

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX

PEDIATRIAE

říjen 2018
číslo 8 • ročník 18



téma čísla

Endokrinologie



- Stanovisko KSL k výdeji očkovacích látek
- Gastrointestinální a psychické potíže jako příznak život ohrožujícího endokrinního onemocnění
- Hyperprolaktinémie u dětí a dospívajících v krátkých kazuistikách
- Tyreopatie v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost – stručný přehled racionální diagnostiky
- Kazuistika – Hypoglykémie u novorozence
- Péče o dítě matky s gestačním diabetem
- Vyhláška č. 201/2018 Sb., o stanovení hodnot bodu



Pracujeme pro zdravější svět™

NUTRICIA
BABY NUTRITION



do more
feel better
live longer



ERDOMED®

erdosteín

ČISTÍ
DÝCHACÍ
CESTY

Antibakteriální mukolytikum



Registr
ERICA¹

Hlavní závěr:

95,6 %

sledovaných dětí s ARI nepotřebovalo
při léčbě Erdomedem antibiotika

Zkratky: ARI – akutní respirační infekce

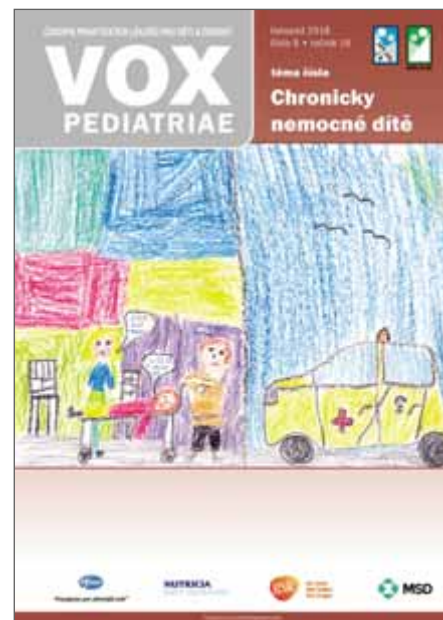
Literatura: 1. Kopriva, F.: Sledování ATB léčby dětských pacientů s recidivujícími respiračními infekcemi v letech 2013–2015 a Erdosteínu, aneb co nám říká „ERICA“, Vox Pediatr 2017;1.

Zkrácená informace ERDOMED: **S:** Erdosteín 300 mg v 1 tvrdé tobolce, 175 mg v 5 ml suspenze. **I:** Akutní a chronické onemocnění horních a dolních cest dýchacích, včetně exacerbace chronické bronchitidy a CHOPN, hypersekreční astma bronchiální, k adjuvantní léčbě s antibiotiky v případech exacerbace s bakteriální infekcí, prevence respiračních komplikací po chirurgickém zákroku. **KI:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku a na látky obsahující volné SH skupiny. Jaterní poruchy a renální insuficience, homocysteinurie, fenylketonurie u suspenze. **ZU:** Současné podávání přípravku s antitusiky nemá racionální opodstatnění a může způsobit akumulaci sekretů v bronchiálním stromu se zvýšením rizika superinfekce či bronchospasmu. **NÚ:** Židka se vyskytuje pálení žáhy, nauzea; výjimečně průjem. Ojedinelé byla pozorována ztráta nebo porucha chuti. Hypersenzitivní reakce jsou velmi vzácné. **IT:** Erdosteín potencuje účinek některých antibiotik (např. amoxicilinu, klarithromycinu), čehož lze využít k terapeutickým účelům. Byl prokázán synergický účinek s budesonidem a salbutamolem. **TL:** Pro užívání přípravku v době těhotenství, zejména v 1. trimestru, a při laktaci musí být zvlášť závažné důvody. **D:** Dospělí 1 tobolka 2× – 3× denně. Suspenze u dětí 15–20 kg 2,5 ml 2× denně, 21–30 kg 5 ml 2× denně, nad 30 kg 5 ml 3× denně. **B:** 100 ml suspenze, tobolky 10, 20, 60 × 300 mg. Po naředění je suspenze použitelná 14 dnů, je-li uchovávána při teplotě 2–8°C. **Datum poslední revize textu SPC:** 17. 3. 2015. Přípravky jsou vázány na lékařský předpis a jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami s omezením E/PNE. **P:** Erdosteín je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění dospělým symptomatickým pacientům s diagnózou CHOPN od kategorie A, která má fenotyp bronchitický a/nebo frekventní exacerbace a/nebo CHOPN s bronchiálními, kteří dodržují zákaz kouření a současně splňují následující kritéria: FEV1 po podání bronchodilatancia dosahuje méně než 80% náležité hodnoty a mají alespoň 2 exacerbace/rok v anamnéze před nasazením léčby erdosteínem. Léčba není nadále hrazena, pokud během 3 měsíců nedojde ke zlepšení průběhu CHOPN. Seznamte se prosím se Souhrnem údajů o přípravku (SPC).



Angelini Pharma Česká republika s.r.o., Páteří 7, 635 00 Brno, tel.: 546 123 111, www.angelini.cz

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Informace SPLDD	
	- Výdej očkovacích látek – tisková zpráva ČLnK	6
	- Stanovisko Koalice k tiskové zprávě	
	Mgr. Daniel Valášek	10
	Evidování tržeb ve zvláštním režimu – výhoda pro lékaře?	
	Právní rubrika	
	- Právní obrana proti neseriózním společnostem nabízejícím inzerci	11
	- Zastupování lékařů a GDPR	
	Informace OSPDL ČLS JEP	13
	MUDr. Renata Pomahačová, Ph.D.	
	Gastrointestinální a psychické potíže jako příznak život ohrožujícího endokrinního onemocnění	14
	MUDr. Ondřej Veselý	16
	Hyperprolaktinémie u dětí a dospívajících v krátkých kazuistikách	
	MUDr. Ondřej Veselý	19
	Tyreopatie v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost – stručný přehled racionální diagnostiky	
	MUDr. Helena Gastová	23
	Kazuistika – Hypoglykémie u novorozence	
	MUDr. Kateřina Andělová	25
	Gestační diabetes (GDM)	
	MUDr. Kryštof Tabery	27
	Péče o dítě matky s gestačním diabetem	
	PhDr. Šárka Slabá	30
	Dítě diabetické matky – pohled psychologa	
	MUDr. David Neumann, Ph.D.	32
	Gynekomastie v dospívání. Varovné příznaky a dif. diagnostika	
	Ze světa odborné literatury	34
	Aktuality	35
	Řádková inzerce	38
	Vyhláška č. 201/2018 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2019	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

ANGELINI
IDS MEDIA
MSD
ORION
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 inzerty
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 Veronika Žilíková, 3. ročník.

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 a kolegové,

dovolte mi pozdravit vás na začátku podzimu. Není sporu o tom, že tento rok je svým způsobem nezvyklý. Po velmi horkém a suchém létě si při psaní těchto řádků užívám opět krásně slunečné počasí a teploty atakující třicítku. Takovýto „způsob babího léta“ je sice příjemný, avšak relativně opravdu nezvyklý. Relativita na nás ostatně v poslední době útočí ze všech stran. Během nedávné doby několik snaživých politiků (jsou více politiky než odborníky) relativizovalo náš obor natolik, až byl jemně řečeno sloučen s jiným oborem, podobným. Už jen to slovo sloučení v sobě nese velkou dávku relativismu. Asi nejlépe by se dalo přirovnat k oblíbenému triku krotitelů šelem, totiž strkání hlavy do lví tlamy. Strčím-li lvovi (nebo jiné šelmě, aby se tygři neurazili) hlavu do chřtánu, jsme na tom oba relativně stejně. On má hlavu v hubě, já mám hlavu v hubě, ale každý z té situace cítí, že šelma je na tom přece jen o trochu líp.

V letním parnu minulých dní snaživá úřednice ministerstva zdravotnictví relativizovala odbornost dětských praktiků až k závěru, že naši práci mohou případně zvládnout i dospělí praktici. Pochopitelně se jí ta relativizující myšlenka v hlavě usídlila v dobré víře a myslela to dobře. Zlobit se na ni prostě nejde. Bylo nezvykle horko a relativního je kolem nás, kam jen oko pohlédne. Relativní je vnímání přiměřené obrany v případě napadení, a použití násilí vůbec. Relativizací nutnosti znehybnit dítě, nebo vůbec pacienta při odběru nebo jiném zákroku jsme si svého času užili všichni jistě dost. Relativní je význam celistvých rodin. Relativní je význam vštěpování zásad slušného chování a morálky našim dětem, tedy něčeho, co souhrnně označujeme výchovou. Relativní je stále více také postavení žen a mužů ve společnosti, a vůbec rozdělení rolí mezi pohlavími. Ale co víc, stále častěji se stává předmětem nejistoty samotné pohlaví. V některých zemích je dokonce oficiálně možné nemít určené pohlaví. Tudíž nás nemůže překvapit relativizace pojmu Evropan, nebo třeba Švéd. A možná není daleko doba, kdy nebude zcela jasné, zda bytost přede mnou se cítí být vůbec člověkem. Vždyť už dnes se najdou jedinci, kteří jsou neochvějně přesvědčeni, že jsou čímsi víc než člověkem a jejich údělem je přinést této zemi spásu. Bohužel ani síla a velikost jejich „poslání“ nic nemění na starém známém rčení, že cesta do pekla je dlážděna těmi nejlepšími úmysly.

Vedle toho všeho se nás všech každodenně dotýká relativizace vzdělání či všeobecně odborných schopností. Je pozoruhodné, jak naši pacienti rádi konzultují své zdravotní obtíže s kolegou Googlem či sestrou Wikipedií. Občas mám dokonce pocit, že by se k němu mnozí rádi zaregistrovali do péče, pokud by měl smlouvu s jejich zdravotní pojišťovnou. Proto nepřekvapí, když v jsou v médiích čistě odborné informace lékařských specialistů kladeny naroveň subjektivním názorům laiků, často navíc umně zabalených v hustém emocionálním obalu. Podobné praktiky v anonymních zdrojích informací jsou pochopitelně více než běžné. Jediné překvapení mi v tomto ohledu tedy zpravidla způsobí jen to, jak rádi se snaží autoři internetových informací zvýšit důvěryhodnost svých informací okázalou prezentací svých akademických hodností a zkušeností (bohužel zpravidla smyšlených). Navzdory zdání je na tom tedy naše společnost lépe, než se zdá. Přece jen většina z nás má vlastní zkušenost a rozum, auto si raději nechá opravit v servisu a revizi plynového kotle raději svěří odborníkovi.

Nezbývá než věřit, že my Češi, resp. my lidé jsme přece jen o něco lepší, než by se zdálo po zhlédnutí hlavních zpráv v televizi. Že za každým rohem nečíhá deviant. Že vyloučené lokality v našich městech, osídlené nepřizpůsobivými občany, nakonec najdou svoji vlastní společenskou rovnováhu blízko většinové společnosti a zbaví se závislosti na podpoře státu. Že houfy ekonomických migrantů zjistí, že všude je chléb o dvou kůrkách, a dobrovolně se vrátí do úrodné Afriky, kterou změnil svou pilnou práci v kvetoucí zahradu z legend o králi Šalamounovi. Jistě, mezi optimismem a naivním „troubovstvím“ je někdy skutečně tenká hranice. Nicméně naše snahy o udržení stávající kvality pediatrické primární péče v České republice a pokud možno její další vývoj a rozvoj vyžadují nemalou dávku optimismu. Víra, že po bezmála třiceti letech nahradí tvůrčí chaos konečně smysluplná koncepce péče o dětskou populaci, stojí za těch pár probdělých nocí. Proto věřím, že naše snaha o zajištění kvalitního vzdělávání v našem oboru má více šancí na úspěch, než by se zprvu mohlo zdát. Anebo alespoň stojí za to, hájit právo našich dětí na tuto péči. Jak před sto lety řekl jeden moudrý pán: „I nejlepššího práva musejí hájit lidé činní, nemá-li zůstat na papíře.“

Přeji vám příjemný podzim

Zdeněk Zima
místopředseda Výboru OSPDL ČLS JEP



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

Měsíc září nás mile překvapil pokračujícím teplým obdobím, denní teploty se přibližovaly letním dnům, jen den se krátil a noci byly chladné. Do našich ordinací se vrátily diagnózy odpovídající infekcím dýchacích cest, nachlazení, začali jsme řešit problémy dětí provázané s nástupem do školek a škol. Výkonný výbor SPLDD se po době dovolených naplno věnoval práci v kanceláři.

Hlavními problémy, které stále nejsou uspokojivě řešeny, jsou problémy ve vzdělávání budoucích pediatriů a nevyřešené potíže s plánovanými změnami v systému výdeje vakcín od února 2019. Probíhající projednávání novely zákona č. 378/2006 Sb., o léčivech, a implementace legislativy EU – tzv. protipadělkové směrnice – může v tuto chvíli významně ovlivnit očkování nepovinnými nehranými vakcínami. Negativní dopady hrozí jak lékařům, tak i našim pacientům. Po intenzivních jednáních na MZ se zdá, že se snad nebude měnit distribuce u vakcín povinných a nepovinných hrazených (částečně či úplně), nicméně v tuto chvíli ještě nic není stoprocentní. **Naším cílem je zachování současného funkčního systému očkování, chceme zabránit zvyšujícím se povinností lékaře a komplikovanější administrativě spojené se změnou výdeje vakcín od února 2019.** Chceme zajistit nadále dostupnost vakcín pro lékaře i pacienty. Velmi nemile nás překvapila tisková zpráva České lékařnické komory nazvaná „Návrat výdeje vakcín prostřednictvím lékáren je logický krok, pozitiva pro pacienty převažují“. Je s podivem, jak napadají zástupci lékárníků nás praktické lékaře. Slova např. o nedostatečné transparentnosti cen vakcín, míře snížené proočkovanosti neade-

kvátním poplatkem za očkování nás hluboce urazila. Nápad o možnosti aplikace vakcíny přímo v lékárnách v nás vyvolal otázku, zda si toto opravdu lékárníci přejí a zda nemají jiné problémy, které je potřeba řešit. My vnímáme lékárníky jako důležité spolupracující osoby při péči o naše malé pacienty, konzultujeme s nimi řadu věcí, ale nikdy jsme netušili, že jejich prioritou je výdej vakcín a aplikace vakcín v lékárnách. Na tiskovou zprávu ČLnK velmi rychle zareagovala Koalice soukromých lékařů (KSL) a Sdružení soukromých gynekologů ČR, následně dne 19. 9. vyšlo společné prohlášení „Fakta a mýty o projednávané změně způsobu očkování“. KSL zásadně odmítá postoj České lékařnické komory k záměru zavést výdej vakcín v lékárnách.

14. 8. 2018 se sešli na svém plánovaném jednání zástupci Koalice soukromých lékařů.

28. 8. 2018 proběhlo v kanceláři SPLDD společné jednání VV SPLDD a výboru OSPDL. Předmětem jednání byla projednávaná reforma primární péče a plánované předložení výstupů jednotlivých pracovních podskupin MZ ČR.

4. 9. 2018 na půdě MZ ČR jednala Rada poskytovatelů.

7. 9. 2018 se uskutečnilo jednání předsednictva SPLDD, pozváni byli kolegové z výboru OSPDL a regionální zástupci OSPDL. Cílem společného jednání byla maximální informovanost o plánovaných změnách v primární péči, výstupech pracovních skupin k reformě primární péči a o dalším směřování naší činnosti v ordinacích. Projednávalo se i zajištění LPS či další elektronizace zdravotnictví.

13.–15. 9. 2018 proběhl 13. kongres českých pediatriů a sester, tentokrát v Praze v prostorách nově otevřeného kongresového centra Cubex. Zajímavé a poučné byly bloky mladých pediatriů, také blok primární péče měl velkou účast.

18. 9. 2018 jednali zástupci KSL o aktuálních problémech ambulantního segmentu, vydali prohlášení reagující na tiskovou zprávu České lékařnické komory. Více na dalších stránkách časopisu.

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR a OSPDL ČLS JEP

si vás dovolují pozvat na odborné semináře v roce 2018. Semináře se konají vždy první čtvrtek 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

1. listopadu 2018

Tiková porucha v dětství

MUDr. Hana Bémová

Dětská neurologická ordinace Okrouhlík, Praha 5



OSPDL ČLS JEP



Informace SPLDD

■ Tisková zpráva ČLdK ze dne
17. 9. 2018

Návrat výdeje vakcín prostřednictvím lékáren je logický krok, pozitiva pro pacienty převažují

Česká lékařnická komora (ČLdK) nesouhlasí s negativním postojem některých praktických lékařů a jednoho distributora léčiv k plánované změně ve výdeji vakcín, která bude zavedena v souvislosti s nařízením EU. Lékaři nemohou ověřovat pravost léčivých přípravků, tím pádem nemohou ani od 9. 2. 2019 vydávat vakcíny. Nařízení zároveň neumožňuje ověření vakcín distributorem. Odlišná úprava české legislativy v tomto směru tedy není možná. Výdej nepovinných vakcín budou v ČR proto opět obstarávat výhradně lékárny, stejně jako v celé Evropě. Podle ČLdK doprovázejí tento návrat pozitivita, která výrazně převažují nad údajnými obtížemi zmiňovanými praktiky. Pacienti získají možnost svobodné volby, kde vakcínu pořídit, a budou mít lepší přehled o ceně vakcín a úhradě očkování. Dalším významným benefitem pro pacienty je zejména výdej spojený s odbornými instrukcemi lékárníků a zvýšení potenciálu pro žádoucí nárůst míry proočkovanosti populace.

Praha, 17. září 2018 – V únoru 2019 vstoupí v platnost tzv. protipadělková směrnice ovlivňující také výdej vakcín pro nepovinná očkování. Lékaři budou i u nich pomoci speciálního 2D kódu na krabičce ověřovat pravost léků, což má zabránit padělkům v distribuční síti. Jde o implementaci nařízení Evropské komise, které má zvýšit bezpečnost pacientů a sjednotit praxi výdeje vakcín v Evropské unii. V nedávné době se k připravované změně vyjádřili někteří praktičtí lékaři, kteří s ní nesouhlasí a vytvářejí poplašné zprávy o možných komplikacích vyplývajících z přesunu výdeje vakcín z jejich ordinací. Výdej vakcín přitom v lékárnách i nyní běžně probíhá a přináší výrazná pozitiva.

„V ostatních zemích EU, jichž se rozhodnutí týká, je nový systém přijímán bez problémů a bez výhrad. Přímou distribucí vakcín do

ordinace lékaře je přitom omezena svobodná volba pacienta na výběr a vyzvednutí vakcíny v kterékoli lékárně,“ říká PharmDr. Lubomír Chudoba, prezident ČLdK, a dodává: „Nejde o žádnou komplikaci, pacienti nebudou muset nesmyslně putovat mezi lékárnou a lékařem. Stačí, když jim lékař předepíše a zašle eRecept a následně se budou moci sami rozhodnout, kde si předepsanou vakcínu opatří. Pro lékárníky navíc není problém vakcíny do ordinací předat i za pomoci přenosné lednice pro zachování teplotního režimu.“

Výdej vakcín v lékárnách je ve členských zemích Evropské unie zcela běžný a proočkovanost jejich obyvatel je v porovnání s Českou republikou na vyšší úrovni. Vysoká úroveň pokrytí celé populace je přitom v zájmu celé společnosti. Očkování chrání nejen samotného jedince, ale díky možnému přerušení řetězce přenosu také ty, kteří očkování nebyli.

Cena bude pro pacienty transparentnější

Pro pacienty je stěžejní, zda převažují výhody nad nevýhodami, které může očkování přinést. Dalším nesporným benefitem vyplývajícím z nového systému distribuce je zvýšení transparentnosti ceny aplikace vakcíny. V současné době není platba za vakcínu a výkon očkování prakticky oddělena, pacienti proto nemají přesný přehled kolik a za co platí. „Pacienti často nedokážou rozlišit, jakou částku hradí za aplikaci a jakou za samotnou vakcínu. Je paradox, že míra proočkovanosti může být snížena neadekvátním poplatkem za očkování, který je v podstatě skrytý v celkové ceně hrazené pacientem,“ upozorňuje prezident ČLdK PharmDr. Lubomír Chudoba.

Edukace ze strany lékárníků může zvýšit míru proočkovanosti

Možné přerušení chladového řetězce je hlavním argumentem lékařů proti novému formátu distribuce prostřednictvím lékáren. Ani tento argument však nepovažuje ČLdK za opodstatněný. „Lékárny dodržují chladový řetězec velmi pečlivě a farmaceuti pacienty jasně instruuji, jak s vakcínou, stejně jako s jakýmkoli jiným termolabilním lékem, zacházet, aby nebyly ovlivněny její vlastnosti. Nesmíme také zapomínat na to, že vakcína

má mít při aplikaci pokojovou teplotu,“ vysvětluje Mgr. Aleš Krebs, Ph.D., viceprezident ČLdK.

V častější interakci lékárníků s pacienty při vydávání vakcíny navíc spatřuje i potenciál pro navýšení proočkovanosti populace, které je v zájmu preventivních programů státu: „Pokud bude výdej v kompetenci lékárníka, má příležitost, jakožto kvalifikovaný zdravotnický profesionál, dopomoci edukací širokého spektra obyvatel ke zvýšení proočkovanosti. Právě lékárníci jsou mezi zdravotníky těmi, se kterými se pacienti setkávají nejčastěji. Se staronovou formou výdeje vakcín se tak využije i skutečnosti, že jsou odborné rady lékárníků ohledně zdraví a prevence přínosem pro celé zdravotnictví,“ shrnuje další výhody Mgr. Aleš Krebs, Ph.D.

Možnost aplikace vakcíny přímo v lékárnách zvyšuje podíl očkovaných

V některých zemích, mezi které patří například Velká Británie, Francie, Irsko, Švýcarsko či Portugalsko, mají lékárny mnohem širší kompetence. Jejich odborný personál může vakcínu také přímo aplikovat, čímž se očkování stává pro pacienty ještě dostupnějším. To má kladný vliv na celkové procento očkovaných lidí a ochranu celé populace. „Jednou ze zemí, kde se mohou v posledních letech pacienti nechat očkovat i v lékárnách, je Portugalsko. Praxe ukázala, že se s tímto rozšířením proočkovanost mezi jeho obyvateli výrazně zvýšila a proběhla bez jakýchkoli komplikací. Dle zkušeností ze zahraničí se ukazuje, že lékaři nemusejí být výhradními poskytovateli očkování. Zpřístupněním vakcín od jiných subjektů a možnou aplikací mimo běžnou pracovní dobu lze dosáhnout zlepšení ve výsledcích proočkovanosti populace. To by mělo být společným cílem všech zdravotníků,“ říká Mgr. Michaela Bažantová, tisková mluvčí ČLdK.

Česká lékařnická komora je samosprávná nepolitická stavovská organizace sdružující lékárníky. Byla zřízena zákonem ČNR č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékařnické komoře. Její ustavující sjezd se uskutečnil 28.–29. září 1991.

Česká lékařnická komora dbá, aby její členové vykonávali své povolání odborně,



v souladu s jeho etikou a způsobem stanoveným zákony a řády komory. Zaručuje odbornost svých členů a potvrzuje splnění podmínek k výkonu lékárnického povolání. Posuzuje a hájí práva a profesní zájmy svých členů, stejně tak chrání jejich profesní čest.

■ Reakce Koalice soukromých lékařů na tiskové prohlášení ČLnK

Fakta a mýty o projednávání změny způsobu očkování

Koalice soukromých lékařů (KSL) a Sdružení soukromých gynekologů (SSG) zásadně odmítají postoj České lékárnické komory (ČLnK) k záměru zavést výdej vakcín v lékárnách.

Očkování patří do rukou lékařů. Žádáme o zahájení diskuse na téma zavedení výdeje léků v ordinacích lékařů.

KSL a SSG považují myšlenku, že by si pacient v případě potřeby očkování místo dosavadní praxe, kdy se vše odbude během jedné návštěvy u lékaře, musel jít nejdříve k lékaři pro recept, následně s receptem do lékárny a odtud zpět k lékaři, kde by teprve absolvoval očkování, za pro pacienty nebezpečnou a krajně nekomfortní.

A to z těchto důvodů:

1. Během transportu vakcíny pacientem z lékárny do ordinace by zcela jistě došlo k narušení tzv. chladového řetězce, čehož přímým důsledkem by bylo znehodnocení vakcíny. Účinnost očkování by pak byla menší, počet nežádoucích účinků po očkování větší. Jako lékaři musíme odmítnout to, že bychom nesli odpovědnost za takovýto stav, když bychom jej nemohli fakticky nijak ovlivnit.
2. Aby lékař mohl indikovat a správně časovat očkování, musí pacienta znát i aktuálně vyšetřit. Teprve pak může odpovědně rozhodnout o vhodnosti očkovat a očkování realizovat. V současné době se toto při příznivém zdravotním stavu pacienta odbývá v ordinaci lékaře během jedné návštěvy. Pokud by byla realizovaná myšlenka prosazována ČLnK, musel by pacient nejdříve na vyšetření a pro recept k lékaři, následně do lékárny a pak zpět do ordinace. Nevidíme jediný logický důvod, proč pacienta začít takto obtěžovat.

3. Lékaři transparentně informují občany o ceně očkování a na rozdíl od lékáren musejí dle platné legislativy vůči pacientům dodržet cenu vakcíny, za kterou ji koupili od distributora. Nesmějí si přičíst žádný zisk. Lékárna má právo na zisk a toto právo také, samozřejmě, využívá. Nový záměr by tedy logicky vedl ke zdražení očkování pro pacienty, a to nezávisle na tom, jak svobodně by si vybírali, v které lékárně svou vakcínu koupí.

4. ČLnK již dlouhou dobu upozorňuje na úbytek lékáren na vesnicích a malých městech. Bude-li zaveden systém výdeje vakcín v lékárnách, jak to prosazuje ČLnK, dojde vlastně ke zhoršení dostupnosti tohoto typu péče pro významnou část populace. Mimo cenu samotné vakcíny jim v souvislosti s očkováním stoupnou náklady na dopravu i časová náročnost všech činností spojených s jejich očkováním.

5. Musíme odmítnout myšlenku, že by očkování proběhlo přímo v lékárně. Lékárnici k aplikaci očkovací látky a řádnému ošetření případných komplikací nemají v ČR odpovídající vzdělání, lékárny k tomu nejsou potřebně prostorně vybaveny, nevedou zdravotnickou dokumentaci pacientů, neznají pacienty tak, jako jejich ošetřující lékař. V ČR – na rozdíl od jiných i evropských zemí – neplatí, že by lékař byl pro pacienta natolik nedostupný, aby bylo nutné zavádět *de facto* nouzová opatření s očkováním mimo ordinace.

Jsme si jisti, že pokud Parlament ČR rozhodne o tom, že vakcíny mají být vydávány jen v lékárnách, dojde z důvodů popsaných výše v bodu 1 a 2 k omezení proočkování populace zejména v oblastech očkování nepovinného. Lékaři nejsou blázni, kteří by se chtěli nechat tahat po soudech za věci, za něž nemohou.

Jako jediné smysluplné řešení navrhujeme ponechat současný systém přímé distribuce vakcín do ordinací prostřednictvím všech distributorů, kteří mají příslušné oprávnění a jsou schopni zajistit kontrolu vakcín proti jejich padělání.

S ohledem na situaci popsanou v bodě 4 výše žádáme, aby byla zahájena reálná

diskuse o tom, že by léky měly být vydávány i v ordinacích lékařů. Máme za to, že s ohledem na vývoj počtu lékáren v malých městech je k tomu již nejvyšší čas.

Za Koalici soukromých lékařů:

MUDr. Zorjan Jojko, předseda Sdružení ambulantních specialistů ČR, mluvčí Koalice,
doc. MUDr. Roman Šmucner, CSc., prezident České stomatologické komory,
MUDr. Petr Šonka, předseda Sdružení praktických lékařů ČR,
MUDr. Ilona Hülleová, předsedkyně Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

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

V Praze dne 19. 9. 2018

■ Jak požádat revizní lékaře o schválení/povolení zdravotnických prostředků a léků?

K žádostem o schválení (povolení) zdravotnických prostředků a léků se nepřikládají poukazy a recepty. Reviznímu lékaři stačí předložit pouze Žádanku o schválení (povolení) – tiskopis VZP 21/2013. Musí však obsahovat veškeré náležitosti a nutné podklady k vyřízení dané metodikou. Doklady je možno předat v elektronické podobě na datovém nosiči nebo s využitím portálového řešení (např. přes VZP Point, portály jednotlivých zdravotních pojišťoven prostřednictvím elektronické podatelny). Poukaz nebo recept vystaví ošetřující lékař až na základě schválené Žádky o schválení (povolení). Poukazy a recepty již nejsou revizním lékařem potvrzovány.

Jak při podání žádosti postupovat?

- Náležitě vyplněný a zdůvodněný tiskopis VZP 21/2013 - Žádanka o schválení (povolení) předložíte příslušné ZP. Předání dokladů v elektronické podobě je možné na datovém nosiči nebo s využitím portálového řešení.
- Pokud se rozhodnete využít portálového řešení, zašlete tiskopis včetně příloh. Příloha je zasílána, pokud je ze strany PZS nutné obsáhlé zdůvodnění požadavku nebo přiložení naskenovaných lékařských zpráv apod.
- Revizní lékař se k žádosti vyjádří a kopii žádanky se svým stanoviskem odešle zpět na vaši adresu. Proces posouzení žádosti a vydání stanoviska probíhá zave-



deným způsobem v souladu se zákonem č. 500/2004 Sb., správní řád.

- Schválení či neschválení žádosti je zaneseno do informačního systému ZP, který je přístupný oprávněným revizním pracovníkům.
- **Na základě doručené kopie schválené žádanky vystavíte poukaz nebo recept.** Na poukazu nebo na receptu (v místě pro záznamy zdravotní pojišťovny) potvrdíte jako předepisující lékař schválení/povolení revizním lékařem, a to otiskem svého razítka, podpisem a vypsáním jména schvalujícího/povolujícího revizního lékaře.

■ Kdo má vypsát příkaz ke zdravotnímu transportu na plánovanou kontrolu v odborné ambulanci?

Příkaz ke zdravotnímu transportu do smluvního zdravotnického zařízení, kde má být pojištěnci poskytnuta zdravotní péče, vyplňuje vždy ten odesílající **ošetřující lékař, který poskytnutí zdravotní péče požaduje**. Řádně vyplněný příkaz (tiskopis VZP-34) je nutný pro následné vykázaní zdravotního transportu pacienta pojišťovně a pro jeho úhradu. Transport musí být přitom vždy indikován **z prokazatelně zdravotních důvodů**, nikoli z důvodů sociálních (jako je např. špatné dopravní spojení apod.).

U plánovaného kontrolního vyšetření vypisuje příkaz ke zdravotnímu transportu **ošetřující lékař toho smluvního zdravotnického zařízení, které o kontrole rozhodlo**. Může ale nastat i situace, kdy tento lékař příkaz z objektivních důvodů nevystaví. Např. pacient je pozván na kontrolu lékařem poskytujícím specializovanou ambulantní zdravotní péči (ambulantním specialistou) až za delší časové období a nelze vyloučit změnu zdravotního stavu, a tím i indikace k dopravě. V takovém případě by se pak pacient měl obrátit na svého **praktického lékaře**, který posoudí jeho **aktuální zdravotní stav**, a je-li přeprava sanitkou ze zdravotních důvodů indikována, vystaví mu příkaz ke zdravotnímu transportu.

Příkaz ke zdravotnímu transportu pro cestu zpět vyplňuje **lékař, který zdravotní péči poskytl** – je ale povinen zhodnotit, zda je ze zdravotních důvodů indikován transport pacienta i zpátky do místa pobytu.

Pokud se pacient rozhodne místo transportu sanitkou pro dopravu soukromým vozidlem a pokud ošetřující lékař takovou dopravu

předem schválí (vystavením tiskopisu VZP-39), má nárok na náhradu cestovních nákladů. Podmínkou je, že vozidlo řídí jiná osoba než pacient. Tato podmínka koresponduje s tím, že jde o pacienta, jehož aktuální zdravotní stav neumožňuje dopravu běžným způsobem bez použití dopravní zdravotní služby a samozřejmě ani neumožňuje řídit soukromé vozidlo.

■ Má každý lékař povinnost vždy vydávat lékařskou zprávu o poskytnutých zdravotních službách?

Povinnosti lékaře (poskytovatele zdravotních služeb) při výkonu jeho činnosti jsou uvedeny v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

Každý lékař měl a má **povinnost sepsat lékařskou zprávu a předat ji registrujícímu praktickému lékaři**, popř. dalšímu lékaři dle potřeby. **Pokud o to pacient požádá, má lékař povinnost tuto lékařskou zprávu poskytnout také jemu**. Běžné je, že lékař předává zprávu praktickému lékaři prostřednictvím pacienta, tedy po vyšetření dá písemnou zprávu pacientovi, kterého poučí, že ji má odevzdat svému praktickému lékaři. Pacient by měl zprávu předat praktickému lékaři bezodkladně a může ji poskytnout i dalším svým lékařům podle svého uvážení či jejich požadavků. Lékařská zpráva na vyžádání pacienta by měla být vypracována lékařem bezplatně.

Přesná úprava je uvedena v § 45 odst. 2 písm. f) zákona: „Poskytovatel zdravotních služeb má povinnost předat zprávu o poskytnutých zdravotních službách registrujícímu praktickému lékaři, pokud je mu znám, a na vyžádání samotnému pacientovi nebo zdravotnické záchranné službě.“ Trochu jinak je to u registrujícího zubního lékaře a gynekologa – ti mají povinnost předat zprávu praktickému lékaři jen v případě, kdy poskytnutí zdravotních služeb on sám indikoval, tedy odeslal pacienta na dané vyšetření nebo ošetření.

Poskytovatel zdravotních služeb má i **povinnost předat potřebné informace o zdravotním stavu pacienta jiným poskytovatelům zdravotních nebo sociálních služeb, pokud je to nezbytné pro zajištění návaznosti zdravotní nebo sociální péče o pacienta**.

Jestliže lékař opravdu nesplní povinnost sepsání lékařské zprávy, bez ohledu na to, zda si ji pacient vyžádal, či nikoliv, nebo zprávu nepředá praktickému lékaři, je možné

podat **písemnou stížnost** s odkazem na § 93 předmětného zákona. Stížnost se podává lékaři, proti kterému směřuje, a ten je povinen ji do 30 dnů vyřídit. Pokud není stěžovatel s vyřízením spokojen, může se obrátit na příslušný krajský úřad, který vydal lékaři oprávnění k poskytování zdravotních služeb.

Lékař se tím, že nepředá zprávu o poskytnutých zdravotních službách praktickému lékaři nebo ji na vyžádání pacientem nevyhotoví nebo nepředá potřebné informace o zdravotním stavu pacienta jiným poskytovatelům zdravotních služeb, navíc podle § 117 zákona dopouští **správního deliktu**. Za tento správní delikt lze uložit pokutu až do výše 100 000 Kč.

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

■ Upozornění na ukončení registrace vakcíny Silgard

MSD přestala vyrábět kvadrivalentní vakcínu proti HPV Silgard a nahradila ji plně zaměnitelnou kvadrivalentní vakcínou s názvem Gardasil. Složení a SPC výrobků jsou totožná. Jedná se pouze o změnu názvu. Dalším krokem je centralizované zrušení registrace vakcíny Silgard. Notifikace na Evropskou lékovou agenturu bude zaslána **10. 12. 2018**.

Po zrušení registrace nebude možné vakcínu Silgard dál podávat pacientům, jelikož se bude jednat o neregistrovaný přípravek. Oddělení kvality společnosti MSD v tomto období zajistí přes distributory stažení a likvidaci vakcíny Silgard. Případné zbylé stažené zboží Vám bude finančně kompenzováno prostřednictvím Vašeho distributora vakcín.

Je proto vhodné zkontrolovat skladové zásoby vakcíny Silgard a v případě plánovaného použití kvadrivalentní vakcíny proti HPV do 10. 12. 2018 přednostně použít vakcínu Silgard.



■ Nařízení vlády č. 144/2018 Sb. ze dne 13. června 2018, kterým se mění nařízení vlády č. 211/2010 Sb., o soustavě oborů vzdělání v základním, středním a vyšším odborném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů

Vláda nařizuje podle § 3 odst. 5 a § 58 odst. 5 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění zákona č. 472/2011 Sb.:

Čl. I

Nařízení vlády č. 211/2010 Sb., o soustavě oborů vzdělání v základním, středním a vyšším odborném vzdělávání, ve znění nařízení vlády č. 367/2012 Sb., nařízení vlády č. 167/2014 Sb. a nařízení vlády č. 197/2015 Sb., se mění takto:

1. V příloze č. 1 oddíle D části D2 bodě 53 se řádek

53-41-M/01	Zdravotnický asistent	53-41-M/007	Zdravotnický asistent	1, 4, 7a, 8a, 9a, 11, 16, 21, 23	2. etapa ²⁾
------------	-----------------------	-------------	-----------------------	----------------------------------	------------------------

nahrazuje řádkem

53-41-M/01	Zdravotnický asistent	53-41-M/007	Zdravotnický asistent	1, 4, 7a, 8a, 9a, 11, 16, 21, 23	¹³⁾
------------	-----------------------	-------------	-----------------------	----------------------------------	----------------

2. V příloze č. 1 oddíle D části D2 bodě 53 se za řádek

53-41-M/02	Nutriční asistent	53-41-M/008	Nutriční asistent	9a, 23, 26, 27	3. etapa ³⁾
------------	-------------------	-------------	-------------------	----------------	------------------------

vkládají řádky

53-41-M/03	Praktická sestra	53-41-M/01	Zdravotnický asistent	1, 4, 7a, 8a, 9a, 11, 16, 21, 23	¹⁴⁾
53-41-M/04	Masér ve zdravotnictví			7a, 8a, 9a, 16, 23, 26	¹⁴⁾

3. V příloze č. 1 oddíle D se na konci části D2 doplňují poznámky k tabulce D2 č. 13 a 14, které znějí:

¹³⁾ Platnost oboru vzdělání se ukončuje k 1. září 2019 počínaje 1. ročníkem.

¹⁴⁾ Obor vzdělání poskytující střední vzdělání s maturitní zkouškou s platností od školního roku 2018/2019 počínaje 1. ročníkem.

4. V příloze č. 1 oddíle E části E2 bodě 53 se řádek

53-41-N/2.	Diplomovaný zdravotnický záchranář	4, 7a, 8a, 9a, 16, 23	
------------	------------------------------------	-----------------------	--

nahrazuje řádkem

53-41-N/2.	Diplomovaný zdravotnický záchranář	4, 7a, 8a, 9a, 16, 23	⁴⁾
------------	------------------------------------	-----------------------	---------------

5. V příloze č. 1 oddíle E části E2 bodě 53 se za řádek

53-41-N/4.	Diplomovaný nutriční terapeut	4, 7a, 8a, 9a, 16, 23	
------------	-------------------------------	-----------------------	--

vkládá řádek

53-41-N/5.	Diplomovaná dětská sestra	4, 7a, 8a, 9a, 16, 23	⁵⁾
------------	---------------------------	-----------------------	---------------

6. V příloze č. 1 oddíle E části E2 bodě 53 se řádek

53-44-N/3.	Diplomovaný ortotik-protetik	4, 7a, 8a, 9a, 16, 23	
------------	------------------------------	-----------------------	--

nahrazuje řádkem

53-44-N/3.	Diplomovaný ortotik-protetik	4, 7a, 8a, 9a, 16, 23	⁶⁾
------------	------------------------------	-----------------------	---------------

7. V příloze č. 1 oddíle E se na konci části E2 doplňují poznámky k tabulce E2 č. 4 až 6, které znějí:

⁴⁾ Platnost oboru vzdělání se ukončuje k 1. září 2019 počínaje 1. ročníkem.

⁵⁾ Obor vzdělání poskytující vyšší odborné vzdělávání s platností od školního roku 2018/2019 počínaje 1. ročníkem.

⁶⁾ Platnost oboru vzdělání se ukončuje k 1. září 2018.

**Čl. II
Účinnost**

Toto nařízení nabývá účinnosti patnáctým dnem po jeho vyhlášení (10. 8. 2018)

Předseda vlády: Ing. Babiš v. r.

Ministr školství, mládeže a tělovýchovy: Ing. Plaga, Ph.D., v. r.

Pro VOX připravil:
MUDr. Ctirad Kozderka



Evidování tržeb ve zvláštním režimu – výhoda pro lékaře?

Mgr. Daniel Valášek
právní kancelář ČLK

Práce na novele zákona č. 112/2016 Sb., o evidenci tržeb, přinesla řadu jednání, kterých se Česká lékařská komora účastnila s jediným cílem – přesvědčit úředníky, poslance a vládu o nutnosti vyjmutí soukromých lékařů z povinnosti evidovat jejich hotovostní příjmy. I přes přísliby, které jsme obdrželi, však k naplnění tohoto požadavku prosazovaného komorou nedošlo.

■ Co tedy návrh novely přináší?

Soukromí lékaři mají možnost volby, zda budou hotovostní příjmy evidovat elektronicky (EET), anebo povedou evidenci tržeb v listinné podobě v tzv. zvláštním režimu. Zařazení do zvláštního režimu je spojeno se splněním následujících kumulativních podmínek. Lékař není plátcem DPH, nezaměstnává více než dva zaměstnance (nepočítá se zástup za dočasně nepřítomného zaměstnance jiným zaměstnancem) a výše evidovaných (hotovostních) tržeb za 12 bezprostředně předcházejících měsíců nepřesahuje 200 000 Kč, pokud se tentýž předpoklad vztahuje i na následujících 12 měsíců. Splňuje-li lékař tyto podmínky, přičemž se může jednat o lékaře provozujícího soukromou praxi jako fyzická osoba, ale rovněž o lékaře, který provozuje lékařskou praxi ve formě právnické osoby, může podat žádost o povolení pro evidování tržeb ve zvláštním režimu. Novela pak stanoví povinnost hlásit rozhodné změny v podmínkách pro vydání povolení ve lhůtě 15 dnů a rovněž stanoví důvody pro zrušení tohoto povolení (tedy žádost lékaře, pominutí podmínek vydání povolení a porušení evidenčních povinností závažným způsobem). Další žádost o povolení pro evidování tržeb ve zvláštním režimu lze podat po uplynutí 60 dnů od právní moci rozhodnutí o zamítnutí žádosti či zrušení povolení (je-li povolení zrušeno pro závažné porušení evidenčních povinností, lze opětovnou žádost podat po uplynutí lhůty 6 měsíců).

Bylo-li žádosti o povolení pro evidování tržeb ve zvláštním režimu vyhověno, má lékař nárok na bloky účtenek, jejichž distribuci zajišťuje správce daně. Novela nestanoví způsob distribuce. Způsob distribuce (podmínky a postup převzetí účtenek) určí správce daně na svých webových stránkách (s ohledem na dikci novely předpokládáme,

že bude nutno blok účtenek minimálně jednou ročně fyzicky vyzvednout).

Lékař je povinen vystavit účtenku nejpozději při uskutečňování evidované tržby, tedy zpravidla po zákroku, po předání potvrzení či posudku pacientovi apod. Dále je potřeba evidovat stejnopis vystavené účtenky do doby stanovení daně z příjmů a rovněž je lékař povinen podat správci daně každé kalendářní čtvrtletí oznámení o tržbách evidovaných ve zvláštním režimu (vždy do 20 dnů od konce čtvrtletí). Oznámení správci daně lze učinit pouze na tiskopisu Ministerstva financí ČR, případně tiskovým výstupem odpovídajícím tiskopisu tohoto ministerstva, anebo prostřednictvím datové schránky.

Účtenka vystavená ve zvláštním režimu musí obsahovat DIČ (má je každý podnikající subjekt bez ohledu na to, zda je plátcem DPH). DIČ není nutno uvádět, je-li tvořeno rodným číslem lékaře. Dále účtenka obsahuje označení provozovny (má-li lékař více než jednu ordinaci), datum a čas přijetí platby či vystavení účtenky a celkovou částku v českých korunách. Na účtenku není namístě psát, jaké konkrétní služby byly pacientovi poskytnuty.

Z novely vyplývá i informační povinnost, která spočívá ve viditelném a zřetelném zveřejnění této informace: „Podle zákona o evidenci tržeb prodávající eviduje tržby ve zvláštním režimu a je povinen vystavit kupujícímu účtenku z bloku účtenek.“

Novela neopomíjí ani vymezení přestupků za porušení povinností při evidenci tržeb ve zvláštním režimu a rovněž stanoví i výši pokut.

Za neumístění informačního oznámení či za porušení povinnosti počínat si tak, aby blok účtenek nebyl zneužit, může být uložena pokuta do 50 000 Kč. Pokud lékař účtenku neoprávněně nevystaví, hrozí mu pokuta až do 500 000 Kč.

V případech zjištění zvlášť závažného porušení povinností (podat oznámení o tržbách evidovaných ve zvláštním režimu nebo vydávat účtenky) mohou kontrolní orgány nařídit okamžité uzavření provozovny nebo pozastavení výkonu činnosti, při níž dochází k evidenci tržeb.

Tolik novela zákona o evidenci tržeb, která zavádí tzv. zvláštní režim. Zda se jedná o pozitivní změnu, nechť zváží každý lékař sám. Z obecného pohledu se jedná o další administrativní zátěž a stanovení poměrně vysokých pokut, zejména v souvislosti se ztrátou bloku účtenek. Pro úplnost je nutno dodat, že tytéž pokuty se vztahují i na běžnou evidenci tržeb (EET). Rovněž neustálé vyplňování a archivace dokladů, jakož i čtvrtletní oznámení předpokládají další administrativní úkony, které nepřinášejí lékaři žádnou přidanou hodnotu. Byť se distribuce účtenek státem může jevit jako pozitivum, lze předpokládat, že každý lékař bude povinen si osobně tyto účtenky vyzvednout na příslušném finančním úřadě. Nabízí se otázka, zda v době široké elektronizace veřejné správy je tento postup pro lékaře přínosným kompromisem. Řadu podání je nutno vykonávat prostřednictvím výpočetní techniky, a je tedy na zvážení každého lékaře, zda si zvolí elektronickou formu, či využije institut zvláštního režimu pro evidované tržby. Právní kancelář ČLK vyvíjela maximální úsilí v argumentaci pro vyloučení soukromých lékařů z evidovaných tržeb, bohužel v tomto směru nebyli zástupci komory jednající s předními představiteli vlády vyslyšeni. Zejména nebylo pochopeno zcela specifické postavení lékařů a způsob úhrady za poskytnutou zdravotní péči, tedy ani to, že lékaři nejsou běžní podnikatelé, kteří by si zcela volně určovali ceny služeb a mohli se chovat ryze tržním způsobem.

Převzato z Tempus medicorum 7–8/2018



Právní rubrika

Právní obrana proti neseriózním společnostem nabízejícím inzerci

Mgr. Bc. Miloš Máca
právní kancelář ČLK

Již několikrát byl v časopise Tempus medicorum zveřejněn článek o právní obraně proti inzertním společnostem, které využívají omylu a právní neznalosti lékařů a následně těmto lékařům neoprávněně účtují nemalé finanční částky na základě údajné smlouvy, kterou měl lékař se společností podepsat. Dotazy členů ČLK na podivné praktiky různých společností, které nemají nic společného s ČLK a které lékařům nabízejí a poskytují inzerci soukromé praxe na internetu nebo v tištěném katalogu, v poslední době opět zaznamenávají rostoucí frekvenci, množí se i zmíněné společnosti, jež podivným způsobem nabízejí inzerci a následně na lékařích uplatňují finanční požadavky. Dost často jde navíc o společnosti se sídlem v zahraničí. Lékaři – členové ČLK znovu začínají kontaktovat právní kancelář ČLK s dotazem, jak vzniklou situaci řešit. Z toho důvodu považujeme za vhodné tuto problematiku znovu otevřít a opakovaně lékaře varovat.

Co se týče prevence před samotným vznikem problému, prvotní zásadou pochopitelně je, aby lékař důkladně četl to, co podepisuje, a to zejména text uvedený drobným písmem, v něm jsou paradoxně, leč zpravidla záměrně mnohdy skryty ty nejzásadnější informace, např. zpoplatnění služby a výše tohoto poplatku. Obdržel-li lékař písemnost inzertní firmy v cizím jazyce, který dokonale neovládá, lze písemnost v cizím jazyce primárně ignorovat, snad jen v případě zájmu o obsah listiny je možno kontaktovat například kteréhokoliv kolegu, který mu pomůže text přeložit a upozorní lékaře na úskalí, která mohou z podpisu takového dokumentu plynout. Nicméně se prokazatelně nemůže jednat o jakoukoliv výzvu či formulář zasláný například některým ze státních orgánů ČR – formuláře některých firem jsou záměrně graficky koncipovány tak, že jsou velmi podobné například povinným statistickým hlášením Českému statistickému úřadu. Státní orgány mají zákonnou povinnost

komunikovat se svými občany v českém jazyce, není možné, aby lékař bez individuální domluvy s orgánem obdržel písemnost v jazyce cizím.

I přes důkladnou prevenci samozřejmě lékař mnohdy nedokáže zabránit tomu, že se stane obětí podivných praktik inzertních společností. Členové ČLK se na právní oddělení ČLK čím dál častěji obracejí s problémem, kdy jsou jim ze strany těchto firem zasílány faktury k zaplacení inzerce (mnohdy až v řádu desítek tisíc korun) a následně vyhrožováno soudním vymáháním v případě nezaplacení. Modelové případy jsou zejména dva:

1. Lékař si je vědom, že s některou ze společností uzavřel smlouvu či objednávku na inzerci své soukromé praxe, avšak byly mu zamlčeny podstatné náležitosti tohoto smluvního vztahu – zejména pokud jde o zpoplatnění služby, dobu, na kterou je smlouva uzavřena, možnost a způsob výpovědi apod. Mnohdy bývají tyto nepostradatelné informace uvedeny drobným písmem pod čarou anebo jiným způsobem tak, aby byly lékařem záměrně přehlédnuty.
2. Lékaři byla telefonicky nabídnuta možnost inzerce, případně rámcově sděleny podmínky, a lékař požádal, zda mu společnost může nabídku doručit písemně k prostudování, případně sdělil, že si nabídku rozmyslí a své rozhodnutí sdělí. Posléze je mu však automaticky doručena faktura, následně upomínka a nakonec výhrůžka vymáháním.

V prvním případě je samozřejmě ze strany společnosti protiprávním postupem, jestliže lékaři nejsou prokazatelně a přehledně sděleny veškeré skutečnosti, které mají vliv na rozhodnutí o uzavření smlouvy. Podle právních předpisů, zejména pokud jde o zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, není možné, aby jakýkoliv typ smluvního vztahu postrádal základní náležitosti o předmětu plnění (ceně), době trvání smlouvy, možnosti výpovědi apod. Rovněž variantu, kdy

jsou tyto informace záměrně prezentovány tak, aby je smluvní partner pokud možno přehlédl, je třeba označit za protiprávní. Na tyto situace pamatuje ustanovení § 583 občanského zákoníku, které uvádí: „*Jednal-li někdo v omylu o rozhodující okolnosti a byl-li v omyl uveden druhou stranou, je právní jednání neplatné.*“ V tomto případě je tedy zjevné, že v předmětné smlouvě není věnován klíčovým skutečnostem takový prostor jako ostatním smluvním ujednáním, což lze považovat ze strany společnosti za záměr, který je rozhodující pro vyvolání omylu na straně lékaře. Z toho tedy vyplývá, že popsaná smlouva, resp. ujednání o zpoplatnění služby (časové neomezenosti, způsobu výpovědi apod.) je plně způsobilé ve smluvním partnerovi vyvolat omyl v tom smyslu, že tento smluvní partner považuje smlouvu za bezplatnou (časově omezenou, vypověditelnou bez udání důvodu apod.). Vzhledem k tomu, že tento omyl byl plně vyvolán ze strany inzertní společnosti, jsou splněny všechny podmínky pro neplatnost právního úkonu, jak je stanoví český právní řád. Jakékoliv výzvy či výhrůžky lékařům jsou tedy podle našeho názoru zpravidla právně nepodložené.

Pokud jde o druhý případ, nejčastějším tvrzením inzertních společností bývá, že došlo k uzavření tzv. smlouvy na dálku neboli spotřebitelské smlouvy, které upravuje § 1810 a násl. občanského zákoníku. Takto je sice možné určitě typy smluv uzavřít, avšak i zde nesmí chybět jeden z podstatných prvků vzniku smluvního vztahu, a to akceptace. Zásada, že nelze uplatnit princip „kdo mlčí, souhlasí“, není ani v případě uzavření smlouvy na dálku nikterak narušena. Pouhá lékařova žádost o zaslání nabídky v písemné podobě anebo sdělení, že si lékař nabídku promyslí, tedy v žádném případě nemůžou být považovány za uzavření smlouvy. Prostředky komunikace na dálku umožňující individuální jednání mohou být použity jen tehdy, jestliže spotřebitel jejich použití



neodmítl. Smluvnímu partnerovi musejí být prokazatelně sděleny a nesmí být zamlčeny podstatné náležitosti, které mají vliv na rozhodnutí o uzavření smlouvy, ty vyjmenovává zejména § 1811, § 1820 a § 1826 občanského zákoníku – i zde je tedy plně namístě uplatnit výše citované ustanovení o omylu, který vznikl tím, že lékaři nebyly sděleny povinné údaje. Lze poukázat také ještě např. na § 1838 občanského zákoníku, jehož obsahem je: „Dodal-li podnikatel spotřebiteli něco bez objednávky a ujal-li se spotřebitel držby, hledí se na spotřebitele jako na povlivěného držitele. Spotřebitel nemusí na své náklady podnikateli nic vracet ani ho o tom vyrozumět.“ Z toho tedy vyplývá, že lékař není povinen za nevyžádanou službu ani platit.

Konečně, podle § 1829 odst. 1 občanského zákoníku má spotřebitel právo od smlouvy odstoupit bez uvedení důvodu a bez jakékoliv sankce do 14 dnů od převzetí plnění. V případě, že lékař nebyl poučen o právu odstoupit od smlouvy v souladu s § 1820 odst. 1 písm. f) občanského zákoníku, prodlužuje se doba pro možné odstoupení od

smlouvy až na 1 rok a 14 dnů. **Takovou informaci o právu odstoupit od smlouvy však většina omylem podepsaných nabídek inzertních firem neobsahuje.**

Postup lékařů v těchto situacích by tedy měl být následující – **na obdrženou fakturu ne-reagovat a požadovanou částku neplatit. V opačném případě by byla situace obtížnější a mohl by vzniknout předpoklad, že lékař nabídku akceptoval.** Zároveň bude namístě inzertní společnosti odpovědět ve smyslu výše citovaných právních ustanovení (vzorový dopis je k dispozici v právní kanceláři ČLK) s tím, že toto vyjádření je jediné a konečné a na žádnou případnou další korespondenci již ze strany lékaře odpovídáno nebude. Zde lze doporučit, aby lékař po obdržené faktuře ihned právní kancelář kontaktoval s žádostí o vzorový dopis a věc zbytečně neodkládal, aby nepropadly výše uvedené lhůty pro odstoupení od smlouvy. Lékař by tím sice neztratil možnost argumentovat všemi ostatními výše uvedenými ustanoveními, zejména pokud jde o záměrné uvedení lékaře v omyl, zároveň tím však lékař

zbytečně přichází o jeden z dalších velmi podstatných argumentů.

Jako další krok ze strany společností lze očekávat písemnou nebo telefonickou výhrůžku právníka, že bude s lékařem zahájeno soudní vymáhání a poté exekuce. Taková výhrůžka bývá vždy nepříjemná, avšak je třeba, aby lékař nezpanikařil a nadále vytrval ve svém odmítavém postoji. Zmíněné společnosti totiž používají nátlak psychický, nikoliv právní, neboť hrozba právním vymáháním nezaplacené částky, jak vidno, nemá potřebnou oporu v právních předpisech. Dosud jsme od napadených lékařů (kterých jsou již bez přehánění řádově stovky) neobdrželi jedinou informaci, že by společnosti podnikly avizované právní kroky, což jediné svědčí o tom, že jsou si samy vědomy neopodstatněnosti svého nároku.

V případě nejistoty se může kterýkoliv z lékařů, který se s touto situací setká, obrátit na právní kancelář ČLK, která mu poskytne potřebnou právní podporu.

Převzato z Tempus medicorum 7-8/2018

Zastupování lékařů a GDPR

Mgr. Daniel Valášek

právní kancelář ČLK

■ Jako soukromý lékař občas potřebuji zajistit zástup. Musí být zastupující lékař poučen o ochraně osobních údajů?

S tímto typem dotazů se právní kancelář ČLK v posledních týdnech setkává poměrně často. Především je potřeba upozornit, že nelze zaměňovat institut **osobní údaj** s institutem **povinné mlčenlivosti**. Povinná mlčenlivost vyplývá z příslušné právní úpravy, v případě zdravotnických pracovníků je povinná mlčenlivost vymezena § 51 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Každý zdravotnický pracovník, který poskytuje zdravotní služby, je povinnou mlčenlivostí vázán. Totéž platí pro kolegu, který souhlasí se zástupem v ordinaci svého kolegy. V těchto případech se tedy nejedná o žádné svévolné nakládání s osobními údaji pacientů, ale o poskytování zdravotních služeb, které předpokládá řádnou identifikaci pacienta jako nezbytnou součást poskytování

zdravotních služeb. Jinými slovy lékař při poskytování zdravotních služeb zpracovává osobní údaje pacienta na základě plnění tzv. právní povinnosti dle nařízení o ochraně osobních údajů, což jsou povinnosti, které lékaři vyplývají z platné právní úpravy, např. vyhlášky o zdravotnické dokumentaci, zákona o veřejném zdravotním pojištění a řady dalších předpisů.

Rovněž nakládání se zvláštními osobními údaji, kterými jsou mimo jiné informace o zdravotním stavu pacienta, lékař zpracovává v souladu s výše uvedeným, tj. plní právní povinnost, a nepotřebuje souhlas pacienta.

Pokud tedy lékař poskytuje zdravotní služby v zástupu jiného lékaře, postupuje dle platné právní úpravy a vztahuje se na něj povinná mlčenlivost, přičemž osobní údaje zpracovává v rámci poskytování zdravotních služeb ve stejném rozsahu jako kolega, jehož zastupuje, a není nutné žádné poučení ani

o povinné mlčenlivosti, ani o způsobu nakládání s osobními údaji.

Nakládání s osobními údaji upravuje nařízení o ochraně osobních údajů a rovněž zákon o ochraně osobních údajů. Pro lékaře se přijetím nařízení o ochraně osobních údajů na způsobu poskytování zdravotních služeb v zásadě nic nemění. Příbly povinné poučení o nakládání s osobními údaji u zaměstnanců či dodavatelů, kteří přicházejí s těmito informacemi do styku a kteří jsou ve své podstatě smluvně vázáni povinnou mlčenlivostí (např. IT firma, účetní apod.). Rovněž se v tomto směru rozšířila práva pacientů, kteří mají nárok na informaci o rozsahu evidovaných osobních údajů, mohou vznést případně námitku či podat podnět ÚOOÚ. Pro úplnost je však potřeba uvést, že pacient nemá právo na výmaz osobních údajů, jež jsou vedeny v rámci poskytování zdravotních služeb.

Převzato z Tempus medicorum 7-8/2018



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Alena Šebková
předsedkyně OSPDL ČLS JEP

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

po prázdninách se opět rozjel kolotoč nej-různějších jednání, o kterých vás na této stránce pravidelně informuji. Po úvodní informaci o některých důležitých dnes zvolím ale spíše formu informací o tématech, která rozpracováváme.

JEDNÁNÍ

Opakovaná jednání vedou zástupci OSPDL společně se SPLDD kolem „**protipadělkové směrnice**“. Kvůli nařízení EU, na které přes časově dostatečně dlouhou možnost nerealizoval nikdo z kompetentních, opět současný ministr zdravotnictví hasí požár zažehnutý jeho předchůdci. Pokud se nepodaří nalézt takové řešení, které zachová současný systém distribuce očkovacích látek, dočkáme se opět změny, která dopadne jak na praktické lékaře, tak na ty, o jejichž zdraví se staráme.

19. 9. proběhla další schůzka **Pracovní skupiny reformy primární péče**. Některá témata jdou do finále (uvolnění preskripce, LPS, management pacienta v systému, standardizace vybavení ordinací...), některá jsou rozpracována. Na této schůzce bylo určeno několik témat, která jsou prioritou – za PLDD je to mimo jiné rozhodně vzdělávání ve smyslu návratu oboru PLDD. Výstupem bude materiál, který kromě priorit bude obsahovat i časovou osu, do kdy by jednotlivé oblasti měly být reformovány.

20. 9. se konalo **jednání Národní imunizační komise**. Na jednání byli i zástupci tzv. EPS NIKO (odborná část NIKO). Hlavním tématem byly rizikové skupiny, především oblast imunodeficitů, které zákon určuje pro hrazené očkování. Téma není vůbec jednoduché, odborný názor, bohužel, naráží na dikci zákona a nakonec i na finanční možnosti veřejného zdravotního pojištění. Přesto se zdá, že i zde spějeme k výsledku.

KVALIFIKAČNÍ KURS z DL na PLDD

Dle přechodných ustanovení novely zákona č. 95/2004 Sb. vznikl kvalifikační kurs pro zájemce z řad dětských lékařů, kteří chtějí pracovat jako PLDD. Z našeho pohledu není kurs roven požadovanému ucelenému vzdělávání pro PLDD, ale vnímáme akutní

potřebu nových kolegů a bereme ho jako řešení „krizové situace“. Doufejme, že noví kolegové, jejichž kvalifikací pro primární péči bude pouze tento kurs, budou mít dostatečnou sebereflexi, aby pokračovali ve vzdělávání v rámci systémů OSPDL a SPLDD. Kurs je v gesci IPVZ.

WEB OSPDL

Naše odborná společnost má tradičně velmi silnou vazbu k profesní organizaci, která stála na počátku jejího vzniku. Z toho důvodu využíváme společnou kancelář a další infrastrukturu. Také webové stránky a e-mail, včetně koncového prvku (tedy paní sekretárky), s výhodou sdílíme. Této praxi bohužel udělal konec nástup směrnice EU o ochraně osobních údajů. Celá Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně musela upravit vnitřní předpisy, také Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost se muselo této směrnici přizpůsobit. Výsledkem adaptace na novou zákonnou úpravu jsou změny v organizaci práce naší kanceláře, které by naši členové neměli ani zaznamenat. Bylo ale třeba vytvořit samostatné webové stránky a e-mailovou adresu odborné společnosti. Naše spolupráce s profesní organizací pochopitelně pokračuje beze změn. Naše nové webové stránky najdete na adrese www.ospdl.eu. Nová e-mailová adresa je info@ospdl.eu.

SPÁNKOVÁ MEDICÍNA

Jak jsme již dříve informovali, navázala naše odborná společnost spolupráci s Českou společností pro výzkum spánku a spánkovou medicínu. Na předešlé setkání byla delegována MUDr. Jana Tomčalová a první setkání se spánkovou medicínou bylo více než zajímavé. Profesorka Soňa Nevšímalová nám ochotně poskytla pro účely diagnostického záchytu a přesnějšího popisu poruchy spánku „screeningový“ dotazník v angličtině a také jeho volný překlad do češtiny (ten však zatím nebyl validován, a proto je lépe používat jej zatím „neoficiálně“). Jak originál, tak volný překlad jsou k dispozici v Newsletteru OSPDL 3/2018. Ve dnech 4.–6. října 2018 proběhne v atraktivním prostředí hotelu Galant v Mikulově

XX. český a XV. česko-slovenský sjezd spánkové medicíny. Před sjezdem se uskutěční i 2. setkání Fóra pro mezioborovou spolupráci ve spánkové medicíně. Obou akcí se opět zúčastní MUDr. Jana Tomčalová. Program sjezdu je vpravdě mezioborový, svá sdělení přednesou zástupci jak interních, tak chirurgických oborů (především ORL), ale i neurologové, kardiologové, diabetologové a endokrinologové, plicní lékaři, psychiatři a další. Sjezd ve svém programu pamatuje také na dětské pacienty. Nás osobně velmi zaujala témata věnující se behaviorálním vlivům spánku. S případnými dotazy a připomínkami ke spánkové medicíně se můžete obracet i na MUDr. Tomčalovou, aby je tlumočila „sjezdujícími spánkologům“.

SPOLUPRÁCE se SZÚ

Státní zdravotní ústav (SZÚ) v rámci své činnosti pořádá každoročně setkání zaměřená na možnosti podpory zdraví. V tomto roce se již 6. ročník konference konal 21. června a tématem byla podpora zdraví v sociálně vyloučených lokalitách.

Zástupci Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP jsou na konferenci každoročně zváni, což vnímáme jako projev velmi dobrých vztahů a spolupráce mezi námi a SZÚ. Konferenci vedla MUDr. Marie Nejedlá, vedoucí Centra podpory veřejného zdraví Státního zdravotního ústavu. Představila projekt SZÚ na efektivní podporu zdraví ve vyloučených lokalitách a dále již následovaly přednášky z různých pohledů na danou problematiku.

Zástupkyně OSPDL ČLS JEP, MUDr. Jana Tomčalová se podělila o zkušenosti ze spolupráce s rodiči dětí žijících v sociálně vyloučených lokalitách. Pro zájemce o tuto problematiku jsou k dispozici abstrakta konference v odkazu Newsletteru OSPDL 3/2018, který bude vyvěšen i na webu OSPDL.

Různé:

Témata pátečních seminářů pro rok 2019 – Dermatologie. Infektologie. Školitelé 2019 – 25.–26. 1. 2019

MUDr. Alena Šebková

MUDr. Zdeněk Zíma, MUDr. Jana Tomčalová (převzato z Newsletteru OSPDL)



Gastrointestinální a psychické potíže jako příznak život ohrožujícího endokrinního onemocnění

MUDr. Renata Pomahačová, Ph.D.

Dětská klinika, Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Plzni a Fakultní nemocnice Plzeň

■ Úvod

Na JIRP Dětské kliniky byl přijat v kritickém stavu 18letý, těžce dehydratovaný, somnolentní a kardiopulmonálně nestabilní pacient v šokovém stavu s hypotenzí 87/48 mm Hg, s nehmotnými periferními pulsacemi a tachypnoí.

■ Anamnéza

Perinatální anamnéza byla u pacienta nekomplikovaná. Nikdy vážněji nestonal. Rodinná anamnéza také bezvýznamná, bez výskytu autoimunitních onemocnění. Pacient je studentem střední školy a aktivně sportuje. V předchorobí trpěl několik měsíců psychickou labilitou s depresi, svalovou slabostí, nechutenstvím a nauzeou provázenou váhovým úbytkem, bolestmi břicha v epigastriu a intermitentním zvracením. Pro gastrointestinální potíže podstoupil týden před progresivním zhoršením klinického stavu ultrasonografické vyšetření břicha a endoskopické vyšetření žaludku a duodena bez patologických nálezů. Pro psychické potíže bylo plánováno psychiatrické vyšetření.

■ Průběh hospitalizace

Příjmová laboratorní vyšetření po přijetí na JIRP potvrdila těžkou hyponatrémii 113 mmol/l, bez hyperkalémie a hypoglykémie, kompenzovanou metabolickou acidózou a zvýšený laktát (tabulka 1). Pro vysokou suspekci z akutní nadledvinové nedostatečnosti jsme neprodleně po přijetí na JIRP zahájili substituční terapii vysokými dávkami glukokortikoidů (Hydrocortison 100 mg i.v. po 4 hodinách) s mineralokortikoidy (Fludrocortison 2× denně 1 tbl po 0,1 mg p.o.) a intenzivní rehydratační terapii glukózou s NaCl. Po podání glukokortikoidu došlo k promptnímu zlepšení klinického stavu s kardiopulmonální stabilizací a s postupnou úpravou parametrů vnitřního prostředí. Od 3. dne po zahájení

substituční hormonální léčby bylo možné přejít na perorální podávání Hydrocortisonu. Provedená vstupní hormonální vyšetření před podáním glukokortikoidu potvrdila **primární nadledvinovou nedostatečnost** s vysokou hladinou ACTH (adrenokortikotropní hormon), reninu a s nízkou hladinou aldosteronu a kortizolu (tabulka 1). Vysoké autoprotilátky proti 21-hydroxyláze (tabulka 1) svědčily pro **autoimunitní etiologii primární nadledvinové nedostatečnosti (autoimunitní Addisonova nemoc)**. Současně byla u pacienta diagnostikována **chronická lymfocytární tyreoiditida** s kompenzovanou hypofunkcí štítné žlázy (tabulka 1) s elevací TSH (tyreotropní hormon), s normální hladinou fT4 (volný tyroxin) a s elevací specifických autoprotilátek proti štítné žláze anti-TPO (protilátky proti tyreoidální peroxidáze) a anti-TG (protilátky proti tyreoglobulinu). Klinicky byla přítomna struma. Ultrasonografický nálezn odpovídal těžké strumitidě s lalůčkovitou přestavbou obou laloků, s celkovým volem žlázy 28 ml. Pro hypotyreózu jsme zahájili substituci levotyroxinem v dávce 75 µg denně.

■ Konečná diagnóza

Vzhledem k diagnóze autoimunitní Addisonovy nemoci a chronické lymfocytární tyreoiditidy jsme stanovili diagnózu autoimunitní polyglandulární syndrom typu 2.

Pacienta jsme v celkově dobrém stavu propustili do domácí péče na trvalé hormonální substituční terapii glukokortikoidy (Hydrocortison 1–3/4–1/2 tbl po 10 mg), mineralokortikoidy (Fludrocortison 1 tbl po 0,1 mg denně ráno) a levotyroxinem 75 µg denně ráno nalačno. Gastrointestinální a psychické potíže ustoupily a došlo k normalizaci stavu výživy. Před dimisí proběhla edukace a vydáno **doporučení o nutnosti zvyšování dávek Hydrocortisonu ve stresových situacích**, jako je teplota, operace, psychický stres; **v případě zvr-**

cení nebo při průjemovém onemocnění edukace o nutnosti parenterální aplikace Hydrocortisonu a infuzní terapii.

■ Autoimunitní Addisonova nemoc

Jedná se o nejčastější příčinu získané primární nadledvinové nedostatečnosti. Vyskytuje se izolovaně nebo jako součást autoimunitního polyglandulárního syndromu typu 1 (APS-1) a typu 2 (APS-2). Kůra nadledvin je infiltrována lymfocyty a postupně atrofuje. Klinické projevy vyplývají z deficitu glukokortikoidů, mineralokortikoidů a nadledvinových androgenů. **Vývoj klinických příznaků bývá plíživý se stupňující se únavou, svalovou slabostí, artralgiemi, bolestmi břicha, zvracením, nechutenstvím, ev. průjmy, kolapsovými stavy z hypotenze nebo hypoglykémie, s vývojem hyperpigmentací v místě jizev, nehtů a nad drobnými klouby, s regresí pubického a axilárního ochlupení. Vzácné jsou psychiatrické symptomy onemocnění, jako je porucha kognitivních funkcí, deprese nebo psychotické poruchy.** Diagnóza se často stanoví až v zátěžové situaci, v průběhu interkurentního onemocnění nebo operace, kdy se vyvíjí akutní adrenální nedostatečnost (addisonská krize) s dehydratací, hypotenzí, tachykardií, šokovým stavem až smrtí. Typicky je přítomen minerálový rozvrat s hyponatrémií, hyperkalémií, metabolickou acidózou a hypoglykemií. Diagnóza se dále opírá o nízkou koncentraci sérového kortizolu a o vysokou koncentraci ACTH. V séru prokazujeme protilátky proti nadledvinovým antigenům, především proti enzymu 21-hydroxyláze. Mezi hlavní příznaky APS-1 patří chronická mukokutánní kandidóza, hypoparatyreóza a Addisonova nemoc. APS-2 zahrnuje Addisonovu nemoc a autoimunitní tyreoiditidu a/nebo diabetes mellitus 1. typu.



Sodík	113 mmol/l (N 137–145)
Glykémie	5,8 mmol/l (N 3,6–5,6)
ACTH	1 374,0 ng/l (N 7,2–63,3)
Kortizol v séru	105,0 nmol/l (N 50–350)
Renin	316,00 ng/l (N 1,77–25)
Aldosteron	0,02 nmol/l (N 0,03–0,65)
21-OH-protilátky	362,9 kIU/l (N 0–0,4)
TSH	18,6 mIU/l (N 0,3–4)
Volný T4	11,5 pmol/l (N 9,01–19,05)
Anti-TPO	2 029 mIU/l (N 0–9)
Anti-TG	3 000 U/ml (N 0–30)

Tabulka 1 Výsledky laboratorních vyšetření

Závěr

1. Onemocnění nadledvin je vzácné, ale nepoznaná nadledvinová nedostatečnost je život ohrožující stav. V diferenciální diagnóze je třeba na toto onemocnění myslet v případě únavy, neprosívání, hubnutí, zvracení, svalové slabosti, při psychických potížích, dále při hypoglykémii, hyponatrémii, hyperkalémii a metabolické acidóze. V případě našeho pacienta dominovala gastrointestinální a psychiatrická symptomatologie (deprese).
2. Autoimunitní postižení jednotlivých endokrinních orgánů, tedy i Addisonova choroba, se mohou vyvíjet postupně, proto je třeba na tuto klinickou jednotku myslet a při podezření vyšetřit funkci nadledvin.
3. U dětí substituovaných glukokortikoidy je nutné ve stresových situacích adekvátně zvyšovat dávky glukokortikoidů podle doporučení endokrinologa. Dávka mineralokortikoidů zůstává stejná.

V případě zvracení nebo průjmů je indikována parenterální aplikace glukokortikoidů a infuzní terapie glukózy s minerály.

Literatura

- Lebl J, Al Taji E, Koloušková S, Průhová Š, Šnajderová M, Šumník Z. Dětská endokrinologie a diabetologie. Praha: Galén, 2016.
- Pomahačová R, Kalvachová B. Dětská endokrinologie do kapsy. Praha: Mladá fronta, 2017.
- Farah Jde L, Lauand CV, Chequi L, Fortunato E, Pasqualino F, Bignotto LH, Batista RL, Aprahamian I. Severe psychotic disorder as the main manifestation of adrenal insufficiency. Case Rep Psychiatry. 2015;2015:512430. doi: 10.1155/2015/512430. Epub 2015 Apr 12.

DIGITÁLNÍ PANEL DO VAŠÍ ČEKÁRNY

Na informačním panelu můžete sdílet Vaše informace a rady pacientům, kteří právě čekají na vyšetření.

Instalace i provoz jsou pro praktické lékaře pro děti a dorost **bezplatné**.



+420 731 965 096



lucie.vorlickova@ids-media.cz



www.obrazovkavcekarne.cz





Hyperprolaktinémie u dětí a dospívajících v krátkých kazuistikách

MUDr. Ondřej Veselý^{1,2,3}, MUDr. Marie Nečasová¹,
doc. MUDr. Jiřina Zapletalová, Ph.D.²

¹ Dětská endokrinologická ambulance Svitavské nemocnice a.s.; ² Dětská klinika LF UP a FN Olomouc;

³ Dětská endokrinologická ordinace, SPEA Olomouc s.r.o.

Autoři předkládají čtyři krátké kazuistiky demonstrující pestrost diferenciální diagnostiky hyperprolaktinémie, která nepatří k úplně typickým problémům řešeným v ambulancích dětské endokrinologie. Prezentované případy se zaměřují především na úskalí diagnostiky.

Klíčová slova: hyperprolaktinémie, prolaktinom, děti

■ Úvod

Prolaktin (PRL) je polypeptidický hormon produkováný laktotrofními buňkami adenohypofýzy. Jeho sekrece je pulsatilní a má cirkadiánní rytmus s maximem ve spánku před probuzením. Jeho vztah k tvorbě mléka během období laktace je všeobecně znám, má ale i další účinky, a to na funkci gonád, na chování jedince („hormon rodičovství“) i schopnosti imunoregulační a protizánětlivé. Základní regulace sekrece PRL je řízena hypotalamem dopaminergní inhibicí (D2 receptory na membráně laktotrofů). K dalším prolaktin inhibujícím mediátorům patří např. GABA, somatostatin, acetylcholin. Uvolňování prolaktinu naopak podporuje sání prsu dítětem, stres, tyroliberin, oxytocin, serotonin, estrogeny, opiáty a další.

Hyperprolaktinémie je zvýšená hladina PRL v krvi. Normy hladin se udávají buď v mIU/l, nebo v ng/ml (přibližný převod je 1 ng/ml = 20 mIU/l) a jsou vyšší u dospívajících dívek a žen ve fertilním věku (vliv estrogenů) ve srovnání s muži, dětmi a staršími lidmi. Příčiny vzestupu hladiny prolaktinu můžeme rozdělit na tři skupiny: *fyziologické*, *lékové* a *patologické*. Mezi *fyziologické* situace patří už jen samotný stres z návštěvy lékaře, odběru krve, u žen gravidita, u obou pohlaví fyzická námaha, pohlavní styk/dráždění bradavek, hypertermie, hypoglykémie a další. *Léky* ovlivňující hladinu PRL je celá řada, zejména se jedná o psychofarmaka, ale také psychotropní drogy. Mechanismus působení léků vedoucí ke zvýšení hladiny PRL je různý: přímá stimulace laktotrofních buněk,

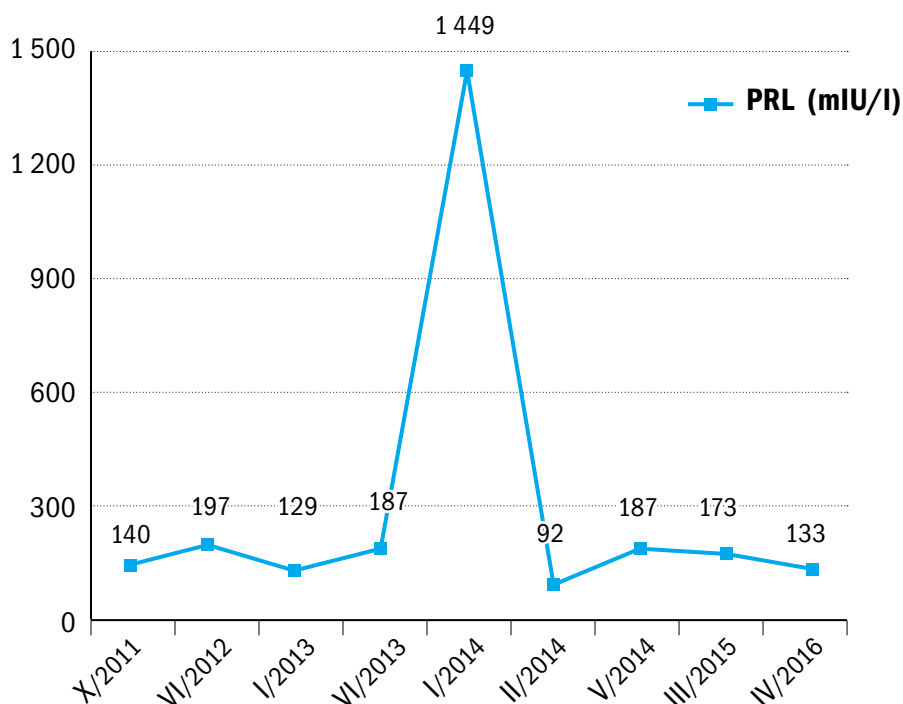
nepřímá stimulace přes hypotalamus, blokáda dopaminergní inhibiční transmise a jiné. *Patologické* příčiny hyperprolaktinémie zahrnují autonomní nadprodukcí PRL prolaktinomem, útlak stopky hypofýzy se ztrátou dopaminergní inhibice jakýmkoliv tumorem v oblasti hypotalamu a hypofýzy (pseudoprolaktinom) či jiným procesem v této lokalitě (lymfocytární hypofyzitida, cévní aneurysma, sarkoidóza), systémová onemocnění (renální selhání, jaterní cirhóza), onemocnění hrudní stěny, primární hypotyreózu (stimulace sekrece PRL zvýšenou hladinou TRH), syndrom polycystických ovarií.

Prolaktinomy představují u dospělých i u dětí nejčastější hormonálně aktivní adenomy hypofýzy. Vznikají obvykle následkem *de novo* mutace genů zejména ze skupiny růstových faktorů, ale mohou být výsledkem zděděné mutace, ev. jako součást syndromu mnohočetné endokrinní neoplazie typu 1 (mutace tumor supresorového genu pro menin). Typ mutace je určující pro rychlost růstu i odezvu na terapii. Příznaky u dětí zčásti závisejí na věku, kdy u dospívajících se mohou projevit jako opožděná puberta, u dívek primární či sekundární amenoreou, galaktoreou, u chlapců gynekomastií, ev. galaktoreou. Tyto příznaky souvisejí s tlumivým vlivem vysoké hladiny PRL na pulsni sekreci gonadoliberinu v hypotalamu, ale PRL má i přímý supresní vliv na gonády. Bez ohledu na věk mohou být první manifestací až příznaky neurologické: bolesti hlavy, výpadky zorného pole. Růstová retardace bývá rovněž až projevem pokročilého růstu nádoru (na rozdíl od jiných hypotalamo-hypofyzárních lézí u dětí, jako je např. kraniofaryngeom). Laboratorně u dospívajících

nacházíme obraz hypogonadotropního hypogonadismu. Diagnostika zahrnuje laboratorní opakovaný průkaz vysokých hladin PRL, vyloučení jiných příčin hyperprolaktinémie a zobrazení hypofýzy, kdy jednoznačně preferujeme magnetickou rezonanci (MR) před výpočetní tomografií (CT). Dříve používaný TRH test je považován za obsoletní. U makroprolaktinomu vždy došetříme i oční pozadí a perimetr. Definitivním potvrzením diagnózy je až odpověď na terapii dopaminergními agonisty, jejichž působením dochází nejen k normalizaci hladiny PRL, ale také k významné redukci velikosti tumoru (o 50–75 %) nebo úplné regresi. V České republice máme k léčbě k dispozici bromokriptin nebo cabergolin. Druhý jmenovaný je lépe tolerován pro menší a mírnější výskyt nežádoucích účinků a podává se pouze 1–2× týdně, což usnadňuje compliance, nevýhodou je jeho vysoká cena. U mikroprolaktinomu se častěji dosáhne kompletní remise s možností ukončení léčby. Léčba vzácných farmakorezistentních makroprolaktinomu je stejná jako u jiných tumorů této oblasti, tj. neurochirurgický zákrok, ozáření Leksellovým gama nožem atd. Cílem léčby prolaktinomu u dospívajících je zmenšení tumoru, normalizace pubertálního vývoje, udržení gonadálních funkcí s ohledem na budoucí fertilitu a také dosažení maxima kostní hmoty, který by jinak byl ohrožen hypogonadotropním hypogonadismem vzniklým následkem hyperprolaktinémie.

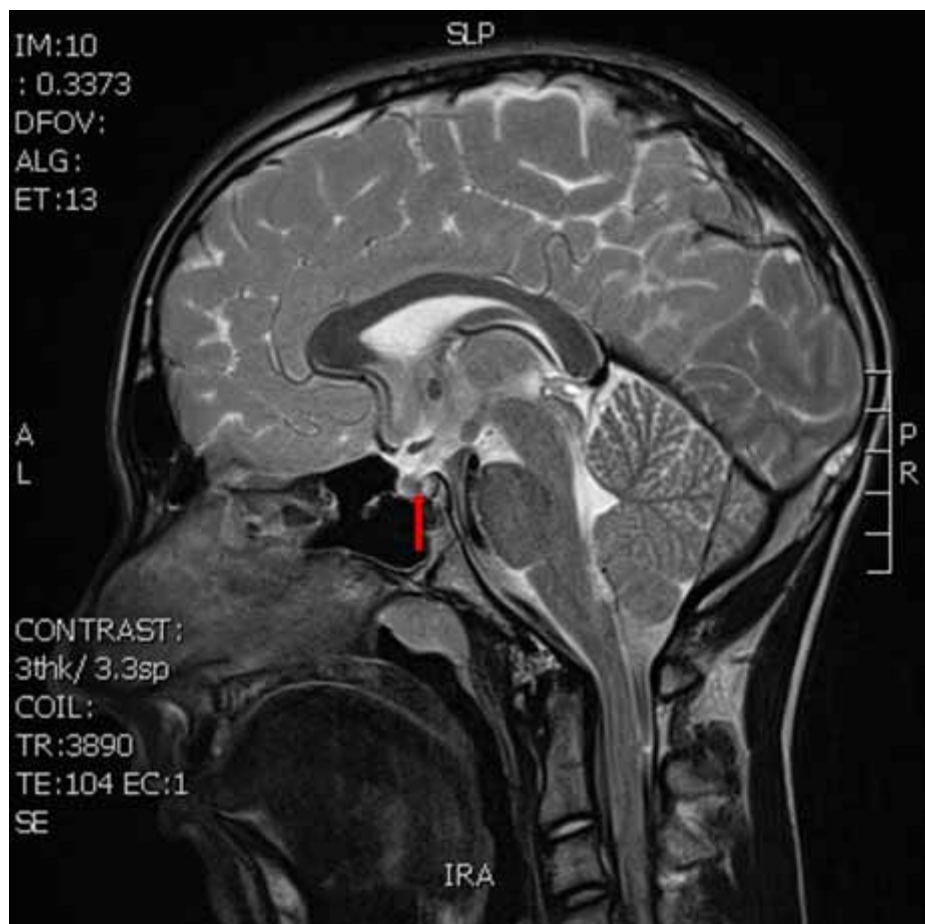
■ Kazuistiky

(1) U dnes osmileté dívky sledované na endokrinologii od 3 let věku pro izolované telarché praecox, které nakonec spontánně regredovalo, byla zachycena při kontrole



Graf 1 Kazuistika 1, jednorázové zvýšení hladiny prolaktinu, pravděpodobně stresové

Obr. 1 Kazuistika 2, MR hypofýzy, po aplikaci kontrastní látky je patrný drobný defekt v syčení v dorzální části adenohypofýzy – mikroprolaktinom (šipka)



ve věku 4,5 roku hyperprolaktinémie 1 149 mIU/l (n 110–780). PRL měla vyšetřován i při předchozích odběrech a byl vždy v normě. Provedeny opakované kontrolní odběry s normálními výsledky (viz graf 1). Pravděpodobně tedy šlo o **stresovou hyperprolaktinémii**, která mohla souviset s komplikovanějším odběrem u malého dítěte.

(2) Dospívající třináctiletý hoch odeslaný k vyšetření pro půl roku trvající gynekomastii. Při vstupním vyšetření měl hmatné prsní žlázy cca 3–4 cm v průměru, Tanner G3, PH3, testes 15 ml. Hladiny folikulo stimulujícího (FSH), luteinizačního (LH) hormonu, testosteronu (TST), estradiolu (E2) a tyreotropního hormonu (TSH) měl v normě, ale byla zaznamenána výrazně vysoká hladina PRL 4 273 mIU/l (n 97–440). Rozšířeno laboratorní vyšetření: vyloučena hepatopatie, renální insuficience, oční pozadí měl bez městnání, perimetr bez skotomů. Hladiny PRL ze zavedené kanyly 4 659, 4 492, 4 045 mIU/L. Objednána MR hypofýzy, která ale bohužel provedena bez kontrastu, popsán normální nález na hypofýze. Při kontrole ve 13 letech 6 měsících měl PRL 4 956 mIU/l, proto byl odeslán na vyšší pracoviště, kde zahájena medikace cabergolinem 2× týdně 0,5 mg, po které došlo k poklesu PRL do normy. Za 5 měsíců léčby provedena kontrolní MR mozku vč. kontrastu, na níž popsán drobný mikroadenom v dorzální části adenohypofýzy – **mikroprolaktinom** (viz obr. 1). Pacient se k poslední kontrole dostavil ve 14 letech a 3 měsících, od té doby marně sháníme rodinu.

(3) Čtrnáctiletý mladík odeslaný rovněž pro gynekomastii. Při vstupním vyšetření hmatné prsní žlázy 2,5–3 cm oboustranně, Tanner G3, PH4, testes volum 6 ml. Laboratorně FSH, LH, TST, E2 v normě, PRL 1 195 mIU/l (n 97–440). Kontrolní odběry k vyloučení stresové hyperprolaktinémie ze zavedené kanyly 3× po 30 minutách: 1 052, 969, 990 mIU/l. V odstupu půl roku kontrola, puberta postupující, PRL 1 218, 1 516 mIU/l. Doplněna MR hypofýzy a hypotalamu, kde normální nález. Pozván na další kontrolu v 15 letech věku, prsní žlázy zmenšeny na 1–1,5 ml, Tanner G4, PH4, testes 10 ml, FSH 9,6 IU/ml, LH 4,1 IU/ml, TST 9,96 nmol/l, PRL 1 622 mIU/l (opět vysoký) při jinak normálních hladinách FSH, LH, TST. Kontaktována biochemická laboratoř s do-



tazem, zda jsou hyperprolaktinemická séra testována na makroprolaktin. Ukázalo se, že nikoliv. Po sehnání potřebného reagentu v podobě polyetylenglykolu sérum retestováno, hladina PRL 246 mIU/l v normě, šlo tedy o **makroprolaktinémii**.

(4) Dívka ve věku 8,5 roku se středně těžkou mentální retardací a autismem odeslaná k vyšetření pro tyreopatii a hyperprolaktinémii. V odběrech, které dělány na doporučení psychiatra, zachycena pozitivita TGAb a hyperprolaktinémie 811 mIU/l. Byly nalezeny změny ve smyslu autoimunitní tyreoiditidy i na ultrasonografickém vyšetření, TSH měla při horní hranici normy, zahájena terapie malou dávkou levotyroxinu. Ve farmakologické anamnéze krátce před výše uvedenými odběry z indikace psychiatra zahájena medikace **risperidonem**. Toto **neuroleptikum** blokádu dopaminergní transmise v tubero-infundibulárním traktu vede k hyperprolaktinémii. Překvapivé bylo, že při všech dalších kontrolách u nás i přes pokračující medikaci risperidonem byly hladiny PRL u dívky v normě. Pravděpodobným vysvětlením byla další přibývající medikace v její farmakologické anamnéze. Nejprve clonazepam, centrálně působící benzodiazepin, který pravděpodobně přímým účinkem snižuje vylučování PRL z adenohypofýzy. Dalším byl aripiprazol, kombinovaný agonista dopaminergních a serotoninergních receptorů. Oba tyto léky dostala z psychiatrické indikace ke kontrole psychomotorického neklidu.

Diskuse

Diagnostika hyperprolaktinemií skýtá několik úskalí, na která je nutné pomyslet a tím se vyhnout interpretačním komplikacím. Vždy je potřeba pečlivě odebrat anamnézu vč. farmakologické. Celá řada léčiv zvyšuje hladinu prolaktinu, patří sem antipsychotika typická (haloperidol, chlorpromazin), atypická (risperidon, amisulprid), antidepresiva, a to jak tricyklická, tak inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) i inhibitory monoaminoxidázy a další psychotropní látky. Z dalších léků jmenujme opiáty, z antihypertenziv alfa-metyl-DOPA, verapamil, z antiulcerózně působících farmak skupina antagonistů H₂ receptorů (ranitidin), z prokinetik např. metoclopramid. Jednorázově zachycená vyšší hladina PRL ještě neznamená diagnózu, je potřeba provést minimálně 1–2 kontrolní odběry

a pokud možno při nich maximálně omezit působení stresu a cirkadiálního rytmu PRL, protože právě stres bývá nejčastější příčinou elevace PRL u jinak zdravých jedinců. Falešně pozitivní výsledek může být způsoben přítomností makroprolaktinu, tj. komplexu PRL s IgG protilátkami. Vzniklé velké agregáty jsou biologicky inaktivní, protože pro svou velikost nepronikají stěnou cévní, ale jsou zachyceny běžnými laboratorními metodami jako hyperprolaktinémie. K vyloučení makroprolaktinu je potřeba provést jeho precipitaci polyetylenglykolem a pak teprve stanovit hladinu PRL. Falešně negativní výsledek může být následkem tzv. „hook“ efektu, kdy při extrémně vysokých hladinách PRL provázejících obrovské makroprolaktinomy dochází k vysycení protilátek v imunoeseji. Při podezření na hook efekt je potřeba před stanovením prolaktinu sérum naředit 1 : 100. U dospívajících by součástí vyšetření mělo být i laboratorní zhodnocení funkce gonadální osy (FSH, LH, estradiol/testosteron). MR hypofyzo/hypotalamické oblasti při hyperprolaktinémii indikujeme vždy, pokud jsou přítomny neurologické příznaky nebo porucha vizu, růstová retardace, porucha nástupu a průběhu puberty nebo se jedná o velmi vysoké hodnoty PRL (cca pětinasobek horní hranice normy a výše). U mírnějších hyperprolaktinemií nejprve vyloučíme příčiny fyziologické, laboratorní, farmakologické, systémové; teprve jsou-li negativní a hyperprolaktinémie trvá, přistoupíme k MR hypofýzy vč. podání kontrastní látky, které zvyšuje výpovědní hodnotu zejména v případě drobných adenomů. Nalezený mikroadenom nebo náhodně zjištěný incidentální hypofýzy nemusí být nutně prolaktinom, může být afunkční, velmi vzácně s jinou hormonální produkcí, a tudíž nesouvisející se zachycenou hyperprolaktinemií. Diagnosticko-terapeutickým testem k diferenciaci prolaktinomu od pseudoprolaktinomu je podání agonistů dopaminu, kdy jen u prolaktinomu dojde i k významnému zmenšení tumoru (první kontrolní MR hypofýzy cca za 2–3 měsíce od zahájení terapie). Délka trvání léčby by měla být minimálně 1 rok. Pokud jsou hladiny PRL dlouhodobě v normě a došlo k vymizení tumoru na MR, lze farmakoléčbu agonisty dopaminu ukončit. V případě významného zmenšení prolaktinomu při normálních hladinách PRL po dobu alespoň 3 roky se můžeme pokusit postupně snižovat dávku, ev. léčbu vysadit,

vždy ale za bedlivé monitorace hladiny PRL a velikosti tumoru na MR.

Závěry pro praxi

Nejčastější příčinou mírné hyperprolaktinémie je stres. Kontrolní odběr PRL provádět raději po jídle než nalačno a také alespoň hodinu po probuzení (cirkadiální rytmus PRL s nočním vrcholem). V anamnéze pátráme zejména po psychiatrické medikaci a také abúzu drog (např. marihuana, opiáty). U dívek ve fertilním věku může jít i o projev doposud nepoznané gravidity. Ne každá laboratoř automaticky vyšetřuje „hyperprolaktinemické“ vzorky na makroprolaktin. Gynekomastie se vyskytuje jen u 20–25 % hyperprolaktinemií. Hodnoty PRL v řádu několika tisíc mIU/l nebo i méně výrazné hyperprolaktinémie, ale spojené s klinickými příznaky nitrolební expanze, je potřeba došetřit MR na oblast hypotalamu a hypofýzy a vždy s kontrastem. Existuje pozitivní korelace mezi velikostí prolaktinomu a výší hyperprolaktinémie: pokud je hladina PRL relativně nízká vzhledem k velikosti léze, půjde spíše o pseudoprolaktinom. Dopaminergní agonisté jako bromokriptin či cabergolin hladinu PRL sniží prakticky vždy bez ohledu na etiologii, ale jen u prolaktinomu současně dochází k jeho zmenšení.

Literatura

1. Weiss V, Marek J. Hyperprolaktinémie. Doporučené postupy pro praktické lékaře, ČLS JEP, 2001. <http://www.cls.cz/dp>.
2. Marek J. Hyperprolaktinémie v praxi. Interní med. praxi 2008;10(12):549–554.
3. Marek J. Prolaktin secernující adenom u muže. Česká společnost pro sexuální medicínu 2013. <http://cssmweb.webnode.cz/news/prolaktin-secernujici-adenom-u-muze/>.
4. Brunová J, Bruna J. Klinická endokrinologie. Praha: Maxdorf, 2009. s. 34–39.
5. Hána V. Endokrinologie pro praxi. Praha: Maxdorf, 2014. s. 38–46.
6. Torre DL, Falorni A. Pharmacological causes of hyperprolactinemia. Ther Clin Risk Manag. 2007;3(5):929–951.
7. Fideleff HL, Boquete HR, Suárez MG, Azaretsky M. Prolactinoma in children and adolescents. Horm Res. 2009;72(4):197–205.



Tyreopatie v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost, stručný přehled racionální diagnostiky

MUDr. Ondřej Veselý^{1,2,3}

¹ Dětská klinika LF UP a FN Olomouc, ² Dětská endokrinologická ambulance Svitavské nemocnice a.s.,

³ Dětská endokrinologická ambulance, SPEA Olomouc s.r.o

■ Úvod

Přiměřená hladina **tyreoidálních hormonů (T4 = tyroxin, T3 = trijodtyronin)** je zcela nezbytná pro zdravý růst a vývoj dítěte, celoživotně pak pro normální funkci metabolismu člověka. Nezbytným předpokladem pro fungování **štítné žlázy (ŠŽ)** je její dostatečné zásobení **jodem**. Příliš nízký, ale i příliš vysoký přívod jodu může vést k poruše její funkce. ŠŽ je řízena hypotalamo-hypofyzárním systémem (produkce TRH hypotalamem a **TSH** předním lalokem hypofýzy) na principu negativní zpětné vazby. Onemocnění štítné žlázy patří mezi nejčastější endokrinopatie. Jejich výskyt v pediatrické populaci stoupá zejména v období dospívání s převahou dívek (asi 7× častěji). Nejčastější příčinou poruch ŠŽ dnešní doby jsou **autoimunitní tyreopatie (AIT)**. Jde o skupinu nemocnění, kdy vlivem ne zcela jasných vnějších faktorů v kombinaci s genetickým pozadím dojde k chybě imunitního systému a ztrátě imunitolerance vůči vlastním buňkám a tkáním, v našem případě štítné žlázy. Díky systému preventivních prohlídek jsou tyreopatie u dětí obvykle zachyceny ve fázi asymptomatické, subklinické, mnohdy jde o náhodný laboratorní nebo sonografický nález. Na druhé straně existuje řada přechodných stavů, které se projeví posunem hodnot tyreoidálních parametrů, ale primárně nejde o postižení štítné žlázy. Cílem sdělení je podat stručný přehled racionální diagnostiky tyreopatií u pediatrické populace na úrovni primární péče, tak aby zbytečně nezatěžovala čas a rozpočet zdravotního systému a současně byly jasné kompetence mezi PLDD a dětským endokrinologem, jejichž vzájemná spolupráce je základem úspěchu diagnostiky a léčby chorob štítné žlázy.

■ Diagnostické nástroje

V **anamnéze** pátráme po tyreopatiích (hypofunkce, hyperfunkce, struma, nádory) a autoimunitách. V osobní anamnéze nás kromě jiných autoimunit (celiakie, diabetes

mellitus 1. typu atp.) zajímá i přísun jodu ve stravě (pozor na potravinové doplňky s vysokým obsahem jodu), údaj o ozařování oblasti krku (vztah ke vzniku karcinomů štítné žlázy). Důležitá je rovněž anamnéza farmakologická, protože řada léků zasahuje svým účinkem do tvorby a metabolismu tyreoidálních hormonů (glukokortikoidy, estrogeny, antiepileptika aj.). V osobní anamnéze pátráme po potížích lokálních (tlak na krku) a celkových (únava fyzická či duševní, teplotní dyskomfort, poruchy spánku, schopnost soustředit se ve škole, palpitace, chuť do jídla, počet stolic, poruchy cyklu u dívek atd.), které by mohly nasvědčovat poruše funkce štítné žlázy.

Součástí **fyzikálního vyšetření** je aspekce a palpace krku (viditelná, hmatná ŠŽ, konzistence, asymetrie, bolestivost, hmatný uzel, stav lymfatických uzlin), dále pátráme po klinických projevech hypothyreózy či hypertyreózy (hmotnost, stav kůže a kožních adnex, krevní tlak, pulsy, oční příznaky endokrinní oftalmopatie, myxedém atd.). Napovědět může i **růstová křivka**, u rozvinuté hypothyreózy se dítě opoždí ve růstu, naopak při hypertyreóze dochází k urychlení růstu a kostního zrání.

Laboratorní vyšetření. Zlaté pravidlo zní *indikovat tyreoidální odběry jen v případě, že máme důvodné podezření na onemocnění štítné žlázy*. Základním „vyhledávacím“ laboratorním parametrem pro posouzení funkce je hodnota **TSH**, která citlivě reaguje již v době, kdy samotné hladiny T-hormonů jsou ještě v normě (to neplatí pro centrální hyper-/hypothyreózu, které jsou ale velmi vzácné svým výskytem). Laboratoři uváděné normy TSH jsou obvykle stanoveny pro dospělé populaci, u dětí je horní hranice normy o něco výše v důsledku většího energetického obrátu. K dispozici jsou věkově specifické normy TSH, které lze nalézt v příslušné literatuře, pro běžnou praxi můžeme u dětí použít rozpětí 0,5 až 5,5 mIU/l. Teprve tehdy, je-li TSH mimo pásmo normy, stanovujeme hladinu volného tyroxinu **ft4** (ideální je dohodnout se s laboratoří, že

pokud bude TSH ve vzorku mimo referenční rozmezí, automaticky dodělají ft4). Volný trijodtyronin **ft3** si indikuje až endokrinolog ve specifických případech. Laboratoře sice stále nabízejí i vyšetřování celkových hladin (TT4, TT3), ty jsou ale závislé na hladině vazebných bílkovin, což vede ke zbytečným „interpretacním“ problémům a jejich stanovení je v současnosti považováno za překonané. Některé situace mohou vést k přechodným změnám hladin tyreoidálních hormonů (akutní infekce, hospitalizace, střední fáze menstruačního cyklu, estrogeny v hormonální antikoncepci), v těchto případech je lépe odběry odložit na vhodnější dobu. Vyšetření **antityreoidálních protilátek** slouží k průkazu autoimunitních tyreopatií. *Nejvyšší výpovědní hodnotu mají protilátky proti tyreoidální peroxidáze (TPOAb), a jejich stanovení je tak zcela postačující jako screening AIT* (pozitivita u 80 až 90 % Hashimotových tyreoiditid a 70 až 80 % Gravesových-Basedowových tyreotoxikóz). Jako významné bereme zvýšení nad dvojnásobek laboratorní udávané horní hranice normy. Normy pro autoprotilátky jsou velmi variabilní podle použité metodiky, a proto je vhodné v dokumentaci uvést nejen titr, ale i hodnotu normy laboratoře. Vyšetření protilátky proti tyreoglobulinu (**TGAb**) není doporučeno vzhledem k častému nálezu jejich izolované mírné a často přechodné positivity. Smysl dává došetřit TGAb tam, kde trvá podezření na AIT, ale TPOAb jsou negativní (struma, ultrazvukový nález). Vyšetření protilátek proti TSH receptoru (**TRAK**) a jejich hodnocení je zcela v kompetenci endokrinologa, stejně jako vyšetřování hladin **tyreoglobulinu, kalcitoninu**.

Ultrazvuk (USG) štítné žlázy je základní vyšetřovací metodou ve všech případech, kdy pomýšlíme na onemocnění štítné žlázy. Je dostupný, levný, nezatěžující a obvykle realizovatelný i u menších dětí. Cílem je posouzení polohy, velikosti a struktury štítné žlázy, přítomnosti ložiskových změn, prokrvení, vizualizace okolí štítné žlázy vč. krčních lymfatických uzlin. Předpokladem validního



hodnocení sonografického obsahu obrazu je kvalita přístroje a zkušenost vyšetřujícího, v případě dětí navíc znalost norem pro velikost ŠŽ dle pohlaví a tělesného povrchu, které máme v České republice k dispozici. Optimální je dítě k ultrazukovému vyšetření štítnice odeslat přímo k endokrinologovi nebo radiologovi se zkušeností v pediatrické sonografii. V případě, že je indikováno kontrolní USG, je vhodné, aby je provedl tentýž lékař, který provedl předchozí vyšetření, protože sonografie je metoda s nezanedbatelným podílem subjektivního hodnocení.

■ Hmatná štítná žláza

Palpace štítné žlázy a krčních uzlin je součástí preventivní prohlídky dítěte. Pojmem **struma** je označována zvětšená štítná žláza. Nejčastější příčinou strumy u dětí jsou v současnosti autoimunitní tyreopatie, kdežto jodopenická struma je, díky jodaci soli započaté v 50. letech 20. století, relativně vzácná, nicméně v individuálních případech není vyloučena a zejména v období dospívání je potřeba počítat s větší potřebou jodu. Příčinou strumy může samozřejmě být i uzel, potažmo nádor (CAVE! jednostranné asymetrické zvětšení!). Ne vždy musí být **hmatná štítná žláza** strumou, tak jak tomu někdy bývá u astenických dětí, kde můžeme nahmatat nezvětšenou štítnou žlázu, či naopak dětí obézních, kde hmatáme kožní lalok imponující jako štítná žláza. V případě **hmatné štítné žlázy** je potřeba objektivizovat její velikost a strukturu, tj. odeslat dítě na **ultrazvuk**. Současně je třeba posoudit funkci a přítomnost autoimunity, tedy odebrat krev na stanovení hladiny **TSH a TPOAb**. Pokud jsou **přítomny změny struktury ŠŽ na USG a/nebo změny TSH, zvýšení TPOAb**, odesíláme dítě na endokrinologii. Pokud jde jen o **difúzní eufunkční strumu bez pozitivitu TPOAb (protilátek)**, není vyšetření endokrinologem nezbytné, lze zkusit optimalizovat příjem jodu ve stravě či podáváním jodidových tablet (děti 50 µg. denně, dospívající 100 µg. denně) a po jednom roce udělat kontrolní odběry TSH, TPOAb a kontrolní ultrazvuk.

■ Zvýšené TSH a hypotyreóza

Nález zvýšené hladiny TSH je nejčastějším důvodem k endokrinologickému vyšetření. Pokud je **TSH zvýšeno (obvykle bývá mezi 5,5 až 10 mIU/l)**, ale **hladina fT4 je v normě**, jedná se o **subklinickou hypotyreózu (SCH)**,

tzv. **hypertyreotropinémie**. Pokud je **TSH zvýšené a současně fT4 snižené**, jedná se o **manifestní hypotyreózu**. Klasické klinické příznaky těžké hypotyreózy jsou dnes díky včasnému zachytu u dětí vzácností, citlivým ukazatelem dlouhodobé hypofunkce může být opoždování až zástava tělesného růstu. Nejčastější příčinou hypotyreózy u dětí je **chronická juvenilní autoimunitní tyreoiditida** se strumou či bez strumy. V případě nálezu **zvýšeného TSH** by měl být proveden **kontrolní odběr: TSH, fT4 plus TPOAb za 6 až 8 týdnů**, protože asi v 70 % případů dojde ke **spontánní normalizaci TSH** a pokud je současně fT4 v normě a TPOAb negativní, **není třeba sledování na endokrinologii ani dalších laboratorních kontrol**. Pokud v kontrolním odběru je nález odpovídající **subklinické hypotyreóze**, doplníme USG a odešleme dítě k posouzení na endokrinologii. SCH se vyskytuje u 2 až 6 % populace a 5× častěji u žen. V případě dětí je náš přístup k ní následující. Pokud **při SCH nejsou známky autoimunity**, je riziko progresu do manifestní hypotyreózy asi 10%, a proto dnes preferujeme pouze **sledování** a substituci obvykle nenasazujeme. Při současném nálezu **SCH se známkami autoimunity** (+ protilátky a/nebo typické změny na USG) dochází zhruba u třetiny pacientů k progresi, u třetiny zůstává TSH stabilní a u poslední třetiny se při kontrolách normalizuje, **rozhodnutí o léčbě bude individuální**, bude záležet na výši, dynamice TSH, hodnotě fT4, změnách na USG. Pokud je **při SCH hmatná struma**, je **indikována substituční léčba levotyroxinem**, rovněž když **TSH přesáhne hranici 10 mIU/l a u dětí do 3 let věku**, protože není dostatek studií o možném vlivu SCH na neurokognitivní vývoj v rané fázi dětství. Patologický vliv SCH na tělesný růst nebyl prokázán. Při nálezu **manifestní hypotyreózy** je **odeslán na endokrinologii** samozřejmostí.

■ Obezita a štítná žláza

Obezita je tradičně spojována s klinickým obrazem hypotyreózy, ovšem jako příčina obezity je hypotyreóza velmi vzácná a musí jít o rozvinutou manifestní hypotyreózu ve směs spojenou s růstovou retardací (TSH řádově nad 100 mIU/l). Subklinická hypotyreóza k obezitě rozhodně nevede. Drtivá většina obezit je tzv. primárních, vznikajících na polygenně vázaném podkladě při přebytku energie ve stravě v kombinaci s nedostatečnou pohybovou aktivitou. **Vyšetření tyreoidálních funkcí patří do obvyklého**

diagnostického schématu při obezitě, optimální je kombinace fT4, fT3, TSH a TPOAb z následujících důvodů. Velmi často při **primární obezitě** najdeme **hraniční nebo mírně zvýšené TSH** (řádově 5–7,5 mIU/l) a **vyšší fT3** (fT4 bude v normě a TPOAb vyloučí AIT). Jde o adaptační proces, lidé obézní mají vyšší klidový energetický výdej než neobézní a hormony štítné žlázy jsou hormony energetického obratu. Výsledkem adaptace je mírná elevace TSH a fT3 (T3 je z menší části tvořen přímo v žláze, z větší části vzniká periferní konverzí/dejodací z tyroxinu a je hlavním metabolicky aktivním tyreohormonem. Naopak u hladovějících, jako jsou v našich podmínkách např. dívky (i chlapci) s poruchami příjmu potravy, je typickým nálezem nízké fT3 jako součást adaptace na hypometabolismus (**syndrom nízkého T3**, T4 je v periférii přednostně konvertován na metabolicky inaktivní reverzní „rT3“ místo na aktivní T3). Pro předběžnou orientaci o původu obezity stačí pohled do růstové křivky, **primární obezita je spojena s urychlením růstu** (i kostního věku), zatímco obezita při endokrinopatiích (hypotyreóza, Cushingův syndrom nebo nemoc, deficit růstového hormonu, pseudohypoparatyreóza) je **spojena s růstovou retardací**.

■ Snižované TSH a hypertyreóza

Podstatně méně často se setkáme s TSH sníženým pod dolní mez normy. Pokud je současně **hladina fT4 v normě**, jedná se o **subklinickou hypertyreózu** (pozor ale na tento hormonální vzorec při tzv. „**sick syndromu**“ u dlouhodobě nutričně strádajících jedinců v katabolickém stavu), pokud je **TSH nízké a současně fT4 (fT3) vysoké**, jedná se o **manifestní hypertyreózu**. Klinické symptomy hypertyreózy jsou všeobecně známé a jsou odrazem hypermetabolismu a zvýšeného tonu sympatiky. **U dětí na hypertyreózu pomyšlíme kromě hmatné strumy s klidovou tachykardií také při nervozitě, neklidu, nespavosti, náhlém zhoršení školního prospěchu, intoleranci tepla, zvýšené chuti k jídlu se stagnující hmotnostní křivkou atd.** Příčiny hypertyreózy v dětském věku jsou především dvě: vzácnější **Gravesova-Basedowova (GB) tyreotoxikóza**, kdy tvorba TRAK protilátek stimuluje štítnou žlázu k růstu a vysoké produkci tyreoidálních hormonů, nebo přechodná „**hashitoxikóza**“, kdy došlo k akceleraci destrukce tyreocytů cytotoxickými T lymfocyty a k uvolnění zásob hormonů. V případě GB toxikózy spočívá léčba v po-



dávání tyreostatik, tlumení kardiologických příznaků pomocí betablokátorů a při selhání terapie operace/totální tyreidektomie. V případě hashitoxikózy obvykle vystačíme s observací dalšího vývoje, vysazením substituce levotyroxinu, ev. podáváním betablokátoru, tyreostatika zde účinná nejsou (blokují tvorbu T-hormonů, nikoliv rozpad tyreocytů). Současné laboratoře poskytují vyšetření TSH s žádoucí senzitivitou, dle výsledku TSH se pak rozhodujeme o urgentnosti dalšího postupu. Pokud je **TSH pod dolní hranicí normy, ale nad 0,1 mIU/l, zkontrolujeme TSH plus fT4, TPOAb za 4 týdny** a při stejném či horším (pokles TSH a vzestup fT4) výsledku odesíláme dítě na endokrinologii. V případě, že je iniciální **TSH pod 0,1 mIU/l, je třeba dítě k endokrinologovi odeslat urgentně** (ideálně po telefonické domluvě).

■ Zvýšené tyreoidální autoprotilátky

Autoprotilátky proti tyreoglobulinu **TGAb** a proti peroxidáze **TPOAb** jsou **diagnostickým ukazatelem autoimunitní tyreoiditidy**.

Nemají ale 100% výpovědní hodnotu a jejich *negativita nevylučuje AIT*, na straně druhé jejich *pozitivita nemusí nutně potvrdit AIT*. Výše jejich hladiny sice není v těsné korelaci s aktivitou autoimunitního procesu ve štítné žláze, nicméně z praxe víme, že tam, kde je výrazná pozitivita obou protilátek, lze v čase očekávat rychlejší změnu funkce (hypotyreózu nebo přechodnou hypertyreózu s následnou hypotyreózou). Pokud jsou **současně přítomny změny na ultrazvuku a/nebo změny TSH**, patří dítě do péče endokrinologa. Při **izolovaném zvýšení protilátek** bez změny TSH a bez změn na USG postačuje kontrola TSH, protilátek a USG za 2 roky (při příští preventivní prohlídce). Autoprotilátky proti TSH receptoru **TRAK** jsou **diagnostickým a současně patogenetickým markerem GB toxikózy** v případě, že mají **stimulační funkci**. Mohou ovšem TSH receptor i **blokovat** a vést k vzácnější formě autoimunitní tyreoiditidy s hypotyreózou a atrofií štítné žlázy. V některých laboratořích je dnes možnost stanovení nejen „celkových“ TRAK, ale i přímo TRAK „stimulujících“. Jak již bylo řečeno výše, indikace tohoto vyšetření a jeho hodnocení je v rukách endokrinologa.

■ Cysty ve štítné žláze

Nález **asymptomatických cyst**, tedy dutin vyplněných tekutinou, je velmi častým nálezem při sonografii štítné žlázy (ve skutečnosti v pravém slova smyslu nejde o cysty, ale cystoidy, protože nemají epiteliální výstelku). Tyto „cysty“ nemají vliv na funkci štítné žlázy, nemají souvislost s autoimunitní tyreoiditidou a riziko malignity je u nich téměř nulové. **Pokud je TSH v normě, TPOAb negativní a cysty jsou pod 1 cm, není třeba je sledovat ani na endokrinologii, ani sonograficky, postačují palpační kontroly štítnice v rámci preventivních prohlídek.** Jsou-li **větší než 1 cm, je USG kontrola vhodná během 1 až 2 let cestou endokrinologické ambulance.** Pokud jsou pochybnosti, zda se opravdu jedná o sonografický obraz cyst (kvalita přístroje, zkušenost vyšetřujícího), je vhodné odeslat dítě ke kontrolnímu vyšetření na pracoviště se zkušeností s tyreoidální sonografií. **Symptomatické cysty** (obvykle jsou s průměrem větším než 2 cm) je třeba odeslat endokrinologovi. Řešením bývá evakuace v kombinaci se sklerotizací alkoholem.

QuikRead go®

Váš pomocník při rozhodování o léčbě



CRP
Nejrychlejší CRP test na trhu

CRP+Hb
2 výsledky z jedné analýzy

iFOBT
Volitelné jednotky cut-off
75 ng/ml nebo 15 µg/g

Strep A
Otestováno ve SKUP*
*Report from the evaluation SKUP2015/106, www.ikup.mz

Všechny testy jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou

ORION
DIAGNOSTICA

Pro více informací navštivte stránky www.oriondiagnostica.cz nebo volejte na tel. číslo 602 665 959



■ Uzel ve štítné žláze

Může jít o náhodný nález při USG krku z jiné indikace nebo jde o uzel hmatný, kterého si všimne lékař nebo samotný pacient. *Nález jakéhokoliv uzlu ve štítné žláze u dítěte je důvodem k urychlenému vyšetření endokrinologem.* U dětí a dospívajících na rozdíl od dospělých je riziko malignity v uzlu významně vyšší (5 % u dospělých versus 20 až 30 % u dětí). Před odesláním je vhodné nabrat TSH a TPOAb k posouzení funkce a přítomnosti autoimunity. Další postup má za cíl vyloučit malignitu. Na základě sonografických charakteristik uzlu s přihlédnutím k rizikovým údajům v anamnéze a laboratorním výsledkům je indikována buď biopsie tenkou jehlou (FNAB) s následným **cytologickým** (nikoliv histologickým!) vyšetřením, nebo **USG kontroly**. Nejčastějším maligním nádorem štítné žlázy je v současnosti **diferencovaný papilární karcinom (PTC)**. Jeho výskyt vytrvale stoupá u všech věkových kategorií. Prognóza PTC je obvykle dobrá, ale malá část nádorů je schopna velmi agresivního chování již ve stadiu mikrokarcinomu (pod 1 cm velikosti). Mladší lidé a dospívající jsou považováni za rizikovější. PTC je častější v terénu autoimunní tyreoiditidy, na druhé straně mají jedinci s AIT lepší prognózu díky tomu, že jsou pravidelně sonograficky kontrolováni (včasnější záchyt). Nesmíme zapomenout ani na možnost **medulárního karcinomu (MTC)**, který naopak patří k prognosticky velmi vážným. U dětí bývá jeho výskyt často familiární s autozomálně dominantním typem dědičnosti (mutace RET protoonkogenu), a to buď izolovaně, nebo jako součást syndromu mnohočetné endokrinní neoplazie. U postižených rodin je na základě typu mutace stanoven algoritmus sledování a preventivní totální tyreoidektomie v časném věku, tak aby k jeho vývoji vůbec nedošlo. Pozor na děti s Hirschprungovou chorobou (vrozené aganglionární megakolon), část z nich má jako příčinu mutaci RET protoonkogenu. Proto je u nich vhodné genetické vyšetření rodinných příslušníků, protože pokud jde o zárodečnou mutaci, pak jsou postiženy všechny buněčné linie, tedy nejen střevo, ale i štítná žláza.

■ Screening tyreopatií u rizikových skupin

Nejčastější příčinou tyreopatií dnešní doby jsou autoimunitní onemocnění. Současná přítomnost jednoho autoimunitního onemocnění zvyšuje riziko výskytu jiné autoimunity, proto je doporučen screening AIT u dětí s di-

abatetem mellitem 1. typu a celiakií, a to ve schématu **1× ročně TSH, TPOAb**. Vyšší riziko vzniku AIT mají i dívky s **Turnerovým syndromem** a děti s **Downovým syndromem** (screening probíhá obdobně jako u předchozí skupiny).

Děti po onkologické léčbě by měly být sledovány endokrinologem z mnoha důvodů (tělesný růst, pohlavní vývoj, reprodukční funkce atd.), zanedbatelný není ani výskyt tyreopatie po aplikaci radioterapie v oblasti krku nebo celotělové ozáření před transplantací kostní dřeně (TKD). Může se rozvinout hypotyreóza, AIT (po alogenní TKD) a především karcinom štítné žlázy, který je jednou z nejčastějších sekundárních malignit po léčbě lymfomů radioterapií, může objevit s latencí i několika desítek let, a vyžaduje proto celoživotní dispenzarizaci. Dle názoru České endokrinologické společnosti je vhodný screening tyreopatií u všech **gravidních**, nicméně celoplošný screening se zatím nepodařilo legislativně prosadit. U **dospívajících dívek s výraznou rodinnou anamnézou AIT** je vhodné zvážit laboratorní screening TSH, TPOAb při některé z preventivních prohlídek v období puberty.

■ Závěry pro praxi

- Onemocnění štítné žlázy jsou nejčastějšími endokrinopatiemi dětského věku a jejich nejčastější příčinou je **autoimunitní poškození**.
- Pomýšlet na tyreopatii by měl PLDD v následujících situacích: **hmatná štítná žláza, klasické příznaky hypo/hypertyreózy, opoždění/urychlení v růstu, opožděná/předčasná puberta, poruchy menstruačního cyklu, obezita, perzistující krční lymfadenopatie, nejasná porucha psychomotorického vývoje, rizikové skupiny** (viz výše).
- Je třeba se vyhnout vyšetřování tyreoidálních parametrů v nestandardních situacích, jako je infekce a období po něm, závažné celkové onemocnění, hospitalizace apod.
- K iniciálnímu laboratornímu posouzení na úrovni primární péče postačuje **TSH a TPOAb**. **Ultrazvuk štítné žlázy** je suverénní metoda k posouzení její velikosti a struktury, pokud možno by měl být proveden na pracovišti se zkušeností se sonografií u dětí nebo přímo endokrinologem.
- Mezi tyreoidální nálezy, které je třeba vždy odeslat k vyšetření na endokrinologii, patří: **hypotyreóza s TSH nad 10 mIU/l, hypertyreóza (při TSH pod 0,1 mIU/l**

urgentně), struma se změnou struktury a/nebo pozitivitou autoprotilátek, uzlu.

- U **difúzní eufunkční strumy** bez pozitivivity autoprotilátek je vhodné zkusit suplementaci jodem.
- Nález **subklinické hypotyreózy** je třeba ověřit kontrolním odběrem za 6 až 8 týdnů, protože v 70 % dojde k normalizaci nálezu bez potřeby dalších vyšetření či dispenzarizace endokrinologem.
- **Izolované zvýšení autoprotilátek** (s normální TSH a bez změn na USG) postačuje zkontrolovat vč. TSH při příští preventivní prohlídce.
- Endokrinní příčiny **obezity** jsou vzácné a na rozdíl od primární obezity jsou prakticky vždy spojeny s růstovou retardací.
- Riziko malignity v **uzlu ŠŽ** u dětí a dospívajících je významně vyšší než u dospělých.
- **Dívky s tyreopatií** by měly být poučeny o nutnosti časné kontroly funkce štítné žlázy v případě **gravidity**.

■ Literatura

1. Dvořáková M, Čerovská J, Zamrazil V et al. Stanovení vlastních norem objemů štítné žlázy u dětí a dorostu v České republice. Čes.-slov. Pediat. 2003;58(3):115–120
2. Jiskra J. Poruchy štítné žlázy. Praha: Mladá fronta, 2011. s. 5–46
3. Halenka M, Karásek D, Fryšák Z. Léčba objemných komplexních cyst štítné žlázy sklerotizací absolutním alkoholem jako alternativa chirurgického řešení u polymorbidních pacientů. Interní med. praxi. 2013;15(8–9):280–282
4. Haugen BR, Alexander EK et al. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid. 2016 Jan;26(1):1–133
5. Lazarus J et al. 2014 European thyroid association guidelines for the management of subclinical hypothyroidism in pregnancy and in children. Eur Thyroid J. 2014 Jun;3(2):76–94
6. Lebl J a kol. Dětská endokrinologie a diabetologie. Praha: Galén, 2016. s. 211–235, 531
7. Límanová Z, Pikner R, Springer D. Doporučení pro diagnostiku funkčních a autoimunitních onemocnění štítné žlázy. Česká společnost klinické biochemie, 2011. www.cskb.cz
8. Pomahačová R, Kalvachová B. Dětská endokrinologie do kapsy. Praha: Mladá fronta, 2013. s. 54–72
9. Stárka L a kol. Pokroky v endokrinologii. Praha: Maxdorf, 2007. s. 358–386
10. Vlček P. Rakovina štítné žlázy. Praha: Mladá fronta, 2012. s. 5–46



Kazuistika

Hypoglykémie u novorozence

MUDr. Helena Gastová
PLDD Olomouc

Glukóza představuje okamžitý energetický zdroj, ale také je substrátem pro energetický metabolismus a ukládání energie ve formě glykogenu, tuků a bílkovin. Glukóza má zásadní význam pro energetický metabolismus mozku. Prolongovaný pokles difuze glukózy do mozku může bezprostředně ohrozit život dítěte. Bezpečná hranice glykémie u novorozence není přesně známa, nejnižší hodnoty glykémie jsou druhou až třetí hodinu po porodu. Obecně pro zajištění optimální dodávky glukózy do mozku je doporučeno léčení každé hypoglykémie pod 2,2 mmol/l.

■ Úvod

V průběhu fetálního vývoje získává plod glukózu od matky, po narození se tento přívod zastaví. V adaptačním poporodním období se hypoglykémie může vyskytnout též u fyziologického novorozence (pozdní perorální příjem mléka). Mezi rizikové novorozence patří nedonošenci, gemini, hypotrofický novorozenec, děti matek s DM, taktéž přenášený novorozenec. Dále novorozenec vystavený perinatálnímu stresu, jako např. sepsse, hypotermie, RDS, asfyxie, Rh inkompatibilita, polycytémie a jiné.

■ Projevy hypoglykémie

Hypoglykémie u novorozence může být tranzitní nebo perzistentní, dle klinického průběhu symptomatická nebo asymptomatická. Klinické projevy hypoglykémie jsou projevem vegetativního nervového systému a neuroglykopenie. Na rozdíl od větších dětí, které mají typické symptomy hypoglykémie, u novorozenců se hypoglykémie manifestuje spíše nespecificky (hypotonie, apatie, spavost, odmítání pití, hyperexcitabilita, subtilní křeče, tremor, apnoické pauzy, vzácně náhle úmrtí), nebo může být hypoglykémie asymptomatická.

Právě nespecifické symptomy hypoglykémie mohou komplikovat včasnou a správnou diagnózu. Každý termínový novorozenec s normální porodní váhou, bez přidatného rizika, u kterého byla opakovaně prokázána hypoglykémie pod 2,2 mmol/l, by měl být vyšetřen a sledován na specializovaném pracovišti.

■ Příčiny hypoglykémie

Prolongovanou hypoglykémii mohou vyvolat endokrinní příčiny (kongenitální hyperinzulinismus, deficit kontraregulačních hormonů – kortizolu, růstového hormonu, ACTH, katecholaminů, glukagonu), dědičné metabolické poruchy (poruchy metabolismu sacharidů, poruchy beta-oxidace mastných kyselin, dědičné poruchy metabolismu aminokyselin). Příčinou mohou být i léky podané matce nebo novorozenci (inzulin, propranolol, PAD).

Diferenciální diagnostika u prolongované novorozenecké hypoglykémie představuje široký algoritmus vyšetření, jehož výstupem je snaha o rychlé určení diagnózy pro správnou léčbu, ale také prognózu dítěte.

■ Popis případu

Ve své kazuistice popisují případ novorozence, u kterého se již 3. den po porodu projevila těžká hypoglykémie 0,6 mmol/l s generalizovanými křečemi.

Kubík je dítě z první gravidity, matka se dlouho léčila pro sterilitu, v těhotenství medikovala Betaxolol pro hypertenzi, Detralex a železo. První a druhotrimestrální screening byl negativní. V 35. t.g. při biometrii byla hodnocena hypotrofie plodu vs. při insuficienci placenty a oligohydramnion, proto bylo doporučeno ukončení gravidity. Kubík se narodil císařským řezem v neonatologickém centru v Olomouci. Po porodu se jevil jako vitální novorozenec, AS 10-10-10, PH 2 080 g, PD 46 cm, OH 32 cm. Byl uložen do inkubátoru, oběhově i dechově stabilní.

První den bylo zahájeno krmení MM, chlapec byl ale línější při pití, proto byl dosondován. Fyziologické funkce byly v normě, močil, smolka odešla, termostabilní. Screeningové

vyšetření sluchu, katarakty a ledvin negativní.

Třetí den se objevily generalizované křeče, hypotonie, pokles saturace O₂ a bradykardie, v laboratoři byla zjištěna těžká hypoglykémie 0,6 mmol/l. Parenterální výživa s kontinuální glukózou jen s minimálním efektem, i přes navyšování perorálního příjmu a bolus kortikoidu hodnoty glykémie kolem 3,5 mmol/l. Při pokusu o ukončení parenterální výživy opět poklesy glykémie kolem 2,1 mmol/l.

■ Diagnóza

V širší diferenciální diagnostice se uvažuje o možném nežádoucím efektu léku Betaxololu. Při podávání terapeutických dávek nebyly prokázány teratogenní účinky na zvířatech, ale je publikováno, že při dlouhodobém podávání může lék vyvolat hypoglykémii, hypotenzi, bradykardii a respirační potíže u novorozence.

Porucha kontraregulačních hormonů jako příčina hypoglykémie u Kubíka nebyla prokázána. Dle doplňujících laboratorních vyšetření je příčinou těžké hypoglykémie v.s. kongenitální hyperinzulinismus (vysoké hodnoty inzulinu a C-peptidu). Následně bylo konzultováno genetické pracoviště ve FN Olomouc, v Praze a dětský endokrinolog, který doporučil další terapii.

Od 7. dne byla zahájena parenterální terapie diazoxidem s dobrým efektem, 8. den se zdravotní stav Kubíka zhoršil pro probíhající katetrovou sepsi, kterou se ale povedlo zvládnout dvojkombinací ATB. V dalším průběhu po úpravě zánětlivých parametrů a ukončení ATB terapie se stabilizují i hodnoty glykémie.

Perorální příjem Kubíka se upravil, proto se pozvolna ukončila parenterální výživa



Vláda vyčlení na řešení nedostatku lékařů téměř 7 miliard korun

Praha, 4. září 2018 – Vláda dnes schválila Dlouhodobé finanční opatření k navýšení kapacit lékařských fakult ČR na období 2019–2029. Jedná se o významný systémový krok v řešení nedostatku lékařů v České republice.

Opatření reaguje na dlouhodobý a nadále se prohlubující nedostatek lékařů ve zdravotnickém systému České republiky, a to nejen v terénní a klinické praxi, ale také v oblasti pedagogů vzdělávajících budoucí lékaře na veřejných vysokých školách.

„Protože stávající počty absolventů českých lékařských fakult nebudou schopny krýt po roce 2019 až 2020 odchody lékařů do důchodu, reálně tak hrozí omezení dostupnosti péče. Ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví jsme proto připravili opatření na následujících jedenáct let ve výši 6,8 miliardy korun, které má situaci systémově zlepšit,“ vysvětlil ministr školství, mládeže a tělovýchovy Robert Plaga a pokračoval: „Jedná se jak o navýšení počtu absolventů studijního programu Všeobecné lékařství, dorovnání financování výuky, zvýšení mezd a posílení kapacit vyučujících, tak o vytvoření potřebných organizačních a materiálních podmínek,“ upřesnil ministr Plaga.

„Predikce budoucího vývoje je jasná již několik let – lékaři stárnou a není dostatek absolventů medicíny, kteří by je nahradili. S ohledem na nepříznivé statistiky a navíc s vědomím, že každý rok při přijímacích na lékařských fakultách zůstane přes dva tisíce úspěšných uchazečů takzvaně pod čarou, byl zcela logický krok finančně fakulty podpořit, aby navýšily své kapacity. Jedná se o dlouhodobé systémové řešení prohlubujícího se nedostatku lékařů, které tady mělo být již dávno. Jsem rád, že společně s resortem školství se nám toto klíčové opatření, které bude mít za několik let zásadně pozitivní vliv na počty lékařů v českém zdravotním systému, podařilo připravit a prosadit během pouhých pár měsíců,“ doplnil ministr zdravotnictví Adam Vojtěch.

Na základě údajů Ústavu pro zdravotnické informace a statistiku ČR chybí při současném rozsahu sítě poskytovatelů lůžkové péče jen v tomto segmentu minimálně tisíc přepočtených úvazků lékařů, přičemž populace lékařů v České republice rychle stárne. V rámci připravených opatření bude umožněn nárůst počtu přijímaných studentů ve studijním programu Všeobecné lékařství od akademického roku 2019/2020 o 15 %. Rozpočet tak bude pro tento účel nejpozději od roku 2019 každoročně po dobu šesti let navyšován o 700 milionů korun. Předpokládané náklady na celou navrhovanou dobu naplňování uvedených opatření jsou ve výši téměř 7 miliard korun.

Zdroj: MZ ČR, 4. 9. 2018

a denní dávka perorálního diazoxidu se rozdělila do tří dávek. Při propuštění jsou hodnoty glykémie uspokojivé v rozmezí od 3,6 do 6,1 mmol/l. Chlapec byl propuštěn domů 21. den života, vybaven glukometrem, maminka je zacvičena k monitoraci glykémie co 2 hodiny, podávání medikace i glukagonu.

První rok života Kubík pěkně váhově i výškově prospíval, hodnoty glykémie při terapii diazoxidem byly ve fyziologickém rozmezí. Do roku překonal jen lehké respirační nachlazení a lehkou gastroenteritidu, které byla zvládnuta ambulantně. PMV i mentální vývoj je přiměřený. Pravidelně docházel do endokrinologické ambulance ve FN Olomouc, kde se po roce vzhledem k výborné complianci přistoupilo k ukončení terapie diazoxidem. Kubík je i nadále šikovný kluk, samostatně běhá, používá první slova. Jaký bude ale jeho další osud?

Diskuse

Kongenitální hyperinzulinismus (CHI) neboli perzistentní hyperinzulinemická hypoglykémie kojenců (PHHI) je nejčastější příčinou endogenní hypoglykémie. Je to vzácná geneticky podmíněná porucha sekrece inzulínu. V důsledku zvýšené produkce inzulínu prenatálně dochází k makrozomii plodu, po porodu mají novorozenci potíže s adaptací a opakované hypoglykémie. Příčinou CHI jsou mutace některého z genů kódujících proteiny významné pro sekreci inzulínu z beta-buněk pankreatu. V důsledku stimulace dochází k hyperplazii a abnormální architektice Langerhansových ostrůvků. Hyperplazie je difúzní nebo fokální, rozlišit tyto dvě formy je klinicky obtížné, protože obě mohou probíhat pod obrazem těžké hypoglykémie, ale u dětí s fokální lézí je možno dosáhnout trvalého vyléčení.

Dle postiženého genu se rozlišuje několik forem CHI/PHHI, které se liší tíží klinického stavu, věkem nástupu prvních projevů, prognózou onemocnění a také odpovědí na terapii (zejména diazoxidem, oktreotidem, nifedipinem). Těžký průběh mají děti s homozygotními mutacemi v genech KCNJ11, ABCC8, mírnější průběh mají děti s heterozygotními mutacemi v těchto genech a děti s enzymatickou poruchou (GLUD1, HADH, GCK), při poruše transkripčních faktorů (HNF4A, HNF1A) je hyperinzulinismus přechodný, všichni nositelé této mutace

onemocnění v pozdějším věku diabetem MODY.

Těžké formy CHI vedou již v prvních dnech k těžké hypoglykémii, která může trvale poškodit mozek nebo ohrozit novorozence na životě. Primárně je nutné korigovat těžkou hypoglykémii, ale rychlá diagnostika nám umožní také bezprostředně zahájit medikamentózní léčbu hyperinzulinismu. V ideálním případě současně probíhající molekulárněgenetické vyšetření objasní podstatu poruchy a odhadne prognózu. V dalším průběhu se hodnotí odpověď dítěte na konzervativní terapii, v případě selhání konzervativní terapie je u fokální hyperplazie metodou volby parciální resekce pankreatu, pokud to lokalizace ložiska dovolí. Při selhání konzervativní terapie u difúzní formy je řešením subtotální pankreatektomie. Dítě je ale ohroženo insuficiencí zevní sekrece pankreatu a vznikem diabetu mellitu.

Závěr

Endogenní hypoglykémie je u dětí vzácným, ale závažným problémem. Opakované perzistentní nebo přechodné hypoglykémie mohou ireverzibilně poškodit centrální nervový systém, a proto vyžadují rychlou diagnostiku a řešení.

Vzájemná multioborová spolupráce je důležitá při správném určení diagnózy. Kubík měl štěstí nejenom při rychlé diagnostice, ale též v dobré toleranci a odpovědi na konzervativní terapii diazoxidem. Při jeho genetickém vyšetření nebyla prokázána mutace genů kódujících kaliový kanál (podjednotky SUR1, KIR6.2) ABCC8, KCNJ11, které vedou k těžké formě hypoglykémie. Jeho prognóza je dobrá, je pravděpodobnější mírnější forma kongenitálního hyperinzulinismu (CHI) nebo perzistentní hyperinzulinemické hypoglykémie kojenců (PHHI) v důsledku enzymatické poruchy (GLUD1, HADH, GCK). Další vývoj nemoci u Kubíka ale ukáže čas. Nadále i po ukončení konzervativní terapie zůstává ve sledování endokrinologa a neurologa. Maminka monitoruje glykémii jen při zvýšeném stresu dítěte, jako je horečka, akutní nemoc a jiné.



Gestační diabetes (GDM)

MUDr. Kateřina Andělová

Ústav pro péči o matku a dítě, Praha

V těhotenství se někdy může manifestovat diabetes u ženy, která dříve cukrovkou netrpěla. V naprosté většině případů k tomu dochází až po 24. týdnu těhotenství a takto vzniklou cukrovku nazýváme **gestačním diabetem**. Potíže s kompenzací diabetu v průběhu těhotenství nebývají v těchto případech většinou tak velké jako u diabetu 1. typu, **porodnické sledování žen s gestačním diabetem se však od diabetického 1. typu neliší**.

GDM je porucha podobná diabetu 2. typu. V naprosté většině se jedná o poruchu typu inzulinové rezistence s normálními nebo dokonce vyššími hladinami inzulinu. Tento typ poruchy postihuje zejména ženy s nadváhou nebo ženy obézní, s malou fyzickou aktivitou, dále ženy, kde se v rodině vyskytuje diabetes 2. typu. Do skupiny s rizikem GDM patří i ženy, které mají nějaké komplikace v porodnické anamnéze (porod velkého plodu, porod mrtvého plodu, GDM v předchozích graviditách, hypertenze v graviditě).

■ Patofyziologie gestačního diabetu

Základním předpokladem vzniku metabolických změn v průběhu gravidity je rostoucí inzulinová rezistence (IR).

Za zdroj inzulinové rezistence v graviditě je považována fetoplacentární jednotka. Na počátku gravidity dochází dokonce k mírnému zlepšení senzitivity vůči inzulinu, zatímco ve druhém a třetím trimestru inzulinová rezistence roste paralelně s placentou a plodem. Vznik GDM ve druhé polovině těhotenství je spojen s obdobím, kdy je maximální produkce antiinzulárně působících hormonů, a proto se v této době u predisponovaných pacientek GDM nejčastěji diagnostikuje.

Řada hormonů produkovaných placentou je považována za mediátory IR v graviditě.

Placentární hormony a cytokiny (včetně TNF α) jsou produkovány různými placentárními buňkami a jsou uvolňovány do mateřské i fetální cirkulace (leptin, interleukin 6 [IL-6]), některé jsou prokazovány pouze na mateřské straně cirkulace (TNF α).

V poslední době je opakovaně uváděn TNF α (tumor necrosis factor alpha) jako jeden z nejvýznamnějších mediátorů vzniku IR v graviditě.

Vedle placentární etiologie IR se na snížení senzitivity k inzulinu podílí jistě v pozdní graviditě i hormonální stimulace lipolýzy vedoucí k hyperlipidémii a zhoršení IR.

Dalším faktorem je jistě i nadváha či obezita matky.

Inzulinová rezistence v graviditě je považována za postreceptorovou poruchu, vzhledem k nálezům normálního počtu inzulinových receptorů. Vedle inzulinové rezistence se uvádí i možnost poruchy sekrece inzulinu z beta buňky, která je však méně typická pro GDM.

■ Rizika GDM

Základním rizikem gestačního diabetu je porod velkého dítěte (s diabetickou makrozomií), proto i zde požadavky na sebekontrolu jsou značné. Při špatně vyrovnané cukrovce může být dítě ohroženo i hypoglykemií po porodu nebo novorozeneckou žloutenkou. Diabetická porucha ovlivňuje celý průběh těhotenství a v různých stádiích gravidity může negativně ovlivnit nejen vývoj plodu, ale může představovat i riziko pro matku. Komplikace plodu se týkají důsledku vlivu mateřské hyperglykémie na vývoj plodu. Typickou časnou komplikací je velký plod s projevy makrozomie orgánů (vnitřní orgány, svaly, tuková tkáň), hypoglykémie a hyperbilirubinémie novorozence bezprostředně po porodu, dále hypokalcémie, polycytémie. Uvedený soubor příznaků je označován jako diabetická fetopatie. Diabetické nitroděložní prostředí nemá na plod vliv pouze po dobu jeho vývoje od konceptce do porodu, ale může být příčinou i dalších komplikací v dětství i dospělosti.

Do skupiny metabolických důsledků mateřského diabetu patří především výskyt obezity v dětství i dospělosti, vyšší riziko vzniku diabetu a hypertenze, nálezy poruch glukózové tolerance u dětí i dospělých potomků matek s GDM.

Etiopatogenetickým podkladem těchto metabolických změn s dlouhodobým ovlivněním zdraví je nejspíše fetální hyperinzulinismus a excesivní aktivita beta buněk plodu v době intrauterinního vývoje.

Mateřské komplikace jsou spojeny s vyšším rizikem vzniku diabetu zejména 2. typu v letech následujících po porodu. Vedle častějšího výskytu diabetu je známo, že ženy s předchozím GDM mají i mírně vyšší kardiovaskulární riziko a riziko vzniku metabolického syndromu ve vyšším věku. Tento předpoklad je nepochybně ovlivněn i faktem, že více než dvě třetiny pacientek s GDM jsou ženy s nadváhou nebo obezitou, která je velice často provází i v dalších letech života.

Pro ženu s gestačním diabetem jsou žádoucí stejné hodnoty glykemií jako u 1. typu diabetu, zejména za 1 hodinu po jídle by neměly glykémie přesahovat 7,8 mmol/l, lačné hladiny glukózy by měly být do 5,3 mmol/l.

Tento typ diabetu se může vyskytnout třeba jen při jednom z více těhotenství. Ve většině případů mizí s koncem těhotenství. Ženy, které prodělaly gestační diabetes, mají pak být **přibližně 6 měsíců po porodu znovu vyšetřeny (provedena glykemická křivka) a dále jednou ročně** kontrolovány diabetologem. Pravděpodobnost vzniku diabetu v pozdějších letech je u nich vyšší než u žen, které tyto problémy v těhotenství neměly.

Riziko vzniku gestačního diabetu zvyšuje obezita a výskyt cukrovky v rodině. První vyšetření, které může odhalit přítomnost těhotenské cukrovky, se provádí u všech těhotných v prvním trimestru. Kontroluje se glykémie na lačno, která by měla být vyšetřena dvakrát za sebou. Při nálezů hladiny glukózy nad 5,1 v obou kontrolách za sebou je již stanovena diagnóza gestačního diabetu. Pokud je jedna hodnota v normě a druhá vyšší než 5,1, pak se těhotná odešle na vyšetření OGTT (glykemická křivka, orální glukózový toleranční test). **V případě obou normálních hodnot je pak každá těhotná žena vyšetřena mezi 24.–28. týdnem na přítomnost gestačního diabetu.**



Od počátku roku 2014 jsou stanoveny nové hodnoty OGTT, které určují přítomnost či nepřítomnost gestačního diabetu. Pro přesnost uvádíme nově přijatá diagnostická kritéria:

Nová diagnostická kritéria pro GDM (dle IADPSG)

0. minuta	5,1 mmol/l
60. minuta	10,0 mmol/l
120. minuta	8,5 mmol/l

Při léčbě gestačního diabetu někdy stačí pouze diabetická dieta, pokud je ale její efekt nedostatečný, je nutná léčba inzulínem. Součástí léčby je těhotenský tělocvik a dostatek fyzické aktivity. I v léčbě gestačního diabetu se v posledních letech používají inzulínová analoga, je však možné využít i lidské inzuliny. Ve světě je v posledních letech stále častěji využívána i léčba perorálními antidiabetiky – nejčastěji metforminem. V současnosti je léčba metforminem považována za bezpečnou a v řadě studií jsou kontrolovány děti již několik let po porodu. Zatím se tato léčba zdá bezpečnou pro matku i pro její dítě. Po porodu je pacientka již bez léčby, ale jak již bylo řečeno, je velmi důležité, aby byla vyšetřena s časovým odstupem přibližně 6 měsíců od porodu. Toto následné vyšetření opět pomocí OGTT jasně stanoví, zda těhotenská cukrovka zcela vymizela, nebo problém vyšších glykemií dále pokračuje. Pak je třeba pacientku dále sledovat a stanovit, o jaký typ diabetické poruchy se jedná.

Sledování pacientek s těhotenskou cukrovkou je podobné jako u diabetiček 1. a 2. typu. Není třeba tak častých kontrol glykovaného hemoglobinu, jehož hladiny jsou většinou v normě. Velkou pomocí je možnost selfmonitoringu pro pacientky s těhotenskou cukrovkou. Sledování vlastních glykemií pomáhá v rozhodování o dietním režimu, ale také o zahájení další léčby, nejčastěji inzulínem.

Antikoncepce u diabetiček

Potřeba plánovaného těhotenství je neoddělitelně spjata s bráněním neplánovanému početí. Diabetické dívky a ženy jsou proti zdravým ženám poněkud v nevýhodě, protože některé antikoncepční metody pro ně nejsou zcela vhodné.

Hormonální antikoncepce je ale v posledních letech s použitím nových preparátů s nízkým

obsahem hormonů přístupná i pro nemocné s diabetem, nemají-li (podobně jako ženy bez diabetu) sklon k žilním trombózám, nekouří-li, nemají-li nemocná játra apod. Z toho je zřejmé, že před nasazením antikoncepce je třeba se poradit s gynekologem i diabetologem. Jen vzácně může hormonální antikoncepce diabetes zhoršit. Platí, že hormonální antikoncepce by se neměla bez přerušení užívat déle než dva roky (spíše se diabetičkám doporučují kratší intervaly) a přerušení užívání hormonální antikoncepce by mělo trvat alespoň tři měsíce. Moderní kombinované antikoncepční přípravky obsahují nízké dávky obou hormonálních složek – jak estrogeneru, tak i gestagenu. Jedná se o hlavní hormony jednotlivých fází menstruačního cyklu. Pro diabetičky jsou vhodné kombinované preparáty s nízkým obsahem jednotlivých hormonů. Vedle kombinovaných kontraceptiv jsou využívány i jednosložkové preparáty, které obsahují jenom tzv. gestagenní složku a měly by mít méně nežádoucích metabolických účinků, avšak bývá při nich větší nepravidelnost menstruačního cyklu a větší citlivost prsů. Hormonální antikoncepce může mít i některé příznivé účinky – zlepšuje akné, zmírňuje menstruační obtíže, snižuje výskyt některých zhoubných nádorů.

Nitroděložní tělíska jsou vhodnou antikoncepční metodou pro ženy, které již rodily. Diabetičky mohou mít větší sklon k infekci, která by mohla vést k zánětu sliznice děložní dutiny. Moderní nitroděložní tělíska se jeví jako bezpečná jak z hlediska infekce, tak i mimomenstruačního krvácení.

Pesary s hormonální povrchovou úpravou jsou moderní kombinací mechanické ochrany a hormonální antikoncepce a jsou také vhodnou možností pro ženy s diabetem.

Sterilizace je dnes moderní antikoncepční metodou, která nemá vedlejší metabolické účinky. Doporučujeme ji diabetičkám, které mají již vlastní děti a další děti si nepřejí, nebo v případě závažných komplikací diabetu, při nichž je těhotenství nežádoucí. Vhodnou metodou antikoncepce je u sexuálních partnerů diabetiček používání kondomů. **Kondom je nejen vhodným antikoncepčním prostředkem, ale brání také přenosu naprosté většiny pohlavních infekcí.** Metoda přerušované soulože je spojena s vyšším rizikem nežádoucího otěhotnění, což není u diabetiček v žádném případě vhodné.

Správná volba antikoncepce a dnešní možnosti jejího širokého výběru jsou velkou

pomocí v možnosti plánovat těhotenství, což je jedním ze základních předpokladů úspěšného průběhu těhotenství ukončeného porodem zdravého dítěte.

Literatura

1. Čechurová D, Andělová K. Doporučený postup péče o diabetes mellitus v těhotenství 2014. Diabetol. metab. endokrinol. výživ. 2014;17(2):55–60
2. Negrato CA, Gomes MB. Historical facts of screening and diagnosing diabetes in pregnancy. Diabetol Metab Syndr. 2013 May 1;5(1):22
3. Hadar E, Hod M. Establishing consensus criteria for the diagnosis of diabetes in pregnancy following the HAPO study. Ann N Y Acad Sci. 2010 Sep;1205:88–93
4. Kirwan JP, Hauguel-De Mouzon S, Lepercq J et al. TNF-alpha is a predictor of insulin resistance in human pregnancy. Diabetes. 2002 Jul;51(7):2207–2213
5. Desoye G, Hauguel-de Mouzon S. The human placenta in gestational diabetes mellitus. The insulin and cytokine network. Diabetes Care. 2007 Jul;30 Suppl 2: S120–S126
6. Fetita LS, Sobngwi E, Serradas P et al. Consequences of fetal exposure to maternal diabetes in offspring. J Clin Endocrinol Metab. 2006 Oct;91(10):3718–3724
7. Doporučený postup pro diagnostiku poruch glukózové tolerance v graviditě. Čes. Gynek. 2010;75(Suppl.1):5
8. Ryan EA. Diagnosing gestational diabetes. Diabetologia. 2011 Mar;54(3):480–486
9. Retnakaran R, Qi Y, Connelly PW et al. Glucose intolerance in pregnancy and postpartum risk of metabolic syndrome in young women. J Clin Endocrinol Metab. 2010 Feb;95(2):670–677
10. Pelikánová T, Bartoš V a kol. Praktická diabetologie. Praha: Maxdorf, 2012
11. Cundy T. Proposed new diagnostic criteria for gestational diabetes—a pause for thought? Diabet Med. 2012 Feb;29(2):176–180
12. Gui J, Liu Q, Feng L. Metformin vs insulin in the management of gestational diabetes: a meta-analysis. PLoS One. 2013 May 27;8(5):e64585
13. Rowan JA, Rush EC, Obolonkin V et al. Metformin in gestational diabetes: the offspring follow-up (MiG TOFU): body composition at 2 years of age. Diabetes Care. 2011 Oct;34(10):2279–2284

Převzato z Neonatologické listy, číslo 2/2016



Péče o dítě matky s gestačním diabetem

MUDr. Kryštof Tabery, MUDr. Miloš Černý

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

■ Úvod

Zásady neonatologické péče o novorozence matek s gestačním diabetem (GDM) jsou stejné jako o novorozence matek s jiným typem diabetu. Na rozdíl od pregestačně vzniklého diabetu se u této diagnózy neseťkáváme s diabetickou embryopatií, ale s různě klinicky a laboratorně vyjádřenou diabetickou fetopatií novorozence. Postnatální adaptace je ve zvýšené míře kompromitována, jedná se tedy o jasně definovanou rizikovou populaci. Intenzita jednotlivých symptomů u novorozence se odvíjí jak od délky trvání, tak od kvality kompenzace GDM. Prognosticky je nepříznivá nejen dlouhodobá hyperglykémie matky, ale i významné kolísání glykémie (1). Tento doporučený postup se týká všech novorozenců diabetických matek bez ohledu na typ a kompenzaci diabetu.

■ Rizika

V tabulce 1 jsou uvedena nejdůležitější perinatální rizika a jejich etiopatogeneze. Je patrné, že se jednotlivé faktory prolínají a navzájem na sebe navazují (2).

■ Definice hypoglykémie

Hranice hypoglykémie není u novorozenců jednoznačně určena především z důvodu nehomogenosti této skupiny (gestační a postnatální věk) a možné přítomnosti rizikových faktorů (hypoxie, stav trofiky, hyperglykémie matky). Je nutné respektovat vývoj glykémie u fyziologických novorozenců v prvních dvou hodinách po porodu, která klesá přechodně až na hodnoty 1,7 mmol/l, přitom jsou tito novorozenci asymptomatictí, s normální poporodní adaptací a jejich glykémie se při adekvátním příjmu stravy normalizuje do 12 hodin. Předpokládá se, že tato „fyziologická“ hypoglykémie je součástí postnatálního adaptačního procesu. Hodnoty glykémie, které by vedly k akutnímu nebo chronickému neurologickému poškození, nejsou stanoveny na podkladě evidence-based medicine. Tyto limity jsou

stanoveny empiricky a v ČR mají ústavní nebo regionální platnost a většinou se vztahují k zahájení léčby (3).

Pro definici hypoglykémie a její léčbu můžeme použít zjednodušené, modifikované schéma American Academy of Pediatrics pro lehce nezralé a donošené novorozence. Hypoglykémie – indikace k intervenci je <2,2 mmol/l do 4. hodiny života a <2,5 mmol/l po 4. hodině. Přesné hladiny pro jednotlivé intervence jsou uvedeny dále (4).

■ Laboratoř

V preanalytické fázi je nutné upozornit na klesající glykémii v čase, která je nepřímo úměrná době skladování vzorku. Tento pokles je způsoben konzumpcí glukózy erytrocyty (při pokojové teplotě může dojít k poklesu až o 1 mmol/l/1 hod v závislosti na hematokritu). Tento artefakt je elimino-

ván při použití glykolytických inhibitorů ve zkumavce. V analytické fázi je třeba mít na paměti rozdíl hodnot glykémie v séru a v krvi (v séru může být vyšší o 10–18 %), proto je doporučeno vyšetření glykémie z plazmy. Při použití bed-side glukometrů se sice vyhneme časové prodlevě, ale je třeba zvolit validovaný glukometr zařazený do režimu POCT (point of care testing) z důvodů nejen odborných, ale i forenzních. Nevalidovaný glukometr může dávat při nízkých glykemiích zcela zkreslené výsledky, proto je nutné odebrat krev na kontrolní statimové vyšetření certifikovaným přístrojem, pak zahájit léčbu hypoglykémie a následně upravit dle výsledku z laboratoře.

V současné době je ve světě u novorozenců zaváděna metoda kontinuálního monitorování koncentrace glukózy v reálném čase (real time continuous glucose monitoring

Tab. 1 Hlavní perinatální rizika pro novorozence matek s GDM

Riziko	Etiopatogeneze
Hypoglykémie	Přetrvávající hyperinzulinismus v postnatálním období, inhibice glykogenolýzy a glukoneogeneze, snížená dostupnost alternativních zdrojů energie
Hypertrofie (hmotnost nad 95. percentil), makrozomie plodu (hmotnost > 4 000 g), organomegalie, hypertrofická kardiomyopatie	Intrauterinní hyperinzulinismus, stimulace růstových faktorů
Porodní trauma	Hypertrofie plodu
Dystokie ramének	Ukládání tuku predilekčně mezi lopatkami
Hypotrofie (IUGR, SGA) Hrozící předčasný porod	Dysfunkce placenty
Hypokalcémie, hypomagnezémie	Přechodný hypoparatyroidismus, asfyxie
Sy. dechové tísně (RDS)	Nížší produkce surfaktantu pneumocyty II. řádu
Perinatální asfyxie	Vaskulární poškození placenty, vyšší hodnoty glykovaného hemoglobinu, vyšší konzumace kyslíku plodem, preeklampsie
Hyperbilirubinémie, polycytémie, hyperviskózní sy.	Stimulace erythropoezy hypoxií, inzulinem a dalšími faktory, zvýšený rozpad erytrocytů
Trombózy	Hyperviskózní syndrom, snížená hladina faktorů C, S, AT III.



system, RT-CGMS). Studie se zaměřují též na předčasně narozené děti a využití CGM na jednotkách intenzivní péče. Zatím není doporučeno rutinní použití (5). Jednou z nevýhod senzoru je samotná metoda měření koncentrace glukózy v intersticiu. V důsledku ekvilibrace intra/extra vaskulárního prostoru dochází k časovému opoždění oproti glykémii.

Klinické projevy

Klinické projevy hypoglykémie jsou nespecifické (mohou se vyskytovat i při jiných závažných onemocněních novorozence) a obsahují širokou škálu lokálních i generalizovaných symptomů, pramenících především z neuroglykopenie, kardiopulmonální nestability a aktivace autonomního nervového systému. Do klinického obrazu typicky spadá dráždivost, excesivní Morův reflex, bledost až cyanóza, hypotonie, záškuby až křeče, apnoické pauzy, tachypnoe, grunting, slabý nebo vysoce laděný pláč, letargie, chabé sání, při těžké a dlouhodobé hypoglykémii kóma (tab. 2). Často ale bývá hypoglykémie klinicky asymptomatická (pokud se nejedná o extrémní hodnoty).

Prevence a léčba hypoglykémie

V prevenci hypoglykémie se klade hlavní důraz na časné přikládání, kojení a nepřerušovaný kontakt matky s dítětem. Při léčbě hypoglykémie je preferováno kojení nebo podávání mateřského mléka, až na druhém místě je umělá formule. V současné době je diskutováno podávání koncentrované (40%) glukózy v gelové formě p.o., resp. na bukalní sliznici (6,7).

Strava: je doporučeno časné podání stravy do 1 hod. (optimálně za 30 min.) po porodu a dále krmení po 2–3 hodinách. Jednoznačně je před formulovaným mlékem preferováno kojení/čerstvé mateřské mléko, protože novorozenci krmení mateřským mlékem mají vyšší produkci ketolátů a lépe tolerují hypoglykémii.

Intravenózní léčba glukózou zahrnuje jednak „minibolus“ glukózy, následovaný kontinuální i.v. infuzí. Cílem i.v. léčby je dosáhnout glykémie v rozmezí 2,6–3,0 mmol/l. Další zvyšování glykémie vede k nežádoucí stimulaci produkce inzulínu.

Minibolus glukózy: i.v. podání 200 mg glukózy/kg, doporučená je 10% koncentrace glukózy, tj. objem 2 ml/kg podaný během 1 minuty.

Tab. 2 Klinické projevy novorozenecké hypoglykémie

Příznaky novorozenecké hypoglykémie	
+	-
Zvýšená dráždivost	Hypotonie
Zvracení	Porucha sání
Tachykardie	Bradykardie
Třes	
Závažné příznaky	
Grunting, apnoe, cyanóza, kóma	

Kontinuální i.v. infuze glukózy: 5–8 mg/kg/min, resp. 7–12 g/kg/den, tj. 10% glukóza v dávce 80–100 ml/kg/den, další zvyšování objemu infuze první den života není doporučeno. Při nutnosti použít koncentrovanější glukózu (> 12,5%) je indikován centrální žilní vstup. Cílem je udržet glykémii $\geq 2,6$ mmol/l.

Doporučená vyšetření a léčba

Screening hypoglykémie:

1. 30 min. po prvním podání stravy, tj. 1–2 hod. po porodu
2. Další screening hypoglykémie před podáním další dávky stravy (za 2–3 hod.)
3. Při dobré toleranci stravy a normoglykémii další screening za 6 a 12 hod. před podáním stravy.
4. Při dobré toleranci stravy a normoglykémii další screening není nutný

Další vyšetření glykémie:

1. Kdykoliv u všech novorozenců matek s GDM, kteří mají klinickou symptomatologií
2. Při hypoglykémii zachycené při screeningu a zahájené i.v. léčbě, odebrat vždy před podáním stravy

Algoritmus léčby:

1. Okamžitě při symptomatické hypoglykémii < 2,6 mmol/l: minibolus a kontinuálně i.v. glukóza, kontrola glykémie za 1 hod.
2. Okamžitě při hypoglykémii < 1,4 mmol/l bez ohledu na věk a symptomatologii: minibolus a kontinuálně i.v. glukóza, kontrola glykémie za 1 hod.

3. V prvních 4 hodinách života asymptomatická hypoglykémie < 1,4 mmol/l: strava, kontrola glykémie za 1 hodinu, pokud nedojde k vzestupu > 1,7 mmol/l, pak i.v. léčba. Další kontroly glykémie vždy před podáním stravy. Pokud stravu netoleruje, je nutná kontrola glykémie po 3 hodinách.

4. Ve věku 4–24 hod. hypoglykémie < 1,7 mmol/l: podat stravu, pokud při kontrole za 1 hod. glykémie nestoupne nad 2,2 mmol/l, tak i.v. léčba. Sledování glykémie stejně jako v bodě 3.

5. Přerušování léčby: při toleranci stravy a glykémii před podáním stravy $\geq 2,6$ mmol/l postupně (během 24 hod.) snižovat i.v. přívod glukózy. Kontrola glykémie po 6 hodinách. Při normoglykémii po 24 hod. možno i.v. léčbu přerušit.

Další vyšetření

Při stanovení hypoglykémie je vhodné vyšetřit laboratorní markery infekce, ABR, iontogram včetně Ca^{2+} a Mg, vyloučit polyglobulii.

Při přetrvávající hypoglykémii je třeba vyloučit koincidenci s jinými chorobami: dědičné poruchy metabolismu (např. galaktosémie, organické acidurie), adrenální hyperplazie, jiný původ hyperinzulinismu (např. Beckwithův-Wiedemannův sy.).

Echokardiografie je vhodná u hypertrofických plodů. Pokud je prokázána hypertrofická kardiomyopatie s oběhovou deteriorací, je v léčbě doporučeno používat betablokátory, protože inotropní podpora může zhoršit obstrukci výtokového traktu komor.



Novorozenci s refrakterní hypoglykemií či dalšími závažnými komorbiditami jsou indikováni k překladi na vyšší pracoviště.

■ Sledování po propuštění a prognóza

U novorozenců matek s diabetem se může vyskytnout i pozdní hypoglykémie v řádech dnů po propuštění, je třeba informovat dispenzarizující PLDD. Pokud byla přítomna neurologická symptomatologie, je indikováno sledování dětským neurologem. U dětí matek s GDM jsou morfologické projevy přechodné a v průběhu času (měsíce) dochází k jejich vymizení. Rizika z pohledu dlouhodobého neurologického vývoje těchto novorozenců jsou zvýšená (zvláště pokud dojde k těžké nebo dlouhodobé hypoglykémii). Jsou popsány neuropsychické odchylky nejružnějšího typu, v dospělosti pak mají větší riziko metabolického syndromu: obezity, kardiovaskulárních a cerebrovaskulárních chorob a diabetu. Ženy, jejichž matky měly GDM, mají ve svém těhotenství také vyšší riziko vlastního GDM (8,9).

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

■ Literatura

1. Kleinberger JW, Maloney KA, Pollin TI. The Genetic Architecture of Diabetes in Pregnancy: Implications for Clinical Practice. *Am J Perinatol*. 2016 Nov;33(13):1319–1326
2. Mitancher D, Zyzdorzyc C, Simeoni U. What neonatal complications should the pediatrician be aware of in case of maternal gestational diabetes? *World J Diabetes*. 2015 Jun 10;6(5):734–743
3. Zach J. Hypoglykemie. In Janota J, Straňák Z. *Neonatologie*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2015, s. 202–207
4. Committee on Fetus and Newborn, Adamkin DH. Postnatal glucose homeostasis in late-preterm and term infants. *Pediatrics*. 2011 Mar;127(3):575–579
5. Shah R, McKinlay CJD, Harding JE. Neonatal hypoglycemia: continuous glucose monitoring. *Curr Opin Pediatr*. 2018 Apr;30(2):204–208
6. Rozance PJ, Hay WW Jr. New approaches to management of neonatal hypoglycemia. *Matern Health Neonatol Perinatol*. 2016 May 10;2:3
7. Hegarty JE, Harding JE, Gamble GD et al. Prophylactic Oral Dextrose Gel for Newborn Babies at Risk of Neonatal Hypoglycaemia: A Randomised Controlled Dose-Finding Trial (the Pre-hPOD Study). *PLoS Med*. 2016 Oct 25;13(10):e1002155
8. Štechová K et al. *Dítě diabetické matky: Komplexní pohled na diabetes a těhotenství*. 1. vydání. Semily: GEUM, 2014, 228 s.
9. Tabery K, Černý M, Zoban P, Štechová K. Současný pohled na problematiku neonatální hypoglykemie. *Diabetol. metab. endokrinol. výživa*. 2016;19(3):111–115

■ Třetina žáků zdravotnických SŠ zvažuje odchod do zahraničí, tvrdí průzkum

Více než třetina žáků na středních zdravotnických školách zvažuje, že půjde pracovat mimo ČR. U studentů zdravotnických nelékařských oborů vysokých škol je to asi pětina, u vyšších odborných zdravotnických škol šestina. Meziročně jich ale ubývá, což ministr zdravotnictví Adam Vojtěch (za ANO) kvituje. Výsledky vyplynuly z průzkumu „Barometr mezi budoucími zdravotními sestrami 2017“ mezi více než 2 000 studenty.



Ministr zdravotnictví Adam Vojtěch

U středoškoláků zvažovalo odchod o dva procentní body méně lidí než v roce 2016, u studentů vyšších odborných a vysokých škol o pět procentních bodů.

„Jsem rád, že čím dál více zdravotních sester chce zůstat pracovat v České republice. Na

druhou stranu vnímám jako problematické, že nadále je vysoké procento těch, které chtějí odejít pracovat mimo svůj obor,“ okomentoval situaci ministr zdravotnictví Vojtěch.

Podle průzkumu o odchodu mimo zdravotnictví uvažovalo 13 procent středoškoláků a čtyři procenta studentů vyšších odborných a vysokých škol.

Špatná volba oboru

Studenti, kteří jsou po ukončení studia rozhodnutí hledat zaměstnání mimo segment zdravotnictví, uvádějí jako nejčastější příčiny svého rozhodnutí nedostatečné finanční ohodnocení či nenaplnění očekávání studia daného oboru.

Dále pak špatnou volbu oboru ve smyslu nepřipravenosti na práci s lidmi a na směny a neadekvátní prestiž nelékařského zdravotnického povolání, napsali autoři průzkumu. Průměrný výdělek zdravotníka zahrnuje tarif i všechny odměny, náhrady a příplatky, které představují asi 40 procent hrubého platu. Průměrný hrubý plat sester byl loni podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky necelých 28 500 Kč. Ve státní nemocnici měly sestry průměrně 30 866 korun, v nestátní 25 434 Kč.

Studenti považují nejčastěji za adekvátní nástupní plat mezi 20 a 25 tisíci korunami. Po odpracování jednoho roku by se měl podle nich pohybovat od 30 do 40 tisíc korun.

Podobný průzkum udělala společnost Health Care Institute i mezi studenty medicíny. Odchod do zahraničí zvažovala necelá čtvrtina z nich, nejvíce chtějí do Německa. Rovněž mezi mediky meziročně zájemců o odchod za prací mimo ČR ubylo.

Chybí mnoho sester

Zdravotních sester chybí v českých nemocnicích asi 3 500. Zdravotnické odbory jsou kvůli nesplněnému slibu ohledně deseti-procentního růstu tarifů od poloviny srpna ve stávkové pohotovosti. Ministr jim nabídl sedmiprocentní růst, což jejich zástupci odmítli. Příští rok dostanou sestry pracující na směny příplatek 5 000 korun měsíčně.

Zvažuje se také zavedení výsluh, podobně jako je mají vojáci nebo policisté. Například Asociace sester nebo domácí péče se stávkovou pohotovostí nesouhlasí. Stávka v nemocnicích ale podle odborů nebude.

Zdroj: novinky.cz, 20. 9. 2018



Dítě diabetické matky – pohled psychologa

PhDr. Šárka Slabá¹, PhDr. Eva Kravarová²

¹ III. interní klinika 1. LF UK a VFN Praha, ² Psychologická ambulance, Písek

■ Úvod

Diabetes mellitus (DM) jako chronické onemocnění přináší do života nemocné mnohé změny. Pacientka někdy musí slevit ze své původní výkonnosti, nebo dokonce změnit své zaměstnání, vždy musí změnit své původní zvyky a upravit životní styl. Míra přijetí faktu nemoci potom ovlivňuje kvalitu jejího každodenního života a také zacházení s nemocí. Pokud pacientka svou nemoc akceptuje, vše, co souvisí s péčí o její zdraví, je pro ni samozřejmou součástí, a tak to pak může vnímat i její okolí. Pokud se však s nemocí nesmíří, neměří si glykémie, nebere ohled na svůj aktuální stav, porušuje dietu apod., pak to má negativní dopad na její zdraví i na její okolí. Ochota ženy plánovat své těhotenství velmi záleží na míře akceptace nemoci. Ženy, které cukrovku zatím odmítají, budou odmítat také plánování otěhotnění, ty, které již nemoc přijaly, budou s jejími omezeními počítat i v situaci plánování těhotenství, těhotenství samotného a porodu. Ať už jde o DM, či gestační diabetes, nesmíme zapomínat, že vztah onemocnění a psychiky je oboustranný, samotný fakt onemocnění je pro psychiku nemocného bezesporu zatěžující, stabilizovaný psychologický stav zase pozitivně ovlivňuje další kompenzaci diabetu.

■ Plánování těhotenství

Početí, těhotenství a porod jsou obecně náročnou událostí v životě páru. Úkolem každého páru je zajistit co nejvhodnější podmínky pro početí a vývoj dítěte, u žen s diabetem jde o zajištění dobré kompenzace diabetu. Těhotenství by v tomto případě mělo být plánované, tzn. žena diabetička má otěhotnět v co možná nejmladším věku, v ideálním případě v období, kdy je diabetes velmi dobře stabilizován a nejsou známky komplikací diabetu. Z psychologického hlediska je požadavek plánovaného těhotenství pro ženy s diabetem náročný. Co když žena v tomto věku nemá stálého partnera? Co když dítě ještě nechce? Nemá pro ně vhodné podmínky (studuje, nemá vlastní byt, nemá stabilní práci)? Pak ji mohou

lékařská doporučení stresovat, snaží se jim vyhovět, ale často to také není v jejich silách. Avšak ani u těch žen, kterým k založení rodiny nechybí partner, materiální zabezpečení ani jiné aspekty, plánování těhotenství nemusí být samozřejmostí. Velký vliv na plánování rodičovství může mít také přístup ošetřujícího lékaře. Ve studii zmiňované Snoekem a Skinnerem se ukázalo, že pokud ženy s diabetem měly pocit, že je lékař od těhotenství odrazuje, pravděpodobněji neplánovaně otěhotněly, zatímco ženy, které jejich lékař ujistil o tom, že mohou mít zdravé dítě, na plánování rodičovství aktivně spolupracovaly (Snoek, Skinner, 2005). Na základě dostupných informací tedy lze odborníkům doporučit, aby informace o vhodnosti plánování rodičovství pacientkám sdělili, ale příliš často neopakovali (zejména bez přihlédnutí k osobní situaci pacientky). Citlivým vedením pacientek, s přihlédnutím k jejich konkrétní životní situaci, se účinně sníží míra stresu, které jsou mladé pacientky s diabetem vystaveny. Zároveň tím také klesá pravděpodobnost dekompenzace diabetu v jeho důsledku.

■ Průběh těhotenství a porod

Úkoly spojené s těhotenstvím, které jsou již tak obtížné i pro zdravé ženy, jsou u matek s diabetem komplikovány vzájemným ovlivněním diabetu a těhotenství. Studie zkoumající náladu těhotných diabetiček dochází k překvapujícím závěrům. Těhotné s DM1 byly oproti zdravým kontrolám více úzkostné a hostilní, přitom toto rozpoložení nebylo ovlivněno aktuální glykemií (Levy-Shiff R et al., 2002). Matky s gestačním diabetem ale nebyly více úzkostné než zdravé těhotné. Jejich nálada se měnila s ohledem na aktuální glykémii (Snoek, Skinner, 2005). Prožitek těhotenství u ženy s diabetem je ovlivněn nejen zvýšenými nároky na dodržování zdravého životního stylu, ale také diabetického režimu. Velká část pacientek svůj režim okamžitě upraví dle doporučení. Ze zkušenosti víme, že i dlouhodobě špatně kompenzované diabetičky v momentě, kdy otěhotnějí, začnou dodržovat požadovaný

režim a jejich diabetes se stane dobře kompenzovaným. Na základě zkušeností z praxe se nemůžeme divit, že u žen s diabetem se oproti ženám bez diabetu v těhotenství objevuje více negativních emocí (zklamání, vina, starosti, obava, strach, vztek nebo žárlivost) a méně pozitivních emocí (důvěra, naděje, nadšení, radost). Nicméně, ve výsledcích specifických psychologických dotazníků nebyly nalezeny rozdíly v přítomnosti psychopatologie mezi zmiňovanými skupinami.

■ Porod

U velké části nastávajících maminek, u kterých byla diagnostikována cukrovka, probíhá porod naprosto bez problémů, stejně jako u zcela zdravých těhotných. Přesto je ale skupina maminek, u kterých je porod komplikovanější. Obava z porodu je přítomná téměř u každé nastávající matky, u žen, které jsou nemocné, však ještě narůstá. O komplikacích jsou ženy informovány, nicméně většinou k porodu přistupují tak, že od toho, aby se o jejich diabetes a narození dítěte postarali, jsou tam lékaři, tedy veškerou zodpovědnost přesouvají na odborníky. Ony samy pak podléhají prožitkům při porodu stejně jako zdravé ženy. Ženy po porodu, ať s diabetem, či bez něj, procházejí významnými hormonálními změnami, které se mohou projevit kolísáním nálady. Z výsledků citované studie je zřejmé, že riziko výskytu patologie v této oblasti (poporodní deprese) je u matek s diabetem téměř dvakrát vyšší než u matek bez diabetu (Kozhimannil et al., 2009).

■ Dítě

Po porodu zdravého dítěte se matce diabetičce uleví. Nicméně strach, že dítě v budoucnu onemocní diabetem, je přítomný již od samého počátku. Matka dítě v tomto ohledu sleduje patrně více než matky bez diabetu. Diabetička většinou připouští možnost, že i její dítě může být diabetik. Pokud tuto možnost akceptuje, případné onemocnění dítěte pro ni nebude takovým šokem. Mnohem zásadnější obava je z prak-



tické „starosti“ o diabetické dítě. Přesto, že samy sobě aplikují inzulin několikrát denně, představa, že budou muset píchat inzulin svému vlastnímu malému dítěti, je děsí. Také obava z budoucích komplikací a možných následků je svazuje. Každá matka podle své osobnosti přistupuje k možnosti, že dítě bude mít diabetes, po svém. Některé matky si tuto možnost nepřipouštějí, jiné jsou schopny měřit glykémii i dosud zdravému dítěti, pouze proto, aby si potvrdily, že dosud neonemocnělo. Mnoho matek si také v poslední době, v souladu s rozvojem diagnostických prediktabilních metod, nechává zjistit procento možného onemocnění dítěte diabetem. Psychické zpracování výsledku tohoto testu závisí také na osobnosti maminky. Jsou matky, které si toto vyšetření raději neudělají, protože by se následně stresovaly neustálým očekáváním, kdy se diabetes u dítěte projeví, jiné matky zase chtějí výsledek znát, ale pak, často nepřiměřeně, očekávají onemocnění dítěte a mnohdy je svých chováním „přivolávají“. A pak jsou také matky diabetičky, které chtějí vědět míru rizika, ale při jeho potvrzení se budoucnosti neděsí. Na případný výskyt nemoci u dítěte se cítí připravené. Obava z dopadu nemoci matky na život dítěte je přímo úměrná vyrovnání se matky s vlastní nemocí. Matky,

kteřím svou nemoc nepřijaly, se často chovají tak, že své dítě v samotném důsledku omezují (např. nechodí ven, protože se obávají hypoglykémie). Naopak matky, které jsou se svým diabetem sžité, se snaží co nejvíce vyrovnat matkám bez diabetu a jejich snahou je nalézt řešení, které co nejméně omezí aktivity s dítětem. Společným jmenovatelem je dítě – ty první se bojí, aby se jim něco nestalo a dítě z toho nemělo trauma, ty druhé, aby dítě nemělo pocit, že je omezené jen proto, že je matka nemocná. Lze říci, že dítě je velmi adaptabilní, od začátku života poznává svět a akceptuje podmínky, ve kterých žije. Když má nemocnou matku, bere to jako samozřejmost a omezení vlastně ani nevnímá. „Tématem“ se cukrovka může stát ve sporech, které nastávají v souvislosti s pubertou. To je období, kdy se děti zlobí na své rodiče a hledají záminky k vyvolání konfliktu. Cukrovka jako taková tedy není důvodem, ale jen záminkou. Můžeme tak slyšet např. „proč sis mě pořizovala, když jsi nemocná“ apod.

■ Závěr

Kromě biologických aspektů těhotenství u diabetiček jsou pro úspěšný průběh těhotenství důležité také psychologické a sociální

aspekty. Jejich zvládnutí je klíčem ke zlepšení péče o těhotné diabetičky. Spolupráce psychologů s diabetology a dalšími odborníky je základem pro kvalitní péči.

■ Literatura

1. Andělová K. Gravidita a diabetes mellitus. Kapitoly kardiol. prakt. lék. 2011;3(3):102–105
2. Kozhimannil KB, Pereira MA, Harlow BL. Association between diabetes and perinatal depression among low-income mothers. JAMA. 2009 Feb 25;301(8):842–847
3. Levy-Shiff R, Lerman M, Har-Even D, Hod M. Maternal adjustment and infant outcome in medically defined high-risk pregnancy. Dev Psychol. 2002 Jan;38(1):93–103
4. Rizzo TA, Silverman BL, Metzger BE, Cho NH. Behavioral adjustment in children of diabetic mothers. Acta Paediatr. 1997 Sep;86(9):969–974
5. Snoek FJ, Skinner TC (eds.) Psychology in Diabetes Care. 2. vydání. Hoboken (New Jersey, USA): Wiley, 2005. 224 s.

Vojtěch: Všem 10 procent nepřidáme, chceme podpořit hlavně mladé lékaře

Ministr zdravotnictví Adam Vojtěch v neděli v diskuzním pořadu Otázky Václava Moravce v České televizi uvedl, že nechce plošně přidávat zdravotníkům 10 % na platy. S odborovými organizacemi chce dále jednat a podle něj je předčasné mluvit o protestech či stávkách.

Předseda Lékařského odborového klubu Martin Engel v sobotu uvedl, že stávka nepřipadá v úvahu, protože by tak odpovědnost za pacienty nesli lékaři. Protest by podle něj mohl vypadat podobně jako v roce 2010, kdy lékaři dávali výpovědi a odmítali nezákonné přesčasy. Zdravotníci chtějí na platy přidat o 10 % víc a odmítají nabídku ministerstva na pětiprocentní růst. „Poslouchám to se zvláštním pocitem, měli jsme jednání, kde jsme se bavili o různých možnostech. Ve zdravotnictví bude růst o celkem 13,6 miliardy. Nemyslím si, že je správné přidávat všem plošně. Chceme podpořit hlavně mladé lékaře, kde jsou platy nízké,“ uvedl Vojtěch s tím, že ministerstvo nemá peníze na desetiprocentní nárůst platů.

Jinak hovoří předsedkyně Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče Dagmar Žitníková, která bude o možnostech příští týden jednat s představiteli svazu. „Naše návrhy byly o tom, aby se do zdravotnictví pustilo více peněz. Jsou rezervy, které můžeme použít. Navrhovali jsme například zvýšení plateb odvodů pojištěnců. Chceme desetiprocentní nárůst, proto byla vyhlášena pohotovost,“ konstatovala Žitníková.

Srovnat ambulantní a nemocniční péči

Podle ní by se na platy mohla použít polovina rezervy, která dohromady činí 38 miliard. Ministr to však rezolutně odmítl. „Řekli jsme, že se budeme bavit o průměru 5 %, ale s tím, že to nechceme dát všem, jsou lékaři, kteří mají až 130 tisíc korun,“ vysvětlil ministr.

Plošné zvyšování platů lékařů odmítá také kardiolog Jan Pirk, který se také zúčastnil diskuse. „Jsem proti plošnému zvyšování peněz. Více lékařů je v ambulantní sféře než v nemocnicích, a přesto se v nemocnicích řeší zákroky, kterými by se měli zabývat ambulantní lékaři. To by se mělo vyrovnat,“ navrhl Pirk.

Podle něj by se v Česku mohl používat třeba izraelský způsob financování zdravotnictví, kde jsou v jednom balíčku výkony zadarmo a kdo chce vyšší péči, musí si připlatit. Žitníková navíc upozornila, že zdravotní sestry mají čím dál horší pracovní podmínky, protože se musejí starat o velké počty pacientů. Připomněla například, že sestry jsou nuceny zvedat například těžší pacienty i přesto, že podle předpisů mohou ženy zvedat maximálně 15 kilogramů. „Když se navíc o 45 pacientů stará jedna sestra, tak ti lidé prostě do toho zaměstnání nechtějí nastoupit,“ konstatovala Žitníková.

Zdroj: novinky.cz, 9. 9. 2018



Gynekomastie v dospívání. Varovné příznaky a diferenciální diagnostika

**MUDr. David Neumann, Ph.D.¹, MUDr. Radek Štichhauer², MUDr. Ivo Novák, Ph.D.³,
prof. MUDr. Jan Laco, Ph.D.⁴, MUDr. Aleš Fibír, Ph.D.⁵, MUDr. Pavel Kopecký, Ph.D.⁶,
Mgr. Lucie Jirásková⁷, MUDr. Mgr. Vladana Skutilová, Ph.D.⁷**

¹ Dětská klinika, ² Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, ³ Urologická klinika, ⁴ Fingerlandův ústav patologie, ⁵ Chirurgická klinika, ⁶ Klinika porodnická a gynekologická, ⁷ Oddělení lékařské genetiky, Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta Hradec Králové a FN Hradec Králové

Klíčová slova: gynekomastie, kryptorchismus, Klinefelterův syndrom, gonozomální mozaicismy, mastektomie, hermafroditismus.

■ Úvod

Fyziologická pubertální gynekomastie je zvětšení prsů u chlapců [1], které může být jednostranné nebo oboustranné, symetrické nebo asymetrické. V časných stádiích dospívání je běžná, postihuje až polovinu chlapců. Fyziologicky zvýšená hladina estrogenů před dosažením maximálních hladin testosteronu vede k subareolárnímu koncentrickému zvětšení mléčné žlázy různého rozsahu. Bývá bolestivé. Laboratorně tomuto stavu odpovídá zvýšení hladiny SHBG [2]. Fyziologická gynekomastie ustupuje do 1–2 let. Pokud dojde k fibrotické přestavbě, může se stát fixovanou a vyžadovat chirurgickou léčbu.

Sekundární gynekomastie se vyskytuje u chronických onemocnění jater a štítné žlázy. Z farmak bývá její příčinou nejčastěji užívání spironolaktonu, antidepresiv a neuroleptik, která zvyšují hladinu prolaktinu. Stejným mechanismem působí i marihuana. Z hormonálních příčin jsou to hyperprolaktinémie při prolaktinomu, estrogeny produkující tumory varlat nebo nadledvin, testikulární selhání, poruchy syntézy testosteronu a poruchy senzitivity receptoru pro androgeny.

Další významnou skupinou jsou genetické příčiny, hlavně Klinefelterův syndrom (KS) a poruchy sexuální diferenciace s chromozomem X i Y, často v mozaice.

■ Kazuistika

Genetik doporučil endokrinologické vyšetření 15,5letého fenotypického chlapce s pubertální gynekomastií. Rodinná anamnéza je negativní. Je ze 4. nekomplikovaného těhotenství. Předcházely tři spontánní aborty. Po porodu císařským řezem pro příčinou

polohu plodu ve 38. g.t., porodní hmotnost 2 780 g, porodní délka 49 cm, byl zjištěn pravostranný kryptorchismus. Operační revize pravé části šourku v 15 měsících věku chlapce neprokázala testikulární tkáň ani tkáň ductus deferens. Genetické vyšetření nebylo provedeno a stav byl uzavřen jako atrofie varlete vpravo. Dětství a mládí proběhlo bez zdravotních obtíží až do objevení se gynekomastie. Nálezem genetika byla gonozomální mozaika 46,XX/47,XXY, řazená mezi vzácné formy KS.

Při vyšetření endokrinologem byl chlapec štíhlý, rostl na dolní hranici midparentální predikce a byl proporční. Měl oboustrannou gynekomastii, stupeň II [3] (obr. 1). Dvorce byly malé, bez hyperpigmentace. Proti očekávání byl oboustranně hmatný obsah šourku. Vlevo bylo hmatné varle i obaly, vpravo elastická rezistence objemem převyšující mírně obsah levostranné části šourku.

Obr. 1. Gynekomastie (grade II) u 15,5letého chlapce. Ostatní tělesné proporce jsou mužské. (fotografie laskavostí prim. MUDr. Radka Štichhauera)



Genitál byl mužský, plně maturovaný, G5, P4, A3 při hodnocení podle Tannera, pravostranné varle mělo objem 6 ml. Chlapec mutoval, ale vousy mu nerostly. Laboratorně byl zjištěn hypergonadotropní stav (LH 19,5 IU/ml, FSH 46 IU/ml), hladina SHBG 27 nmol/l, estradiol 82 pmol/l (norma pro chlapce 41–159), a fyziologická hladina testosteronu 20,3 nmol/l (6,25–26,5) i volného testosteronu 52,95 pmol/l (17,7–144). Tumorózní markery (alfa-fetoprotein a beta podjednotka choriového gonadotropinu) byly negativní. Jaterní testy byly v referenčním rozmezí ALT 0,29 μ kat/l, AST 0,47 μ kat/l.

Při následném vyšetření dětským chirurgem s odstupem 2 týdnů byla klinicky i na UZ rezistence zasahující z třísla až do pravé poloviny šourku, dvojnásobné velikosti oproti vyšetření endokrinologem. Nález byl uzavřen jako cystická rezistence, nejspíše hydrokela. Chlapec byl indikován k operačnímu výkonu. V úvodu výkonu byla provedena diagnostická laparoskopie dutiny břišní, která vyloučila přítomnost gonád v dutině břišní. Podle doporučení pro gynekomastii u chlapců s Klinefelterovým syndromem byla provedena subkutánní mastektomie [4] ze subareolárních řezů, biopsie varlete vlevo a revize pravého tříselného kanálu a šourku. Ta přinesla nejpřekvapivější nález – tekutinou naplněnou tubu a vaječník (obr. 2). Histologický nález z pravé části šourku potvrdil plně diferencovaný vejcovod s okrsky tubulárních struktur s pravidelným kubickým epitelem představujícím zbytky mezonefros, ovarium s primordiálními folikuly, s luteinizovaným antrální folikulem a jizvami charakteru bílých tělísek. Biopsie levostranného varlete prokázala sklerotické změny poloviny tubulů a ve zbylých absenci spermatogeneze. Diagnóza byla přehodnocena na ovotestikulární poruchu sexuální diferenciace.



Obr. 2. Inguinálním řezem vpravo luxovaná tuba s vaječником. V dolní části obrázku je patrné dobře formované skrotum s varletem (laskavosti prim. MUDr. Radka Štichhauera).

Diskuze

Fyziologická gynekomastie různého rozsahu v dospívání je u chlapců běžným klinickým nálezem. Její nejvýznamnější souvislostí jsou psychické obtíže nositelů a jejich zařazení v sociální skupině. Pokud chlapec roste v midparentální predikci a vývoj genitálu a sekundárních pohlavních znaků odpovídá věku nebo anamnéze konstitučního zpomalení nebo urychlení růstu a dospívání, jedná se o benigní situaci. Vysoká nebo nepřiměřeně nízká postava, gynoidní rysy, disproportionální postava, opoždění izosexuálního dospívání a anomálie genitálu jsou varovnými známkami a imperativem pro genetické vyšetření.

Klinefelterův syndrom se vyskytuje asi u jednoho z 500–1 000 živě narozených chlapců. Převažuje karyotyp 47,XXY se známým klinickým obrazem vysokého vzrůstu a eunuchoidní postavy, tuhými atrofickými varlaty a infertilitou. Mozaika 46,XY/46,XXY postihuje asi 10 % chlapců s KS s klinickým a hormonálním nálezem závislejícím na poměru buněčných linií. Naproti tomu mozaika 46,XX/47,XXY je výjimečným nálezem [5]. Fenotyp závisí na zastoupení buněčných linií v gonádách a může být od plně vyjádřeného ženského po plně vyjádřený mužský fenotyp. Genotypová anomálie je obvykle diagnostikována v dospívání až pozdní dospělosti. V prezentovaném případě nebyla klinická

odchylka v růstu nebo proporcích postavy, ale v nálezů na genitálu. Gynekomastie u KS vyžaduje pro vysoké riziko vzniku karcinomu mléčné žlázy mastektomii.

Ovotestikulární porucha sexuální diferenciace [6] (v minulosti hermafroditismus) může vzniknout při různých karyotypech: 46,XX/46,XY, 46,XX, 46,XY, 46,XX/47,XXX, a dalších, mezi nimi i 46,XX/47,XXY [7]. Znamená přítomnost ovariální i testikulární tkáně u jednoho jedince.

Závěr

Pubertální gynekomastie je běžným nálezem u dospívajících chlapců. Přes svou benigní povahu ve většině případů vyžaduje pozornost a pátrání po klinických příznacích genetické abnormality.

Dedikace:

Tato práce vznikla za podpory projektu BBMRI-CZ: Síť biobank – univerzální platforma k výzkumu etiopatogeneze chorob, reg. č.: EF16 013/0001674.

Literatura:

1. Lebl J, Al Taji E, Koloušková S et al. Dětská endokrinologie a diabetologie. Praha: Galén, 2016. 616 s. ISBN 978-80-7492-271-8
2. Lisá L, Starka L, Hampl L et al. Poruchy sexuální diferenciace. Praha: Maxdorf, 2001. 281 s. ISBN 80-85912-15-5
3. Waltho D, Hatchell A, Thoma A. Gynecomastia Classification for Surgical Management: A Systematic Review and Novel Classification System. *Plast Reconstr Surg.* 2017 Mar;139(3):638e–648e
4. Veselý O. Opožděná puberta a gynekomastie jako projev Klinefelterova syndromu. *Pediatr. Praxi* 2017;18(2):131–134
5. Mohd Nor NS, Jalaludin MY. A rare 47 XXY/46 XX mosaicism with clinical features of Klinefelter syndrome. *Int J Pediatr Endocrinol.* 2016;2016:11
6. Hughes IA. Disorders of sex development: a new definition and classification. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2008 Feb;22(1):119–134
7. Chaudhuri A, Chatterjee SK, Sarkar S. Presumptive 46,XX-46,XY-47,XXY mosaicism in a hermaphrodite. *J Med Genet.* 1971 Mar;8(1):117–122

Státní zdravotní ústav povede Březovský

Novým ředitelem Státního zdravotního ústavu (SZÚ) bude od října Pavel Březovský. V úterý o tom informovalo ministerstvo zdravotnictví. Březovského do funkce na základě doporučení výběrové komise jmenoval ministr Adam Vojtěch (ANO).

„Nový ředitel se především musí vypořádat s nálezy kontroly Nejvyššího kontrolního úřadu (NKÚ) z února letošního roku a přijmout systémová nápravná opatření. Je také potřeba, aby se zaměřil na řešení neutěšené situace s financováním ústavu a jeho závislostí na státním rozpočtu,“ uvedl ministr zdravotnictví Adam Vojtěch, který by byl rád, aby nový ředitel zpopularizoval i témata z oblasti veřejného zdraví.

Březovský byl v letech 2012 až 2014 ředitelem Státního ústavu pro kontrolu léčiv. V mezidobí let 2006 až 2014 působil rovněž jako ředitel Koordináčního střediska transplantací. Zkušenosti má i s prací na ministerstvu. Naposledy působil na 2. lékařské fakultě Univerzity Karlovy a v motolské nemocnici. V čele ústavu nastoupí po Jitce Sosnovcové, která v únoru rezignovala kvůli výsledkům kontroly hospodaření ze strany NKÚ. Ta odhalila chyby v hospodaření za 67 milionů korun.

Zdroj: www.novinky.cz, 25. 9. 2018



Ze světa odborné literatury...

■ Mateřská imunizace u těhotných působí protektivně u novorozenců

Imunizace nastávajících matek proti tetanu je velmi efektivní po celém světě. Následně se řešil i vliv očkování proti chřipce v době pandemie. Zvýšení protilátkové hladiny u matek se jeví jako excelentní cesta protekce pro mladé jedince před jejich vlastní imunizací. Zvýšení imunizace těhotných žen se jeví jako atraktivní vakcinační strategie. Podání jedné vakcíny je prakticky dvojnásobnou protekcí. Jeví se jako můstek před začátkem imunizace dítěte. Dále je těhotná žena více přístupná k medicínské péči než v ostatním období jejího života. Těhotné ženy by neměly být vylučovány z potenciální užitečnosti vakcín s ohledem na jejich tzv. jiný stav. Účelem této zprávy je zaměření na čtyři vakcíny, z nichž zvláště dvě, pertusse a influenza, jsou podávány těhotným ženám jako součást doporučeného národního imunizačního programu. Dvě další vakcíny, a to proti streptokoků skupiny B a RSV vakcína, jsou v klinických zkouškách a měly by samozřejmě přijít do klinického použití.

Z hlediska historických perspektiv před získáním přirozené imunity k různým infekčním patogenům kontaktem nebo imunizací je tato doba nejistá.

Mortalita na infekci je nejvyšší během této nejisté periody. Přirozený přechod protilátek z matky do fétu přes placentu a následně prostřednictvím mateřského mléka je hodnocen jako užitečný. Aktivní imunizace matek během těhotenství vedoucí k transfer indukované imunity fétu není rutinně sledována. Časné studie v letech 1930–1940 používající pertusovou vakcínu, obsahující inaktivovaný kmen *Bordetella pertussis*, prezentovaly podání této vakcíny a byly asociovány s lokální a celkovou reakcí. Byly bezpečné pro matku. Nebyly popisovány žádné dlouhodobé vedlejší reakce u kojenců.

Došlo ke zvýšení rezistence novorozenců a kojenců vůči pertussi.

Bylo pozorováno efektivní překlenutí novorozenecko-kojeneckého věku před jejich primární imunizací. Není proto jasné, proč vakcinační studie u těhotných žen nebyly tehdy prováděny. Jak bylo včas zmiňováno, vakcinace matek proti tetanu byla v mnoha zemích po mnoho let realizována.

Po několik dekád byly mateřské vakcinační studie zřídka uzavírány. Ale v roce 2009, kdy

byla deklarována pandemie chřipky, došlo ke zvýšení morbidity i mortality. Proto pak bylo konstatováno, že aktivní imunizační postup je namísto více než obavy z vedlejších reakcí po vakcinaci. Vzestup mateřských protilátek v daném období je kladnou odezvou pro načasovanou vakcinaci. Mimo influenzu jsou další, již výše zmiňované infekce, které ovlivňují morbiditu i mortalitu. Studován je samozřejmě vliv matčiny protilátkové odezvy na vakcinaci a její odpověď u kojenice.

Dále se v práci zabývá fyziologií transplacentárního protilátkového transportu. Tento transfer přes placentu je zprostředkován aktivitou prostřednictvím Fc receptoru usnadňujícího efektivní IgG transport s žádnými dalšími protilátkami kromě IgG. Transport IgG 1 a IgG 3 je odpovídající a velmi efektivní, s IgG 4 méně efektivní a IgG 2 je nejméně efektivní. Tento proces transportu protilátek začíná v 17. týdnu gestace a zvyšuje se v gestačních periodách s hladinou mateřského a fetálního IgG do 33 týdne gestace. Pak je fetální hladina IgG již ovlivněna na úrovni mateřské hladiny. Optimální transport je protilátek při intaktní placentě. Matky s HIV nebo malárií mají často narušenou placentární funkci a toto vede k nízkému počtu protilátek transferovaných do fétu.

Vliv mateřských protilátek na imunitní odpověď kojenice je známý. Mateřské protilátky nasměrované vakcinačním antigenem inhibují kojeneckou protilátkovou odpověď. Tento proces se nazývá interference. Tento proces je dobře prostudovaný spalničkovou vakcínou. Zpožděná primární imunizace kojenců s mateřskou vakcinací mizela se závěrem robustní imunitní odpovědi. Primární odpověď T-buněk na vakcinaci není důsledkem pasivních protilátek a rychlá odpověď je popisována po booster vakcinaci. Tato interference může být redukována zvýšením antigenního obsahu vakcíny. Epidemiologické důsledky interference nejsou ale dobře dokumentovány. Při rozebírání jednotlivých chorob bylo možné konstatovat, že ke zvýšení hladiny protilátek proti chřipce docházelo s prodloužením těhotenství. Zvýšení závažnosti chřipky během trvání těhotenství není jasné. Jednou z možností je expanze gravidního uteru na kardiopulmonální funkce. Také byla sledována imunogenita vakcíny u těhotných i netěhotných žen. Je srovnatelná. Vakcína je u obou těchto skupin velmi dobře tolerována. Proočkovanost

je ale stále nízká. V USA bylo prezentováno, že jen 35 % gravidních žen dostávalo vakcínu proti chřipce během posledních chřipkových sezón.

Práce o další zvyšující se frekvenci infekce v kojeneckém věku, a to pertusi, jsou dobře známy. Zprávy z USA a Austrálie dokumentují, že imunita indukovaná s acelulární pertusovou vakcínou je rychlejší než po standardní vakcině. Zprávy z rozvojových zemí uvádějí, že pertusse je stále problém v závislosti na efektivitě vakcín. Také je patrné, že proočkovanost matek je zde velmi nízká, a tím také imunizace mateřskými protilátkami je u kojenců zanedbatelná. Optimální čas pro imunizaci matek se jeví mezi 27.–36. týdnem gestace.

Skupina B streptokoků: publikace zde vyčerpávajícím způsobem uváděly epidemiologická data o GBS infikovaných 319 000 novorozenců a kojenců před věkem 3 měsíců, 90 000 úmrtí a 10 000 dětí s neurologickými následky. Ale také je známo, že děti narozené matkám s mateřskými protilátkami proti kapsulárnímu polysacharidu B streptokoka jsou chráněny před streptokokovou infekcí. Klinika GBS infekce měla svoji tehdejší charakteristiku, tzv. klinické trial: časný začátek během prvního týdne, charakterizovaný včasným začátkem sepse nebo pneumonie, ve druhé fázi meningitida s neurologickými následky. Mateřské specifické antikapsulární protilátky jsou asociovány s protekcí proti včasnému i pozdnímu začátku. Mnohé státy provádějí výtěry před porodem a matky dostávají antibiotika. Podle práce podaná antibiotika ovlivňují časný, ale ne pozdní začátek nemoci.

RS virus: přibližně 34 milionů případů RSV je asociováno s akutní infekcí dolní části respiračního traktu. Tato dg. je vždy v raném věku nebo ve věku pod 5 let. Vrchol incidence je 10.–12. týden věku, nejčastěji s kardiální a plicní složkou. V roce 1970 byla vyvinuta vakcína, která výrazněji zlepšila prognózu.

Další monitoring bude pokračovat, smysl práce směřující ke zvýšení imunologické odpovědi novorozenců vlastně pomocí jejich matek.

Arch. Dis. Child 2180, Vol. 0, str. 1–4,
Edwards, KM

■
Vypracoval MUDr. Jiří Liška, CSc.



Aktuality...

■ Šéf VZP: Moderní léky budou dostupnější

Případy, kdy vážně nemocným nezaplatí pojišťovna moderní lék, který by jim podle jejich lékaře mohl pomoci, by měly být brzy minulostí. Doposud pojišťovny argumentovaly tím, že existuje-li jiná léčba, pak zákon neumožňuje platit takový přípravek, pro který ještě Státní ústav pro kontrolu léčiv nestanovil úhradu. „Ve spolupráci s ministerstvem zdravotnictví jsme se rozhodli tento postup změnit, aby se moderní léky dostávaly k nemocným mnohem rychleji,“ uvedl pro Právo ředitel VZP Zdeněk Kabátek.

Žádosti o úhradu léků, které ještě pojišťovny běžně neplatí, posuzovali doteď revizní lékaři. Ti jich asi deset procent zamítali. Jak má vypadat nový postup?

Rozhodli jsme se mnohem víc zapojit odborné lékařské společnosti. Ty by nově měly vždy posoudit, zda má nový lék pro pacienta skutečně přínos proti stávající léčbě.

Zároveň by stanovily indikační kritéria a kvalifikovaný předpoklad, kolik pacientů může ročně daný přípravek potřebovat. Na základě toho pak pojišťovna bude jednat s dodavatelem léku.

A předmětem takového jednání bude co?

Výsledkem by měla být smlouva, kdy se pojišťovna zaváže k úhradě předpokládaného množství léku bez ohledu na to, že ještě nemá úhradu stanovenou od SÚKL. Podmínkou bude jednak to, že výrobce o stanovení úhrady nejpozději do roka SÚKL požádá, a zároveň že přistoupí na princip sdílení rizik.

To znamená?

Po určité době se vyhodnotí, zda lék má pro pacienta takový přínos, jaký výrobce deklaroval. Pokud ano, hradí ho pojišťovna. Pokud ne, jdou náklady za výrobcem. Pojišťovna bude platit to, co skutečně funguje. Vyzkoušeli jsme si takový postup u několika přípravků, jejichž dodavatelé na sdílení rizik přistoupili už dřív, a považujeme ho za správný.

Od kdy by měla změna nastat?

Pokud vše dobře půjde, mohlo by to být už od září.

Bude takto postupovat jen VZP, nebo všechny zdravotní pojišťovny?

Nemohu mluvit za ostatní, ale před pár dny byla na ministerstvu velká porada ředitelů všech pojišťoven a ostatním se návrh líbil. Pro je i vedení ministerstva zdravotnictví.

Vypadá to, že jste s ministerstvem našli společnou řeč. Na rozdíl od části odborné veřejnosti, zejména profesních komor, které je kritizují za nečinnost...

V problematice úhrad moderních léků to je právě ministerstvo zdravotnictví, které svým postojem otevřelo široký prostor pro změnu přístupu v lékové politice pojišťoven. Stejně tak ministerstvo svým přístupem posílilo postavení pojišťoven v systému a umožnilo tak historický úspěch v dohodovacích řízeních o navýšení úhrad za péči v příštím roce. Ve Sněmovně je ministerský návrh nového zákona o zdravotnických prostředcích, bez kterého by hrozil růst nákladů o více než dvě miliardy korun, ministerstvo se snaží posilovat péči o pacienty v problematičtějších regionech...

Vy tedy nemáte dojem, že by ministr Adam Vojtěch zatím nenaplnil očekávání a že by úřad pod jeho vedením nic moc nedělal?

Ne, rozhodně si nemyslím, že by ministerstvo zahálelo. Samozřejmě ne všechny problémy lze vyřešit za pár měsíců, ale to ani nikdo rozumný čekat nemohl. Důležité je, že kroky, které pan ministr dělá, jdou podle mne správným směrem.

Zdroj: novinky.cz, 9. 8. 2018

■ Vláda chystá odškodnění při újmě po očkování dětí

Desítky lidí ročně by se mohly na stát obrátit v případě, že vláda prosadí návrh zákona o odškodňování dětí, kterým se stala újma po povinném očkování.

Norma z dílny ministerstva zdravotnictví, jejíž text má Právo k dispozici, mimo jiné navrhuje, aby stát vymáhal peníze za odškodnění v některých případech po konkrétních lékařích, kteří by očkováním případné komplikace dítěti způsobili. Stát by měl hradit jen takovou újmu, kterou vyčíslí nad 50 tisíc korun.

„Vycházíme z toho, že pokud stát stanoví povinné očkování v zákoně, měl by na sebe také vzít odpovědnost za případnou újmu na zdraví a poškozené odškodnit. O tomto zákoně se mluví již roky a osobně nechápu, proč nebyl doposud přijat, navíc když po něm veřejnost volá,“ řekl Právu ministr zdravotnictví Adam Vojtěch (ANO).

„Myslím si, že tento zákon otupí hrany mezi zastánci a odpůrci očkování, pro které se díky tomu třeba stane schůdnějším. I v tom vidím jeho velký přínos,“ doplnil ministr.

Vyjádří se znalci

Právě povinné očkování je velmi sporné téma: jeho četní odpůrci tvrdí, že může být pro děti škodlivé, ačkoliv podle lékařů žádná seriózní studie nic takového neprokázala.

Zastánci očkování naopak upozorňují, že díky vakcinaci se daří vymýtit nebezpečné choroby, jež by mohly opět propuknout, kdyby lidé přestali své děti očkovat. Vojtěch už dříve řekl, že by se odškodňování mělo týkat jen jednotek dětí a mohlo by se vztahovat třeba na ochrnutí.

„Zavedení odškodnění újmy vzniklé v důsledku povinného očkování je cestou, jak vyvážit solidaritu státu a většiny populace, která má jednoznačný benefit z existence povinného očkování, a několika málo jedinců, kteří v důsledku povinného očkování utrpí újmu na zdraví,“ píše se v důvodové zprávě k návrhu zákona. Podobný zákon funguje například v Německu, Rakousku, Itálii či ve Spojených státech.

Rodiče, jejichž dítě vážně onemocnělo v důsledku povinného očkování, by podle zákona museli požádat ministerstvo o odškodnění nejpozději do dvou let od doby, kdy se nežádoucí účinky projeví. Žadatel musí co nejpřesněji uvést, jak k újmě došlo, včetně označení vakcíny a jak přesně a do jaké části těla byla podána. Může také k žádosti připojit lékařské zprávy a znalecké posudky.

„Na ministerstvu bude případy posuzovat expertní komise, která bude moci nahlédnout do zdravotnické dokumentace a vyžádat si od žadatele veškeré dokumenty. Rozhodovat bude na základě odborného posouzení a znaleckých posudků,“ řekl Vojtěch.

Odškodnění jen závažných případů

V případě, že ministerstvo žádost neuzná, se může žadatel obrátit na soud. Zákon stanovuje minimální vyčíslenou náhradu újmy 50 tisíc



korun, z čehož vyplývá, že odškodňovat by se měly jen závažné případy. Zákon obsahuje též ustanovení regresní úhrady, čímž by stát mohl peníze vyplacené jako odškodné vymáhat po konkrétních lékařích. „Nahradil-li stát újmu způsobenou povinným očkováním, může požadovat regresní úhradu na jiné osobě, pokud újmu způsobila,“ píše se v návrhu zákona. Podle mluvčí ministerstva Gabriely Štěpánové jde o ustanovení pro výjimečné případy, pokud by újmu nezpůsobilo samotné očkování, ale například lékař, který by očkování povolil i přes to, že by věděl, že může způsobit potíže. „Například pokud dojde k očkování navzdory kontraindikaci,“ řekla Právu Štěpánová s tím, že toto ustanovení je v podobných právních úpravách běžné. „Jednalo by se skutečně o jednotky případů,“ dodala.

Spalničky na vzestupu

Letos na jaře bylo zjištěno v Česku 70 případů spalniček, z toho 39 lidí nebylo očkováno. V současné době je proočkovanost české populace proti spalničkám kolem 90 procent.

„Mezi lidmi se o očkování šíří celá řada mýtů, které se snažíme neustále vyvracet, jako například souvislost očkování proti spalničkám s autismem. Významné vědecké studie ale jasně prokázaly, že tato souvislost neexistuje,“ upozornil před časem náměstek ministra zdravotnictví Roman Prymula. V Česku je povinné dvojí očkování proti devíti nemocem: dítě dostává tzv. hexavakcínu (mj. proti záškrtu, tetanu a dětské obrně) a později vakcínu proti zarděnkám, spalničkám a příušnicím. Právě spalničky jsou v poslední době v Evropě opět na vzestupu, což odborníci přičítají i neochotě rodičů očkovat své děti.

Teplota jako vedlejší účinek

Všechna podezření na nežádoucí účinky očkování monitoruje a posuzuje Státní ústav pro kontrolu léčiv. Jak uvádí na svých webových stránkách, v loňském roce posuzoval celkem 229 hlášení nežádoucích účinků po hexavakcině, z toho 205 vyhodnotil jako opodstatněné, a to jak od rodičů, tak od zdravotnických pracovníků. Nejčastějším vedlejším účinkem byla zvýšená teplota a horečka (115 případů) a lokální reakce, tedy zarudlost, otok, bolest či zvýšená citlivost v místě vpichu (ve 104 případech). Ve třiceti sedmi případech se objevilo narušení psychomotorického vývoje. „Jde o neočekávaný nežádoucí účinek, který SÚKL dlouhodobě monitoruje,“ píše ústav. V sedmácti případech se objevila apatie, ve třinácti případech křeče.

Za dva roky zemřelo v EU na spalničky 50 lidí

SÚKL rovněž posoudil 124 hlášení po podání vakcíny proti spalničkám, zarděnkám a příušnicím, opět byla nejčastějším nežádoucím účinkem zvýšená teplota a horečka.

Evropská komise uvádí, že očkování každoročně na celém světě ochrání 2,7 milionu osob před spalničkami, dva miliony před novorozeneckým tetanem a milion před černým kašlem. Počet případů spalniček se v EU v letech 2016 až 2017 ztrojnásobil, na spalničky za poslední dva roky zemřelo 50 osob a dvě osoby zemřely na záškrt.

Zdroj: novinky.cz, 29. 8. 2018

MZ připravuje specializovaná centra a dostupnější léky pro pacienty se vzácnými onemocněními

U příležitosti nadcházejícího Světového dne Duchenne, který připadá na pátek 7. září a kterému dal ministr zdravotnictví Adam Vojtěch záštitu, představilo Ministerstvo zdravotnictví konkrétní kroky směřující ke zkvalitňování péče o pacienty se vzácnými onemocněními. Do konce roku by měla vzniknout první centra pro

vzácná onemocnění a připraveno paragrafové znění novely zákona o veřejném zdravotním pojištění, která urychlí přístup pacientů k inovativním lékům. Duchennova svalová dystrofie patří k tzv. vzácným onemocněním, která radikálně zasahují do životů a osudů pacientů a jejich rodin.

Ministr zdravotnictví Adam Vojtěch prosazuje maximální otevřenost ministerstva směrem k pacientům. „**Pacienti, reprezentováni Pacientskou radou, jsou dnes členy celé řady pracovních skupin na ministerstvu a aktivně se podílejí na přípravě zdravotnické legislativy. Jsou pro nás rovnocennými partnery. S pacientskými organizacemi jednáme i jednotlivě a například prostřednictvím kulatých stolů hledáme řešení na problémy v jejich oblasti,**“ uvedl ministr zdravotnictví Adam Vojtěch. Jednou z těchto organizací je nezisková organizace Parent Project, jejímž cílem je podporovat výzkum svalových dystrofií DMD/BMD, usilovat o zlepšování základní péče a zvyšování kvality života pacientů. Pro pacienty s Duchennovou svalovou dystrofií je, stejně jako pro další vzácná onemocnění, důležitý především vznik center specializované péče, zjednodušení a hlavně zrychlení přístupu k nejnovějším léčebným přípravkům. Oboje ministerstvo aktivně řeší.

Kromě toho, že monitoruje situaci v zavádění nových léků na dystrofii v zahraničí a možnosti jejich transferu na český trh, připravuje především nová pravidla pro stanovování cen a úhrad léků. „**Chceme ve správním řízení urychlit posuzování nových léků ze strany SÚKL zejména u vstupu inovativních léčiv do systému tak, aby inovace vstupovaly do systému rychleji, ale zároveň to bylo z pohledu veřejného zdravotního pojištění udržitelné. Kromě toho také vytváříme nový systém proplácení léků na vzácná onemocnění a revidujeme fungování paragrafu 16,**“ uvedl ministr zdravotnictví Adam Vojtěch. Tématem se zabývá speciálně vytvořená pracovní skupina, jejímiž členy jsou i zástupci pacientských organizací, včetně Parent Project. Skupina nyní pracuje na identifikaci základních problémů, které je potřeba rychle napravit. Do konce roku by pak mělo být připraveno paragrafové znění novely zákona o veřejném zdravotním pojištění.

„**Chceme, aby příští rok návrh prošel legislativním procesem a v roce 2020 začaly tyto změny platit. V pracovní skupině, jejíž součástí je široké spektrum zainteresovaných stran včetně zástupců pacientských organizací, ale budeme pokračovat i v průběhu příštího roku a dlouhodobým cílem je v druhé vlně připravit kompletní revizi systému stanovování cen a úhrad léků,**“ doplnil ministr.

Komplexní a specializovanou péči, kterou pacienti se vzácným onemocněním potřebují, je možné efektivně poskytovat jen ve specializovaných centrech. Lékaři v běžných ambulancích totiž nemají se vzácnými nemocemi dostatek zkušeností. Ministerstvo zdravotnictví první centra, kde se nemocným dostane včasné diagnózy a potřebné odborné péče, zřídí do konce tohoto roku. „**Přínos specializovaných center bude především v soustředění pacientů s jednotlivými skupinami vzácných onemocnění do jednoho místa. Pacientům se zde bude věnovat odborník, který disponuje dalším personálním i technickým vybavením,**“ uvedl ministr. „**Tato centra budou vycházet z akreditace, která proběhla na evropské úrovni. Ministerstvo zdravotnictví v tuto chvíli jedná se zdravotními pojišťovnami o vytvoření smluvního vztahu, kdy těmto centrům bude proplácena poskytovaná péče za osoby, které trpí některým ze vzácných onemocnění,**“ vysvětlil náměstek pro zdravotní péči Roman Prymula. Již dnes je péče o pacienty se vzácnými onemocněními koncentrována do osmi zdravotnických zařízení, která jsou od března 2017 zapojena do



Evropských referenčních sítí (ERN), jež usnadňují získávání zkušeností ze zahraničí. „**Lékaři tak mohou například zadávat jednotlivé případy do systému a svolat mezinárodní tým ke konzultaci. Na počet obyvatel máme nadstandardní počet poskytovatelů zapojených do ERN,**“ dodal Roman Prymula.

Duchennova svalová dystrofie (DMD) patří k vzácným onemocněním, která v současné době neumíme vyléčit. Chlapcům, kteří se s touto vzácnou genetickou poruchou narodí, postupně ubývá síla ve svalích. V nohách, v rukách, v plicích i v srdci. Čím jsou starší, tím hůř chodí, tím hůř se jim dýchá. Začínají potřebovat oporu v chůzi, vozík, podporu dýchání a ani pak se nemoc nezastaví. „**Dnešní medicína dokáže nabídnout pokročilé metody léčby a rehabilitace, díky kterým se nemoc daří brzdit i o desítky let. Jde však o velmi náročnou a kvalifikovanou péči, která vyžaduje značnou specializaci lékařů. Toto neurodegenerativní onemocnění postihuje různé orgány, potřebujeme tak multidisciplinární tým lékařů, kteří tuto vzácnou diagnózu dobře znají,**“ vysvětlila hlavní expertka na Duchennovu svalovou dystrofii z Kliniky dětské neurologie 2. LF UK a FN Motol MUDr. Jana Haberlová, Ph.D.

Pacientská organizace Parent Project ve spolupráci s odborníky přeložila nové celosvětové Standardy péče a společně se snaží je zavádět do praxe. „**Důsledným dodržováním Standardů péče, které byly vydány začátkem roku 2018, lze neúprosný postup nemoci zpomalit, nemocným zajistit mnohem vyšší kvalitu života a výrazně snížit i potřeby hospitalizace v průběhu rozvoje nemoci,**“ říká předsedkyně Parent Project, z.s., Ing. Jitka Reineltová a dodává: „**Chceme, aby kvalitní péče byla zajištěna všem pacientům s DMD. Proto je zcela bezpodmínečně nutná centralizace péče, ideálně do dvou, maximálně tří center v České republice.**“

V neposlední řadě má Ministerstvo zdravotnictví zájem podpořit pilotní projekt Neuromuskulárního centra Kliniky dětské neurologie ve FN Motol s cílem zjištění modelové nákladovosti, efektivity a kapacity centra. Tento model by mohl být podkladem pro správné nastavení úhrad budoucích center pro vzácná onemocnění.

Duchennova svalová dystrofie (Svalová dystrofie Duchenne, DMD) je vzácné, progresivní, dosud neléčitelné onemocnění, které postihuje 1 z 5 000 novorozenců chlapců. První příznaky se začínají projevovat kolem druhého až třetího roku, kdy chlapci hůře vstávají ze země a celkově nestačí svým vrstevníkům. Nemoc postupně ochabuje kosterní svalstvo končetin a trupu a následně mezi osmým až třináctým rokem zcela ztrácí schopnost chůze. V raném dospívání mezi třináctým a devatenáctým rokem bývají zasaženy i dýchací a srdeční svaly.

Parent Project, z.s. (Projekt rodičů) je nezisková organizace založená rodiči, jejichž děti se narodily se svalovou (muskulární) dystrofií Duchenne/Becker. Organizace byla založena v roce 1994 v USA a v ČR působí oficiálně od roku 2001. Posláním organizace Parent Project je podporovat výzkum svalových (muskulárních) dystrofií DMD/BMD, usilovat o zlepšování základní péče a zvyšování kvality života pacientů, podporovat integraci.

Zdroj: MZ ČR, 7. 9. 2018

Vláda chce zpřísnit podmínky pro pojištění cizinců, neziskovky jsou proti

Ve Španělsku vláda socialistů nedávno prosadila, aby osoby bez povolení k pobytu, což se týká i migrantů, měly přístup k veřejnému zdravotnímu pojištění. Česko naopak podmínky pro pojištění

cizinců zpřísňuje. A to přes nátlak neziskových organizací, které se snaží prosadit pro cizince veřejné zdravotní pojištění, které je levnější, protože je hradí občané Česka po desítky let svého života.

Podle návrhu zákona, který je v tuto chvíli v připomínkovém řízení, by mohli cizinci ze zemí mimo Evropskou unii v České republice nadále uzavírat pouze komerční pojištění, a to za přesně stanovených podmínek. Nyní platí cizinci komerční připojištění zhruba 15 tisíc korun ročně (v ceně je zdravotní péče a zubní ošetření), zákon počítá s částkou kolem 20 tisíc.

Dluží miliony, zaplatí je fond

Na návrhu se dohodly resorty zdravotnictví, financí a vnitra. Nově by měl zákon obsahovat například garanční fond, ze kterého by se hradily výjimečné případy. Cizinci dluží českým nemocnicím desítky milionů korun. Zákon o pojištění cizinců se snažila prosadit už vláda Bohuslava Sobotky, nakonec neprošel. Občané zemí EU mají v Česku nárok čerpat veřejné zdravotní pojištění, to i v případě, že zde pouze cestují. Cizinci mimo EU zde musejí mít trvalý pobyt nebo zaměstnání, případně zažádat o azyl, aby na veřejné zdravotní pojištění dosáhli. Jinak jim nezbyvá než si sjednat pojištění u soukromých pojišťoven, a právě toho by se nová norma měla týkat. Do této kategorie spadají například lidé, kteří v ČR žijí, ale o dlouhodobý pobyt teprve žádají. Jim mohou někteří zprostředkovatelé nabízet podezřelé pojistky, které pak neplní.

„Bude zachován dosavadní koncept, že zdravotní pojištění musejí mít sjednáno osoby, na které se nevztahuje právní úprava veřejného zdravotního pojištění ani nemají úhradu nákladů zdravotních služeb zajištěnou jiným způsobem. Primárně jde tedy o cizince ze zemí mimo Evropskou unii,“ řekl Právu Robert Kareš, předseda představenstva Pojišťovny VZP, a.s., a předseda pracovní skupiny pro cizince České asociace pojišťoven, která návrh připomínkovala.

Větší ochrana

Zákon by podle Kareše měl klientům zaručovat větší ochranu. „Bude se jednat o povinné smluvní pojištění, kde budou pojišťovny sdruženy v jakési kanceláři pojištění, a budou dokonce povinny přijmout závazky za krachující pojišťovnu,“ řekl Právu Kareš. Vladimír Příkryl z Legislativního odboru ministerstva financí Právu řekl, že norma by měla rovněž stanovit, kteří cizinci mají na pojištění nárok, a také sankce za neplnění. Návrh stanovuje limity pojistného plnění, a to ve výši tři milionů na jednu pojistnou událost, v případě stomatologické péče ve výši dvaceti tisíc korun. Jeho součástí by byl garanční fond, do kterého by soukromé pojišťovny přispívaly a který by hradil pojistné události nad zákonný limit až do výše šesti milionů.

„Hlavní filosofie je taková, aby na zdravotní péči dosáhlo co nejvíce lidí, ale aby to nebylo hrazeno z veřejného zdravotního pojištění. Musí být garance, že pokud si pojištění platí, tak péči dostanou,“ řekl Právu ministr zdravotnictví Adam Vojtěch (ANO).

Fiktivní zaměstnání

V ČR už před časem probíhala debata, zda by cizinci mimo EU, kteří zde nemají trvalý pobyt, neměli být zařazeni do systému veřejného zdravotního pojištění. To ministr Vojtěch odmítl. „Veřejné zdravotní pojištění je založeno na dlouhodobém přispívání lidí od narození, kteří pak někdy, když jsou nemocní, čerpají nějakou péči. To musíme odmitnout,“ řekl ministr zdravotnictví. Nový zákon by podle něj měl mimo jiné zabránit tzv. zdravotní turistice.

„Cizinci sem někdy přijedou, mají třeba závažná onemocnění, a nechají se tu fiktivně zaměstnat, aby byli pojištěnci. Nemůžeme si dovolit, aby ČR fungovala jako destinace pro zdravotní turistiku,“ dodal Vojtěch.



Za zařazení všech cizinců do veřejného pojištění bojují některé neziskové organizace. „Cizinci, kteří zde nemají trvalý pobyt, mají možnost být pojištěni jediné skrze komerční pojištění, což přináší řadu komplikací. Nepokrývá spoustu léčebných výloh, lidé pak mají problém dostat péči, kterou potřebují,“ řekl Právu Lukáš Wimmer, ředitel Centra pro integraci cizinců.

„Navíc 70–80 procent peněz, které tak cizinci odvedou na pojištění, jde majitelům pojišťoven. Kdyby se podařilo rozšířit skupiny cizinců, které by měly nárok na veřejné zdravotní pojištění, profitoval by z toho celý systém zdravotní péče,“ dodal Wimmer.

Zdroj: novinky.cz, 16. 9. 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.

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. Ordinance je v pronájmu obce, která chce zajistit zdravotní péči pro své občany. Nabízí velmi výhodné podmínky. Bezproblémová klientela. Ordinance 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

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.).

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.

539 9-18

Přenechám ordinaci PLDD v **Praze 13**. Pro mimopražské zájemce nabízím možnost pronájmu bytu v Praze. Tel. 606 422 046.

540 9-18

Prodám digitální kojeneckou **váhu Tanita** za 600 Kč. **Prodám nábytek z ordinace** (15 let používaný). 2 pracovní stoly, pojízdné, šuplíky, 1 skříň na léky, 1 skříň na tiskopisy, Instrumentační stolek, přebalovací stůl s úložným prostorem, lehátko s úložným prostorem. I jednotlivě. Kontakt 603 173 534.

541 9-18

PŘIJMEME DĚTSKOU LÉKAŘKU/DĚTSKÉHO LÉKAŘE na plný nebo částečný úvazek v moderně vybavené dětské ordinaci v **Rýmařově**, a to **IHNED!** Cizinci pomůžeme s vyřízením pracovních formalit! Ubytování ke dni nástupu, samozřejmostí jsou všemožné zaměstnanecké benefity (stravenky, penzijní připojištění, životní pojištění aj.). Ideální klidné místo a příjemný kolektiv. Informace na ryznarr@rodior.cz nebo telefonu 739 807 747.

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

ADACEL®

vakcína proti difterii, tetanu a pertusi



- **vakcína proti difterii, tetanu a pertusi (acelulární, 5komponentní), se sníženým obsahem antigenů**
- **injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce se dvěma jehlami**
- **podává se v dávce 0,5 ml dětem od 4 let a dospívajícím**
- **jako posilující dávka (booster) po základním očkování¹**
- **příznivý bezpečnostní profil**
- **účinnost prověřená ve studiích²**

Reference:

1. SPC přípravku Adacel injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce, datum revize textu 31. 10. 2017. 2. Adacel Product Monograph [online] [cit. 03-01-2018]: http://www.vaccinehoppecanada.com/document.cfm?file=adacel_e.pdf

ZKRÁCENÉ INFORMACE O LÉČIVÉM PŘÍPRAVKU

ADACEL injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Vakcína proti difterii, tetanu a pertusi (acelulární), adorbovaná se sníženým obsahem antigenů. **Léčivá látka:** Jedna dávka (0,5 ml) obsahuje: Diphtheriae anatoxinum: minimálně 2 IU (2 LF); Tetani anatoxinum: minimálně 20 IU (5 LF); Pertusové antigeny: Pertussis anatoxinum 2,5 mikrogramů; Haemagglutinin filamentosus 3 mikrogramů; Pertactinum 3 mikrogramy; Fimbriae, typ 2 et 3 – 3 mikrogramů. Adorbováno na fosforečnan hlinitý 1,5 mg (0,33 mg hlinitku). Vakcína může obsahovat stopy formaldehydu a glutaraldehydu, použité během výrobního procesu. **Terapeutické indikace:** Vakcína ADACEL je indikována k aktivní imunizaci proti tetanu, difterii a pertusi u osob od 4 let věku jako posilovací dávka (booster) po základním očkování v souladu s oficiálními doporučeními. **Dávkování a způsob podání:** Jedna dávka 0,5 ml je doporučena pro všechny indikované věkové skupiny. Osoby s nekompletním/chybějícím základním očkováním difterickými nebo tetanovými toxoidem nemají být vakcínou ADACEL očkovány. Lze použít u osob s nekompletní nebo chybějící vakcínou proti pertusi, odpověď však bude vyvolána pouze u osob, které podstoupily základní očkování nebo prodělaly přirozenou infekci. Vakcína ADACEL se má podávat intramuskulárně, přednostně do deltového svalu (ve výjimečných případech lze zvolit subkutánní podání). **Kontraindikace:** ADACEL se nesmí podávat osobám se známou hypersenzitivitou na vakcínu proti difterii, tetanu nebo pertusi, na další složky této vakcíny nebo na nežádoucí látky pocházející z výrobního procesu. Nepodávat osobám, u nichž se vykytla encefalopatie neznámého původu do 7 dnů po imunizaci vakcínou s pertusovou složkou. Očkování se má odložit u osob s akutním závažným horečnatým onemocněním, mírné infekční onemocnění není kontraindikací. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** ADACEL se nesmí používat k základnímu očkování. Vakcínou má předcházet anamnéza pacienta (sametěná na předchozí očkování a možné NÚ). Podání pečlivě zvážit u osob, u nichž se v minulosti vykytla závažná nebo těžká reakce do 48 hodin po předchozí injekci vakcíny obsahující podobné komponenty. Pro případ vzniku anafylaktické reakce musí být okamžitě dostupná odpovídající lékařská péče a dohled. Důležité je po podání vakcíny obsahující tetanový toxoid se vzniku syndromu Guillain-Barré nebo brachiální neuritidy, o dalším podání vakcíny s obsahem tetanového toxoidu rozhodnout po posouzení přínosu a rizik. ADACEL se nemá podávat osobám s progresivní neurologickou poruchou, epilepsií nedostatečně kontrolovanou léčbou nebo progresivní encefalopatií, není-li stanoven léčebný režim a dosaženo stabilizace onemocnění. Imunogenita vakcíny může být snížena imunosupresivní léčbou nebo imunodeficiencí. Nepodávat intravaskulárně nebo intradermálně. Se zvýšenou opatrností podávat u pacientů na antikoagulační terapii a postižených poruchami krevní srážlivosti (riziko krvácení). V této situaci zvážit podání hlubokou subkutánní injekcí. Očkování vakcínou ADACEL nemusí chránit 100 % vnímavých osob. **Interakce:** Vakcína ADACEL může být podána současně s: inaktivovanou vakcínou proti chřipce, vakcínou proti hepatitidě B, inaktivovanou nebo perorální vakcínou proti poliomyelitidě a rekombinantní vakcínou proti lidskému papilomaviru, současně podání musí být provedeno do kontralaterálních končetin. Nebyly provedeny studie hodnotící interakce s jinými vakcínami, biologickými přípravky nebo léčivými přípravky. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Údaje o podávání těhotným ženám jsou omezené a nenaměřují žádné nežádoucí účinky vakcíny ADACEL na těhotenství nebo na zdraví plodu/narozeného dítěte. Vakcína má být podána těhotným ženám pouze v nezbytných případech na základě posouzení přínosu a rizik. Vliv vakcíny ADACEL na kojení dětí po podání vakcíny jejich matkám nebyl studován, před rozhodnutím o očkování kojící matky pečlivě zvážit rizika a přínos vakcinace. **Nežádoucí účinky:** Anorexie (snížená chuť k jídlu), bolest hlavy, průjem, nauzea, únavnost, zimnice, generalizovaná bolest nebo svalová slabost, artralgie nebo otok kloubů, bolesti/erytém/otok v místě injekce, zvracení, vyrážka, pyrexie, zimnice, axilární adenopatie. **Uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C) v krabičce, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Chraňte před mrazem.** Pokud vakcína zmrzla, zlikvidujte ji. **Druh obalu a obsah balení:** 0,5 ml injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce (sklo) s pístovou zátkou (brombutylový elastomer), bez jehly, s tip-cap uzávěrem (prytová směs) – balení po 1 nebo 10; 0,5 ml injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce (báň) s pístovou zátkou (brombutylový elastomer), s tip-cap uzávěrem (prytová směs) – 1 nebo 2 samostatnými jehlami – balení po 1 nebo 10. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Sanofi Pasteur, 14 Espace Henry Valère, 69007 Lyon, Francie. **Registrační číslo:** Sfr/253/16-C. **Datum poslední revize textu:** 31. 10. 2017.

Všechny údaje k přípravku vztahující se k lékařskému předpisu. Před použitím si, prosím, pečlivě přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravek je určen k předčíslování osob od 4 let věku. Hrazen z veřejného zdravotního pojištění.

Sanofi Pasteur, odd. vakcín sanofi-aventis, s.r.o.,
Evropská 846/176a, 160 00 Praha 6, tel.: 233 086 111, fax: 233 086 222, www.sanofi-pasteur.cz

Více než 100 let vývoje vakcín

SANOFI PASTEUR 

LEVOPRONT®

kapky, sirup, tablety | levodropropizin



Rychlá úleva **od suchého kašle**^{1,2}

- periferní antitusikum^{1,2}
- méně sedace než centrální antitusika^{1,3}
- neovlivňuje respirační funkce a zachovává mukociliární clearance^{1,4}
- **dávkování:** kapky, sirup pro děti od 2 let a dospělé, tablety pro děti od 12 let a dospělé¹



Literatura: 1. Aktuální SPC přípravku Levopront. 2. Dipinogitis PV et al.: Antitussive drugs - past, present, and future. *Pharmacological Reviews* 2014;66:468-512. 3. Catena E., Daifongchio L.: Efficacy and tolerability of levodropropizine in adult patients with non-productive cough. Comparison with dextromethorfan. *Pulmonary Pharmacology & Therapeutics* 1997;10:89-96. 4. Bosel R. et al.: Antitussive Activity and Respiratory System Effects of Levodropropizine in Man. *Arzneimittel-Forschung/Drug Research* 1988;38-2:1152-1162.

Levopront kapky, sirup, tablety: S: Levodropropizinum 60 mg v 1 ml roztoku, 10 ml sirupu, 1 tableta. **IS:** Antitusikum **CH:** Levodropropizin je syntetické periferní antitusikum nekoordinovaného typu s účinkem antialergickým a antibronchospastickým. Nepotlačuje respirační funkce ani mukociliární clearance. **I:** Bronchopulmonální afektie doprovázené dráždivým suchým kašlem. **KI:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku. Nemocní s bronchiální hypersékcí nebo sníženou mukociliární funkcí. Výrazné snížení funkce jater. **ZD:** Používat pouze po důkladném zvážení rizika u pacientů s těžkou insuficiencí ledvin. Sirup obsahuje sacharózu, kapky alkohol, tablety laktózu. **NÚ:** Velmi vzácně alergické reakce, točení hlavy, somnolence, palpitace, nauzea, malátnost. **IT:** Používat s opatrností při podávání benzodiazepinů. **TL:** Přípravky jsou v době těhotenství a kojení kontraindikovány. **D:** Kapky, Sirup: Dospělí a děti od 12 let 1 ml (20 kapek) roztoku nebo 10 ml sirupu až 3x denně. Děti 2-12 let 1 mg levodropropizinu/kg až 3x denně. Tablety: Dospělí a dospívající starší 12 let: jedna tableta až 3x denně s intervalem mezi dávkami alespoň 6 hodin. **B:** Kapky 15ml, sirup 120 ml, tablety 10 x 60 mg. Držitel registračního rozhodnutí: Dompé Farmaceutici S.p.A., Itálie. **Datum poslední revize textu SPC:** Kapky, Sirup: 26. 2. 2015 Tablety: 20. 12. 2017. Přípravky nejsou vázány na lékařský předpis a nejsou hrazeny zdravotními pojišťovnami. Seznamte se prosím se Souhrnem údajů o přípravku (SPC).