování. Jde-li o zdravotnického pracovníka poskytujícího zdravotní služby vlastním jménem, posouzení provede tento zdravotnický pracovník.
- Určený zdravotnický pracovník vypracuje návrh na vyřazení zdravotnické dokumentace, který obsahuje identifikační údaje poskytovatele a identifikační údaje určeného zdravotnického pracovníka, který návrh vypracoval.
- K návrhu na vyřazení zdravotnické dokumentace se připojí seznam zdravotnické dokumentace k vyřazení. V závěru seznamu se uvede zdravotnická dokumentace s vyřazovacím znakem „V“ s návrhem na její rozdělení na část navrženou k vyřazení a na část, již se prodlouží doba uchování.
- Návrh na vyřazení zdravotnické dokumentace určený zdravotnický pracovník podepíše.
- Zdravotnická dokumentace určená k vyřazení je následně zničena. Zničením zdravotnické dokumentace se rozumí zne-

hodnocení takovým způsobem, aby byla znemožněna rekonstrukce a identifikace jejího obsahu.

- Poskytovatel pořídí a uchovává písemný záznam, který obsahuje soupis zničené zdravotnické dokumentace společně s informací o tom, kdy, jak a kým byla zdravotnická dokumentace zničena; soupis obsahuje identifikační údaje pacienta. Tento písemný záznam se uchovává bez časového omezení.

I na zdravotnickou dokumentaci vedenou přede dnem nabytí účinnosti aktuální novely vyhlášky se vztahují doby uchování, jak jsou uvedeny ve vyhlášce nyní po novele.

Pokud u zdravotnické dokumentace uplynula doba uchování podle dosavadního znění vyhlášky a nebyly dosud zahájeny postupy za účelem posouzení její potřeby, lze potřebnost zdravotnické dokumentace posoudit podle nového znění vyhlášky.

Pokud u zdravotnické dokumentace vedené přede dnem nabytí účinnosti aktuální novely vyhlášky byly zahájeny postupy za účelem posouzení její potřeby, dokončí se podle dosavadního znění vyhlášky.

Zpracováno pro potřeby PLDD z článku „Vysvětlení aktuální novelizace vyhlášky o zdravotnické dokumentaci“ zveřejněného na www.mzcr.cz



Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost si vás dovoluje pozvat na cyklus seminářů

Komunikace v ordinaci PLDD

Odborný garant:

MUDr. Ilona Hülleová, předsedkyně SPLDD

Pořadatel:

MUDr. Jiřina Dvořáková, místopředsedkyně SPLDD

Organizace seminářů:

SPLDD ČR, U Hranic 16, Praha 10

Odborný program seminářů:

ViaLain Events, s.r.o., www.vialain.com

Protipadělková vyhláška

Distribuce vakcín a jejich cenotvorba v ordinaci

Psychosomatická onemocnění

Použití mukolytik při léčbě respiračních infekcí

Průjem u dětí – co s ním

Přihlášky a podrobnější informace na www.detskylekar.cz a www.vialain.com



Aktuality z Evropy, zpráva z jarní konference ECPCP 20.–22. 4. 2018 v Toledu

MUDr. Ing. Veronika Jilichová Nová

Kromě provozních záležitostí organizace bylo jedním z hlavních témat postgraduální vzdělávání v primární pediatrické péči (PPP).

První část proběhla ve spolupráci se dvěma profesními organizacemi španělské primární péče. Dva mladí lékaři prezentovali své zkušenosti z předatestační přípravy a představili španělský rezidenční program. V rámci programu absolvují lékaři jen 4 měsíce v ordinaci praktického dětského lékaře. Nyní se zapracovává nové curriculum, které má rozšířit přípravu v ordinacích PPP.

■ Vybrané aktuality ze zemí

Španělsko: Od minulého roku probíhá kampaň na podporu pediatriů pracujících v primární péči. Součástí je snaha o rozšíření rezidenčního programu na více míst, více měsíců v primární péči pro rezidenty a následně lepší finanční podmínky pro primární pediatriu. Cílem je přilákat více lékařů do terénu a zlepšit dostupnost pro pacienty ve všech regionech. Španělská profesní organizace současně vyhlásila podpisovou akci pro veřejnost. Za několik měsíců sebrali několik set tisíc podpisů.

Rakousko: Aktuálně se v Rakousku mění náplň postgraduálního vzdělávání a hovoří se o potřebě zařazení několika měsíců přípravy přímo v ordinacích primární péče. Dosud příprava probíhala pouze v nemocničních ambulancích. Rakousko je tak jednou z posledních zemí, kde se primární péče teprve dostává do postgraduálního vzdělávání. V některých regionech dochází k odlivu praktických dětských lékařů ze systému pojištění. Provozují své praxe na komerční bázi za přímé platby klientů, a dochází tak k nedostatku lékařů pracujících na základě smlouvy se zdravotní pojišťovnou.

Slovinsko: V roce 2015 zavedlo Slovinsko nový postgraduální vzdělávací program pro pediatrii. Program obsahuje tříletý společný kmen a následně se pro další dva roky rozděluje na nemocniční a primární pediatrii. Celková délka programu je 5 let. Cílem této změny je větší orientace státu na primární péči a zároveň lepší specializační příprava mladých lékařů v tomto oboru.

Německo: Dr. Folkert Fehrt představil uni-kátní projekt Univerzity v Heidelbergu, který již deset let motivuje studenty lékařské fakulty k nástupu do pediatrie, resp. do pediatrické primární péče. Jedná se o volitelný předmět, který po dobu dvou let spojuje studenta, lékaře primární péče a rodinu dítěte. Projektu se účastní katedra pediatrie a vybraní praktičtí dětské lékaři, kteří vytipují ze své klientely do projektu vhodné rodiny. Studenti prvního ročníku lékařské fakulty jsou seznámeni s rodinou, která má již jedno zdravé dítě a čeká narození dalšího. V rodině provedou dotazníkové šetření ještě před narozením dítěte. Obsahem dotazníku jsou očekávání rodiny, příprava na příchod dítěte a další. Studenti se pak účastní s novorozenečným dítětem a rodiči první návštěvy u praktického dětského lékaře. V následujících dvou letech opakují návštěvy u pediatra i v rodině ještě několikrát, vidí tak v reálném životě psychomotorický vývoj dítěte i práci praktického dětského lékaře v době, kdy ještě neznají nic z pediatrie. Součástí jsou skupinová setkání lékařů, studentů i rodičů. Dochází tak k propojení praktické i životní zkušenosti. Dle dosavadních výsledků se podařilo dosáhnout žádaného cíle a zájem o obor pediatrie v posledních letech vzrostl. Ze studentů, kteří se projektu účastnili a již skončili studium, bylo následně 30 % zapsáno do oboru pediatrie, oproti 6 % absolventů zapsaných do oboru pediatrie z celkového počtu absolventů v letech před zavedením tohoto volitelného předmětu. Studenti tento předmět hodnotí velmi pozitivně a zájem o něj roste. Limitem projektu je počet praktických dětských lékařů, kteří pro velkou časovou náročnost nemohou zcela vyhovět narůstajícímu zájmu.

Izrael: Postgraduální pediatrická příprava trvá 4,5 roku a z toho 6 měsíců v ordinaci primární péče. Volitelně lze tuto praxi absolvovat i v ambulanci nemocnice. Izrael má program pro školitele v primární péči, který obsahuje především komunikační dovednosti – psychologii učitele a žáka, učení empatie, efektivní komunikaci s rodiči apod.

Poznámka: Několik dalších zemí představilo své programy postgraduálního vzdělávání

v pediatrii. Obecně lze konstatovat, že trvá jasný trend posilování primární péče téměř ve všech zemích. Většina zemí si uvědomuje, že je vhodné tomu přizpůsobit i plán vzdělávání. Některé již přidávají počet měsíců v primární péči, Slovinsko vytvořilo od roku 2015 samostatný obor. Je tedy otázkou, proč Česká republika, která byla Evropě do minulého roku vzorem, nyní jde opačným směrem.

■ Závěry z pracovní skupiny pro prevenci a očkování

V následujících týdnech bude reprezentantům všech zemí rozeslán dotazník o právní úpravě a přístupu k bezpečnosti pacienta v ordinaci primární pediatrické péče v jednotlivých zemích. Výsledek bude sloužit k porovnání a k případné inspiraci pro zlepšení.

Novým projektem je plán na vytvoření doporučení o minimalizaci vlivu škodlivin běžného prostředí, především škodlivých plastů, na dětskou populaci. Členové skupiny shromáždí dostupnou literaturu a své zkušenosti z praxe a do příštího setkání vytvoří koncept doporučení.

Závěr: ECPCP je organizace, která sdružuje zástupce jednotlivých pediatrických profesních a odborných společností. Jejím cílem je podporovat rozvoj a dostupnost primární pediatrické péče v Evropě. Vytvořila evropský plán – curriculum pro postgraduální vzdělávání dětských lékařů v primární péči. To se stalo podkladem Evropské pediatrické akademie při vytváření vzdělávacích programů. Pro země není závazné, ale mohou z něj čerpat do své náplně pediatrických oborů.

ECPCP několikrát úspěšně vystoupilo na vládní úrovni na podporu primární pediatrie v různých zemích. Vytváří stanoviska a prohlášení k aktuálním otázkám. Slouží jako platforma pro výměnu zkušeností a informací mezi zeměmi. Systém péče o dítě není v Evropě jednotný, ale jednotný je cíl, aby každé dítě mělo dostupnou kvalitní léčebnou, preventivní i sociální péči. Tento cíl ECPCP obhajuje.

Neprezentují zde celá jednání ani přepisy všech prezentací. V následujících týdnech budou závěry a prezentace dostupné na www.ecpcp.eu.



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Alena Šebková
předsedkyně OSPDL ČLS JEP

Vážené kolegyně, vážení kolegové, doufám, že jste si v letních měsících alespoň trochu odpočinuli. Letošní léto bylo horké, kdo byl u vody, vyhrál. Pokud se ale podíváme na situaci kolem našeho oboru, ať už z odborného hlediska, nebo z hlediska profesního, myslím, že horko ještě bude...

Významnou událostí letošního léta se stalo **13. 7. 2018** podepsání Memoranda o spolupráci mezi ministerstvem zdravotnictví (Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch), všeobecnými praktickými lékaři (MUDr. Petr Šonka, doc. Svatopluk Býma) a praktickými lékaři pro děti a dorost (MUDr. Ilona Hülleová, MUDr. Alena Šebková). Signatáři tímto dokumentem stvrdili nastoupenou cestu spolupráce na reformě primární péče.

Doufejme, že další kroky ministerstva povedou tímto směrem. Ne vždy se totiž daří podle odhodlání... Čas ukáže...

O něco zpět:

Na přelomu května a června se ve švédském městě Malmö konal další Evropský kongres infekčních chorob (ESPID). Účastníci byli i z řad PLDD.

Chystáme pro vás „zpravodaj“ s některými novinkami či ukázkami, jak se například s očkováním vypořádávají v jiných zemích.

2. 6. 2018 se konala na Vysočině – v Jihlavě – konference „Domácí paliativní péče cestou praktických lékařů ve spolupráci s paliativními týmy“. Je mi moc líto, že přestože dle vašich připomínek z předchozích let se konala konference v sobotu, účast nás, PLDD, byla malá. Aktivně jsem se zúčastnila této konference třemi sděleními, včetně prezentace zkušeností mých kolegů. Konference ukázala celou škálu problematiky péče o nevyléčitelně nemocné děti a měla obrovský emoční náboj. Znovu potvrdila nutnost systémového řešení dětské paliativní péče a jasnou potřebu mezioborové spolupráce, a to nejen oborů lékařských.

9. 6. 2018 se konalo další Zdravotnické fórum, tentokrát na téma syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Nad akcí převzal osobní záštitu ministr zdravotnictví Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch a významným hostem byla náměstkyně MZ MUDr. Alena Šteflová. V programu vystoupili odborníci zabývající se touto problematikou, mj. předsedkyně Výboru pro práva dětí Mgr. Klára Šimáčková, Laurenčíková, policista, psychologka, kolegyně pediatrie, v jejíž dětské

nemocnici je krizové centrum, kolega PLDD, psychologka, předsedkyně OS dětských gynekologů. Řízenou diskusi moderoval a výstupy z ní připravuje Jan Kulhavý. Konference se vydala co do obsahu i co do účasti.

Za důležité považuji, že téma sy CAN zvedá i ministerstvo na základě podnětu WHO. 27. 6. se konala schůze Komise péče o dítě s delegovanými zástupci odborných společností. Byl zde představen plán WHO, který předpokládá téma „ŠPATNÉ zacházení s dětmi“ jako prioritu zdravotnictví. Toto téma by mělo být implementováno do ordinací PLDD, měla by být nastavena lepší spolupráce mezi lékaři – OSPOD – školskými zařízeními – policií. Do roku 2030 by měl být vypracován Národní akční plán prevence násilí na dětech. Do této komise byli za OSPDL delegováni kolegové Zdeněk Zima a Pavla Hromádková.

19. 6. 2018 se konala v Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR pod záštitou předsedkyně Výboru pro sociální politiku Ing. Radky Maxové konference „Nastavme jasná pravidla a podmínky pro péči o osoby s PAS“. Zúčastnila jsem se aktivním sdělením. Téma řešení této problematiky je velmi citlivé. Ze své činnosti v Odborné skupině VVZPO pro koncepční řešení problematiky života osob s PAS (při vládě ČR) vím, že bylo mnohé uděláno. Mnoho práce je ale před námi a já vnímám jako největší úkol zaručit skutečně rovné příležitosti v přístupu k pomoci všem potřebným. Na tomto místě bych chtěla poděkovat všem vám, kteří již běžně pracujete s „včasným zachytem poruch PAS“ v souvislosti s prevencí v 18 měsících. Mám odezvu od kolegů dětských psychiatrů, psychologů, kteří již vidí časnější odesílání dětí s podezřením ke specializovanému vyšetření. Téma PAS bylo řešeno i na jednání 14. 8., kde bylo téma zcela konkrétní – průkazy osob s PAS. Budou k dispozici pro zájemce, v našem případě rodiče handicapovaných dětí, kteří je budou moci využívat například na úřadech, v nemocnicích apod., tak aby především u dětí s těžšími formami postižení nemuseli dlouho čekat, aby ti, kteří s nimi budou v kontaktu, očekávali jejich „divné“ chování a věděli, jak na ně reagovat, atp. V tuto chvíli se řeší technika, se kterými budete všichni včas seznámeni.

27. 6. 2018 jsme se sešli na další schůzce PS pro reformu primární péče. Finišují některá základní témata – uvolnění preskripce, stan-

dardy vybavení ordinací, LPS, pohyb pacienta systémem.

Různé:

Do podzimních respiračních akademií připravujeme další spolupráci s plicními lékaři.

Ve spolupráci s MZ dokončujeme revizi Manuálu krátké intervence v ordinacích PLDD v rámci prevence užívání návykových látek – novinkou bude rozpracování kuřáctví.

Ve finiši je kvalifikační kurs pro dětské lékaře, kteří budou chtít pracovat jako PLDD.

O prázdninách jsme připomínkovali některé novely zákonů a vyhlášky.

Snažíme se oživit Nutriceq – program pro prevenci – edukaci zdravé stravy navazující na 1 000 dní (výživu kojenců na základě nutričního programování)

Na závěr, asi pod dojmem toho, co již několik let při obraně našeho oboru prožívám, bych vám ráda poskytla několik citací pana profesora Pafka, který dostal ke svému životnímu jubileu nejvyšší ocenění ČLS JEP, Cenu Jana Evangelisty Purkyně. Každoročně, a již dlouhá léta, je tato cena udělována významným českým lékařům (bohužel lékařek zatím jako šafránu...).

Zúčastnila jsem se jako ostatní předsedové odborných společností tohoto setkání, které se nazývá Purkyňův den – letos již šedesátý – na zámku v Libochovicích.

Vždy je to velmi důstojný a hezký den, kde je prezentována a sama se prezentuje, resp. bilancuje svůj profesní – a nejen ten – život oceněná osoba. Stejně jako před několika lety projev pana profesora Kouteckého, kterého mnozí znáte ze studií na Fakultě dětského lékařství v Praze, i v projevu pana profesora Pafka mne mnohé zaujalo. A pokud se nad těmi slovy zamyslíte, bude vám určitě líto, že takto nepřemýšlejí i někteří jiní...

Citace (jistě ne doslovná):

„Dobrý chirurg ví, co operovat, výborný ví dokonce jak, vynikající ví, kdy neoperovat.“

„Děkuji starším kolegům za to, co mne naučili, děkuji mladším kolegům, že mi ukázali, že se to dá dělat jinak, než jsme to dělali my.“

„Když máte jedno dobré téma, stane se z vás docent, když dvě, profesor, ... ale musíte to umět okecat.“

„Za Marie Terezie chirurg při rigorózu vyřízl kámen z močového měchýře a profesorovi to stačilo, nemusel nic psát... řemeslo je absolutní základ, potom mohu bádát...“



Dětská insomnie – příčiny a terapeutické postupy

Doc. MUDr. Iva Příhodová, Ph.D.

Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd, Univerzita Karlova v Praze,
1. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

■ Úvod

Nespavost je častou poruchou spánku dětského věku, zejména u kojenců a batolat, kde její výskyt dosahuje až 30 %, později klesá na 10–15 % (1). Dotaz na délku a kvalitu spánku má být součástí pediatrické péče, protože poruchy spánku mají nezanedbatelný vliv na kognitivní schopnosti dítěte, jeho emoce, náladu, chování, školní výkonnost, rodinné a sociální vztahy (2). Vyšší výskyt nespavosti je u dětí s neurovývojovými poruchami a poruchami nálady. Včasná diagnostika a léčba zlepšuje kvalitu života dítěte a jeho rodiny. Terapeutické přístupy se opírají o úpravu spánkového režimu, psychoterapeutické techniky a ve vybraných případech o farmakoterapii, jejíž použití je limitováno tím, že žádný lék není oficiálně v indikaci dětské insomnie schválen a chybí jednoznačná terapeutická vodítka (3).

■ Definice a příznaky

Nespavost se projevuje prodlouženým usínáním (> 20 minut), opakovanými nočními probouzeními nebo předčasným ranním probuzením se zkrácenou dobou spánku. Dalším příznakem může být odpor dítěte k ulehnutí v přiměřenou dobu nebo neschopnost usnout a nepřerušovaně spát bez přítomnosti nebo dopomoci rodičů. Zejména u malých dětí tyto potíže uvádějí rodiče, a údaje jsou tedy ovlivněny jejich očekáváními a představami o spánku dítěte. Ke splnění diagnostických kritérií je potřeba kromě údaje o narušeném spánku alespoň jeden denní projev svědčící o spánkové deprivaci. Diagnostická kritéria podle Mezinárodní klasifikace poruch spánku, 3. verze (4), jsou uvedena v tabulce 1. Diagnózu nespavosti lze stanovit nejdříve po 6. měsíci věku dítěte, kdy dochází k určité stabilizaci ve vývoji cirkadiálního rytmu a delší úsek spánku (obvykle 6 hodin) se soustřeďuje do noční doby (2).

■ Etiologie, typy insomnie

Chronická insomnie neboli primární insomnie se příčinami liší podle věku. U kojenců a batolat je nejčastější **porucha spánku z naučených asociací při usínání a porucha spánku z nedostatku režimu**. Oba typy insomnie se označují jako **behaviorálně podmíněná insomnie** a mají společný podklad – rodiče nevytvoří dítěti správný spánkový režim, který má být pravidelný a stabilní a je založen na tom, že dítě se má naučit usnout samostatně bez přítomnosti rodiče (4). Během nočních probouzení, která jsou zejména v kojeneckém věku běžná, je pak dítě schopno opět usnout samostatně a nesignalizuje své probuzení pláčem. Při poruše spánku z naučených asociací je usínání spojeno se specifickými podmínkami, které vyžadují přítomnost rodiče. Bez splnění těchto podmínek je spánek oddálen a pak narušen delšími nočními probouzeními spojenými s pláčem. Pokud dítě usíná mimo svou postel, v náruči, při houpání, kojení, krmení z lahve, při televizi, bude stejné prostředí nebo činnost vyžadovat během nočních probouzení. Uspávání se stává pro rodiče náročným a vyčerpávajícím (např. intenzivní houpání, uspávání při jízdě autem, v kočárku), mohou trpět chronickou spánkovou deprivací a narušeným vztahem k dítěti. U batolat dochází k narušování režimu nároky dítěte na prodloužení večerních aktivit a oddalování spánku. Nejvýznamnějším faktorem pro rozvoj nespavosti v této věkové kategorii je způsob uspávání, zacházení rodiče s dítětem při večerním usínání. Přítomnost rodiče při usínání, ukládání spícího dítěte do postýlky, pozdní čas ukládání (po 21. hodině) jsou spojeny podle některých studií s častým nočním probouzením a zkrácením doby spánku. Rovněž sdílení lůžka zhoršuje kvalitu spánku. Rolí hrají také genetické faktory (vyšší výskyt nespavosti v rodině), temperament dítěte, emoční rozpoložení v rodině, zejména výskyt úzkostné poruchy nebo deprese u matky (5). Variantou behaviorální nespavosti je **syndrom nočního**

Tabulka 1 Diagnostická kritéria chronické insomnie podle Mezinárodní klasifikace poruch spánku, 3. verze (4). Musí být splněna kritéria A–F.

A. Pacient nebo rodiče udávají nejméně 1 z těchto příznaků
1. potíže s usínáním; 2. potíže s udržením spánku; 3. předčasné ranní probuzení; 4. odpor k ulehnutí v pravidelnou dobu; 5. k usnutí a nepřerušovanému spánku je nutná přítomnost nebo asistence rodiče
B. Pacient nebo rodiče udávají nejméně 1 z těchto příznaků
1. únava, ospalost; 2. porucha soustředění, pozornosti, paměti; 3. narušení školní nebo pracovní výkonnosti, sociálních vztahů, rodinného života; 4. změna nálady, podrážděnost; 5. denní spavost; 6. změny v chování (hyperaktivita, impulsivita, agresivita); 7. snížení motivace, energie nebo iniciativy; 8. tendence k chybám nebo úrazům; 9. obavy spojené se spánkem, pocit nekvalitního spánku
C. Potíže nelze vysvětlit nevyhovujícími podmínkami nebo nedostatečnou příležitostí ke spánku
D. Potíže se vyskytují nejméně 3krát do týdne
E. Potíže trvají nejméně 3 měsíce
F. Potíže nelze odůvodnit jiným onemocněním



Věkové rozmezí	Doporučená délka spánku (hod.)
Do 4. měsíce	Velká variabilita
4 měsíce – 1 rok	12–16
1–2 roky	11–14
3–5 let	10–13
6–12 let	9–12
13–18 let	8–10

Tabulka 2

ujídání/upíjení, kdy dítě vyžaduje během nočních probouzení konzumaci potravy, nejčastěji mléka, obvykle ve větším množství. Behaviorální insomnie může přetrvávat do předškolního věku. Ve školním věku se vyskytuje podobně jako u dospělých insomnie, která je spojena s obavami, úzkostí a napětím v souvislosti se spánkem (**psychofyzilogická insomnie**). Strach z prodlouženého usínání navozuje emoční a fyzickou tenzi, která spánku zabraňuje. Zejména u dospívajících je **insomnie způsobena nedostatečnou spánkovou hygienou** – čas usínání a probouzení je měnlivý, postel není používána pouze ke spánku, dochází ke sledování elektronických přístrojů během nočních hodin, fyzické nebo psychické aktivity ve večerních hodinách (6).

■ Dlouhodobé důsledky nespavosti

Insomnie je spojena se zkrácením doby spánku nebo se snížením jeho kvality. Doporučená doba spánku pro jednotlivé věkové kategorie je uvedena v tabulce 2 (7). Při dlouhodobém zkrácení doby spánku dochází k poruchám pozornosti, chování a učení. Objevuje se hyperaktivita, porucha paměti, ospalost během dne, zhoršují se školní výsledky. Je patrná emoční labilita, agresivita, narušení sociálního života, může se rozvíjet deprese nebo úzkostná porucha (2,6). Podle současných poznatků jsou poruchy spánku v dětském věku spojeny s vyšším výskytem poruch emocí a nálady, zejména deprese, v dospívání a dospělosti (8). U dospívajících se zvyšuje riziko sebepoškozování, myšlenek na sebevraždu a sebevražedných pokusů. Častější je výskyt úrazů a nehod. Zkrácení doby spánku je rizikovým faktorem pro rozvoj hypertenze, obezity a diabetu mellitu (7).

Usínání – Má dítě problémy při usínání?
Spavost (nadměrná) během dne – Je dítě ospalé nebo spí během dne?
Probouzení během noci – Probouzí se dítě během noci? Z jaké příčiny?
Apnoe – Má dítě zástavy dechu ve spánku, chrápe?
Trvání spánku – Je trvání spánku dostatečné a režim pravidelný?

Tabulka 3 Základní anamnestický algoritmus pro poruchy spánku

■ Diagnostika

Diagnostika je založena na **anamnéze, vyšetření dítěte a spánkovém záznamníku**, do kterého rodiče nebo starší dítě vyplňují údaje o trvání spánku nejméně za dobu 14 dní. Anamnéza musí být cílená na zjištění spánkových poruch, pro pediatriickou praxi je doporučováno **5 základních otázek** (v angličtině uváděných pod akronymem BEARS – bedtime resistance, excessive daytime sleepiness, awakenings at night, regularity/duration of sleep, snoring) (1,2,9) (tabulka 3). Pomocným vyšetřením u insomnie je **aktigrafie**, která je založena na snímání pohybové aktivity přístrojem ve tvaru hodinek a poskytuje informaci o délce spánku a jeho rozložení během dne. Noční polysomnografie nebývá ve většině případů nutná. Důležitou součástí diagnostického postupu je **psychologické vyšetření**, podle potřeby také **psychiatrické vyšetření**. Insomnie může být také prvním příznakem syndromu neklidných nohou a může předcházet ostatní projevy až o několik let, proto se doporučuje zejména při motorickém neklidu při usínání a nočních probouzeních vyšetření **hladiny železa a ferritinu** (viz níže diferenciální diagnostika).

■ Diferenciální diagnostika

V kojeneckém a batolecím věku je nutno odlišit noční probouzení spojená s **gastroezofageálním refluxem, alergií na kravské mléko, jinou potravinovou alergií nebo chronickou otitidou** (9). Porucha spánku může být spojena také se **separační úzkostí**. U starších dětí a dospívajících je nutno zvažovat **insomii při psychiatrickém onemocnění** (depresi, úzkostné poruše, schizofrenii) (6,9). V adolescenci se nespavostí projevuje **zpožděná fáze spánku**, která je

Primární (chronická) insomnie
Insomnie jako projev jiné poruchy spánku
zpožděná fáze spánku, syndrom neklidných nohou, syndrom insuficientního spánku, obstrukční spánková apnoe
Insomnie u psychiatrických a neurologických onemocnění
ADHD, autismus, deprese, úzkostná porucha, genetické syndromy, epilepsie
Insomnie u somatických onemocnění
gastroezofageální reflux, alergická, revmatická, onkologická onemocnění
Poléková insomnie
stimulancia, inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, antikonvulziva, antihistaminika, nesteroidní antirevmatika, steroidy, betablokátory, teofylin, kodein...

Tabulka 4 Diferenciální diagnostika insomnie

poruchou cirkadiálního rytmu. Dochází ke změně časování spánku v důsledku odlišného nastavení biologických hodin – usnutí je posunuto do pozdějších nočních nebo v těžkých případech až do ranních hodin, ale spánek má normální délku s probouzením v dopoledních nebo odpoledních hodinách (4). Nespavost může být také prvním příznakem **syndromu neklidných nohou**, jehož projevy zejména menší děti nejsou schopny popsat. Ke stanovení této diagnózy přispívá pozitivní rodinná anamnéza (až v 80 %) a noční polysomnografie, která prokáže periodické pohyby končetinami ve spánku (5). Insomnie je velmi častou komorbiditou neurovývojových onemocnění (poruchy pozornosti s hyperaktivitou – ADHD, autismu) a může být jejich prvním nebo nejnápadnějším příznakem. Diferenciální diagnostika je shrnuta v tabulce 4.

■ Terapie

Výběr terapeutického postupu závisí na věku dítěte, tíži nespavosti a hlavních příčinných faktorech. Základem je **dodržování pravidel spánkové hygieny** (tabulka 5), ale jako samostatné opatření je obvykle nedostatečně účinné, proto je kombinováno s behaviorálními a psychotherapeutickými technikami, podáváním herbálních produktů a farmakoterapií. **Behaviorální přístupy** jsou léčbou



Pravidelná doba usínání a probouzení (u školních dětí rozdíl mezi víkendem a všedními dny < 1 hodina)
Příprava na spánek 20–45 minut (příjemné, uklidňující, stereotypní činnosti – „rituál“, tento rituál je jednosměrný – pravidla určuje rodič)
Naučit dítě usínat samostatně, bez přítomnosti rodičů od kojeneckého věku - od 3. měsíce ukládat dítě ospalé, ale bdělé do vlastní postýlky, vyhnout se asociacím usínání s kojením, houpáním, vhodný je náhradní objekt (hračka) za přítomnost rodiče - kojenci mají spát pouze na zádech
Vhodné prostředí ke spánku (pohodlná postel, teplota 20 °C, tichá místnost, lze povolit tlumené světlo). V ložnici dítěte nemá být televize ani počítač
Hodinu před spaním je nevhodná intenzivní fyzická, psychická aktivita, sledování televize, mobilního telefonu, počítače
Konzumace nápojů s obsahem kofeinu, energetických nápojů, alkoholu, čokolády a kouření 4–6 hodin před spaním
Denně přiměřená fyzická aktivita a expozice dennímu světlu

Tabulka 5 Základní pravidla spánkové hygieny

první volby (2). U malých dětí je doporučována řada technik pro navození samostatného usínání (10–12). Nejrychlejší, ale pro řadu rodičů obtížně použitelná je metoda, kdy se dítě nechá vyplakat, až samo usne, rodič ignoruje pláč dítěte, případně během nočních probouzení přichází zkontrolovat dítě, ale nebere je z postýlky ani na ně nemluví. Rodič může také zůstat v místnosti. Je možné vybrat i jiné, šetrnější postupy: rodič kontroluje plačící dítě v pravidelných intervalech, které se postupně prodlužují, rodič se postupně během několika dní vzdaluje od postýlky dítěte, až odejde z místnosti, rodiče postupně posunují dobu usínání na dřívější čas. Při nočních probouzeních může pomoci, když rodiče dítě probouzejí 15–30 minut před jeho spontánním probouzením. Základem úspěšnosti těchto metod je laskavý, ale důsledný přístup rodičů při zavádění režimových opatření. Efekt se obvykle projevuje během 2–3 týdnů. U batolat a předškolních dětí lze využít i motivaci odměnou za samostatné usnutí. Řada studií prokázala účinnost behaviorální terapie zejména u dětí do 5 let věku (13). Nežádoucí vliv na psychický a emoční vývoj dítěte nebyl zaznamenán, naopak dochází ke zlepšení kvality života dítěte (zlepšení spánku, nálady, sociálních schopností) a jeho rodičů (5,9). U starších dětí a dětí s neurovývojovými poruchami je efekt behaviorálních a psychoterapeutických opatření méně výrazný (13).

Farmakoterapie se podává na podporu režimových a behaviorálních opatření při výrazné insomnii, při nedostatečném efektu nebo neúčinnosti těchto opatření (3,9). Žádný lék není v této indikaci pro dětský

věk schválen (14). Chybí dostatek informací o účinnosti, snášenlivosti a bezpečnostním profilu používaných léků a jejich výběr se řídí zkušenostmi lékaře a věkem dítěte. Použití má být krátkodobé, se sledováním efektu a nežádoucích účinků (15). Obvyklou první volbou je podávání **melatoninu** nebo **antihistaminik 1. generace** (promethazin, bisulepin, hydroxyzin, cypraheptadin). **Melatonin** prokazoval nejdříve efekt v léčbě insomnie u dětí s jiným základním onemocněním (neurologickým, psychiatrickým) (16). V současnosti je nejčastěji podávaným lékem u dětské insomnie i bez komorbidních onemocnění a je považován za účinný a bezpečný při krátkodobém podávání (17). I když bezpečnost dlouhodobého podávání není jednoznačně ověřena, studie trvající 3–4 roky nezaznamenaly žádné významné nežádoucí účinky. Může se objevovat bolest hlavy nebo nauzea. Melatonin zkracuje usínání a prodlužuje dobu spánku. Dávka se pohybuje mezi 0,5–3 mg, u dospívajících až do 6 mg (u neuropsychiatrických onemocnění až 12 mg). Není jednoznačná shoda na dávkovacím schématu: aktuální doporučení uvádějí v indikaci hypnotika dávku 1–3 mg 30 minut před usnutím nebo 0,05 mg/kg 1–2 hodiny před usnutím (17,18). Léčba má trvat nejméně 4 týdny, doporučená celková délka terapie není stanovena. Podávání melatoninu je považováno za bezpečné již v kojeneckém věku (od 6. měsíce) (17).

Benzodiazepiny (nejčastěji clonazepam) jsou užívány méně často pro možné nežádoucí účinky (denní ospalost, ovlivnění kognice) a návykovost. U starších školních dětí a dospívajících lze podávat **zolpidem**

(5–10 mg) nebo **antidepresiva** v nízkých dávkách (mirtazapin 7,5 mg, trazodon 25–50 mg). Zejména u pacientů s jiným komorbidním onemocněním mohou mít efekt **antipsychotika** (risperidon, quetiapin). Při zvýšené motorické aktivitě při usínání a nočních probouzeních je popisován dobrý efekt **terapie železem** nebo **gabapentinem** (v počáteční večerní dávce 3–5 mg/kg, maximální dávka 15 mg/kg) (2,4,9). Předpokládá se, že insomnie u malých dětí může být v těchto případech prvním projevem syndromu neklidných nohou (5). Doporučovaná délka terapie není jednoznačná, obvykle jsou uváděny 3 měsíce, pak je vhodné kontrolovat hladinu železa a ferritinu, jehož hodnoty by měly být udržovány nad 50 µg/l. Při nočních probouzeních popisují někteří autoři také úspěšné použití prekursoru serotoninu, **5-hydroxytryptofanu** (1–2 mg/kg před usnutím), který je výživovým doplňkem (2,5). V některých případech mohou pomoci i **bylinné**, volně prodejné **přípravky**, mírný hypnogenní účinek byl prokázán u kozlíku a heřmánku (3).

Prevence

Rodiče mají být poučeni o správném spánkovém režimu již pro kojenecký věk. Utváří se cirkadiánní rytmus a signály od rodičů, že noc je obdobím klidu a spánku, jsou pro podporu tohoto vývoje nesmírně důležité. Dítě si má postupně osvojit schopnost samostatného usínání (tabulka 5). Dalším obdobím, v němž je kladen důraz na prevenci poruch spánku, je mladší školní věk, kdy je nutné informovat rodiče o tom, že hodinu před usnutím nemá dítě používat počítač, mobil nebo sledovat televizi a televize ani počítač nemají být v dětském pokoji.

Závěr

Poruchy spánku u dětí mají bez léčby tendenci k chronickému průběhu a přetrvávání do dospívání nebo dospělosti. Terapie je často náročná, protože vyžaduje změnu a dodržování režimových opatření. Farmakoterapeutické možnosti jsou pro dětský věk omezené, upřednostňován je melatonin. Velký význam má proto prevence, která má začínat již v kojeneckém věku a která spočívá v důsledném poučení rodičů o správném spánkovém režimu a jeho významu pro vývoj dítěte.



Literatura

- Brown KM, Mallow BA. Pediatric insomnia. Chest. 2016;149(5):1332-1339.
- Bruni O, Angriman M. Pediatric insomnia. In Nevšimálová S, Bruni O. Sleep disorders in children. New York: Springer, 2017:155-184.
- Owens JA, Babcock D, Blumer J, Chervin R, Ferber R, Goetting M et al. The use of pharmacotherapy in treatment of pediatric insomnia in primary care: rational approaches. A consensus meeting summary. J Clin Sleep Med. 2005;1:49-59.
- American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders. 3rd ed. Darien IL, USA: American Academy of Sleep Medicine, 2014.
- Bruni O, Angriman M. Pediatric insomnia: new insights in clinical assessment and treatment options. Arch Ital Biol. 2015;153(2-3):154-166.
- Příhodová I. Nespavost. In Příhodová I. Poruchy spánku u dětí a dospívajících. Farmakoterapie pro praxi. Praha: Maxdorf, 2013:45-57.
- Paruthi S, Brooks LJ, D'Ambrosio C, Hall WA, Kotagal S, Lloyd RM et al. Recommended amount of sleep for pediatric populations: A consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine. J Clin Sleep Med. 2016;12(6):785-786.
- Sadeh A, Tikotzky L, Kahn M. Sleep in infancy and childhood: implications for emotional and behavioral difficulties in adolescence and beyond. Curr Opin Psychiatry. 2014;27:453-459.
- Nunes ML, Bruni O. Insomnia in childhood and adolescence: clinical aspects, diagnosis and therapeutic approach. J Pediatr (Rio J). 2015;91(6 Suppl 1):526-535.
- Mindell JA, Kuhn B, Lewin DS, Meltzer L, Sadeh A. Behavioral treatment of bedtime problems and night awakenings in infants and young children. Sleep. 2006;29:1263-1276.
- Meltzer LJ. Clinical management of behavioral insomnia of childhood: treatment of bedtime problems and night awakenings in young children. Behav Sleep Med. 2010;8(3):172-189.
- Tikotzky L, Sadeh A. The role of cognitive-behavioral therapy in behavioral childhood insomnia. Sleep Med. 2010;11(7):686-691.
- Meltzer LJ, Mindell JA. Systematic review and meta-analysis of behavioral interventions for pediatric insomnia. J Pediatr Psychol. 2014;39:932-934.
- Mindell JA, Emslie G, Blumer J, Genel M, Glaze D, Ivanenko A et al. Pharmacological management of insomnia in children and adolescents: consensus statement. Pediatrics. 2006;117(6):e1223-e1232.
- Pelayo R, Dubik M. Pediatric sleep pharmacology. Semin Pediatr Neurol. 2008;15:79-90.
- Phillips L, Appleton RE. Systematic review of melatonin treatment in children with neurodevelopmental disabilities and sleep impairment. Dev Med Child Neurol. 2004;46(11):771-775.
- Bruni O, Alonso-Alconada D, Besag F, Biran V, Braam W, Cortese S et al. Current role of melatonin in pediatric neurology. Clinical recommendations. Eur J Paediatr Neurol. 2015;19(2):122-123.
- van Geijlswijk IM, van der Heijden KB, Egberts AC, Korzilius HP, Smits MG. Dose finding of melatonin for chronic idiopathic childhood sleep onset insomnia: an RCT. Psychopharmacology. 2010;212:379-391.



122 let
historie léčby
a péče
o děti

Vraťme spolu dětem zdraví!

- Poskytujeme odbornou zdravotní péči dětem od 1 do 18 let věku s opakovanými či chronickými onemocněními **dýchacích cest**, dětem s **obezitou**, s **poruchami výživy** a s **ortopedickými vadami**.
- Máme rozvinutý program komplexní ústavní péče dětem s **chronickými respiračními stavy spojenými s refluxní chorobou jícnu (RCHJ)**. Program představuje zavedenou metodu **rehabilitace bránice** vycházející z konceptu tzv. „dynamické neuromuskulární stabilizace“ (DNS). Je to neinvazivní účinná metoda zaměřená na zlepšení motoriky bránice (hlavního dýchacího svalu s významnou rolí v regulaci gastroesofageálního refluxu), která účinně zlepšuje antirefluxní roli bránice a zlepšuje koordinaci mezi bránicí, svalovým a skeletovým systémem hrudníku s orgány horní části zažívacího traktu.
- Léčebný pobyt je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Dětem do 6 let hraje zdravotní pojišťovna také doprovod rodiče.

Ambulantní lékař často mívá pro svého pacienta pouze několik minut; nemocniční lékař možná pár dnů. V Olivovně se mu (případně i jeho rodičům) věnujeme denně po dobu 5 týdnů!

V Olivovně pravidelně pořádáme odborné lékařské semináře, kulturní a společenské akce, jste zváni!



www.olivovna.cz



Olivovala dětská léčebna



323 619 103 (105), 736 754 332



Extraezofageální manifestace gastroezofageálního refluxního onemocnění z pohledu gastroenterologa

MUDr. Nabil El-Lababidi

Klinika dětského a dorostového lékařství, 1. LF UK a VFN, Praha

■ Definice pojmů

V souvislosti s gastroezofageálním refluxem (GER – GastroEsophageal Reflux) existují čtyři terminologické pojmy, které se v praxi často a nesprávně zaměňují. GER je na vůli nezávislý návrat žaludečního obsahu do jícnu za přítomnosti nebo bez přítomnosti regurgitací a/nebo zvracení. Pokud je GER provázen klinickými příznaky, dochází k poškození tkání nebo jsou přítomny obě skupiny příznaků, hovoří se o gastroezofageální refluxní chorobě (GERD – GastroEsophageal Reflux Disease). Jako refrakterní GERD se označují případy, kdy refluxní příznaky přetrvávají i přes optimální terapii trvající 8 týdnů. Tzv. „fyzilogický“ GER je regurgitace s klinickým korelátem ublinkávání u novorozenců a kojenců v důsledku nezralosti antirefluxních mechanismů. Tento fyziologický reflux se obvykle zmírňuje a ustupuje od 6. měsíce věku a vymizí mezi 12. a 18. měsícem. Za extraezofageální refluxní onemocnění (EER – ExtraEsophageal Reflux) se považují příznaky mimo gastrointestinální trakt, které jsou vyvolány GER.

■ Antirefluxní mechanismy a patofyziologie GERD

Antirefluxní mechanismy jsou dobře známy a popsány v literatuře. Některé z těchto mechanismů nejsou při narození vyzrálé a k jejich maturaci dochází až s přibývajícím věkem dítěte. Tyto mechanismy jsou dolní jícnový svěrač (LES – Lower Esophageal Sphincter), bránice obkružující jícen a Hisův úhel.

- LES je 1,0–3,5 cm dlouhý úsek cirkulární svaloviny, který se nachází v aborální části jícnu. LES udržuje klidový tlak v distálním jícnu vyšší o 10–45 mm rtuťového sloupce než v žaludku a činí pohyb bolusu orálním směrem ze žaludku do jícnu obtížným.
- Bránice obkružující jícen, za normálních okolností je umístěna zevně v okolí LES.

Bránice svými kontrakcemi při dýchání pomáhá udržovat tlakový gradient mezi jícnem a žaludkem.

- Hisův úhel je svíráán mezi jícnem a žaludkem. Fyziologicky je tento úhel ostrý a činí pohyb žaludečního obsahu do jícnu obtížným. U novorozenců a malých kojenců je, vzhledem k relativní krátkosti jícnu, tento úhel tupý, což vede k snadnějšímu výskytu fyziologického refluxu a ublinkávání.

Vzhledem ke komplexnosti a provázanosti antirefluxních mechanismů může dojít k jejich poruše na jakékoli úrovni, a tím k rozvoji GERD. K poškození sliznice jícnu dochází jen v důsledku korozivního účinku refluxátu. Mezi potenciálně korozivní složky žaludečního obsahu se řadí zejména kyselina chlorovodíková, pepsin, žluč a pankreatické enzymy.

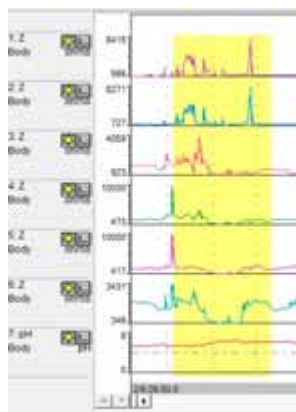
■ Klinické manifestace GERD

Za nejvíce akceptovanou klasifikaci GERD se považuje tzv. Montrealská klasifikace z roku 2006. Tato klasifikace dělí příznaky GERD na ezofageální a extraezofageální. Ezofageální projevy se dělí na symptomatické syndromy a na ty, u kterých dochází k poškození jícnu. Jednoznačně byla prokázána možná spojitost GER s pyrózou, retrosternálními bolestmi, regurgitacemi, dysfagií, Sandiferovým syndromem, odmítáním stravy, neprospíváním nebo váhovým úbytkem, celkovou dráždivostí, hematemézou, anémií, postprandiální plností a plynatostí. Extraezofageální příznaky se dělí na syndromy s prokázanou asociací a na ty, u kterých jsou asociace jen navrhovány. Asociace je považována za prokázanou u refluxního kašle, refluxní laryngitidy, refluxního astmatu a refluxních dentálních erozí. Asociace jsou navrhovány u faryngitid, sinusitid, idiopatických plicních fibróz a rekurentních zánětů středouší.

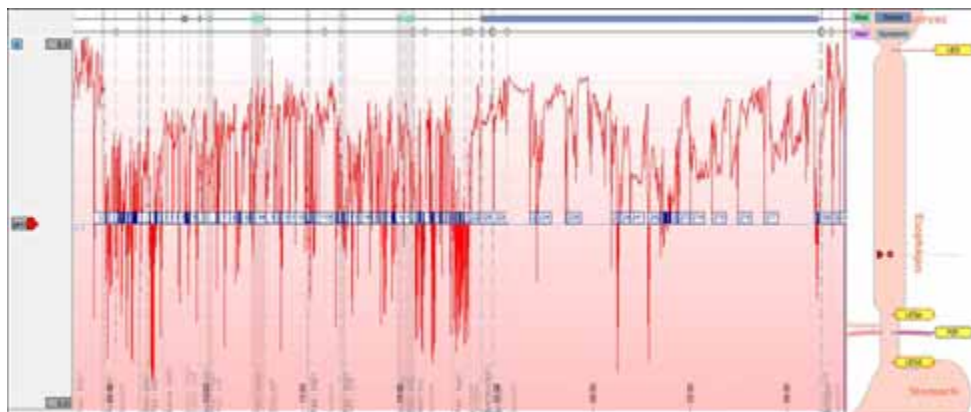
Vyhodnocení souvislosti GER s jakýmkoliv extraezofageálním projevem je velmi problematické. Studie, které se tím zabývají, často nejednoznačně definují GERD a sledované symptomy, různě definují stejné symptomy a onemocnění, používají nestandardizované metody k průkazu GER a obvykle zahrnují malý počet dětských pacientů. Dalším problémem je absence dobře navržených kohortových studií a chybění RCT (Randomized Controlled Trials – randomizované kontrolované studie) s dobře navrženými kontrolními skupinami při evaluaci efektu antirefluxní terapie při léčbě těchto příznaků.

Kontroverze ohledně možné souvislosti extraezofageálních příznaků a GER dosáhla takového stupně, že recentně (03/2018) vydaná doporučení ESPGHAN (European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition) a NASPGHAN (North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition) ohledně GERD nezahrnují extraezofageální příznaky z důvodu heterogenity symptomů a chybění jednoznačné metody k prokázání jejich vazby s pohybem žaludečního obsahu do jícnu.

Chronický kašel, chronická laryngitida a astma se dnes považují za multifaktoriální onemocnění, u kterých může GERD působit jako agravující faktor. Etiologický podíl GERD při absenci pálení žáhy nebo regurgitací na jakémkoliv z těchto příznaků nebo onemocnění se považuje za krajně nepravděpodobný. Výsledky četných studií zabývajících se léčbou těchto potíží izolovanou terapií GERD, ať už medikamentózní, nebo chirurgicky, jsou inkonzistentní a efekt terapie je nejistý. Asociace mezi GERD a dentálními erozemi se považuje za prokázanou. Poškozené zuby bývají citlivé na termické podněty a typicky je poškozen lingální a palatinální povrch zubů. GERD však není jedinou příčinou dentálních erozí a setkáváme se s nimi i u bulimiků v důsledku



Obr. 1 ukazuje detail refluxní epizody zaznamenané při MII-pH-metrii.



Obr. 2 dokumentuje souvislost kašle s kyselým GER u 13leté dívky.

opakovaně vyvolávaného zvracení. Typicky jsou u nich poškozené orální plošky horních předních zubů.

Navrhují se asociace mezi četnými respiračními a ORL příznaky a GERD. Mezi často proklamované návaznosti z respiračního hlediska patří aspirační pneumonie, plicní abscesy, bronchiektazie, idiopatická plicní fibróza, apnoické pauzy, ALTE (Apparent Life Threatening Event – příhoda jasně ohrožující život dítěte) a SIDS (Sudden Infant Death Syndrome – syndrom náhlého úmrtí kojenčete). Souvislost aspiračních pneumonií, plicních abscesů a bronchiektáz s GERD byla prokázána ve statisticky významném měřítku u neurologicky handicapovaných dětí, zejména u imobilních ležících jedinců s těžkými formami DMO (dětská mozková obrna). U jinak zdravých dětí nejsou výsledky jednoznačné. Existence kauzálního či agravujícího vztahu GER a plicní fibrózy je nejednoznačný. Úloha GER ve vyvolávání SAS (Sleep Apnea Syndrome neboli syndrom spánkové apnoe), ALTE nebo SIDS je rovněž kontroverzní.

Z ORL hlediska se u kojenčů často uvádí souvislost chrapotu, stridoru, insuficience Eustachovy trubice a rekurentních zánětů středouší s GER. U starších dětí pak souvislost parestezií v krku, chrapotu a sinusitid s tímto onemocněním. Souvislost těchto příznaků s GER nebyla podložena kvalitními studiemi a považuje se za nejednoznačnou. I přesto, že se v literatuře popisují příznaky a nálezy laryngofaryngeálního refluxu, tradičně udávané ORL příznaky se obvykle nacházejí při nepřítomnosti nálezu na laryngu. V případech přítomnosti nálezu na laryngu je tento nálezh často nespecifický a souvislost s GER bývá nepřesvědčivá.

Možnosti diagnostiky GER a evaluace vazby se zvažovanými extraezofageálními příznaky

K jednoznačnému průkazu a k hodnocení souvislosti sledovaného příznaku s GER se používá multikanálová intraluminální impedance s pH-metrií (MII-pH-Metry – Multichannel Intraluminal Impedance with pH-Metry). Mezi další diagnostické možnosti patří pH-metrie, RTG polykacího aktu, pasáže jícnem a evakuace žaludku, ezofagogastroduodenoskopie (EGDS) a terapeutický pokus pomocí inhibitorů protonové pumpy (PPI – Proton Pump Inhibitors). Každá z těchto metod má odlišné indikace a její výsledky poskytují specifické informace.

1. MII-pH-metrie: Toto vyšetření kombinuje dvě metody, a to multikanálovou intraluminální impedanci a pH-metrii. Měření impedance se děje pomocí 6 impedančních kanálů o známé vzdálenosti. Použití impedance umožňuje měření pohybu tekutin, tuhé stravy a vzduchu v jícnu a identifikaci nejen kyselého, ale i slabě kyselého a nekyselého refluxu. Přítomnost 6 impedančních kanálů o známé vzdálenosti umožňuje evaluaci i výšky refluxátu, a tím umožňuje evaluaci vazby mezi refluxem a zvažovanými extraezofageálními příznaky. pH-metrická komponenta sondy zaznamenává přítomnost kyselého refluxu, a tím umožňuje identifikaci druhu refluxátu zaznamenaného impedančními kanály. Sonda by měla být ponechána na místě po dobu alespoň 24 hodin, v některých případech i déle (např. při evaluaci apnoických pauz či ALTE). Vyhodnocování záznamů kratších

než 16 hodin je kontraproduktivní pro chybné propočítávání indexů softwarem. Z indexů mají klinický význam symptom index (SI, příznakový index) a symptom association probability (SAP, pravděpodobnost příznakové asociace). SI vyjadřuje procentuálně počet GER asociovaných příznaků s celkovou incidencí daného příznaku. Za významné se považují hodnoty nad 50 %. Tento index je vysoce senzitivní při nízké specifitě, což vede k možnosti falešné pozitivní výstupu. Za validnější údaj se považuje SAP. Software automaticky rozdělí MII-pH-metrický záznam na dvouminutové intervaly, ve kterých vždy hodnotí přítomnost refluxu a sledovaného symptomu. Tím vznikne čtyřpolní tabulka, ze které se vypočítává asociace za použití Fisherova exaktního testu. Při hodnotách přesahujících 95 % se považuje asociace daného příznaku s GERD za velmi pravděpodobnou.

2. Klasická pH-metrie: Klasická pH-metrie umožňuje posouzení přítomnosti, intenzity a vazby pouze kyselých refluxních epizod se sledovaným symptomem. Většina v praxi užívaných katetrů obsahuje jen jeden pH-metrický kanál, tím nelze posoudit výšku návratu refluxátu. Jediným validním parametrem při evaluaci pH-metrie je refluxní index (RI – Reflux Index), který udává v procentech dobu, po kterou je pH v distálním jícnu nižší než 4. Norma RI u dětí nad jeden rok je do 5 %, u dětí mladších 1 roku 10 %. Většina zvažovaných extraezofageálních refluxních příznaků je vyvolaná slabě kyselým nebo nekyselým refluxem, tím je využití uvedené metody v této indikaci značně omezené.



Na elektronický recept bude možné vyzvednout léky i v zahraničí



Na elektronické recepty bude možné vyzvednout si předepsaný lék i v zahraničí. Počítá s tím projekt, do něhož se zapojil Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) a koordinátor, kterým je Kraj Vysočina. Fungovat by měl od roku 2020.

Systém přeshraniční výměny elektronických receptů a informací o výdejích léků souvisí s projektem zavedení přeshraničních služeb eHealth. Ten by měl umožnit, aby i lékař v zahraničí mohl nahlédnout do základní anamnézy pacienta z jiného státu EU. Jde o tzv. patientský souhrn.

„Předávání údajů z elektronického receptu a vracení informací o výdeji eReceptů umožní předepsání v jednom členském státě EU a výdej léku v jiném členském státě,“ uvedla Renata Golasíková ze SÚKL.

„Pacient v zahraničí navštíví lékárnu, kde bude lékárníkovi prostřednictvím národního kontaktního místa zpřístupněn obsah elektronického receptu a lékárník léky vydá. Informace o výdeji odejde zpět do země vystavení eReceptu, a pokud to národní systém v dané zemi umožní, bude následně předepisující lékař o výdeji léčiv zpětně informován,“ popsala fungování systému. Náklady na jeho vývoj ze tří čtvrtin uhradí EU.

Elektronické recepty fungují od ledna a podle dat SÚKL představují 81 až 95 procent všech vydaných receptů. Za prvních šest měsíců jich bylo vydáno 29 miliónů.

Zdroj: novinky.cz, 3. 7. 2018

3. RTG polykacího aktu a pasáže jícnem: Pomocí tohoto vyšetření lze zhodnotit koordinaci a průběh polykacího aktu a přítomnost ev. anatomických odchylek, např. stenóz či striktur, útlaku jícnu zvenčí, střevních malrotací, achalázie jícnu a hiátové hernie. Toto vyšetření nelze použít k vyhodnocení přítomnosti či absence GER.

4. EGDS: Indikací EGDS je evaluace jícnu na přítomnost refluxní ezofagitidy či Barrettova jícnu. Tato metoda je obvykle vyhrazena pro děti s refrakterní formou GERD nebo s komplikovaným průběhem onemocnění. EGDS přispívá v diferenciální diagnostice, kdy může odhalit eozinofilní ezofagitidu, méně často Crohnovu chorobu či infekční ezofagitidu. K EGDS by se mělo také přistoupit vždy před eskalací terapie GERD. V průběhu vyšetření by se měl odebrat dostatečný počet biopstických vzorků z distálního i proximálního jícnu. EGDS se v dětském věku obvykle provádí v celkové anestezii. Vzhledem k nutnosti arteficiální myorelaxace nelze EGDS použít k vyhodnocení přítomnosti GER, ale jen jeho ev. následků.

5. Terapeutický pokus s PPI: Terapeutický pokus s PPI lze použít u starších dětí a adolescentů, kteří verbalizují typické příznaky GERD, a to zejména pyrózu a regurgitace. Efekt terapie lze při refluxních ezofageálních příznacích očekávat za 2–4 týdny a při zvažovaných extraezofageálních příznacích i za 8 týdnů. Verifikaci diagnózy je recidiva sledovaného příznaku po vysazení PPI. Postavení terapeutického pokusu v diagnostice EER je kontroverzní a není podpořeno kvalitními studiemi; dle recentních doporučení ESPGHAN a NASPGHAN by neměl být rutinně používán. V případě positivity terapeutického pokusu se doporučuje pokračovat v podávání efektivní dávky PPI po dobu 3–6 měsíců. Délku podávání je nutné vždy hodnotit individuálně. V případě přetrvávání refluxních příznaků i přes adekvátní terapii je nutné rozšířit diferenciálnědiagnostickou rozvahu a doplnit cílená vyšetření k objasnění etiologie obtíží.

6. Jiné metody:

a) Sonografie kardioezofageální junkce: Rutinní používání sonografie kardioezofageální junkce k evaluaci přítomnosti

GER by se nemělo provádět. Vyšetření obvykle probíhá po dobu 5, maximálně 10 minut a při něm lze zachytit refluxní epizodu. Záchyt refluxní epizody GER nepotvrzuje a jeho absence ho taktéž nevylučuje.

b) Bronchoalveolární laváž: Dlouhodobě se diskutuje úloha BAL v diagnostice mikroaspirací. Často zmiňovaná přítomnost lipofágů v aspirátu jako průkaz GERD je málo senzitivní a specifická. Lipofágy by se neměly používat jako biomarker GER a ke stanovení diagnózy. Podobně hodnocení přítomnosti laktózy, glukózy či pepsinu v BAL je kontroverzní a jejich role v diagnostickém procesu nebyla podložena žádnými kvalitními studiemi. BAL by se neměl rutinně získávat při evaluaci GERD; při interpretaci jeho výsledků je nutná obezřetnost a hodnocení v kontextu potíží a ostatních nálezů u pacienta.

c) Stanovení pepsinu ve slinách: Studie hodnotící diagnostickou hodnotu stanovení pepsinu ve slinách v porovnání s MillipH-metrií prokázaly značné omezení senzitivity tohoto vyšetření v souvislosti s vybranou cut-off koncentrací pepsinu ve slinách. Dle recentních doporučení by se vzhledem k nízké senzitivitě neměla tato metoda používat ke stanovení diagnózy GER.

d) Kontinuální monitorace přítomnosti bilirubinu v jícnu: Klinické používání této metody je značně limitováno dietními omezeními v průběhu vyšetření, což vede k omezení její senzitivity a specifity. Používání této metody se v klinické praxi nedoporučuje.

Terapie GERD

Terapeutické možnosti GERD jsou nefarmakologická léčba, medikamentózní terapie a chirurgická léčba.

• Nefarmakologická léčba GERD:

Neexistují kvalitní studie, které by jednoznačně prokázaly efekt režimových opatření u novorozenců, kojenců a malých batolat. Podobně nebyly u předškolních dětí a dětí mladšího školního věku publikovány studie, které by studovaly efekt režimových opatření. Empiricky lze doporučit jen dietu s omezením potravin a tekutin vedoucích ke snížení tonu LES.

V adolescenci se doporučují stejná opatření jako u dospělých: redukce hmotnosti při



nadváze a obezité, omezení konzumace tučných a mastných pokrmů před ulehnutím na lůžko a v případě kouření přestat kouřit. Často je diskutována úloha rehabilitace a fyzioterapie směřující k posílení dolního, méně často horního jícnového svěrače. Jedná se o poměrně nové metody a jejich efekt nebyl dostatečně prokázán žádnými kvalitními studiemi. Cviky se zaměřením na LES směřují na posílení inspiračního svalstva a bránice, a tím k jeho zesílení. Na druhé straně Shakerova metoda se zvedáním hlavy by měla vést k posílení horního jícnového svěrače, a tím ke zlepšení refluxních příznaků. Obě tyto metody se i přes absenci jednoznačně prokázaného efektu považují za bezpečné a není námitek proti jejich používání v klinické praxi.

• Farmakoterapie EER:

Z medikamentů se v terapii EER nejčastěji používají PPI, méně často H_2 antagonisté a prokinetika.

- PPI jsou v dnešní době nejrozšířenější skupinou léků v terapii GERD v dětském věku. PPI jsou mnohem efektivnější než blokátory H_2 receptorů (H_2RA – H_2 Receptor Antagonists). U dětí mladších 1 roku by mělo být podávání PPI vyhrazeno pro případy s prokázanou refluxní ezofagitidou. Rutinní podávání PPI dětem mladším 1 roku věku „na zkoušku“ by se nemělo provádět. Při rozhodnutí o ukončení terapie PPI by se měla jejich dávka postupně redukovat. Při náhlém vysazení může dojít k tzv. rebound fenoménu s nadprodukcí kyseliny chlorovodíkové žaludkem. Mezi možné nežádoucí účinky dlouhodobé terapie PPI patří bolesti hlavy, zvýšené riziko komunitních pneumonií, virových gastroenteritid, kandidemií, akutní intersticiální nefritidy a nekrotizující enterokolitidy (NEC, Necrotizing Enterocolitis) u nedonošených.
- H_2RA : Tato skupina léků by měla být používána v léčbě GERD u dětí jen v případě nedostupnosti PPI či kontraindikaci jejich podávání. Z důvodu vzniku tachyfyaxe a navození tolerance by se H_2RA neměly podávat po dobu přesahující 6 týdnů. H_2RA se považují za méně účinné v porovnání s PPI.
- Prokinetika: Použití prokinetik v klinické praxi by mělo být vyhrazeno dětem s prokázanou poruchou motility žaludku, a to zejména při gastroparéze a poruše evakuace žaludku. Mezi používaná pro-

kinetika patří metoklopramid a domperidon. Efekt domperidonu u dětí nebyl přesvědčivě prokázán. V minulosti se hojně používal cisaprid, který byl z bezpečnostních důvodů stažen z evropských trhů a jeho výroba byla ukončena. Rozsáhlému a rutinnímu používání prokinetik brání vysoká četnost výskytu nežádoucích účinků. S metoklopramidem se obvykle pojí letargie nebo naopak podrážděnost, gynekomastie, galaktorea, extrapyramidové příznaky a tardivní dyskineze. S domperidonom se pojí extrapyramidové příznaky.

• Chirurgická léčba GERD:

Chirurgické zákroky jsou rezervovány pro nejtěžší formy GERD, kdy je ohrožen život pacienta nebo hrozí trvalé poškození organismu komplikacemi GERD. K chirurgickému řešení se přistupuje až po selhání konzervativních terapeutických možností. Mezi další indikace chirurgického řešení GERD patří chronická onemocnění, např. neurologické postižení a cystická fibróza, u kterých je vysoké riziko rozvoje komplikací v souvislosti s GERD. Chirurgická léčba by měla být také zvažována při nutnosti používání chronické medikace k potlačení symptomů GERD. Před přistoupením k chirurgické terapii by měla být vždy provedena široká škála vyšetření k vyloučení ev. jiných onemocnění, která by mohla svým průběhem napodobovat GERD. Nejčastější chirurgické zákroky ve spojení s GERD jsou fundoplikace dle Nissena a semifundoplikace dle Ochua. U kojenců a menších dětí se obvykle volí otevřený přístup, u starších dětí naopak laparoskopický. Chirurgická terapie GERD však není bez rizik a možných komplikací. Z časového hlediska je lze rozdělit komplikace na časné a pozdní. Časné komplikace jsou vzácné a patří mezi ně hnisání operační rány nebo její dehiscence a časný ileózní stav. Mezi pozdní komplikace patří ileózní stavy, rozvoj paraezofageální hernie, recidiva refluxních potíží a příliš těsná manžeta. Fundoplikace také může selhat a být afunkční.

Tato článek vznikl za podpory grantu
Ministerstva zdravotnictví ČR
RVO VFN 64165/2012.

Prodej léků s pseudoefedrinem bude od července ještě více omezen a evidován

Léky, které obsahují pseudoefedrin a mohou být využity k výrobě drog, budou od července vydávány v lékárnách pouze přes elektronický registr a pacienti si budou moci během týdne vyzvednout léčiva obsahující maximálně 900 miligramů pseudoefedrinu. Oznámilo to v pátek ministerstvo vnitra, které změnu prosadilo ve spolupráci s resortem zdravotnictví, Státním ústavem pro kontrolu léčiv a Národním protidrogovou centrálu.

Úřady nejprve oslovily výrobce přípravků s obsahem pseudoefedrinu, jejichž výdej není vázán na lékařský předpis, aby požádali o změnu způsobu výdeje léků, mezi nimiž jsou Paralen Plus, Nurofen StopGrip, Modafen, Robicold Rapid či Grippecton. Seznam léčiv, kterých se omezení dotkne, naleznete zde: <http://www.sukl.cz/leciva/pripravky-obsahujici-pseudoefedrin-vydavane-bez-lekarskeho>

Ačkoliv naprostá většina látek zneužívaných k výrobě pervitinu v ČR je nelegálně dovážena ze zahraničí, v malých laboratořích je získáván i z léčivých přípravků vydávaných v tuzemských lékárnách bez lékařského předpisu.

„V systému je aktuálně možné si v několika lékárnách v jeden den vyzvednout více balení léků s obsahem pseudoefedrinu a tyto následně zneužít k výrobě drog,“ přiznalo ministerstvo.

Dál se prokážou občankou

„Pro pacienty se nic nemění. Při výdeji léčiva se prokážou občanským průkazem tak jako nyní. Zápis identifikačních údajů však bude proveden do Registru pro léčivé přípravky s omezením, nikoliv do vnitřní evidence lékárny, jako tomu bylo doposud,“ uvedla ke změnám zastupující ředitelka Státního ústavu pro kontrolu léčiv Irena Storová. Léky nebude možné objednat ani přes internet.

„Jde o další krok v komplexu řešení kriminality spojené s metamfetaminem. Za posledních 10 let došlo v České republice nejen k nárůstu problémových uživatelů pervitinu, roste bohužel i spotřeba této drogy,“ uvedl náměstek ministra vnitra Jiří Nováček.

Zdroj: novinky.cz, 29. 6. 2018



Včasná infekcia – stála výzva neonatológov

MUDr. Eva Veselková, MUDr. Daniela Vadkerti, doc. MUDr. Darina Chovancová CSc.

Novorodenecká klinika M. Rusnáka LF SZU a UNB Bratislava

Dieťa je z rizikovej gravidity, v ktorej bola matka opakovane preliečená pre výtoky. V 31. gestačnom týždni bola pre bolesti v podbrušku a metrorágiu hospitalizovaná vspádovej nemocnici. Pri prijímaní je v tamponé pošvy aj v moči zachytený *Streptococcus agalactiae*, je podaná peripartálna profylaxia Cefuroximom, tokolytická liečba a kompletná kortikosteroidná príprava zrelosti pľúc. Dieťa sa rodí pre hroziacu asfyxiu akútnou sekciiu po predčasnom odtoku plodovej vody. Pôrodná hmotnosť 1750g, Apgarovej skóre 3/7, pup. pH 7,26, BE -7,5 mmol/l, pupočníkové CRP 27 mg/l. V pôrodnej sále bolo dieťa resuscitované s frakciou inšpirovaného kyslíka (FiO_2) až 100 %, následne bolo napojené na distenčnú liečbu prostredníctvom N-CPAP. V druhej hodine života po príchode transportného tímu muselo byť zaintubované s podaním surfaktantu (Curosurf 274 mg/kg) s poklesom FiO_2 na 30 %. Hypotenzia bola korigovaná bolusom kryštaloïdov a pre podozrenie na včasnú infekciu dieťa dostalo Ampicilín i.v. Následne bolo dieťa transportované na špecializovanú jednotku intenzívnej starostlivosti v pericentre. Pri prijatí bolo dieťa na umelej pľúcnej ventilácii, v popredí výrazné edémy s početnými hematómami na celom tele a napätou brušnou stenou, tachykardia (190/min), hypotenzia (TKs 24 mm Hg). V laboratórnych vyšetreniach bola prítomná

závažná leukopénia s posunom doľava (Le 1,24, IT 0,75, SS 3bb.), zvýšené zápalové markery (CRP 30,87, PCT 3,98) aj hepatálne testy, hypoalbuminémia a laktátová acidóza, v krvnom obraze anémia (Hb 109, Ht 0,328). Po zavedení centrálnych vstupov sme hypotenziu korigovali bolusom kryštaloïdov, následne bola indikovaná katecholamínová podpora a transfúzia erymasy. Acidózu sme korigovali bikarbonátmi (pH 7,118, BE -13,0, laktát 7,44). Pre podozrenie na včasnú infekciu podávame dvojkombináciu Ampicilín, Gentamycin. Pre závažný klinický stav a trombocytopéniu (Tr 65 tis.) nebolo možné realizovať lumbálnu punkciu. V ďalšom priebehu hospitalizácie dochádza k leukocytóze (58,82 tis.), naďalej stúpajú zápalové markery (CRP 116,88 mg/l), trombocytopénia aj anémia sa postupne upravili. V kultivácii výteru z vonkajšieho zvukovodu je masívne prítomný *Streptococcus agalactiae*. Na základe klinického stavu a výsledkov laboratórnych aj mikrobiologických vyšetrení predpokladáme, že ide o včasnú infekciu, ktorej etiologickým agensom je *Streptococcus agalactiae*. Po 48 hodinách meníme empirickú liečbu na cielenú, podávame vysoké dávky G-PNC (14 dní) v kombinácii s Gentamycínom (7 dní). Klinický stav sa zlepšuje, na 4. deň môže byť dieťa extubované cestou distenčnej liečby, ktorú vyžaduje ešte 5 dní. Postupne ukončujeme aj

katecholamínovú podporu, klesajú zápalové markery. V ďalšom priebehu pre podozrenie na kŕčovú aktivitu (sacie automatizmy) sme dieťa monitorovali pomocou amplitúdového EEG, na ktorom bol zachytený stredne závažný patologický záznam s diskontinuálnou krivkou, bez jednoznačných kŕčových grafoelementov. Nasadzujeme liečbu phenobarbitalom. Lumbálnou punkciou sme získali hemoragický likvor, kultivačne bol sterilný, antigény boli vzhľadom na prítomnosť krvi nehodnotiteľné. Ultrazvukovým vyšetrením mozgu sme potvrdili intraventriculárne krvácanie 2.-3. stupňa s patologickými prietokmi a zvýšenú echodenzitu parieto-occipitálne. Na kontrolnom USG mozgu dochádza k progresii dilatácie oboch komôr s rozvojom posthemoragického hydrocefalu s intrakraniálnou hypertenziou. Po konzultácii s neurochirurgom bola odporučená odľahčovacia komorová punkcia, po ktorej sa nález na USG mozgu stabilizuje, dochádza k zástave patologického rastu hlavičky, neurologické vyšetrenie je bez topickej symptomatológie, bez prejavov intrakraniálnej hypertenzie. Dieťa po 45 dňoch prepúšťame do domácej starostlivosti. Vo veku 3 rokov má dieťa nerovnomerný psychomotorický vývin, vývin reči napreduje, pre hypacusis perceptiva bilat. dieťa dostalo načúvaci prístroj. Navštevuje špeciálnu škôlku pre deti s poruchami sluchu.

Obr. 1. USG mozgu s odliatakovými hematómami v komorách obojstranne (archív kliniky)





Napriek výrazným pokrokom, ktoré starostlivosť o novorodencov v posledných rokoch zaznamenala, predstavujú infekcie hlavnú príčinu neonatálnej morbidity a mortality. Výskyt novorodeneckých infekcií je 1–5 na 1000 donosených novorodencov a významne narastá v skupine predčasne narodených detí a novorodencov s veľmi nízkou pôrodnou hmotnosťou (VLBW 40–50, ELBW 300–400 z 1000 narodených). Podľa nástupu klinických príznakov sa infekcie novorodencov delia na včasné a neskoré. Včasné infekcie sa manifestujú do 72 hodín po narodení. Príčinou vzniku včasnej infekcie môže byť široká škála patogénov, no najčastejšími vyvolávateľmi ochorenia sú *Streptococcus agalactiae* a *Escherichia coli*. Na vzniku včasnej novorodeneckej infekcie sa podieľajú mnohé faktory zo strany matky aj zo strany novorodenca. Hlavným rizikovým faktorom včasnej infekcie novorodencov je kolonizácia matky niektorým zo sérotypov *Streptococcus agalactiae*. Ďalšími významnými rizikovými faktormi sú chorioamnionitída, febrilita matky počas pôrodu, predčasný odtok plodovej vody a prematurita novorodenca. Diagnostika ochorenia je zložitá, keďže klinický obraz je veľmi variabilný a často nešpecifický. Najčastejšie sa manifestuje ako sepsa (50–55 %), meningitída (30 %) a pneumónia (15 %). Diagnostika ochorenia sa opiera o anamnézu so zameraním na rizikové faktory, vyšetrení krvného obrazu a jeho diferenciálneho rozpočtu, stanovenie I/T indexu (I/T index > 0,2 vysoké riziko infekcie), reaktantov akútnej fázy zápalu a mikrobiologické vyšetrenie (hemokultúra, stery zo

Tab. 1

INDIKÁCIE INTRAPARTÁLNEJ ANTIBIOTICKEJ PROFYLAXIE

- predchádzajúce dieťa s invazívnou GBS infekciou
- GBS bakteriúria alebo infekcia močových ciest behom tehotenstva
- pozitívny kultivačný skrining na GBS vykonaný v 35.–37. týždni tehotenstva
- neznámy GBS stav a súčasne prítomný jeden z rizikových faktorov:
 - pôrod pred 37. týždňom tehotenstva
 - PROM ≥ 18 hodín
 - teplota matky počas pôrodu ≥ 38 °C
 - pozitívny test na GBS intra partum

Polin, 2012

slizničných povrchov, mozgomiechový mok). Pri podozrení na včasnú infekciu je nutné okamžite po odobratí biologického materiálu na mikrobiologické vyšetrenie zahájiť empirickú antibiotickú liečbu. Americká pediatriká spoločnosť spolu s európskymi pediatrickými spoločnosťami odporúčajú ako liek prvej voľby kombináciu ampicilínu s gentamycínom. Dôležitá je rýchla zmena na cielenú antibiotickú liečbu podľa výsledkov mikrobiologických vyšetrení. V liečbe infekcie *Streptococcus agalactiae* je liekom voľby penicilín, *Escherichia coli* a ostatné gramnegatívne baktérie sú dobre citlivé na ampicilín. Dĺžka liečby závisí od pôvodu ochorenia a klinického priebehu. Nekomplikovaná sepsa sa lieči 10 až 14 dní, meningitída 21 a viac dní. V prípade nepotvrdennej infekcie (úprava klinického stavu, negatívne zápalové markery a hemokultúra) je nutné ukončiť ATB liečbu v čo najkratšom čase, obvykle 48–72 hodín po jej zahájení.

Počas liečby je vhodné monitorovať koncentráciu gentamycínu v krvi. GBS kolonizácia matky predstavuje omnoho vyššie riziko vzniku včasnej infekcie novorodenca ako akékoľvek iné rizikové faktory. Rozvinutá včasná infekcia je väčšinou ťažko liečiteľná. Rýchlo dochádza k cirkulačnému zlyhaniu, ktoré je refraktérne na liečbu. Prevencia je najvhodnejším riešením včasných infekcií novorodenca. Metódou voľby je intrapartálna antibiotická profylaxia. Indikácie intrapartálnej profylaxie (tab. 1) – hlavnými zásadami intrapartálnej profylaxie je ne-liečiť bezpríznakové nosičstvo, keďže po ukončení ATB liečby u 2/3 žien prebehne rekolonizácia. ATB profylaxia je dostatočná, ak sa vykoná viac ako 4 hodiny pred pôrodom. Dôležitý je výber vhodného liečiva. Liekom 1. voľby je G-penicilín, pri alergii sa používa klindamicín, cefazolín alebo vakomycín.

Obr. 2. USG mozgu s rozvojom posthemoragického hydrocefalu (archív kliniky)





Úskalí určení pohlaví novorozence na porodním sále

MUDr. David Frejlich, MUDr. Milena Dokoupilová

Neonatologie, Nemocnice Hořovice

Kongenitální adrenální hyperplazie je známé screenované onemocnění⁽¹⁾, jehož průběh a prezentaci můžeme očekávat v několika různě závažných variantách. V situaci, kdy již několik vteřin po narození identifikujeme indifferenční genitál dítěte, může vzniknout jednoduchá výzva, jak daný problém prezentovat rodičům. Pokud je navíc neonatolog zaměstnán zajišťováním základních životních funkcí novorozence, který se vyrovnává s ne příliš hladkým průběhem porodu, je lékařova kapacita na taktické vyjadřování značně oslabena. Pro nezkušeného tak vzniká riziko v podobě chybného postupu příliš časného, a především špatného určení pohlaví dítěte.

Incidence této skupiny autozomálně recesivních poruch syntézy steroidních hormonů se v České republice pohybuje kolem 1 : 12 000, což při současném počtu živě narozených dětí činí téměř 10 postižených v jednom roce⁽²⁾. Pro představu ještě uveďme, že ÚZIS evidoval v roce 2014 celkem 39 dětí s diagnózou Q61 – Neurčené pohlaví a hermafroditismus⁽³⁾.

Kazuistika se týká novorozence z fyziologického těhotenství, které probíhalo bez zásadních obtíží. Matka porodila v termínu císařským řezem, jednalo se o stav po sekci. Byl vybaven eutrofický novorozenec s prodlouženou poporodní adaptací s nutností aplikace distenční podpory. Bezprostředně po narození dítěte ošetřující lékař identifikoval nejednoznačně určitelný genitál a popsal ho jako kratší penis se slepým vyústěním uretry na vrcholu glans, penoskrotální hypospadii a dále pigmentované zřasené skrotum s nehmátnými varlaty. Podle stupnice Prader scale tento nálezní odpovídá stupni IV. V somatickém nálezu bylo dítě bez dalších odchylek. Dle prenatalního ultrazvukového vyšetření obvodní gynekolog určil pohlaví plodu jako ženské. Proto došlo na porodním sále k zásadnímu překvapení rodičky a jejímu značnému naléhání na okamžité určení pohlaví. Vzhledem k soustředění lékaře na poskytování adekvátní péče k úpravě popo-

rodní adaptace novorozence nebyl prostor pro vyjednávání a pohlaví dítěte bylo určeno jako mužské.

Po transportu na oddělení navazovala distenční terapie, dítě se postupně ventilačně stabilizovalo a podpora nCPAP byla během prvních hodin života ukončena. Zároveň byl zahájen dokrm pro hraniční vstupní glykémii.

Vzhledem k počátečním pochybnostem při určování pohlaví a nesouladu s prenatalním nálezem došlo ve 12. hodině života dítěte k odběru periferní krve ke stanovení karyotypu. Výsledky jsou obvykle dostupné do 72 hodin, ovšem pokud máme zájem určit z karyotypu pouze pohlaví, je laboratoř schopna gonozomy znát již po 48 hodinách. V našem případě byla periferní krev odeslána před víkendem, karyotyp byl k dispozici až čtvrtý den a laboratoř potvrzen až pátý den po odeslání vzorku. Výsledek se shodoval s prenatalně stanoveným ženským pohlavím. Zároveň byla vyšetřována a potvrzena diagnóza kongenitální adrenální hyperplazie. Jednalo se o variantu bez solné poruchy, s hladinou 17-OH progesteronu 112 nmol/l. Pohlaví dítěte bylo od této chvíle vedeno jako ženské a zahájila se substituční terapie v kombinaci hydrokortizonu a fludrokortizonu. Po stanovení diagnózy následovalo vyšetření gynekologem, který popsal genitál jako peniformní klitoris s přetžitelným prepuciem, dále hypospadické vyústění uretry a labioskrotální valy bez hmatných gonád. Vyústění urogenitálního sinu nebylo jasně patrné. Na ultrazvukovém vyšetření popsal dělohu 31 × 15 mm, bez spolehlivě zobrazených gonád.

Pro úplnost ještě dodejme, že určení pohlaví je dáno nejen podobou zevního genitálu, vnitřními pohlavními žlázami a chromozomálně, ale i později – psychosexuálním citěním jedince. Matriční zápis sám o sobě nevytváří něčí pohlavní příslušnost, jen ji deklaruje na podkladě údajů, který vyplývá z hlášení o porodu⁽⁵⁾.

Společenskou dohrou pak byla nepříjemná situace, kdy došlo k diskrepanci v evidovaných dětech u zdravotní pojišťovny a také k tomu, že sociální pracovnice s odstupem 4 měsíců oslovila rodiče a vyzvala je, aby doložili, co se stalo se zmizelým chlapcem. Pochybnosti úřadu vyřešilo potvrzení z porodnice dokládající narození jednoho dítěte, u kterého došlo ke změně v registraci pohlaví.

Prezentovaný příběh není rekapitulací patofyziologie, ale především rozvahou, která by měla napomoci všem, kdo podobné situaci čelí poprvé. Při určování pohlaví dítěte na porodním sále může lékař stát před rizikem, že zvolí špatně. V takovou chvíli nesmí podlehnout nátlaku, ale měl by se uchýlit k možnosti neurčit pohlaví vůbec. Je žádoucí vytvořit dostatečný prostor k dovyšetření a vyvarovat se rozhodování ještě před dostupností výsledku karyotypu. Přípustnou variantou se jeví nechat rozhodnout pár, zda riziko chyby podstoupí. Rodiče je třeba uklidnit, informovat a rozumně formulovat, proč pohlaví miminka nelze bezprostředně po porodu spolehlivě určit. První výsledek z vyšetření přispívajících k objasnění intersexu je k dispozici z odběru periferní krve obvykle do 72 hodin. Vytváří se tím informační vakuum, které v danou chvíli pro matku i otce dítěte znamená nejistotu, ale ve finále ušetří rodiče velmi nepříjemného zmatku.

■ Literatura

- (1) <http://www.novorozeneckyscreening.cz/kongenitalni-adrenalni-hyperplazie-cah>.
- (2) Český statistický úřad: Pohyb obyvatelstva – rok 2017. <https://www.czso.cz/csu/czso/cr/pohyb-obyvatelstva-rok-2017>.
- (3) Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Vrozené vady u narozených v roce 2013–2014, ISBN 978-80-7472-159-5.
- (4) Kříž J. Poruchy sexuální diferenciaci. Urol List. 2007;5(1):12–15.
- (5) <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-301>.



Vrozená kožní kandidóza

**MUDr. Veronika Karádyová¹, prim. MUDr. Štěpánka Čapková²,
prim. MUDr. Miloš Černý¹**

¹ Novorozenecké oddělení s JIRP, Gynekologicko-porodnická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

² Dermatologické oddělení pro děti, FN Motol, Praha

■ Úvod

Toto vzácné vrozené kožní onemocnění bylo dosud popsáno jen v několika desítkách kazuistik (1). Infekce se přenáší vzestupnou cestou od matky (2,3). Poševní kolonizace těhotných žen různými druhy kandidy se pohybuje mezi 10–35 %, přesto je výskyt vrozených kožních infekcí u novorozenců minimální (1). Příčina rozvoje infekce není dosud objasněna. Jako rizikový faktor se udává přítomnost nitroděložního tělíska nebo cerkláž děložního hrdla (1,5). Vzhledem k tomu, že se jedná o intrauterinní infekci, první příznaky se objevují do 72 hodin od porodu (1). Na kůži se objeví difúzní exantém. Začíná jako makulopapulózní, pak přechází do vesikulopustulózního stadia. Ke konci se vytvoří krusty a v průběhu několika dní dojde ke zhojení a úplné regresi nálezu. Exantém je difúzní, včetně vlasové části hlavy, ale může vynechat dlaně, plosky a sliznice (4). Kongenitální kožní kandidóza se vyskytuje především u donošených dětí, u kterých má benigní průběh a ke zhojení dojde i bez léčby (3,4). Novorozenci s velmi nízkou porodní hmotností jsou rizikovou skupinou pro diseminaci infekce kvůli nezralému imunitnímu systému a často kompromitované kožní

bariře (1,4). Při systémové infekci může dojít k hepatálnímu a respiračnímu selhání s fatálním koncem (1). V tomto případě musí být zahájena celková léčba antimykotiky a prognóza je nejistá (1,3,5). Délka lokální terapie se řídí zhojením kožního nálezu, u systémové terapie se doporučuje 21–28 dní (1).

■ Kazuistika

Donošený eutrofický chlapec se narodil v porodnici nemocnice 1. stupně. Matka měla během této třetí gravidity gestační diabetes na dietě, překonala virový infek, opakovaně měla výsev herpes labialis a dvakrát přeléčenou vaginální kandidózu. Prenatální screeningová vyšetření na lues, HIV, HBsAg a GBS byla negativní. Čirá plodová voda otekla 3 hodiny před porodem. Chlapec se narodil spontánně, záhlavím, ve 40. gestačním týdnu, vážil 4060 g a měřil 50 cm. Poporodní adaptace byla bezproblémová. Již při narození byly difúzně na kůži přítomné mnohočetné eroze různé velikosti, některé měřily několik milimetrů, největší do 1 cm v průměru. Na oddělení byl kardiopulmonálně stabilní. Glykémie měl opakovaně v normě. Vzhledem k nejasnému exantému

byl k dalšímu dovyšetření přeložen na naše oddělení.

Chlapce jsme přijali na JIRP ve věku 6 hodin. Na kůži celého těla mimo dlaně, plosky a sliznice měl makulopapulózní exantém (obr. 1) a několik puchýřků vyplněných žlutavou tekutinou se zarudlou spodinou a zarudlým lemem v okolí, které nechyběly ani ve vlasové části hlavy (obr. 2 a 3).

Kardiopulmonálně byl zcela stabilní a nevyžadoval ventilační ani oběhovou podporu. Dermatologem byla stanovena pracovní diagnóza kongenitální herpetické infekce. Pacientovi jsme pro obtížné zajištění periferního venózního katetru zajistili centrální žilní přístup cestou umbilikální vény. Základní odběry nesvědčily pro bakteriální infekci. CRP i prokalcitonin byly negativní. V krevním obraze byl normální počet leukocytů bez posunu doleva. Byla odebrána hemokultura, vstupní výtěry včetně stěru na kultivaci z puchýřku a krev na PCR vyšetření. Chlapce jsme zajistili acyklovirem, antibiotickou kombinací Ampicilin a Gentamycin a lokálně jsme aplikovali Imazol krém-pastu.

Druhý den života došlo k progresi exantému. Mimo stále přítomné makuly a papuly již převažovaly vesikulopustulózní morfy a vytvářely se i krusty. Lokální kožní nález

Obr. 1 Makulopapulózní exantém 6 hodin od porodu



Obr. 2 Puchýřnaté kožní morfy ve vlasech





Obr. 3. Vesikuly se zarudlou spodinou



Obr. 4. Druhý den kožní nálezh připomínal varicellu

imponoval jako varicella (obr. 4). Nicméně statimově provedené PCR vyšetření na VZV a HSV bylo negativní.

Od třetího dne byla již nápadná významná regrese kožního nálezu, bez nového výsevu. Eroze zasychaly a byly kryté tenkými krustami. Chlapec byl celou dobu hospitalizace stabilní. Stravu toleroval dobře a na váze začal prospívat.

Kultivačně byla nalezena *Candida albicans* ve výtěru z ucha, z puchýřku a v žaludečním aspirátu. Hemokultura byla negativní. Již zmíněné PCR VZV a HSV 1,2 bylo negativní. Proběhlo i sérologické vyšetření – EBV, CMV, HSV, HHV6, u všech původců detekovány IgG protilátky přenesené od matky. Doplněná sérologie enterovirů byla negativní. Ultrazvuk břicha i CNS byl bez patologického nálezu a ECHO v normě.

Po obdržení výsledků jsme diagnózu uzavřeli jako kongenitální kožní kandidózu a vzhledem k nedostatku zkušeností s diagnózou ještě zahájili celkovou terapii Flukonazolem, vysadili jsme antibiotika i acyklovir. Lokálně jsme aplikovali dále Imazol krém-pastu.

Sedmý den života jsme chlapce přeložili k doléčení zpět na původní pracoviště.

■ Závěr

Puchýřnaté exantémy novorozenců jsou obávané a mohou mít velmi závažný až život ohrožující průběh. Diferenciální diagnostika je široká. Zahrnuje infekční exantém, a to bakteriální původce (*S. aureus*, *Listeria monocytogenes*, *Treponema pallidum*), virovou etiologii (VZV, HSV 1 a 2, EBV, CMV, HHV6, enteroviry, zarděnky) (1,4). Etiologie mykotická, jak dokazuje kazuistika, nemůže být opomenuta. Z neinfekčních příčin přicházejí v úvahu genodermatózy (*epidermolysis bullosa*) nebo autoimunitní puchýřnatá onemocnění (pemfigus, pemfigoid), ale také lékové exantémy.

Základem diagnostiky je klinický obraz a odběry na mikrobiologické vyšetření (včetně stěrů z placenty, příp. histologie placenty) (1,2). Důležitá jsou i hygienicko-epidemiologická opatření v případě podezření na infekční etiologii. Prognóza je v závislosti na etiologii velmi odlišná.

■ Literatura

1. Jagtap SA, Saple PP, Dhaliat SB. Congenital cutaneous candidiasis: A rare and unpredictable disease. Indian Journal

of Dermatology. 2011;56(1):92–93. doi:10.4103/0019-5154.77564.

2. Kaufman DA, Coggins SA, Zanelli SA, Weitkamp JH. Congenital Cutaneous Candidiasis: Prompt Systemic Treatment Is Associated With Improved Outcomes in Neonates. Clinical Infectious Diseases. 2017 May 15;64(10):1387–1395.
3. Chen KL, Chien MM, Chen CY, Chiu HC. Congenital cutaneous candidiasis. BMJ Case Reports 2016 [online]. 2016 Aug 11. doi:10.1136/bcr-2016-216037.
4. Diana A, Martin G, Ecoffey M, Pfister R. Congenital cutaneous candidiasis (CCC): a rare skin disorder of the neonate. Swiss Society of Neonatology. 2003 Apr.
5. Darmstadt GL, Dinulos JG, Miller Z. Congenital Cutaneous Candidiasis: Clinical Presentation, Pathogenesis, and Management Guidelines. Pediatrics. 2000 Feb;105(2):438–444. DOI: 10.1542/peds.105.2.438.

Podpořeno MZ ČR – RVO,
FN v Motole 00064203.

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

a OSPDL ČLS JEP

si vás dovoluují pozvat na odborné semináře v roce 2018. Semináře se konají vždy první čtvrtěk v měsíci v Lékařském domě, Sokolská 31, Praha 2, stanice metra „C“ I. P. Pavlova, od 16:30. Vzdělávací akce mají charakter postgraduálního vzdělávání a jsou garantovány ČLS JEP ve spolupráci s ČLK (ohodnoceny kredity) jako akce kontinuálního vzdělávání.

Odborný garant: MUDr. Alena Hanzlová, MUDr. Bohuslav Procházka

4. října 2018

Včasná diagnostika terapie hybných poruch kojenců

MUDr. Jaroslava Kolářová, Ph.D.

Perinatologické centrum České Budějovice



OSPDL ČLS JEP



Další pozitivní zkušenosti s léčbou Colinfantem, kolonizace nepatogenním *E. coli* v léčbě a prevenci nemocnosti a alergie u novorozenců a batolat

prim. MUDr. Jiří Liška, CSc., MUDr. Blanka Čuláková, MUDr. Ing. Konrád Siala, Ph.D., MSc.,
prim. MUDr. Václav Holeček, CSc., MUDr. Štěpánka Sobotová

Mulačova nemocnice, Plzeň

Klinická studie původně prováděná u velkého souboru 3 619 novorozenců z Mulačovy nemocnice trvala 12 let. Výsledky byly prezentovány v literatuře, která je uvedena na konci práce, s tím, že sezónnost hodnot pupečnickového IgE v závislosti na jednotlivých obdobích je velmi nápadná. Také jsme tehdy prezentovali možnost těhotenství v rodinách alergiků s porody v zimních měsících.

Postupně se ukázalo, že vysoké hodnoty pupečnickového IgE spolu s rodinnou anamnézou jsou důvodem k preventivní intervenci, mimo jiné ovlivněním mikrobiální flóry gastrointestinálního traktu. V roce 2005 jsme začali používat přípravek Colinfant New Born, perorální vakcínu, probiotikum. Jedná se o lyofilizovaný nepatogenní kmen *E. coli*. Uvedený preparát jsme podávali od 10. dne věku 3× v týdnu po dobu jednoho měsíce. Z výsledků v letech 2005–2008 vyplynulo, že u léčených pacientů s původně zvýšenými hodnotami IgE z pupečnickové krve se tyto hodnoty v roce věku v séru kojenců z 90 % normalizovaly. Nápadná udávaná minimální až zanedbatelná nemocnost těchto dětí do 3–3,5 roku nás vedla k tomu, že jsme začali vyšetřovat v roce věku hodnoty IgA a IgG spolu s IgE. Týká se jen pacientů, kteří dostali Colinfant v poporodním období. Vysvětlení celého mechanismu zcela v souladu se současnými názory na prioritní úlohu střevní flóry je uvedeno v minulé publikaci ve Voxu č. 6/2014.

Při podávání Colinfantu jsme nikdy nezaznamenali žádné vedlejší účinky nebo reakce. Naopak tehdy v letech 2007–2008 i při statistickém zpracování bylo dosaženo statistické významnosti na úrovni 0,1–1 %.

Efekt léčby je patrný na předložených laboratorních výsledcích. Opět minimální až zanedbatelná nemocnost jen deklaruje veliký efekt této léčby spojené i s ústupem alergie.

NÁZEV PŘÍPRAVKU

COLINFANT NEW BORN, prášek pro perorální suspenzi

KVALITATIVNÍ A KVANTITATIVNÍ SLOŽENÍ

Jedna dávka obsahuje *Escherichia coli* cryodesiccata (O83:K24:H31) v počtu $0,8 \times 10^8$ až $1,6 \times 10^8$ bakterií.

LÉKOVÁ FORMA

Prášek pro perorální suspenzi.

KLINICKÉ ÚDAJE

Terapeutické indikace

COLINFANT NEW BORN je určen pro novorozence a kojence do 1 roku věku a pro nedonošené děti především k preventivnímu podání.

Dávkování a způsob podání

Dávkování

Dávka je 1 ml, tj. obsah jedné lahvičky. Podává se 1krát denně před jídlem, 3krát týdně po dobu 4 týdnů. Je určena pro novorozence a kojence do 1 roku věku a pro nedonošené děti.

Způsob podání

Přípravek se podává perorálně. Obsah jedné lahvičky se rozpustí přidáním 1 ml sterilní destilované vody, sterilní injekční stříkačkou, přičemž se zátky lahvičky po odstranění hliníkového uzávěru propíchne jehlou.

Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce

Kmen *Escherichia coli* obsažený v přípravku je citlivý na běžná antibiotika, je tudíž bezúčelné jej podávat souběžně s antibiotiky.

Předávkování

Není známo.

Mechanismus účinku

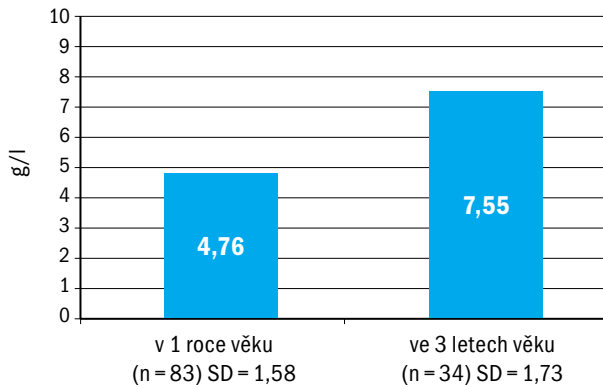
Mechanismus účinku je komplexní. Významná je snadná adherence kmene *Escherichia coli* k receptorům sliznice, kterou umožňuje přítomnost t1 fimbrií. V klinické studii, v níž bylo nahrazeno přirozené, náhodné osídlení střeva u zdravých novorozenců cíleným, kontrolovaným osídlením kmenem *Escherichia coli*, sérotyp O83:H24:K31, kmen přetrvával ve střevě v naprosté převaze po dobu 14–16 týdnů i déle a jeho přítomnost stimulovala lokální i celkovou imunitní odpověď, významnou zvláště u nekojených dětí. Preventivní osídlení u nedonošených a rizikových dětí bylo použito v širší klinické praxi.

Farmakokinetické vlastnosti

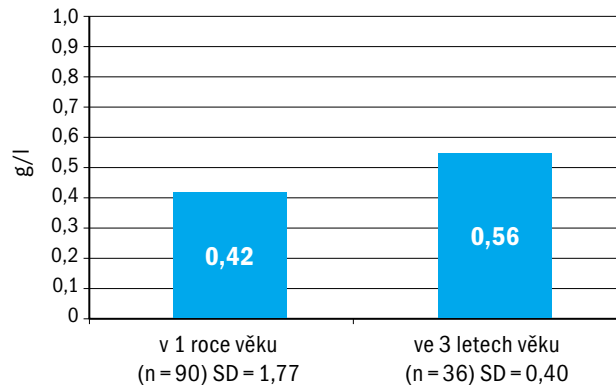
Kmen *Escherichia coli* obsažený v přípravku COLINFANT NEW BORN je představitelem skupiny bakterií, které jsou součástí normální střevní mikroflóry. Velmi dobře osídluje střevní trakt (pravděpodobně pomocí t1 fimbrií, které umožňují snadnou adherenci k receptorům sliznice střevní a jinými komplexními mechanismy). Dlouhodobá přítomnost kmene ve střevě stimuluje tvorbu specifických a nespecifických protilátek, a to jak lokálně, ve střevě a ve slinách, tak sérových. Má příznivý vliv na složení střevní mikroflóry, brání osídlení patogeny a vytlačuje enteropatogenní kmeny již přítomné (enteropatogenní *Escherichia coli*, *klebsielly*, *Pseudomonas aeruginosa* a v někte-



**Průměrné hodnoty IgG ve sledované léčené skupině
v letech 2012–2015**



**Průměrné hodnoty IgA ve sledované léčené skupině
v letech 2012–2015**



rých případech i salmonely). Příznivě působí u nosičů enteropatogenních kmenů.

Zvláštní opatření pro uchovávání

Uchovávejte v chladničce (2–8 °C). Uchovávejte v původním obalu a v krabici, aby byl přípravek chráněn před světlem a vlhkostí.

Pro praktickou složku k vysvětlení genetiky slouží, že na různých pracovištích bylo vyšetřováno zastoupení cytokinů, hrajících důležitou roli. Ví se, že zastoupení cytokinů již v buňkách pupečníkové krve hraje důležitou roli při vzniku a rozvoji alergických onemocnění. Účastní se polarizace imunitní odpovědi Th1 versus Th2, které ovlivňují tvorbu IgE a vyzrávání střevního epitelu. Zvýšené vyjádření Th10 a snížené vyjádření cytokinů TGFbeta přispívá k pomalejšímu vyzrávání střevního epitelu novorozenců, a tím usnadňovanému průchodu alergenů. Je patrné, že již na úrovni buněk pupeční-

kové krve je zřejmý alergický fenotyp, který upozorňuje na zvýšenou možnost pozdějšího vzniku alergie. Převaha interleukinů 5 a 10 v pupečníkové krvi dětí alergiků naznačuje převažující Th2 nalaďení imunitního systému ve skupině dětí ještě v době bez alergických příznaků.

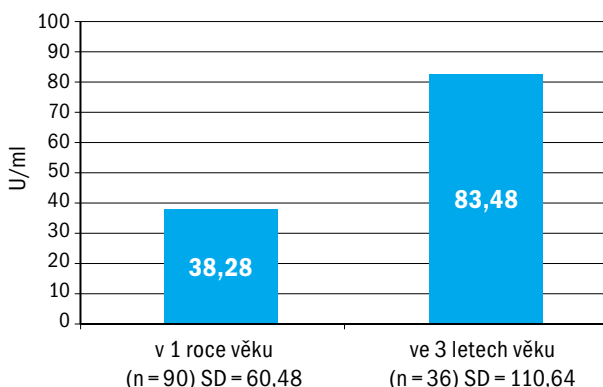
Dále si musíme zapamatovat, že část aktivovaných B lymfocytů se mění v paměťové buňky. Hladina celkového IgG u novorozence je zajišťována transplacentárním transportem v podstatném množství. Hladina celkového IgG je u novorozence dependentní na délce gestace. Transfer IgG od matky k fetu začíná již ve 13. týdnu a ve 30. týdnu dosahují fetální hladiny IgG 50 % mateřských hladin. Většina IgG je do fetální cirkulace přenesena během posledních 4 týdnů gravidity. Během intrauterinního vývoje je upřednostňována Th2 buněčná odpověď. Th2 typ reaktivity je charakteristický pro novorozence i v postnatálním období. Modulace imunitního systému mikrobiální zátěží začíná již prenatálně

a má za následek stimulaci Th1 orientované imunitní odpovědi, zvýšení regulačních T lymfocytů v pupečníkové krvi a změny ve vrozené imunitě v pozdějším věku. **Ukazuje se i podle množství vědecké literatury, že mikrobiální stimulace v časném životě má za následek urychlení maturace imunitního systému a indukci regulačních mechanismů, které mají protektivní charakter před zánětlivými procesy v pozdějším životě.** Také nedostatečná výživa plodu může být spojena se snížením fagocytujících buněk.

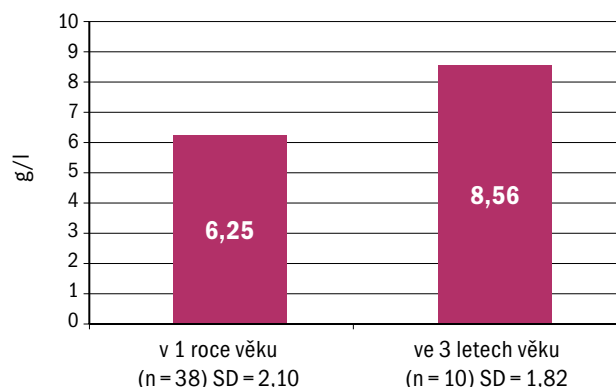
Expozice plodu nikotinu byla spojena se zvýšením IgE hladiny v pupečníkové krvi, zvýšením produkce IL-4 a IL-13 a snížením hladiny interferonu gama. Postnatální expozice nikotinu je spojena mj. se snížením hladin IgG.

Také vliv maternálního stresu (mnoho matek užívá v graviditě antidepresiva) se prenatálně u plodu projevuje ovlivněním hypothalamicko-hypofyzární-adrenální osy a ná-

**Průměrné hodnoty IgE ve sledované léčené skupině
v letech 2012–2015**

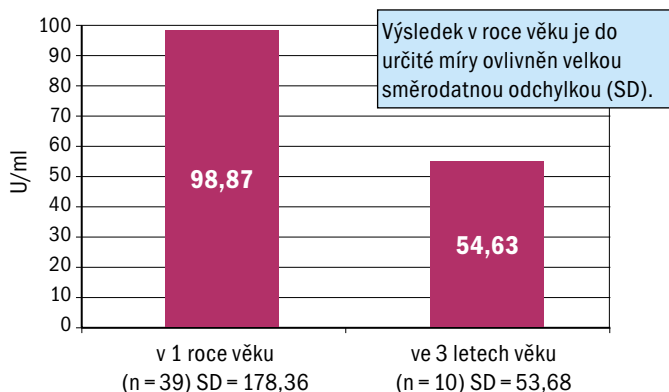


**Průměrné hodnoty IgG ve sledované léčené skupině
v letech 2013–2017**

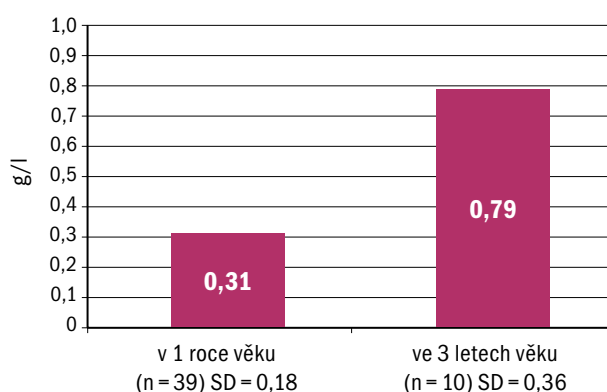




**Průměrné hodnoty IgE ve sledované léčené skupině
v letech 2013–2017**



**Průměrné hodnoty IgA ve sledované léčené skupině
v letech 2013–2017**



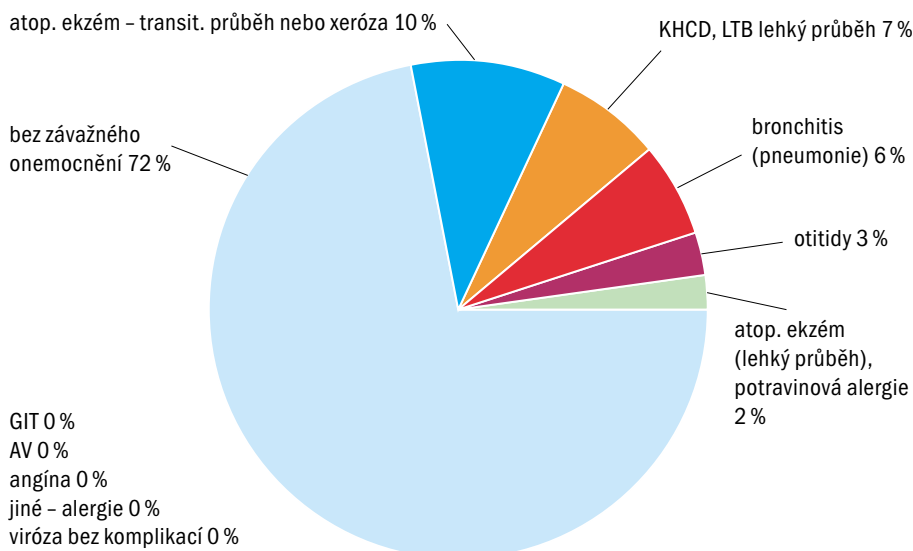
sledným zvýšením produkce IgE. Expozice matek některým inhalačním antigenům v těhotenství rovněž podle prací zvyšuje hladinu IgE v pupečníkové krvi.

Již za těhotenství se připravuje půda pro budoucí alergii. Jestliže těhotná kouří, konzumuje vysoce alergenní potraviny, žije v silně alergizujícím prostředí či ona sama či její rodina je alergická, pak se vytváří pro alergii předurčený jedinec. Pak se rodí s hyperprodukcí IgE v pupečníkové krvi. Nedostatek IgA na povrchu sliznic, určité fenotypy HLA zapřičiňující přestřelující reakce jsou příklady příčin, proč jinak obecně mobilizující imunita mediovaná IgE začne svůj organismus poškozovat. Podle situace se může u některých jedinců vyvinout obraz určité alergie, zatímco u jiných, navzdory vytvoření specifických protilátek izotypu IgE a třeba i pozitivitu v kožních testech, k onemocnění nedochází. Podle zkušeností Zavázala se manifestuje polovina latentních alergií během 3 let.

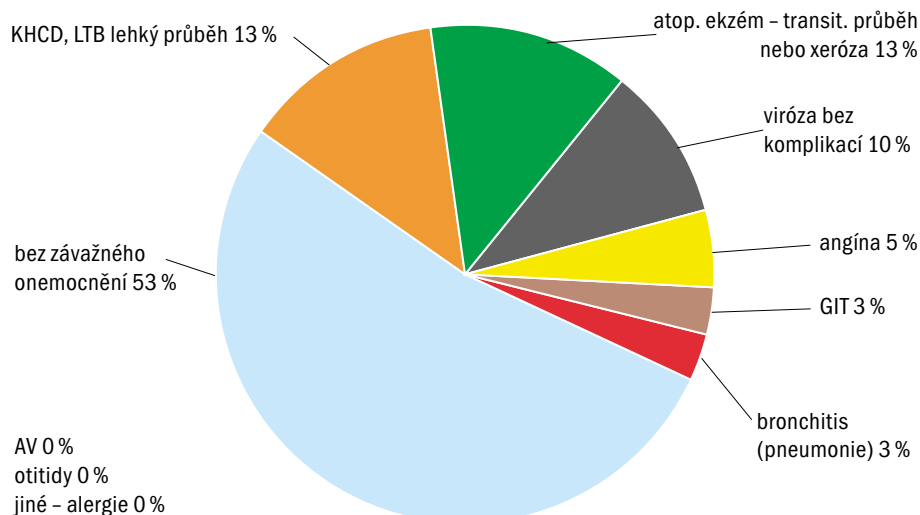
Slizniční lymfatický systém novorozence přispívá k přesmyku od postnatálně dominujícího Th2 typu imunitní odpovědi na typ Th1. V případě absence adekvátní střevní kolonizace může zase perzistovat predominance Th2 imunitní odpovědi, spojená se zvýšenou prevalencí autoimunitních či alergických chorob. **Nejmohutnější součástí imunitního systému je lymfoidní tkáň trávicího traktu se svou denní produkcí IgA ve střevě. Účastní se vzniku tzv. orální tolerance, útlumu systémové odpovědi na neinfekční antigeny.**

Podle posledních známých informací střevní mikrobiota vykazuje velkou metabolickou aktivitu shodnou s aktivitou jater. **Střevní**

**Anamnesticky nemocnost dětí do 3 let věku v letech 2012–2015,
dostávajících v novorozeneckém období colinfant**



**Anamnesticky nemocnost další skupiny dětí do 3 let věku,
léčených Colinfantem v letech 2013–2017**





mikroflóra hraje zásadní roli při zachování našeho zdraví. Hlavním přínosem vyvážené střevní mikroflóry je zajištění rezistence vůči kolonizaci. Normální mikroflóra zajišťuje důležitou stimulaci vývoje imunitního systému. Nedostatečná expozice mikrobiálním antigenům se považuje za faktor, který přispívá k rozvoji alergie. Při narození je v těle přítomno malé množství B buněk, které produkují IgA. Jejich počet postupně stoupá, až přibližně ve věku jednoho roku dosáhne hladiny odpovídající dospělým jedincům. Tato skutečnost jasně ilustruje význam mikroflóry při vývoji imunitního systému. Střevní mikroflóra hraje svoji roli i při výživě. Napomáhá trávení a získávání energie z nestrávených potravinových složek. **Složení mikroflóry typického pro dospělé jedince se dosahuje ve věku 1–2 let.** Medikace, zejména pomocí antimikrobiálních látek, má významný rušivý vliv na složení, aktivitu a vývoj střevní mikroflóry. Děti krmené mateřským mlékem a děti krmené pomocí přípravků rovněž vykazují kolonizaci odlišnými typy bifidobakterií. Prebiotika a probiotika představují možnost zlepšení jejího složení. Probiotika jsou živé mikroorganismy, které po požití v určitém množství vykazují prospěšné účinky na zdraví přesahující účinky základní výživy. **Terapie probiotiky představuje možnost zavést speciálně vybrané fyziologické mikroby do gastrointestinálního traktu. Mikroby však musejí zůstat životaschopné během jejich produkce a skladování a také během průchodu gastrointestinálním traktem.** Th1 a Th2 nerovnováha patří mezi nejzákladnější imunoregulační mechanismy. Alergenspecifické Th2 lymfocyty hrají základní roli u alergických pacientů. Na druhé straně role B lymfocytů v patogenezi alergických onemocnění je dána především produkcí IgE. Důležitou roli v indukci antigen-specifické tolerance hrají ještě dendritické buňky. **Antiadhezivní terapie není spojena s žádným zásadním zásahem do metabolismu buněk, nebezpečí vzniku rezistence na tuto terapii je nepravděpodobné. To je v ostrém protikladu se současným rozvojem rezistence bakterií na antibiotika a velkým příslibem do budoucna. Významným světovým pracovištěm, které umožnilo studovat reakce organismu na řízené osidlování definovanými mikroby, byl již**

od konce padesátých let Mikrobiologický ústav Akademie věd ČR.

Rozhodli jsme se graficky prezentovat další výsledky léčby Colinfatem, které navazují na naši předchozí práci, otištěnou ve Voxu č. 6/2014. Naše postupující zkušenosti svědčí pro další zajímavý efekt Colinfantu, protože se ukazuje, že mimo antialergizující působení velmi výrazně příznivě moduluje obranyschopnost dětí. Dokonce se jeví jako efektivnější působení, jehož odrazem je množství publikací o efektu osídlení fyziologickými mikroby.

Uvedené pozitivní výsledky byly opakovaně otištěny v naší i zahraniční literatuře, na našich i zahraničních kongresech. Preparát je standardně uváděn ve SPOFA kalendáři (lékopis). Nesetkali jsme se nikdy s žádnými vedlejšími účinky. Preparát (kapkovou vakcínu) je vhodné nasadit v co nejkratší době po porodu (10.–14. den). Doba užívání je 1 měsíc – viz Dávkování a způsob podání. Pacienty kontrolujeme s anamnézou rodičů a kontrolními náběry v roce věku a ve 3 letech. Dovolujeme si opakovaně prezentovat zkušenosti, protože se setkáváme s negativními odpověďmi praktických lékařů rodičům, ze kterých vyplývá neinformovanost praktických lékařů o uvedeném preparátu.

Literatura

1. Liška J, Holeček V, Zavázal V. Vyšetřování imunoglobulinu E v pupečnickové krvi z hlediska predikce alergie. Čes.-slov. Pediatr. 2000;55(Suppl. 1):S41. ISSN 0069-2328. Indexed in embase (Excerpta Medica).
2. Liška J, Holeček V, Zavázal V a spol. Vyšetřování imunoglobulinu E v pupečnickové krvi z hlediska možnosti předpovědi vzniku alergie. Vztah jednotlivých ročních období k nalezeným hodnotám. Neonatol. listy. 2001;7(3):1.
3. Liška J, Holeček V, Kestranek Z, Jahnova H, Zavázal V, Sobotová S, Kepková M, Culaková B, Krnoullová E. Estimation of immunoglobulin E in the cord blood from the view of the possibility to prerecognize the development of allergy. Presentations, Europaediatrics, 2008 June 14–17, Istanbul, Turkey. Programme Book, s88, PP-468.
4. Liška J, Holeček V, Kepková M, Sobotová Š. Význam stanovení pupečnickového imunoglobulinu E ve vztahu k rodinné anamnéze alergie. Alergie. 2012;14(1):25–32.
5. Liška J, Holeček V, Sobotová Š, Kepková M, Šefrna F. Léčba novorozenců s vysokými hodnotami IgE v pupečnickové krvi perorálním osídlením nepatogenním E. coli

a jeho vliv na imunitní systém a zabránění rozvoje alergické reakce. Alergie. (v tisku 2013;15:10–19).

6. Liška J a spol. Vliv včasné léčby novorozenců perorálním osídlením nepatogenním E. coli na vývoj jejich imunoalergického systému. Vox pediatr. 2014;14(6):22–28.
7. Liška J, Siala K, Holeček V, Sobotová Š, Kepková M, Šefrna F. Effect of Early Treatment of Newborns by Peroral Colonization Using Non-pathogenic E. coli on the Development of Their Immunoallergic System. Clinical Anti-Inflammatory & Anti-Allergy Drugs. 2014;1(2):111–121.
8. Liška J, Siala K, Holeček V, Sobotová Š, Šefrna F. Significance of immunoglobulin E in umbilical blood in relation to an allergic family history, its relation to seasonality, immunity and possibility of pre- and postnatal consequences. The remarkable subsequent effects of altering gastrointestinal flora in treated newborns. J Life Sci. 2016.
9. Liška J, Siala K, Holeček V, Sobotová Š, Šefrna F. Significance of immunoglobulin E in umbilical blood in relation to an allergic family history, its relation to seasonality, immunity and possibility of pre- and postnatal consequences. The remarkable subsequent effects of altering gastrointestinal flora in treated newborns. Certificate in 4th Biotechnology World Congress, February 15th – 18th, 2016, University of Sharjah, Sharjah, UAE.
10. Liška J, Siala K, Holeček V, Sobotová Š, Šefrna F. Significance of immunoglobulin E in umbilical blood in relation to an allergic family history, its relation to seasonality, immunity and possibility of pre- and postnatal consequences. The remarkable subsequent effects of altering gastrointestinal flora in treated newborns. Drug Discovery and Therapy World Congress 2016. 4th in the Series, August 22nd – 25th, 2016, Boston, MA, USA.



Aktuality...

Laxní přístup k hygieně rukou má až 60 procent zdravotníků

Správně si myje ruce pouze 40 procent zdravotníků. Nejde jen o techniku, ale i o situace, kdy si ruce mají mýt. Na novorozenecké JIP je plná compliance, jsou ale oddělení, kde nedosahuje ani průměru.

O zlepšení usiluje Národní pracovní skupina pro hygienu rukou.

Pracovní skupina vznikla letos jako úplná novinka v českém zdravotnictví. Jsou v ní zástupci odborných lékařských společností, odborových organizací a přední čeští odborníci v oblasti epidemiologie a hygieny. Svě cíle představila skupina při příležitosti devátého Světového dne hygieny rukou, který každoročně připadá na 5. květen.

„Letos jsme se zaměřili na septické stavy, které vznikají nejen v důsledku slabého imunitního systému pacientů, ale na jejich vzniku a šíření se významně podílí právě nedostatečná hygiena rukou v komunitním prostředí a ve zdravotnictví,“ řekla novinářům zakládající členka skupiny MUDr. Vilma Benešová, primářka oddělení hygieny Fakultní nemocnice v Motole.

Celosvětový program WHO, který se věnuje edukaci a podpoře aktivit zaměřených na hygienu rukou a zamezení přenosu infekce, běží od roku 2009. Letos se zapojilo ve 180 zemích 20 935 nemocnic, v ČR 39. Organizátoři připomínají, že Světový den hygieny rukou není jednodenní aktivita, kdy v nemocnicích jsou stánky s ukázkami mytí rukou. Je to vyvrcholení celoročních aktivit a upozornění na program prováděný v daném zdravotnickém zařízení, a to pro zdravotníky i laickou veřejnost.

Hygiena rukou brání přenosu infekcí na pacienty

Konkrétně jde o infekce spojené s poskytováním zdravotní péče, které snižují bezpečnost léčby. Závažnost rizika výskytu těchto infekcí přes všechna opatření ve zdravotnických zařízeních stoupá. Incidence na pracovištích intenzivní péče je pětikrát až desetkrát vyšší než na standardních odděleních.

Infekce spojené s poskytováním zdravotní péče se nejčastěji projevují jako infekce špatně se hojících ran a chirurgické ranné infekce, gastrointestinální, urogenitální a katetrové infekce až sepse. Původcem mohou být jak grampozitivní bakterie rodu *Staphylococcus* a *Enterococcus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Clostridium difficile*, tak gramnegativní bakterie *Pseudomonas aeruginosa*, *Helicobacter pylori*, enterobakterie a dále mykobakterie, plísňe a kvasinky. Příčiny rezistence na antibiotika jsou různé, od produkce bakteriálních enzymů rozkládajících antibiotika přes modifikaci bakteriální stěny, akumulaci či zvýšené vylučování antibiotik z bakteriálních buněk nebo modifikaci cílových míst pro antibiotika. Mezi nejznámější rezistentní původce patří MRSA (methicilin rezistentní *Staphylococcus aureus*).

Sepse je ve 25 až 50 procentech příčinou úmrtí ve zdravotnických zařízeních. Důležité proto je hledání cesty, jak septickému stavu předejít. Incidence sepsí celosvětově stoupá, odhaduje se, že zhruba 30 milionů pacientů ročně prožije septický stav, v průměru třetina zemře. Riziko těžkých průběhů sepse a septických stavů roste se stárnutím populace, s prováděním stále invazivnějších výkonů a oslabením imunity nemocných.

Definice sepse

„V roce 1914 jsme se ještě spokojili s definicí, že je to přítomnost bakteriálního původce v těle, ze kterého se uvolňují bakterie vyvolávající celkovou odpověď. Dnes už víme, že je to život ohrožující orgánová dysfunkce způsobená odpovědí hostitelského organismu na přítomnost infekce. Sepse může být nekomplikovaná, těžká a může vyústit v septický šok, který se ani moderní medicíně nedaří vždy zvládnout,“ řekla primářka Benešová.

Přenos původců infekčních komplikací se děje převážně rukama. Úroveň hygieny rukou v daném zdravotnickém zařízení je významný indikátor, který se dá měřit a který hovoří o kvalitě a bezpečnosti péče.

V praxi poprvé prokázal význam správného mytí rukou v květnu 1847 maďarský lékař dr. Ignaz Phillip Semmelweis, když se mu přes

PLDD a lékárníci profesionální spolupráce

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR, Česká lékárnická komora a Pharma News si vás dovolují pozvat na celodenní konferenci pro lékaře a lékárníky.

Termín 13. 10. 2018, Hotel Duo, Teplická 492, Praha 9

Vzdělávací akce je pořádána dle Vzdělávacího řádu SPLDD ČR a ČLnK. Je ohodnocena 8 kredity pro lékaře.

Bude akreditována i pro lékárníky. Odborný garant: MUDr. Ilona Hülleová

Program: Konzultační činnosti v lékárnách, Příprava IPLP, eRecept, Protipadělková směrnice, Problematika atopického ekzému v ordinaci a lékárně, Imunomodulace v praxi PLDD – od volně prodejných přípravků k přípravkům na recept, Léky – interakce s jídlem, nápoji a potravinovými doplňky, Vitamín D u dětí, Nejčastější problémy v praxi PLDD a další

Registrace na www.detskylekar.cz



kritiku a odpor podařilo po zavedení hygienických postupů při ošetření rukou porodníků výrazně snížit úmrtnost rodiček.

„Je tomu už 160 let, a jak se k mytí rukou stavějí současní zdravotníci? Bohužel, a není to jen otázka ČR, ale i dalších evropských zemí, compliance, tedy pozitivní vnímání hygieny rukou a osvojení si návyků, nepřekročí zhruba 40 procent. Z deseti zdravotníků čtyři mají pozitivní návyky, zbývající k tomu přistupují laxe. Působí nedostatek pozitivních vzorů kolegů a nadřazených i nedostatek celkového vnímání kultury zdravotnického zařízení. To je prostor pro naši pracovní skupinu, která by v tom mohla pozitivně působit,“ řekla primářka.

Zdůraznila, že ambicí Národní pracovní skupiny pro hygienu rukou není upozorňovat na problematiku nevysoké compliance v oblasti hygieny rukou, ale hlavně ukazovat směr a nejnovější trendy pro zavádění programů hygieny rukou ve zdravotnických zařízeních. Nabízí se tak pomoc zdravotníkům při zavádění těchto aktivit prostřednictvím webových stránek s materiály, které mohou zdravotníci v plné míře využívat jako edukační materiál, a najít tak vše potřebné. Další aktivitou pracovní skupiny je spolupráce nejen s profesionálními zdravotnickými organizacemi, ale i s patientskými organizacemi, které jistě přivítají spolupráci se zdravotnickými profesionály.

Proč by měl zdravotník chránit sebe?

I zdravotník se může od pacienta nakazit. Například zaměstnanci dětských oddělení mohou onemocnět infekčními chorobami dětského věku, jako jsou zarděnky nebo spalničky. Základní prevencí je v tomto případě očkování. Dalším rizikem jsou gastrointestinální choroby přenášené fekálně-orální cestou, nemoci přenášené respirační cestou, a především infekce přenášené krví jako žloutenka B a C, HIV infekce nebo syfilis.

K přenosu většiny infekcí dochází přímo, prostřednictvím kontaminovaných rukou, nebo nepřímo, kontaminací předmětů či nástrojů. Hlavním a nezbytným opatřením je pro každého člena ošetřujícího personálu hygiena a dezinfekce rukou před každým kontaktem a také po každém kontaktu s pacientem. Nesmí se zapomínat na dezinfekci ploch a předmětů, dodržování zásad asepse a používání osobních ochranných pracovních prostředků. K těm základním patří jednorázové rukavice, ochranný plášť, rouška a další.

Dobu pro správnou očistu rukou zkrátila alkoholová dezinfekce

Za osmihodinovou směnu stráví zdravotník při dodržení správného postupu mytím rukou vodou a mýdlem 56 minut, přičemž jedno mytí trvá 60 sekund, při užití alkoholové dezinfekce stráví očištěnou rukou za směnu 18 minut, protože jedna dezinfekce rukou trvá 20 sekund, aby bylo dosaženo dokonalé očištění. „Argument, že hygiena rukou zdržuje zdravotníky při práci, tím padá,“ podotkla primářka Benešová. Mezi dalšími uváděnými důvody nedostatečného mytí rukou bývá kromě nedostatku času málo umývadel, dávkovačů, dále přesvědčení, že ochrana rukou rukavicemi je dostatečná, nebo podceňování a nesouhlas s uplatňovanými hygienickými zásadami.

Česká legislativa kopíruje celosvětové guidelines

Doporučení Evropského centra pro kontrolu infekcí a WHO jsou zakotvena ve vyhlášce č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, a v metodickém návodu ministerstva zdravotnictví z roku 2012 Hygiena rukou při poskytování zdravotní péče. Na pracovištích v přímém kontaktu s pacienty ve vysokém riziku nozokomiálních infekcí nejsou povoleny umělé nehty. Diskutabilní je nošení šperků. „Je přesně stanoveno, jak mají být upravené ruce zdravotníka, aby hygiena rukou

byla účinná,“ řekla primářka. Zdravotnická zařízení sledují dodržování hygieny rukou za pomoci indikátorů, měří se například spotřeba dezinfekčních přípravků a dokumentuje compliance. Nejdůležitější pak je zpětná vazba a edukace.

Výskyt infekcí spojených se zdravotní péčí mapovaly studie

Dvě národní prevalenční studie v letech 2015 a 2017 sledovaly přes 20 000 pacientů. Ukázaly, že infekce spojené se zdravotní péčí se vyskytují až u sedmi procent lidí, kteří jsou hospitalizováni, respektive ošetřeni v nemocnici.

„Sedm lidí ze sta získá infekci spojenou se zdravotní péčí. Je to naprosto srovnatelné s vyspělým světem, na východ od nás je výskyt ještě vyšší. Část těchto infekcí je preventabilní, katetrová sepe se 100 procentech, infekce v místě chirurgického výkonu až v polovině případů. Takže je třeba apelovat na zdravotníky i na laiky, aby věděli, že mohou pro své zdraví dodržováním hygieny rukou něco dělat,“ řekla novinářům MUDr. Lenka Hobzová, ústavní hygienička z Fakultní nemocnice Hradec Králové.

Školení zdravotníků, kurzy, eLearning

Do činnosti Národní pracovní skupiny pro hygienu rukou je zapojena Aesculap Akademie. Podporuje zlepšení osvěty, informovanosti a dostupnosti materiálů pro zdravotníky i širokou veřejnost.

„Edukace se provádí aktivními výstupy, publikacemi, kurzy a eLearningem, osvětou spojenou s komunikací za pomoci speciálních videí a webových stránek www.bezpecnostpersonalu.cz,“ řekl manažer Aesculap Akademie a člen pracovní skupiny RNDr. Martin Kalina, Ph.D., MBA.

Účastníci kursů si nejprve prakticky zkusí, zda si umějí umýt ruce. Valná většina to neumí správně, i když se to v rámci odborné přípravy učili. „Proto jsme do kursů pro chirurgy a intenzivisty zařadili také metody správné hygieny rukou. Považujeme to za nedílnou část základní edukace zdravotníků,“ shrnul dr. Kalina.

Zdroj: Medical Tribune 10/2018, 21. 5. 2018

Lékový záznam a další změny eReceptu jsou v připomínkovém řízení

Ministerstvo zdravotnictví předložilo do připomínkového řízení novelu zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech, kterou doplní a upřesní některá ustanovení týkající se eReceptu, zejména pak zavede lékový záznam. Ten umožní, aby lékaři a lékárníci viděli informace o předepsaných a vydaných lécích, pokud to pacient výslovně nezakáže. Pacient získá informace nejen o své farmakoterapii, ale také o všech osobách, které nahlížely na jeho údaje nebo prováděly na eReceptu nějaký úkon. Kromě toho novela stanoví jako povinný identifikátor léčivých přípravků i jejich cenu, rozšíří pravomoci lékárnických asistentů a zpřísní postihování porušení ochrany osobních údajů. Sankce ve výši až 20 milionů korun hrozí i jednotlivým lékařům či lékárníkům, pokud například nahlédnou do lékového záznamu pacienta neoprávněně. Nově bude zakázáno při předepisování léků směřovat pacienty do určitých lékáren.

Nejvýznamnějším posunem eReceptu, který přinese novela, bude zakotvení **lékového záznamu**, což je nástroj, který umožňuje nahlížet do údajů o léčivých přípravcích předepsaných a vydaných konkrétnímu pacientovi. V důvodové zprávě je srozumitelně popsán. Zákon také nově upřesňuje roli **Státního ústavu pro kontrolu léčiv**



(SÚKL), který již není pouhým správcem centrálního úložiště, ale **provozovatelem a technickým a věcným správcem celého systému „eRecept“**.

Zvítězil předpokládaný souhlas

Pokud **lékař** nebo **farmaceut** jednoznačně identifikuje (ztotožní) v systému eRecept pacienta, může nahlížet do jeho lékového záznamu. Zobrazí se mu informace o předepsaných léčivých přípravcích a identifikační údaje lékaře, který je předepsal, a také název pracoviště, adresa a kontaktní údaje poskytovatele zdravotních služeb (telefon a IČP). Rovněž se zobrazují údaje o skutečně vydaných léčivých přípravcích (údaj se tedy může lišit např. v případě, že byla provedena generická substituce) a identifikační údaje farmaceuta, který je vydal, a rovněž název lékárně, adresa a kontaktní údaje.

Pacient kromě údajů, k nimž má přístup lékař nebo farmaceut, může prostřednictvím svého lékového záznamu nahlížet rovněž do tzv. žurnálu činností, což znamená, že má informace o všech uživatelích systému eRecept, kteří nahlíželi na údaje o něm nebo prováděli nějaký úkon. Rozsah zobrazovaných údajů stanoví prováděcí předpis. Lékař může do lékového záznamu **nahlížet pouze za stanoveným účelem** vztahujícím se k předepisování léčivých přípravků a musí předtím určit v systému svůj **vztah k pacientovi**, na jehož lékový záznam nahlíží, tzn. vybrat jednu z rolí – tedy zda je např. registrujícím lékařem pacienta, jeho jiným ošetřujícím lékařem nebo poskytuje urgentní pomoc. Podobně farmaceut může do lékového záznamu nahlížet pouze při výdeji na recept za účelem kontroly vhodnosti daného výdeje nebo za účelem vyžádané konzultace s pacientem. V případě konzultace farmaceut musí za účelem zajištění jednoznačné identifikace pacienta zadat i číslo osobního dokladu, který mu tento pacient předloží (pokud lékárník vydá lék na elektronický recept, je povinen centrálnímu úložišti receptů neprodleně sdělit, že tak učinil).

Údaje v lékovém záznamu se lékaři a farmaceutovi zobrazují nejdéle za **období jednoho roku** od jejich vytvoření.

Ministerstvo zdravotnictví pečlivě zvažovalo, zda bude lékový záznam v režimu předpokládaného souhlasu pacienta s možností vyslovit nesouhlas, podobně jako je tomu u transplantací, nebo bude vyžadován vždy souhlas. Zvolena byla první možnost, tedy tzv. opt-out systém, čili **pokud pacient nevysloví nesouhlas s nahlížením, může lékař a farmaceut do lékového záznamu pacienta nahlížet**. Svůj nesouhlas s nahlížením může pacient vyslovit kdykoliv a rovněž kdykoliv ho může odvolat.

Nesouhlas platí pro všechny lékaře a farmaceuty. Pacient ale může následně udělit **selektivní souhlas** s nahlížením pro konkrétního lékaře nebo farmaceuta. Informace, zda pacient vyslovil souhlas nebo selektivní souhlas, se lékaři nebo farmaceutovi zobrazí v počítači, kdykoliv bude chtít do lékového záznamu nahlédnout, a automaticky se jim zablokuje přístup, pokud si to tak pacient přál. Samozřejmě v ostatních případech je lékový záznam zpřístupněn všem lékařům nebo farmaceutům, kteří jsou oprávněni přistupovat do systému eRecept.

Aby mohl být lékový záznam pacienta kompletní, bude do něj **farmaceut při výdeji léku převádět i údaje z listinného receptu**, to se týká i receptu s modrým pruhem (omamné a psychotropní látky). Za toto převádění dostanou lékárně zapláceno od pojišťoven. Jinak zákon jasně říká, že vystavení receptu v **listinné podobě je přípustné pouze ve výjimečných situacích**. Tyto situace, údaje, které musejí být na receptu v listinné podobě uvedeny, jeho platnost a způsob

nakládání s ním i převádění do lékového záznamu budou popsány v prováděcím právním předpisu.

Zajímavou změnou je **rozšíření kompetencí farmaceutických asistentů**, kteří budou nově oprávněni k výdeji léčivých přípravků na žádanku.

Stát získá přehled o reálných cenách léků

Povinné identifikátory léčivých přípravků, jako je kód a název SÚKL, se rozšiřují o **cenu**. „Identifikovat léčiva skrze cenu je podstatné právě s ohledem na konstantní průzkum trhu, jehož cílem je mapovat cenové hladiny a monitorovat situaci na trhu ve smyslu **předcházení nedostupnosti léčiv** způsobené například reexportem levných léčiv určených pro český trh do zahraničí,“ píše se ve zdůvodnění s tím, že bude-li průběžným monitoringem zjištěno, že klesá cena léčivého přípravku na českém trhu, bude se důsledněji sledovat stav jeho zásob a dostupnost. Držitelé rozhodnutí o registraci (farmaceutické firmy), distributoři a lékárně budou muset hlásit cenu, která může klesat při průchodu léku celým distribučním řetězcem. Hlášení jsou povinná a pod sankcí.

Lékárníky potěší, že zákon nyní bude výslovně **zakazovat lékařům směřovat pacienty do určité lékárně**, také se zakazuje jakákoliv reklama „přilepená“ k eReceptu, ať už jej dostane pacient formou tištěné průvodky, mailu, sms...

Zdroj: ekonomicky-denik.cz, 19. 6. 2018

Změňte systém zdravotnictví, doporučuje Česku OECD

Tuzemské zdravotnictví funguje celkem dobře, ale systém by se měl přesto změnit, doporučuje Česku Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD). Závěry v Praze představil generální tajemník organizace Angel Gurría, který se sešel s premiérem Andrejem Babišem (ANO) i dalšími ministry.

Organizace, která sdružuje 36 zemí světa, upozorňuje na nižší efektivitu zdravotnictví z důvodu nedostatečné koordinace. Zmiňuje například to, že lidé nejdříve musejí k praktickému lékaři, aby měli přístup k odborné péči.

Zpráva zdůrazňuje, že financování důchodů a zdravotní péče zaujímá více než 43 procent státního rozpočtu. Pro navýšení peněz do zdravotnictví by se měl podle OECD rozšířit záběr povinných odvodů.

Lepší správa nemocnic

Poskytování zdravotní péče by mohlo být podle OECD kvalitnější například i díky lepší správě nemocnic. Organizace také doporučuje snížit roli státu, efektivněji využívat nemocniční péči či navýšit kapacitu lékařských fakult.

„Celkově je zapotřebí lépe vyvážit systém kzajištění větší konkurence mezi poskytovateli zdravotní péče a pojišťovnami a soukromým financováním, aby se zlepšila kvalita, účinnost a snížila se závislost na veřejných financích,“ uvedla OECD, která připravuje hospodářský přehled pro jednotlivé země jednou za dva roky.

„Pro nás je to velice cenný přehled, chceme doporučení a inspirativní návrhy. Jsem potěšen, že ten hospodářský přehled hodnotí ekonomickou situaci velice příznivě,“ komentoval výsledky premiér Babiš. Česko by také mělo zvážit zvýšení spotřební daně na tabák a alkohol a zavedení daně na slazené nápoje či vysoce kalorické potraviny. Premiér Babiš přitom dlouhodobě mluví o tom, že by snížil DPH na točené pivo.



Problémem je znečištění ovzduší

Jednou za deset let vydává OECD zprávu, která monitoruje životní prostředí. Z té letošní vyplývá, že Česká republika patří k zemím s nejvyšší mírou úmrtnosti v důsledku znečištění ovzduší.

Podle OECD to umocňuje skutečnost, že česká ekonomika klade důraz na uhlí, intenzivní průmyslovou a zemědělskou činnost a rozvoj silniční infrastruktury. Česko by podle organizace mělo vyvinout větší úsilí při snižování emisí ze silniční dopravy.

Zdroj: novinky.cz, 16. 7. 2018

Podezřelých tendrů ve zdravotnictví bude hodně, naznačuje prověrka ministra

Ministerstvo zdravotnictví obdrželo první informace o zakázkách nemocnic, které se týkají firem napojených na obviněného podnikatele Tomáše Horáčka. Zatím má resort přehled o smlouvách na jednotky milionů korun, které uzavřela spíše menší zařízení.

Ministr zdravotnictví Adam Vojtěch (za ANO) bude po nemocnicích chtít, aby se znovu přesoutěžily všechny tendry, v nichž podezřelé firmy figurují. Vojtěch chce mít do dvou týdnů na stole přehled o tom, v jakých nemocnicích a zakázkách působila některá z 38 firem, na které měl údajně Horáček nějaký vliv.

Chce také zjistit, jestli společnosti vyhrály při poctivé soutěži. Pokud to uzavřené smlouvy umožní, tak plánuje nemocnicím nařídit, aby tendry vypsal znovu. „Je tady natolik závažné podezření, že se to v rámci principu prevence musí udělat. Samozřejmě se ty firmy budou moci do soutěže přihlásit znovu,“ řekl Právu Vojtěch.

Případ Bulovka nepřekvapil

O revizi smluvních vztahů požádal v reakci na aktuální případ, který se týká ovlivňování zakázek u pražských nemocnic Na Bulovce a Na Františku, v němž policie Horáčka považuje za hlavní postavu celého příběhu.

„Zatím máme informace pouze z menších nemocnic. Očekávám, že toho bude hodně, protože těch zakázek spojených s První chráněnou dílnou a dalšími společnostmi je poměrně dost,“ naznačil Vojtěch.

Ministr na začátku letošního roku čelil kritice, že krátce po nástupu do funkce odvolal tehdejší ředitelku Bulovky Andreu Vrbovskou. Ta teď čelí obvinění společně s Horáčkem. Oba patří mezi jediné aktéry případu, kteří skončili ve vazbě.

Vojtěch se rozhodl zbavit Vrbovskou funkce, jelikož měl informace o prorůstání lobbistických a podnikatelských skupin do chodu nemocnice, kterou řídila. Následné informace o jejím obvinění ho proto příliš nepřekvapily. „Čekal jsem, že něco takového možné je,“ podotkl Vojtěch. Novým ředitelem se podle něj nejspíš bude muset stát někdo zvenčí, kdo není zatížen minulostí.

Zveřejněné informace o domluvených zakázkách, které měly slíbené předem známé firmy, podle Vojtěcha potvrzují věci, o nichž se uvnitř zdravotnictví mluví dlouho.

Nedostatečné kontroly

„Nemocnice nejsou žádné malé podniky, mají miliardové obraty, utrácejí stovky milionů korun za materiál, léky nebo služby. Točí se tam hodně peněz a to láká různé lidi, aby si z toho uloupili něco pro sebe,“ řekl Vojtěch.

Za hlavní chybu celého systému ministr označil nedostatečné kontroly, které se v minulých letech nedělaly. Nemocnice podle něj mnohdy přidělují zakázky bez toho, aby vypsal výběrové řízení, nebo nemají k dispozici smlouvy.

Po nástupu do funkce proto nařídil hloubkové audity všech nemocnic a dalších zařízení spadajících pod ministerstvo, do kterých jde ročně zhruba 70 miliard korun, což je polovina peněz z lůžkové péče v rámci celého Česka. V současnosti se blíží ke konci hloubkový audit Nemocnice Na Bulovce, který začal před několika měsíci nezávisle na současné kauze.

Kontrola podle Vojtěcha běží nebo letos začne také Na Homolce či ve fakultních nemocnicích v Praze, Ostravě, Plzni nebo v Hradci Králové. Audity se týkají také 70 dalších organizací, které pod ministerstvo patří. „Výsledky kontrol budeme postupně zveřejňovat. Pro mě je zásadní, aby nemocnice nakupovaly a soutěžily řádně,“ prohlásil Vojtěch.

Náprava systému podle Vojtěcha zabere dlouhý čas. „Ministerstvo se tomu v minulých letech a možná i desetiletích nevěnovalo a nemocnice nebyly pod dohledem. Doposud nevím, co se kde děje, a nemůžeme srovnávat jednotlivé nemocnice, které si v zásadě dělaly, co chtěly,“ uvedl Vojtěch.

Jeho cílem je, aby byl zaveden systém, v němž budou nemocnice uvádět, co soutěží, proč a za jakou cenu, aby se v budoucnosti mohly zakázky srovnávat a hledat ty nejvýhodnější.

Zdroj: M. Říha, Právo, novinky.cz, 18. 7. 2018

Sestry jen s maturitou píchat léky nesmějí. Ale musí

Nedostatek zdravotního personálu v českých nemocnicích nutí zdravotní sestry obcházet zákony. Týká se to především nitrožilního podávání léků, což mohou dělat jen proškolení pracovníci. Jak ale Právu sdělilo několik sestřiček pod podmínkou anonymity, realita je často jiná.

Od října loňského roku platí vyhláška, která zavádí pojem „praktická sestra“ pro sestry, které vystudovaly pouze střední zdravotnickou školu a které byly do loňska v kategorii zdravotnických asistentů.

Ty mají ve srovnání se všeobecnými sestrami, které musí mít vyšší odbornou nebo vysokou školu, omezené kompetence, nesmějí například podávat léky do žíly, a to ani ve formě infuze. Podle sestry Šárky z jedné pražské nemocnice jsou špitály často nucené nařazení obcházet.

„U nás jsou oddělení, kde tyto praktické sestry tvoří více než polovinu personálu. Dost to komplikuje rozepisování služeb, protože například na noční směně, kde jsou potřeba dvě sestry, musí být vedle praktické sestry aspoň jedna všeobecná, aby vůbec měl kdo píchat pacientům léky,“ řekla Právu sestra.

„Někde se to musí obcházet tak, že za takový úkon písemně zodpovídá sestra, která v tu chvíli na oddělení ani není přítomná. Kdyby se ale něco stalo a v důsledku špatného podání léku by třeba zemřel člověk, tak by to odnesla ta, co je písemně zodpovědná,“ poznamenala sestra Šárka.

Situace se podle ní změnila i tím, že v minulosti zákon o zdravotnických pracovnících obsahoval i institut tzv. odborného dohledu, který loni přijatá vyhláška zrušila. Nutno ale říct, že středoškolsky vzdělané sestry nesměly pacientům píchat léky do žíly ani dříve.

Její slova potvrdila i Lucie, zdravotní sestra z jiného pražského špitálu. „U nás problém s nedostatkem všeobecných sester není. Ale když jsem na směně s praktickou sestrou, nechám ji píchat léky do žíly a při tom na ni dohlížím. Kdyby se něco stalo, odnesu to já,“ řekla Právu Lucie.



Za rozdělení kompetencí u zdravotních sester stojí jednak tlak z Evropské unie, která tlačí na co nejvyšší vzdělání sester.

„Zdrávka“ už nestačí

Podle předsedkyně zdravotnických odborů Dagmar Žitníkové je hierarchie mezi sestrami důležitá pro co nejvyšší bezpečí pacientů. „Praktická sestra nedělá specializované úkony, má být jen pomocnicí vysokoškolsky vzdělané sestry. Podávání injekce do žíly je specializovaná činnost, kterou donedávna vykonávali jen lékaři. Pokud se to někde děje, je to porušování zákona,“ řekla Právu Žitníková. Mít střední „zdrávku“ dnes podle Žitníkové už nestačí. „Střední zdravotnická škola byla dříve výběrová škola, dnes už je to spíš cesta, jak snadno získat maturitu. Podle našich údajů jen třicet procent vystudovaných sester jde pracovat do nemocnice a z nich jen třicet procent vydrží v nemocnici déle než rok,“ popsala Žitníková.

Středoškolsky vzdělané sestry také nemohou pracovat v domácí péči. „Praktické sestry zaměstnávat ze zákona nemůžeme, ale pracujeme na tom, abychom je zaměstnávat mohli, protože personálu je nedostatek,“ řekla Právu prezidentka Asociace domácí péče ČR Ludmila Kondelíková.

Podle Jany Heczkové z Ústavu teorie a praxe ošetrovatelství na 1. lékařské fakultě je v pořádku, že středoškolsky vzdělané sestry nemají kompetence podávat léky do žíly. „Určitá diskuse o tom probíhala, ale osobně považuji navýšení kompetencí pro tento úkon za rizikový a v praxi pro něj nevidím důvod,“ řekla Právu Heczková.

Připustila, že v některých nemocnicích může rozdělení hierarchie působit problémy kvůli nedostatku personálu. „Tyto obtíže souvisí s dost zásadním nedostatkem zdravotnických pracovníků různých profesí. Zásadní navýšení jejich počtu v dohledné době se zřejmě očekávat nedá,“ dodala Heczková.

Řešením by podle ní mohla být revize kompetencí zdravotnických pracovníků a s tím související organizace práce. „Tak, aby méně rizikové činnosti vykonávali především zdravotničtí pracovníci s nižší kvalifikací, případně pomocný zdravotnický personál, a naopak výkony zatížené rizikem možných závažných následků vykonávali pracovníci s odpovídajícím vzděláním,“ podotkla Heczková.

Před tím, aby některé úkony prováděl neproškolený personál, varuje i ministerstvo zdravotnictví. „Rozdělení kompetencí mezi zdravotnickými pracovníky má své opodstatnění a tím je bezesporu bezpečnost pacienta. Je nezbytně nutné v každém zařízení přesně vymezit činnosti, které má provádět lékař, všeobecná sestra, praktická sestra a jiní další zdravotničtí pracovníci,“ vyjádřila se pro Právo mluvčí ministerstva Gabriela Štěpanyová.

Zdroj: J. Martinek, Právo, novinky.cz, 26. 7. 2018

Orbán se bojí reformy zdravotnictví, radši řeší migranty

Maďarské zdravotnictví není v dobré kondici, problémy se neřeší a potřebné reformy na sebe dál nechávají čekat. Ví to veřejnost, opozice i vládní strana FIDESZ v čele s premiérem Viktorom Orbánem, který raději řeší otázku migrace než zdravotnictví.

Vysvětlení je prosté: zatímco hrozba dalších přistěhovaleckých vln valících se do Evropy i Maďarska zaručuje volební úspěch, zdravotnictví by vládní straně mohlo zlomit vaz. FIDESZ před letošními parlamentními volbami vlastně ani neměl program.

K přesvědčivému vítězství Orbánovi stačilo mluvit o migraci, ochraně hranic a poukazovat na viníka všeho zlého – George Sorose, amerického miliardáře maďarského původu.

Hrozí kolaps

FIDESZ nepředložil žádnou strategii na řešení potíží ve školství nebo ve zdravotnictví. Přitom právě ony dopadají každodenně na Maďary, avšak pro Orbána by bylo nebezpečné je rozmazávat. FIDESZ disponuje už druhé volební období ústavní většinou, ale do zásadních řezů ve zdravotnictví se nehrne.

Maďaři pociťují na vlastní kůži, že nemocnice zůstávají ve špatném technickém stavu, lékaři a sestřičky masově odcházejí do zahraničí nebo do soukromé sféry, což ohrožuje dostupnost zdravotní péče a způsobuje pořadníky na jednotlivé zdravotnické zákroky. Pacienti si na mnoha místech musejí brát s sebou do nemocnic základní hygienické potřeby a mnohdy i léky.

Lidem vadí pořadníky a korupce

Podle průzkumu veřejného mínění, který publikoval web 24.hu, považují Maďaři právě situaci ve zdravotnictví za největší problém, a v něm tzv. pořadníky. „Kupříkladu na totální endoprotézu čeká v současnosti 4 715 pacientů a na obyčejné odstranění krčních mandlí se čeká v průměru 40 dnů,“ upozornil web.

Hned za pořadníky pacientům nejvíce vadí úplatky.

Nízké mzdy

Ministerstvo zdravotnictví se nedávno pochlubilo tím, že začátkem letošního roku vykonali maďarští lékaři desetitisíce transplantací orgánů. Resort rovněž zdůraznil, že platy maďarských lékařů se neustále zvyšují a nejlepší odborníci vydělávají přes milion forintů (přes 81 tisíc korun) měsíčně. Mzdy se zvyšují především v oblastech, kde přetrvává největší nedostatek kvalifikovaných lidí, konkrétně v radiologii, anesteziologii a na jednotkách intenzivní péče.

Resort rovněž poukázal na fakt, že do zahraničí odchází méně lékařů než v minulosti. Jenže i když lékaři zůstávají v Maďarsku, často je zlaná soukromá sféra nebo dají svému poslání úplně vale.

V Maďarsku je 65 tisíc lékařů

Jen necelých 38 tisíc opravdu ve zdravotnictví pracuje

Po celé zemi jsou téměř dva tisíce neobsazených lékařských míst

Jen za rok 2017 odešlo pracovat do zahraničí 324 lékařů, 78 zubařů a 327 sester

Za nedostatkem lidí se podepisují především nízké mzdy, kdy ošetřovatel a zdravotní sestra vydělají měsíčně jen 150 až 160 tisíc forintů (12 až 13 tisíc korun).

„Není divu, že přetížený a vyčerpaný personál se chová občas podrážděně, když za takové peníze pracuje mnohdy dvanáct hodin denně a má na starosti 40 až 50 pacientů,“ dodává web 24.hu.

A co dál?

Odborníci konstatují, že stát nalije do zdravotnictví každoročně dostatečné množství finančních prostředků, ale ty nemají očekávaný efekt v důsledku špatného systému.

„Proto je potřeba provést reformu zdravotnictví, ale politikům se do tohoto citlivého problému nechce. Přitom už včera bylo pozdě,“ řekl serveru ředitel budapeštské nemocnice, který nechtěl prozradit své jméno.

Zdroj: novinky.cz, 30. 7. 2018



Stát je neefektivní a brzdí ekonomiku

Česká ekonomika je jako celek stále ve výborné kondici. To ale zdaleka nelze říci o administraci a správě státu ani o fungování veřejného sektoru, který dokáže rozjetou ekonomiku i brzdit.

„Česká republika zůstává podle Světového ekonomického fóra v hodnocení konkurenceschopnosti ekonomiky na 31. místě, ale v pohledu výkonnosti veřejného sektoru je až na 100. místě ze 137 posuzovaných zemí,“ konstatoval v červenci při svém vystoupení v Senátu prezident Nejvyššího kontrolního úřadu (NKÚ) Miroslav Kala.

Přitom podle ekonomů počet státních zaměstnanců neustále roste a zdaleka nejde jenom o potřebné učitele či policisty. Loni stát platil 445 tisíc osob, letos má podle plánů v rozpočtu přibýt dalších 8 500 státních zaměstnanců.

„Veřejný sektor je v současné době brzdou rozvoje společnosti,“ konstatoval Kala. Pověstnou špičkou ledovce je podle něj délka vyšetřování a soudních řízení nebo i desítky let trvající přípravy výstavby klíčových dálnic. Stát není schopen realizovat výstavbu liniových staveb, energetických projektů, nedokáže stimulovat a podporovat dostatečnou nabídku bytů ani řádně a včas vybrat firmu pro výběr myta a provozování mytého systému. Mezi vleklé problémy patří také čerpání z evropských fondů. Podle Kaly to úzce souvisí i s tím, že stát neumí čelit silným zájmovým skupinám.

Dálnice nejsou, mýto je drahé

NKÚ se proto dlouhodobě pokouší zkonkretizovat a analyzovat hlavní problémy ve správě státu a fungování veřejného sektoru. Své závěry kontrolní úřad shrnul ve své výroční zprávě, kterou mají nyní k dispozici také ministři, poslanci a senátoři. NKÚ se například podrobně věnoval přípravě výstavby dálnic. Upozornil na to, že v ČR příprava výstavby některých liniových staveb trvá déle než 13 let. V sousedním Polsku je to méně než pět roků. „To je doklad, že v něčem máme problém, systémový problém,“ řekl senátorům Kala.

V letech 2011 až 2017 bylo podle zjištění Nejvyššího kontrolního úřadu ročně zprovozněno průměrně 16 kilometrů dálnic, zatímco v letech 2006 až 2010 to bylo v průměru 56 kilometrů. Do roku 2020 je podle odborníků reálné zprovoznit 52 kilometrů dálnic, což je v průměru opět pouze 17 kilometrů ročně místo plánovaných 25 km. Pozitivní zprávou ale je, že v letech 2008 až 2012 stál kilometr dálnice 340 milionů Kč, kdežto v letech 2013 až 2017 to bylo v průměru 152 milionů. Dálnicemi ale potíže ve státní a veřejné správě nekončí. Závažný je podle zjištění kontrolorů i stav při zavádění informačních technologií. V ČR existuje 7 700 informačních systémů veřejné správy. Jejich pořízení stálo 110 miliard a na jejich provoz je ročně vynakládáno dalších 25 miliard. V roce 2017 dosáhly výdaje na informační technologie jenom u ministerstev téměř 13 miliard Kč, skutečná výše výdajů je však ještě vyšší.

Konkrétním projektem založeným na informačních technologiích je výběr myta. Úřad dlouhodobě upozorňuje na vysokou provozní nákladovost systému, která dosahovala přibližně 31 procent, bez započtení nákladů na pořízení pak 24 procent. Pro srovnání: v Rakousku, které provozuje obdobný systém, dosahují nákladovosti 12 procent, ale nabídky z výběrového řízení ukazují, že systém lze vybudovat a provozovat s nákladovostí okolo deseti procent.

Čenová džungl ve zdravotnictví

Mírně řečeno značný nepořádek panuje i v nákupech zdravotnického vybavení, léčiv a dalšího materiálu ve fakultních nemocnicích, jejichž roční náklady se pohybují od 2,5 miliardy do 7,7 miliardy korun.

Úřadem zkontrolované nemocnice nakoupily jen v letech 2014 až 2016 léčiva za více než 5,5 miliardy Kč bez zadávacího řízení, často formou nákupu přímo od výrobců či distributorů. Mnohdy i bez jakékoliv smlouvy, jen na základě objednávek. Poskytování různých výhod či bonusů patří k zavedeným obchodním praktikám a lze je považovat za šedou zónu českého zdravotnictví, upozorňuje v této souvislosti zpráva NKÚ. Uzavírání individuálních smluv při nákupu léků a zdravotnických prostředků způsobuje velké cenové rozdíly. Nemocnice nakupují shodné léky za ceny s rozdílem i 33 tisíc Kč za jedno balení, takže jedno velké balení téhož léku stálo v jedné nemocnici 95 tisíc Kč, zatímco ve druhé téměř 130 tisíc Kč.

„Je běžná praxe, že stejný dodavatel prodává tentýž lék do různých fakultních nemocnic za velice rozdílné ceny,“ upozornil senátoři Kala.

Zdroj: novinky.cz, 3. 8. 2018

V Kongu vypukla další epidemie eboly, kvůli bojům hrozí její rozšíření za hranice

Tři mrtvé z třináct nakažených si zatím vyžádala další epidemie eboly v Kongu, letos už druhá, uvedlo konžské ministerstvo zdravotnictví. Potvrzena byla ve středu, kdy byli v provincii Severní Kivu nakaženi čtyři lidé. Do soboty se počet nakažených ztrojnásobil. Panují obavy, že by se nemoc mohla rozšířit za hranice, protože z postižené oblasti utíká před násilím denně sto až dvě stě lidí, varoval Hlas Ameriky.

Nová epidemie eboly byla vyhlášena jen týden poté, co bylo oznámeno, že se předchozí epidemii, která si vyžádala 33 mrtvých, podařilo zvládnout a už žádné nebezpečí nehrozí.

Podle prohlášení konžského ministerstva byly případy s podezřením na ebolu odhaleny v provinciích Severní Kivu a Ituri.

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) stojí u nové epidemie smrt 65leté ženy, která se léčila v nemocnici v obci Mangina. „Domníváme se, že z hlediska zacházení s případy eboly nebyla pořízena bezpečně. Další sedm úmrtí bylo zaznamenáno mezi jejími nejbližšími příbuznými,“ konstatovala WHO.

Není jasné, zda obě epidemie spolu nějak souvisejí, nové ohnisko se objevilo o 2 500 kilometrů dále.

Strach z šíření eboly za hranice

V Severním Kivu se už dvacet let bojuje. Do bojů je zapojeno sto různých vzbouřeneckých a kmenových milic. Před násilím utekl z osmi-milionového Severního Kivu do sousedních zemí milion lidí. Skončili v Tanzánii, Ugandě a Burundi. Peter Salarna ze Světové zdravotnické organizace varoval, že mezi uprchlíky by se mohli objevit nakažení, protože lidé z oblasti, kterou označil za „válečnou zónu“, před boji stále utíkají.

WHO proto už spolupracuje s Ugandou a Rwandou, které se Severním Kivu sousedí. Do Ugandy letos uteklo 92 000 Konžanů. Denně jich přichází sto až dvě stě, řekl mluvčí vysokého komisaře OSN pro uprchlíky Andrej Mahecic.

Ebola patří mezi krvácivé horečky. Poprvé byla zaznamenána na severu Konga v roce 1976. Virus způsobuje zvýšenou teplotu, zvracení, průjem a svalové bolesti, vnitřní a vnější krvácení a někdy i rozklad tkání. Úmrtnost se pohybuje podle kmene mezi 30 až 90 procenty. Lék na ebolu neexistuje, ale slibné jsou výsledky testů vakcín.

Zdroj: novinky.cz, 5. 8. 2018



INZERCE

512 1-18

Společnost **Elis a Elis s.r.o. nabízí: Zpracování ocenění** lékařských praxí fyzických a právnických osob všech odborností. **Transformace lékařských praxí** z fyzické osoby na osobu právnickou. Tel: 602 437 166, e-mail: poradce@mybox.cz, www.elis-dane.cz

514 1-18

Prodám dobře zavedenou **ordinaci** praktického lékaře pro děti a dorost v **Praze 6**. Telefon 721 136 314.

524 4-18

Hledám nástupce do ordinace PLDD v Mohelnici (okr. Šumperk) s plánovaným ukončením činnosti nejpozději do konce r. 2018. Kontakt: 736 763 092

525 4-18

PLDD v **Brně-Bystřci** hledá **zástup** 1–2 dny v týdnu s možností pozdějšího převzetí ordinace. Tel. 777 801 880

526 5-18

Hledám nástupce do ordinace PLDD **Horní Planá–Černá** v Pošumaví-Hořice **na Šumavě** v krásném prostředí rekreační oblasti Lipensko. Vstřícný přístup obec. úřadů. Možnost obecního bytu 1 + 1, 2 + 1 v H. Plané. Kontakt: tel. 602 118 123, e-mail jan.indra@centrum.cz

527 5-18

Přenechám velmi výhodně dobře zavedenou **praxi** PLDD v **Postřelmově** (okr. Šumperk). Bližší informace na tel. č.: 603 843 226

528 5-18

Hledám lékaře k převzetí pediatrické praxe. Ordinace je v pronájmu obce, která chce zajistit zdravotní péči pro své občany. Nabízí velmi výhodné podmínky. Bezproblémová klientela. Ordinace v **Albrechticích u Českého Těšína**, okres Karviná. Telefon: 596 428 183, mobil: 602 520 380, e-mail: lydie.mach@centrum.cz

529 6-18

PLDD s dobře zavedenou **praxí** na **Praze 3** hledá **zástup** na podzim 2018 na dobu minimálně 2 měsíců (rekonvalescence po TE kyčle). Nabídky prosím e-mailem, tereza.novackova@seznam.cz. Odměna dohodou.

530 6-18

Přenechám velmi výhodně **praxi** PLDD v Novém Jičíně, tel. 605 536 479.

531 6-18

Hledám praktického lékaře pro děti a dorost nebo pediatra **k zástupu** a postupnému převzetí praxe (**Kelč – Zlínský kraj**). Kontakt: darja.stodulkova@centrum.cz, telefon 730 647 037 (volat po, st, pá v době 8:00–11:00 hod.

532 6-18

Přijmeme praktického lékaře pro děti a dorost do ambulancí v lokalitách: **Říčany** (okr. Brno-venkov i Praha-východ), **Pelhřimov**, **Požořice u Brna**. Nabízíme: nadstandardní mzdové ohodnocení, 5 týdnů dovolené, 5 dní na vzdělávání, 3 dny na zotavenou, akreditovaná pracoviště, zaměstnanecké benefity. Kontakt: V. Král, 733 679 555, vlastimil.kral@mediclinic.cz

533 7-18

MČ Praha 22 hledá pediatra. Nový nebytový prostor v centru Uhřetěvesi zkolaudovaný pro ordinaci dětského lékaře, o celkové výměře 62,8 m². Zvýhodněné nájemné po dobu 6 měsíců ve výši 750 Kč/m²/rok, dále ve výši 1 500 Kč/m²/rok. Příspěvek ve výši 20 000 Kč na zařizovací předměty ordinace. Nástup ihned. Možnost přidělení služebního bytu. Kontakt – Mgr. Žaludová, mobil 605 881 861 nebo zdenka.zaludova@praha22.cz

534 7-18

Nabídka na obsazení pediatrického **obvodu** v **Beskydech** v **obci Dolní Bečva**. Možnost pronájmu bytu 3 + 1 přímo ve zdravotním středisku. Kontakt 724 179 039.

535 7-18

Město Odry nabízí **k pronájmu vybavenou ordinaci** praktického lékaře pro děti a dorost v prostorách **Městské nemocnice v Odrách**. Nabízíme: převzetí soukromé praxe PLDD, výrazná sleva na nájmu ordinace, přednostní přidělení městského bytu pro lékaře. Bližší informace: Ing. Šmaus, tel. 556 778 170, e-mail: martin.smaus@nemocniceodry.cz

536 7-18

Prodám plně funkční 10 let starý přístroj **QuikRead 101** firmy Orion na rychlou **diagnostiku CRP** a **Streptococcus pyogenes** plně funkční za symbolickou cenu 8 000 Kč. Tel. 774 820 600

537 7-18

Převodu zavedenou menší **praxi** PLDD vedenou jako s.r.o. v **Českém Těšíně**. Ambulance je součástí polikliniky s VPL, zubními lékaři, lékárnou a ortopedem. Umístění ambulance v pětistícovém sídlišti. Prostorově možnost rozšíření na 2 ambulance. Prostory praxe v osobním vlastnictví. Možnost výpomoci 2–3 dny v týdnu. Bezbariérová ambulance. Kontakt: hhaidukova@gmail.com, telefon 558 741 531.

538 8-18

Prodám dobře zavedenou **ordinaci** praktického lékaře pro děti a dorost v **Praze 4**. Telefon 608 44 29 28.

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

Autodidaktický test 7/2018

Gastroenterologie

- 1. Dobře komponovaný, ale bledší pacient přichází pro recidivující výsev drobných svědivých nebolestivých vesikul a pustul na různých částech těla s převahou v oblasti velkých kloubů (ramena, lokty, kolena, hýždě). Je afebrilní. Několikrát byl léčen antibiotiky topicky i celkově – bez efektu. Opakovaně mívá epizody průjemovitých stolic. Vyšetřením prokázána latentní sideropenická anémie. O jakém onemocnění lze nejspíše uvažovat?**
 - a) dermatitis herpetiformis Duhring
 - b) Darierova nemoc
 - c) dermatomyozitida
 - d) eozinofilní granulom
- 2. Je nějaký rozdíl mezi celiakií a alergií na lepek?**
 - a) ne, alergie na lepek je synonymem pro celiakii
 - b) ano, alergie na lepek, na rozdíl od celiakie, nevyvolává zažívací symptomatologii, ale má jen kožní nebo plicní projevy
 - c) ano, alergie na lepek je synonymem pro farmářskou plíci
 - d) ano, alergie na lepek je podobně jako celiakie vyvolána tvorbou protilátek, má podobné symptomy jako celiakie, ale protilátky jsou jiného charakteru a nedochází k poškození střevní sliznice
- 3. Akutní průjem je definován zvýšenou frekvencí odchodu stolice > 3/den, sníženou konzistencí a zvýšením celkového denního množství stolice. Jaké je normální množství stolice u dětí?**
 - a) 5–10 g/kg hmotnosti
 - b) 10–15 g/kg hmotnosti
 - c) 15–20 g/kg hmotnosti
 - d) 20–25 g/kg hmotnosti
- 4. Dle patofyziologického mechanismu dělíme průjem na osmotický, sekreční, z postižení struktury střevní stěny, ze zvýšené filtrace tekutiny do střeva, ze zvýšené motility. Příčinou osmotického průjmu je nejčastěji enzymatický deficit s nahromaděním osmoticky aktivního substrátu. Sekreční typ průjmu bývá nejčastěji infekčního původu. K hrubému odlišení osmotického průjmu od sekrečního nám může pomoci:**
 - a) test s hladověním – hladovění při sekrečním průjmu vede k jeho odeznění
 - b) test s hladověním – hladovění při osmotickém průjmu vede k jeho odeznění
 - c) podávání racekadotrilu (Hidrasec) – racekadotril tlumí aktivitu enkefalinázy, čímž se při sekrečním průjmu zahušťuje střevní obsah
 - d) podávání tanátu želatiny (Tasectan) – tanát želatiny snižuje výhradně u sekrečního průjmu sekreci vody do střevního lumen, čímž zahušťuje střevní obsah
- 5. Při podezření na celiakii je doporučeno primárně vyšetřit:**
 - a) protilátky proti gliadinu ve třídě IgA a stanovit celkový IgA
 - b) protilátky proti transglutamináze ve třídě IgA
 - c) protilátky proti transglutamináze ve třídě IgE
 - d) protilátky proti transglutamináze ve třídě IgA a stanovit celkový IgA
- 6. S jakým typem anémie se můžeme u celiakie setkat?**
 - a) makrocytární pro nedostatek B12 a kyseliny listové
 - b) mikrocytární pro nedostatek železa
 - c) hemolytickou korpuskulární pro nedostatek esenciálních aminokyselin ke stavbě buněčné stěny erytrocytu
 - d) hemoglobinopatií pro často souběžnou mutaci genu pro syntézu α -řetězce globinu na 16. chromozomu (16p13) a sousedního genu, který při mutaci je predispozičním faktorem pro vznik celiakie

NOVÁ PATENTOVANÁ GENERACE MLÉK NUTRILON S PREBIOTIKY A POSTBIOTIKY



UNIKÁTNÍ KOMBINACE

PREBIOTIKA
scGOS/lcFOS (9:1)



POSTBIOTIKA

BEZPEČNOST A DOBRÁ TOLERANCE^{1,2}

SPRÁVNÝ RŮST A VÝVOJ³

PODPORA VÝVOJE A SPRÁVNÉHO FUNKOVÁNÍ STŘEVNÍHO IMUNITNÍHO SYSTÉMU^{1,4}

REFERENCE: 1. Boix-Amorós A, Colado MC, Mira A. Relationship between Milk Microbiota, Bacterial Load, Macronutrients, and Human Cells during Lactation. *Front Microbiol* 2016;7:1801. 2. Mullá C, Yazouh A, Thibault H, Odou MF, Singer E, Kalach N, Kremp D, Romond MB. Increased poliovirus-specific intestinal antibody response coincides with promotion of *Bifidobacterium longum*-infants and *Bifidobacterium breve* in infants: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Pediatr Res* 2004;56:791-5. 3. Indrio F, Ladisa G, Mautoni A, Montagna D. Effect of a fermented formula on thymus size and stool pH in healthy term infants. *Pediatr Res* 2007;62:98-100. 4. Campeotto F, Suau A, Kapel N, Magne F, Vellon V, Ferraris L, Waligora-Dupriet AJ, Soulaire P, Leboux B, Kalach N, Dupont C, Butel MJ. A fermented formula in pre-term infants: clinical tolerance, gut microbiota, downregulation of faecal calprotectin and up-regulation of faecal secretory IgA. *Br J Nutr* 2018;120:1843-51. 5. Herrera AR, Ludwig T, Bourtius H, Rubio RP, Muñoz A, Agosti M, Lista G, Convalia LT, Navero JL. OP-18 The Combination of scGOS/lcFOS and fermented infant formula softens stools of infants compare to unfermented infant formula without scGOS/lcFOS. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2015;61:S16-7. 6. Rodríguez-Herrera A, Abrahams-Berkeveld M, Alles M, Bourtius H, Rubio RP, Muñoz A, Agosti M, Lista H, Convalia LT, Navero JL. A partly fermented infant formula containing scGOS/lcFOS supports adequate growth in healthy, term infants: the life study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2016;62:Abstract N-O-010 (p 658-9).

DŮLEŽITÉ UPOZORNĚNÍ: Kojení je nejpřirozenějším způsobem výživy kojenců. Kojenecká výživa by měla být používána na doporučení lékaře. Způsob použití a další informace na www.nutrikub.cz a na infolince: 800 110 000. Potravinu pro zvláštní výživu. **MATERIÁL PRO ODBORNOU VĚŘEJNOST.** 06/2018. BF311732.

Zaměřte se na očkování proti pneumokokům

PNEUMOKOKOVÁ MENINGITIDA

ZÁNĚT STŘEDNÍHO UCHA

SEPSE

PNEUMONIE

**BEZ
DOPLATKU***



Synflorix je vakcína, která pomáhá chránit před závažnými pneumokokovými onemocněními.

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

Zkrácený souhrn údajů o přípravku

[illegible]

Referencie: 1. SPC, Synthris 10/2017. * Všechny jepti hravene z vsejnejho zdravotneho poist'ovho, pokial' ednych d'akov byli aplikovane do sedemdesiatich rokov poist'ovnice, hravene je m'z p'azobuoden provedeni do patridictel'ho m'istice veku poist'ovnice; hravene je d'ale i odovodi provedeni po uplynuti t'ichto t'iat, pokial' d'ito i odovodi aplikace jedne alebo vice d'akov z d'ovodu zdravotneho stavu poist'ovnice.



GlaxoSmithKline s.r.o.
Hučzdova 1734/2c, 140 00 Praha 4, Česká republika
tel.: 222 001 111; e-mail: cz.info@gsk.com; www.gsk.cz

CZ/SYN/0001/18
Schwaben: 2/2018



Synflorix
Pneumokoková polysacharidová
konjugovaná vakcína (adsorbovaná)