

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX

PEDIATRIAE

prosinec 2018
číslo 10 • ročník 18



téma čísla

Zápach jako příznak



- Usnesení Celostátní konference
- Akce SPLDD v roce 2018
- Zápach jako příznak – diferenciální diagnostika
- Foetor
- Hyperhidróza u dětí, možnosti léčby
- Kaz a zánět – nejčastější problémy dětského chrupu
- Fluoridové přípravky a prevence zubního kazu
- Vliv kojenecké minipuberty
- Karcinom choroidálního plexu u 13měsíčního batolete
- Metodický postup k vykazování očkování



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

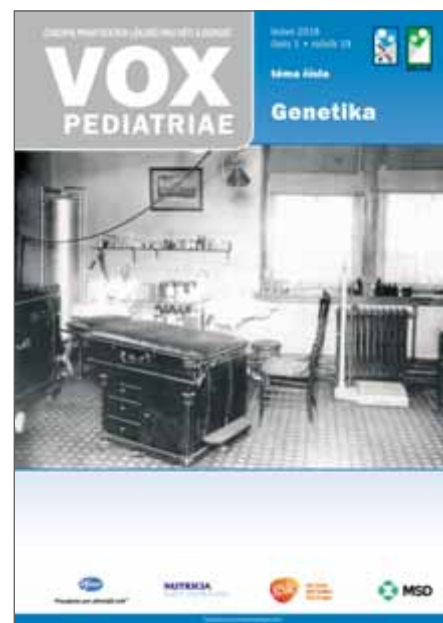
Literatura: 1. Kopriva, F.: Sledování ATB léčby dětských pacientů s recidivujícími respiračními infekcemi v letech 2013–2015 a Erdosteínem, aneb co nám říká „ERICA“, Vox Pediatr 2017;1.

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. amoxycilinu, 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	7
	Usnesení Celostátní konference SPLDD ČR	11
	Akce SPLDD v roce 2018	12
	Vyhovuje vaše pojistná smlouva na pojištění odpovědnosti provozovatele zdravotnického zařízení aktuálním podmínkám?	16
	Informace OSPDL ČLS JEP	17
	MUDr. Klára Vitoušová	18
	Zápach jako příznak – diferenciální diagnostika	18
	MUDr. Jiří Liška, CSc.	20
	Foetor	20
	MUDr. Andrea Kubátová	22
	Hyperhidróza u dětí, možnosti léčby	22
	Bc. Lenka Kratochvílová	24
	Kaz a zánět – nejčastější problémy dětského chrupu. Jak může pomoci dentální hygiena?	24
	MUDr. Erika Lenčová, Ph.D.	27
	Fluoridové přípravky a prevence zubního kazu v pediatrické populaci v 21. století	27
	MUDr. Vojtěch Fiala	29
	Vliv kojenecké minipuberty na vývoj nesestouplého varlete	29
	MUDr. Barbora Vandělíková	31
	Karcinom choroidálního plexu u 13měsíčního batolete	31
	Ze světa odborné literatury	34
	Aktuality	35
	Řádková inzerce	37
	Silvestrovský test	38
	Metodický postup k vykazování očkování od 1. 10. 2018	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

ANGELINI
NESTLÉ
NUTRICIA
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 inzerenty
veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

Jazykové korektury: Bohumila Weilová
Grafické zpracování: Michal Semerák

Úřední hodiny SPLDD ČR

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

Sekretariát:
U Hranic 16, 100 00 Praha 10

telefon: 267 184 065
fax: 267 184 050

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

Obrázek na titulní straně namalovala Ivana Šebková, 2. 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 inzerce a vložených tiskovin.



Vážené dámy, vážení pánové, milí pediatri,

vzpomínám čím dál častěji na svá dětská léta, kdy jsem si jako kluk hrál s kamarády, vzpomínám na bezstarostné prázdniny u babičky, na koupání v rybníku a všechny krásné chvíle u nás v jižních Čechách.

Ovšem ne každá vzpomínka na dětství je šťastná. Přišly i chvíle bolesti a dětských nemocí.

V dětském světě je spousta radostí a také několik zásadních jistot. Oporou dítěte jsou vždy jeho rodiče. Pak babička s dědou, sourozenci, domov, ve kterém žije. Rodinné zázemí. A pak je tu ještě někdo, ke komu dítě s nadějí vzhlíží pokaždé, když je mu zle. Oporou a jednou z mála jistot na tomto světě se záhy po narození pro každého z nás stává dětský lékař.

Asi každý si na toho svého lékaře vzpomene. Důstojný pán či paní v bílém plášti, s nezbytnou kabelou a stetoskopem. Doktor či doktorka připraveni pomoci malým pacientům, kdykoliv potřebují. Zvláště v menších městech a obcích jsou lékaři, kteří – nejen díky svému vzdělání, ale především zásluhou vysoké dávky lidskosti a empatie – jsou významnou autoritou.

O to víc mě mrzí, že tradiční obraz lékaře, a bohužel nejen toho dětského, se z našeho venkova a z menších obcí čím dál více vytrácí. Praktických lékařů, a zejména pediatriů, je u nás bohužel čím dál méně a jejich průměrný věk se zvyšuje. V České republice je v současné době věkový průměr u pediatriů nejvyšší ze všech lékařských specializací, přesáhl už dokonce 59 let. Navíc nám hrozí, že v průběhu několika následujících let nedojde k omlazení této specializace. Staří, zkušené a oblíbené lékaře prostě odejdou na zasloužený odpočinek a v jejich ordinacích a obvodech je nebude mít kdo nahradit. Hrozí, že naše děti a jejich rodiče přijdou o svého lékaře, o svoji jistotu. Je mým cílem a úkolem tento nepříznivý vývoj zastavit. Udělám vše, co bude v mých silách, abych vytvořil pro praktické lékaře a pediatriy takové podmínky, aby jejich důležité povolání i poslání bylo natolik atraktivní, že sami aktivně budou přicházet za svými pacienty i do těch zdánlivě nejdleších míst.

Protože personální krize se dotýká celého zdravotnictví, nikoliv pouze pediatriů, založil jsem na ministerstvu pracovní skupinu pro personální stabilizaci. Na této platformě hledáme systémová i krátkodobá řešení. Protože demografický vývoj je neúprosný a do budoucna hrozí, že budeme mít nedostatek mladých lékařů, kteří by nahradili ty odcházející do důchodu, připravili jsme společně s resortem školství jedenáctiletý akční plán na navýšení počtu mediků a pedagogů na lékařských fakultách. Jedná se o první skutečně systémový krok v řešení prohlubujícího se nedostatku lékařů v českém zdravotním systému, který měl být učiněn již dávno. V letech 2019–2029 tak LF dostanou více než 7 mld. korun, což jim umožní zvýšit kapacitu o 15 % a zvýšit platy pedagogů. Dále pracujeme na nové koncepci primární péče, která posílí roli praktických lékařů v systému, zejména rozšířením jejich kompetencí. Jsem přesvědčen, že tento krok přispěje ke zvýšení atraktivity tohoto oboru ze strany absolventů lékařských fakult.

Uvědomujeme si, že regiony čelí odlivu mladých lékařů do větších měst. Návrat lékařů po studiích zpátky do regionů přináší nová vyhláška o postgraduálním vzdělávání lékařů, která umožňuje, aby lékaři mohli být co nejvíce vzděláváni v regionálních nemocnicích. Studenti tak po absolvování lékařských fakult mohou nově vykonávat praxi v okresních nemocnicích, což napomůže tomu, aby v menších městech zůstávali. Připravujeme i nový systém rezidenčních míst, který má za cíl finančně podpořit začínající lékaře ve specifikovaných oblastech. Dotace na rezidenční místa by měly být odstupňovány tak, aby byly zvýhodněny oblasti s nedostatkem lékařů v dané specializaci. Máme také dotační program, jehož cílem je pomoci vzniku nových praxí praktických lékařů v odlehlých oblastech v méně atraktivních oblastech. Každoročně takto vyčleňujeme částku 5 milionů korun. Také jsme letos navýšili podporu lékařů v místech, kde je občané nejvíce potřebují, přímo v úhradové vyhlášce. Ta nově umožňuje zvýšení celkových úhrad za výkony praktických lékařů v oblastech s omezenou dostupností zdravotních služeb o 30 procent. A v neposlední řadě jsme iniciovali vznik pracovní skupiny pro stabilizaci a rozvoj krajského zdravotnictví, členy jsou zástupci zdravotních pojišťoven, Asociace krajů a ministerstva. Jejím cílem je zmapovat situaci regionálního zdravotnictví podle jednotlivých krajů, identifikovat jejich potřeby a definovat problematické oblasti, na které je potřeba se zaměřit.

Rozhodně to není vše, ve snaze řešit současnou neutěšenou personální situaci ve zdravotnictví budeme nadále s plnou vervou pokračovat.

Závěrem mi dovoluji, abych všem pediatriům ze srdce upřímně poděkoval za vše, co pro české občany a naše zdravotnictví dělají. Děkuji vám za všechny ty rozzářené tváře dětí, které jste uzdravili, a za jejich šťastné rodiče. Ať se vám vaše bohubilá práce daří, ať vám i nadále přináší radost, uspokojení a samozřejmě i užitek.

Váš Adam Vojtěch



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

Po dlouhém období tepla a sluníčka nastoupila zima. Krásné podzimní dny plné barev vystřídalo chladné, mlhavé a sychravé počasí. Respirační infekce postihují stále více dětí a plní naše ordinace. Na proběhlých říjnových seminářích „Komunikace v ordinacích PLDD“ jsme měli možnost si zopakovat nejen jejich přehled, ale i racionální terapii respiračních infekcí včetně racionální ATB léčby.

Počátkem listopadu jsme ve spolupráci s RNDr. Šídlm a Mgr. Sykáčkovou (katedra demografie a geodemografie Přírodovědecké fakulty UK) **dokončili analytickou zprávu z dotazníkového šetření mezi PLDD v roce 2018.** Hlavní výstupy jsem předala panu ministrovi a společně s RNDr. Šídlm jsme připravili jejich přehled na celostátní konferenci SPLDD. **Výstupy dotazníkového šetření mezi PLDD zveřejníme v některém z příštích čísel časopisu VOX. Chtěla bych poděkovat všem 1 084 respondentům za jejich čas, který věnovali vyplnění dotazníku.**

10. 11. 2018 se konala v Průhonicích v Kongresovém centru Floret XXVII. celostátní konference SPLDD ČR. Pozvání přijal již podruhé ministr zdravotnictví Adam Vojtěch. V odpolední panelové diskusi jsme ho mohli přivítat a besedovat s ním a jeho náměstkem prof. Prymulou více než dvě hodiny. Diskuse se týkala zejména připravované reformy primární péče, kompetencí PLDD, znovuzavedení oboru PLDD, administrativní zátěže, uvolnění preskripce léků atd. Tradičně se konference zúčastnili zástupci zdravotních pojišťoven a SPL ČR. Kromě obvyklých příspěvků zazněla na konferenci v dopoledních hodinách prezentace RNDr. Šídlu, ve které přednesl hlavní výstupy z dotazníkového šetření mezi PLDD v květnu až červenci 2018. Výstupy jsou alar-

mující a velmi zajímavé, budou použity pro další jednání se státní správou, krajskými samosprávami a zdravotními pojišťovnami, neboť je nejvyšší čas systémově a koncepčně řešit problém se zajištěním primární péče o děti v ČR. Z odpolední diskuse vyplynulo, že pan ministr je seznámen s problémy PLDD a reformu primární péče podporuje, stejně jako zajištění nových PLDD navrácením oboru praktické lékařství pro děti a dorost.

V uplynulém měsíci pokračovala jednání kolem tzv. protipadělkové směrnice a hrozících dopadů její implementace do zákona o léčivech v ČR. Zúčastnili jsme se dvou jednání zdravotního výboru ve Sněmovně a usilujeme o takové znění, které zachová stávající praxi zajištění očkovacích látek a nebude PLDD komplikovat očkování dětí.

20. 10. 2018 se opakoval pro velký zájem seminář „Sestra v ordinaci PLDD“ v Brně.

26. 10. 2018 se na svém plánovaném jednání sešlo předsednictvo SPLDD. Byla projednána aktuální problematika, příprava celostátní konference a bylo diskutováno hospodaření Sdružení a rozpočet SPLDD pro rok 2019.

31. 10. 2018 jsme se na půdě VZP sešli k projednání návrhu úhradového dodatku pro rok 2019.

1. 11. 2018 se uskutečnilo jednání s ministrem zdravotnictví a náměstkem prof. Pry-

mulou. Na jednání byli seznámeni s výstupy dotazníkového šetření mezi PLDD. Alarmující je zejména předpokládaný odchod 33 % současných PLDD ze systému v horizontu 5 let. Přičemž tento předpokládaný odchod se týká všech krajů v ČR. Jen třetina z nich má již zajištěno převzetí praxe. V mnoha regionech může ukončit svou praxi již v horizontu tří let až čtvrtina současných PLDD. Nejčastějším důvodem je věk, respektive odchod do důchodu. Jako druhý nejčastější důvod jsou uváděny současné legislativní podmínky ve zdravotnictví.

7. 11. 2018 se uskutečnilo společné jednání zástupců MZ ČR, ČPS ČLS JEP, OSPDL ČLS JEP a SPLDD, které se zabývalo dopady zrušeného oboru PLDD, současnou situací oboru pediatrie a znovuzavedením oboru PLDD.

10. 11. 2018 se sešli členové SPLDD na Celostátní konferenci Sdružení v Průhonicích. Kromě již zmíněného byla na konferenci představena nová podoba webových stránek, které by měly být spuštěny od nového roku. Konference odhlasovala navýšení členských příspěvků. Usnesení Celostátní konference a informace o placení členských příspěvků najdete na webových stránkách www.detskylekar.cz, v časopise VOX a VOX Info.

„Vždycky existuje cesta ven a cesta vzhůru a není třeba se bát.“

Lauren Oliver

Pf 2019

Přejeme Vám v roce 2019 šťastnou cestu k Vaším vrcholům.

Výkonný výbor a redakční rada



NOVÁ PATENTOVANÁ GENERACE MLÉK NUTRILON S PREBIOTIKY A POSTBIOTIKY



UNIKÁTNÍ KOMBINACE

PREBIOTIKA
scGOS/lcFOS (9:1)



POSTBIOTIKA

BEZPEČNOST A DOBRÁ TOLERANCE^{1,2}

SPRÁVNÝ RŮST A VÝVOJ³

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

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

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



Informace SPLDD

Zemřel prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.



Česká lékařská společnost JEP s hlubokým zármutkem oznamuje, že v úterý dne 27. 11. 2018 zemřel ve věku 88 let prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc., dlouholetý předseda ČLS JEP a významný internista, endokrinolog a osteolog.

Prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc., se narodil v Horažďovicích 30. 6. 1930. V roce 2001 byl jmenován čestným občanem tohoto města. Po studiu na Lékařské fakultě UK v Plzni pracoval v Endokrinologickém ústavu, kde se věnoval zejména endokrinologii vápníku, osteologii a metabolismu kyseliny močové. Později odešel do Nemocnice pod Petřínem, kde se stal přednostou interní kliniky a profesorem 2. LF UK. V posledních letech pracoval v Ústřední vojenské nemocnici ve Střešovicích.

Prof. Blahoš je autorem 380 odborných prací publikovaných v domácích i zahraničních časopisech a vydal 10 monografií. Absolvoval mnoho odborných zahraničních stáží a pobytů, přednášel na významných mezinárodních kongresech, stal se čestným a řádným členem mnohých renomovaných zahraničních odborných společností, vědeckých institucí a redakčních rad. Patřil mezi výjimečné osobnosti a všeobecně uznávané autority československé, české a světové medicíny. V letech 1990–2015 pracoval jako předseda a později čestný předseda České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně a zejména jemu vděčí tato instituce za své dlouhodobě vysoké renomé. Byl několik let prezidentem Světové lékařské společnosti (WMA).

Za významný přínos a zásluhy v oblasti rozvoje medicíny a lékařského vzdělávání byly prof. Blahošovi uděleny nespočetné pocty a ceny předních domácích a zahraničních organizací. Nejvíce si cenil vysokého státního vyznamenání Za zásluhy o český stát I. třídy, jmenování rytířem Řádu čestné legie od francouzského prezidenta Chiraca (v r. 2008 povýšen na důstojníka), Ceny J. E. Purkyně ČLS JEP a jmenování Rytířem lékařského stavu od ČLK.

Na přání rodiny proběhne poslední rozloučení jen v úzkém rodinném kruhu.

Čest jeho památce!
Česká lékařská společnost JEP



S hlubokým zármutkem přijímají dětští praktičtí lékaři, i já osobně, informaci o úmrtí pana profesora Blahoše. Ze své bývalé funkce předsedy se osobně zasadil o zařazení praktického dětského lékařství pro děti a dorost do velké rodiny odborných společností České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Vznikem Odborné společnosti praktického dětského lékařství ČLS JEP nám bylo umožněno zviditelnit a rozvíjet náš obor na široké odborné bázi, a zajistit tak specifika a kvalitní odbornou úroveň vzdělávání lékařů primární péče o děti a dorost. Čest jeho památce.

Za Výkonný výbor SPLDD ČR
MUDr. Milan Kudyn

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

si vás dovolují pozvat na odborné semináře v roce 2019. Semináře se konají vždy první čtvrtky 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.

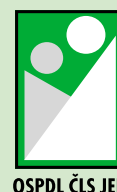
Odborný garant: MUDr. Alena Hanzlová, MUDr. Bohuslav Procházka

3. ledna 2019

Dětská venerologie

MUDr. Blanka Pinková

**Dětské kožní oddělení PeK,
venerologická ambulance, FN Brno**



OSPDL ČLS JEP



■ **Novela Metodiky vykazování očkování**

Dne 29. 10. 2018 vyšla novela Metodiky vykazování očkování se zpětnou platností od 1. 10. 2018. Metodiku naleznete ve středové příloze tohoto čísla, dále byla rozeslána ve VOX Info a je uvedena na www.detskylekar.cz.

PLDD se týká zejména vykazování očkování vakcínou Prevenar 13, marginální je pro PLDD změna u očkování vakcínou Engerix B 10 a Engerix B 20. Novela metodiky také uvádí aktualizované očkovací schéma vakcíny Bexsero v kojeneckém věku.

Novela tedy reflektuje zejména **rozhodnutí Státního ústavu pro kontrolu léčiv, kterým dochází od 1. 10. 2018 ke snížení koncové (maximální) ceny u vakcíny Prevenar 13 z 1 599,84 Kč na částku 1 513,94 Kč**, a tím i ke **snížení maximálního doplatku**. Úhrada z v.z.p. je snížena cca o 86 Kč a maximální výše doplatku hrazeného očkovanec nově činí 515,26 Kč. Výše doplatku by pro PLDD neměla být problémem, protože dosud byla reálná nákupní cena očkovací látky Prevenar 13 nižší než nově stanovená maximální cena. Jak jsme znovu uváděli na cyklu seminářů Komunikace v ordinaci PLDD 2018 v bloku o cenotvorbě, výše doplatku vychází ze vzorce: reálná nákupní cena – úhrada ENNV z v.z.p. = doplatek

Úhrada ZÚLP vakcíny Prevenar 13 z v.z.p. probíhá ve dvou režimech.

- 1. Prevenar 13 má pro kojence očkované dle Metodiky úhradu ve výši ENNV** = Synflorix = 998,68 Kč. Vykazujeme i nadále ZÚLP Prevenar 13 v základní úhradě. V tomto případě se tedy pro nás PLDD nic v úhradě z v.z.p. nemění, pojišťovna nám proplatí i nadále 998,68 Kč. Doplatek pacienta je rozdílem mezi reálnou nákupní cenou a úhradou z v.z.p., a nesmí tedy přesáhnout 515,26 Kč.
- 2. V případě očkování osob, u nichž je Prevenar 13 plně hrazen jako ENNV**, dochází ke snížení úhrady z v.z.p., a to z maximální částky 1 599,84 Kč na maximální částku 1 513,94 Kč. Plná úhrada očkovací látky Prevenar 13 je v případě očkování seniorů nad 65 let a v případě očkování rizikových skupin u dětí nad 5 let, kde již není možné použít Synflorix. Zdravotní pojišťovně by měla být účtována reálná nákupní cena Prevenaru 13, tedy neměla by přesáhnout 1 513,94 Kč. Valné většiny PLDD se tedy tato změna nedotkne, pokud nemají např. souběh

s odborností všeobecný praktický lékař nebo z nějakého důvodu nenačkují takovou osobu. V této situaci by vzhledem k opožděnému vydání Metodiky vykazování očkování mohlo v měsíci říjnu 2018 dojít k odmítnutí úhrady ZÚLP v původní výši, pokud nebyl lékařský software včas aktualizován na novou cenu Prevenaru 13.

(pozn.: ENNV = ekonomicky nejméně náročná varianta)

■ **Klinické doporučené postupy**

Koncem října 2018 řada médií mylně informovala o projektu klinických doporučených postupů jako o jakési „kuchařce pro pacienty“.

MZ tuto dezinformaci okomentovalo s tím, že doporučené postupy slouží zejména ke sjednocení postupů péče a primárně jsou určeny pro poskytovatele a pojišťovny.

Projekt klinických doporučených postupů (KDP) má za cíl vytvořit odborný základ pro tvorbu moderních diagnostických a léčebných postupů v ČR za účelem zvýšení dostupnosti, kvality a efektivity zdravotních služeb a je primárně mířen na odbornou veřejnost. Implementace KDP je běžnou součástí sjednocení a rozvoje medicíny ve všech vyspělých státech, kontrola dodržování KDP je následně základem systému hodnocení kvality. KDP je nástrojem pro snižování rozdílů v přístupu pacientů z různých skupin (geografických, demografických, konkrétních plátců zdravotní péče apod.) ke zdravotní péči. Ustanovení a dodržování KDP lze rovněž vnímat jako garanci jednotné úrovně a kvality poskytovaných zdravotních služeb.

Další součástí KDP je ve srozumitelné podobě vysvětlení celého diagnosticko-léčebného postupu pacientovi, nikoli tedy pouhé sdělení o tom, jak bude diagnostika a léčba probíhat, ale také proč právě daným zvoleným způsobem, což přispěje k lepší spolupráci pacienta a lékaře.

Klinické doporučené postupy tak nejsou návodem či „kuchařkou“ pro pacienty, aby mohli vstupovat do kontroly léčebných postupů lékařů, jak v posledních dnech mylně informovala řada médií.

Co jsou klinické doporučené postupy?

Klinické doporučené postupy jsou systematicky vytvářena stanoviska, pomáhající lékařům a pacientům ve specifických kli-

nických případech rozhodovat o přiměřené zdravotní péči

Jaký problém projekt řeší?

Klinické doporučené postupy představují velmi důležitý nástroj moderní zdravotní politiky. Správně vytvořené KDP si lze představit jako závazný metodický postup, dle kterého zdravotníci profesionálně postupují při řešení konkrétního zdravotního problému v procesu diagnostiky a léčby a který garantuje použití efektivních diagnosticko-léčebných prostředků na současné úrovni, a to jak z hlediska medicínských a dalších zdravotních věd, tak i z hlediska efektivního využívání veřejných zdrojů. KDP prokazatelně přispívá ke zkvalitnění poskytovaných služeb a zvyšuje efektivitu a dostupnost poskytovaných zdravotních služeb pacientům. Je nástrojem pro snižování rozdílů v přístupu pacientů z různých skupin (geografických, demografických, konkrétních plátců zdravotní péče apod.) ke zdravotní péči. Ustanovení a dodržování KDP lze rovněž vnímat jako garanci jednotné úrovně a kvality poskytovaných zdravotních služeb. KDP zároveň představují standardizovanou algoritmizaci diagnosticko-terapeutických postupů, které budou využívány při pregraduální i postgraduální výuce zdravotnických profesionálů, zejména v rámci specializačního vzdělávání.

Aktuálně v ČR neprobíhají žádné centrálně koordinované aktivity, které by umožnily jednotnou a plošnou koordinaci procesu přípravy KDP, ani procesy usměrňující poskytované zdravotní služby dle klinických doporučených postupů založených na důkazech a formulovaných dle jednotné závazné metodiky. Rozhodování o případném zavádění nebo úpravách existujících KDP představuje komplexní problematiku, vyžadující transparentní procedurální postupy na vysoké úrovni podle jasných kritérií. Zároveň je potřebná infrastruktura zahrnující erudované odborníky (epidemiologie, biostatistika, veřejné zdravotnictví, výzkum zdravotních služeb v souladu s platnou legislativou) a datové zdroje (zdravotnický informační systém).

Jaké jsou příčiny problému?

V ČR jsou k dispozici diagnosticko-terapeutické postupy, které jsou nesourodé a jsou vydávány zejména odbornými společnostmi ve velmi variabilní podobě. Výsledkem je nestejná/nesrovnatelná dostupnost a kvalitní zdravotní péče v ČR, omezená revizní



a kontrolní činnost a absence hodnocení indikátorů kvality a efektivity. V současnosti chybí orgán, který by na základě jasně stanovených závazných kritérií vydával doporučení a koordinoval tvorbu a aktualizaci KDP. Důsledkem jsou rozdíly v jednotlivých uplatňovaných diagnosticko-terapeutických postupech jak v rámci jednoho oboru, tak zejména v rámci multioborové zdravotní péče. Absence KDP se týká i dalších zdravotnických profesionálů, což může potenciálně negativně ovlivnit kvalitu a bezpečnost péče o pacienty.

Co je cílem projektu?

Cílem předkládaného projektu je návrh standardizovaného systému / závazné metodiky tvorby a aktualizace návrhů KDP v České republice za účelem zvýšení dostupnosti, kvality a efektivity zdravotních služeb.

1. Ustavit řídicí orgán – garanční komisi a kontrolní komisi. Tohoto cíle bude dosaženo prostřednictvím klíčové aktivity 1 (KA1), jejím výstupem bude plně funkční řídicí orgán pro proces tvorby KDP. Čtvrtý měsíc realizace projektu bude tento orgán plně funkční.
2. Připravit návrh systému pro tvorbu, schvalování, zveřejňování a aktualizaci KDP. Tohoto cíle bude dosaženo v rámci klíčové aktivity 2 (KA2), ve které bude vytvořen potřebný metodický rámec pro celý proces tvorby a aktualizace KDP a navržen způsob hodnocení dopadu KDP na kvalitu zdravotních služeb a zdraví pacientů, tedy zpětná vazba pro revize a aktualizaci KDP. Ověření nastavených postupů bude provedeno na pěti pilotních projektech (tvořících konkrétní KDP pro konkrétní onemocnění a chorobné stavy).
3. Vytvořit minimálně 40 návrhů KDP pro oblasti s největšími definovanými heterogenitami v poskytování zdravotní péče. KDP budou připraveny při plném zapojení všech procesů tvorby v cyklu KDP, od schvalování podnětů až po zveřejnění a návrh hodnocení dopadu v rámci klíčové aktivity 3 (KA3).
4. Nastavit návrh systému vzdělávání osob podílejících se na tvorbě KDP v jednotlivých bodech jejich celého procesu a cyklu tvorby a zvýšit informovanost o KDP v české odborné zdravotnické veřejnosti. Informační a edukační aktivity budou realizovány v rámci klíčové aktivity 4 (KA4).

Podmínky tvorby KDP

- vytvoření jednotného metodického postupu tvorby a posuzování KDP včetně návrhu potřebných legislativních opatření
- vytvoření metodiky zveřejňování návrhů KDP, včetně portálu KDP
- vytvoření metodiky vzdělávání, zahrnující e-learning
- příprava zprávy shrnující požadavky a limity (bariéry) pro vznik Centra KDP MZ ČR (aktualizace stávajících KDP, tvorba nových)

Komu bude KDP sloužit

- poskytovatelům zdravotních služeb a zdravotníkům
- ke stanovení priorit MZ ČR – ke zlepšení účinnosti zdravotních služeb
- jako podklad pro „nákup“ (ohodnocení a úhradu) zdravotních služeb a revizní činnosti zdravotních pojišťoven, k vytvoření objektivních kritérií pro hodnocení kvality a bezpečí při poskytování zdravotních služeb a péče a k jejich analýze,
- k pregraduálnímu i postgraduálnímu vzdělávání zdravotnických pracovníků
- k usnadnění získání informací pro pacienty
- jako podklad pro tvorbu racionálních postupů farmakoterapie
- jako podklad při vykonávání dohledu nad správným poskytováním zdravotních služeb.

Kritéria výběru KDP – odůvodnění vyžadující rychlou tvorbu návrhu KDP

- vysoký objem péče a vysoké riziko vzniku onemocnění a jeho komplikací
- vysoké náklady ve smyslu jednotkových nákladů (např. cílená a inovativní léčba)
- vysoká morbidita, incidence nebo prevalence eskalující náklady v určitém segmentu péče
- potřeba multidisciplinárního přístupu v péči o pacienta v diagnosticko-terapeutickém procesu
- nutnost podpory kontinuity péče, zdravotní stav obyvatelstva ČR hodnocený na základě epidemiologických dat poskytnutých ÚZIS ČR, nákladovost diagnostiky a léčby

Hlavním řešitelem projektu KDP je Agentura pro zdravotnický výzkum České republiky (AZV ČR), jejímž předsedou je prof. MUDr. Miroslav Ryska, CSc.

Partnery projektu jsou Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZ ČR)

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS).

Na vlastní tvorbě KDP se podílí pracovní tým v čele s garantem a hlavním metodikem příslušné odborné společnosti ČLS JEP.

V současné době je k dispozici šest pilotních KDP:

- Časný kolorektální karcinom (klinická stadia I. a II.) – diagnostika a léčba
- Chronická lymfatická leukémie – diagnostika a léčba
- KDP pro sekundární prevenci kardioembolické ischemické cévní mozkové příhody antitrombotiky
- Použití inzulinové pumpy a kontinuální monitorace glukózy u pacientů s diabetem léčených inzulinem
- Akutní koronární syndromy (infarkt myokardu a nestabilní angina pectoris) – diagnostika a léčba
- Jednodenní chirurgie

■ Podmínky předepisování inkontinenčních pomůcek hrazených z v.z.p.

Podmínky stanovuje Metodika VZP k Úhradovému katalogu VZP (oddíl zdravotnické pomůcky, část P). Platnost této metodiky je od 1. 10. 2018.

SKUPINA 02 – POMŮCKY PRO INKONTINENTNÍ

ZP pro inkontinentní pojištěnce předepisuje smluvní lékař Pojišťovny odbornosti PRL, URL, GYN, NEU, PED nebo GER na Poukaz (odbornost souvisí s konkrétním typem ZP, viz Úhradový katalog VZP – ZP). Nárok na předpis vzniká při splnění indikací od 3 let věku pojištěnce pouze při prokázané patologické inkontinenci. Odborný lékař je povinen písemně informovat praktického lékaře, v jehož péči je inkontinentní pojištěnec, o provedeném vyšetření a jeho výsledcích, v případě preskripce pomůcek i o ZP a jejich množství, které pojištěnci předepsal (kód ZP, viz aktuální Úhradový katalog).

V případě, že jsou dodávány inkontinenční pomůcky více klientům hromadně, musí být přebírající osoba písemně pověřena každým z dotčených klientů. Výdejce v takovém případě vystaví dodací list se jmenným rozpisem pojištěnců s přiřazením jednotlivých kódů z Úhradového katalogu VZP – ZP vydaných pomůcek, jejich množstvím a cenou pro konečného spotřebitele u každé z těchto pomůcek.



Výdejce vystaví pověřené osobě (např. zařízení sociálních služeb) účetní doklad na doplatky pojištěnců (např. fakturu), a to na všechny dodané pomůcky s doplatkem. Na účetním dokladu bude uveden jmenný rozpis pojištěnců s přiřazením jednotlivých kódů z Úhradového katalogu VZP – ZP vydaných pomůcek, jejich množstvím a výší doplatků vybraných od pojištěnců u každé z těchto pomůcek.

Pojištěncům v ústavní péči (hospitalizace) a v odborných léčebnách Pojišťovna tyto pomůcky nehradí (viz zákon č. 48/1997 Sb. a Metodika pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR, doklad VZP 13/2009 – Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku). Uvedené ZP mohou být předepsány na Poukaz nejvýše na dobu 3 měsíců (tzv. maximální preskripce). Tato maximální preskripce je možná pouze u pacientů se stabilizovanou inkontinencí, u kterých je předpoklad účelného využití celého množství předepsaných ZP.

ZP skupiny 02 jsou děleny na savé, sběrné a obstrukční. Indikací pro předpis těchto ZP pro inkontinentní pojištěnce je inkontinence, která je dělena do tří stupňů dle závažnosti postižení:

I. stupeň – mimovolní únik moči nad 50 ml do 100 ml (včetně) v průběhu 4 hodin, SKP = 1

Především stresová inkontinence všech stupňů. Používání pomůcek je nepravdělné. Únik moči nastává při kašli, smíchu, kýchnutí či zvedání předmětů.

V případech ostatních typů inkontinence (reflexní, urgentní, extrauretrální), kde není prioritní stresový manévr, musí odborník klasifikaci provést s přihlédnutím k údajům v mikční kartě pacienta (anamnéza), případně k výsledkům vyšetření dolních močových cest (fyzikální vyšetření, cystoskopie, uroflowmetrie, cystografie, ultrasonografie, apod.).

Z prostředků veřejného zdravotního pojištění jsou Pojišťovnou hrazeny ZP v Úhradovém katalogu označené ve sloupci SKP (Skupina postižení) číslicí 1, kompenzující důsledky onemocnění stupně I:

- vložky absorpční inkontinenční – dámské (se savostí nad 120 ml), pánské a kapsy absorpční pánské – SKP = 1
hrazeno: maximálně 150 kusů/měsíc, nejvýše do 450 Kč/měsíc

II. stupeň – mimovolní únik moči nad 100 ml do 200 ml (včetně) v průběhu 4 hodin, SKP = 2

Ostatní typy inkontinence, zejména u mobilních pacientů. Používání pomůcek je nutné denně, únik moči nastává při změně polohy, při běhu, chůzi, chůzi po schodech, při fyzické námaze.

Z prostředků veřejného zdravotního pojištění jsou Pojišťovnou hrazeny ZP v Úhradovém katalogu označené ve sloupci SKP (Skupina postižení) číslicí 2, případně 4, kompenzující důsledky onemocnění stupně II:

- pleny absorpční dámské a pánské (vložné pleny) – SKP = 2
hrazeno: maximálně 150 kusů/měsíc, do celkové výše 900 Kč
- kalhotky fixační (hrazeno pouze v případě, že pacient používá pleny absorpční) – SKP = 2
hrazeno: maximálně 24 kusů/rok, do celkové výše 190 Kč
- kondomy urinální – SKP = 4
hrazeno: maximálně 30 kusů/měsíc, do celkové výše 700 Kč
- sáčky sběrné urinální denní, noční – SKP = 4
hrazeno: maximálně 10 kusů/měsíc, do celkové výše 500 Kč

III. stupeň – mimovolní únik moči nad 200 ml v průběhu 4 hodin, SKP = 3

Ostatní typy inkontinence v pokročilém stadiu, především u ležících pacientů, spojené také s inkontinencí stolice. Používání pomůcek je trvalou nutností. Moč, případně stolice uniká trvale, bez možnosti jakkoli kontrolovat tento stav.

Z prostředků veřejného zdravotního pojištění jsou Pojišťovnou hrazeny ZP v Úhradovém katalogu označené ve sloupci SKP (Skupina postižení) číslicí 3, případně 4, kompenzující důsledky onemocnění stupně III:

- kalhotky absorpční (kalhotky plenkové) – SKP = 3
hrazeno: maximálně 150 kusů/měsíc, do celkové výše 1 700 Kč
- podložky absorpční s absorpční plochou od 40 × 60 cm do 60 × 90 cm – SKP = 3
hrazeno: maximálně 30 kusů/měsíc, úhrada do výše 75 % konečné ceny ekonomicky nejméně náročné varianty
hrazeno mimo rámec úhradového limitu pro těžkou inkontinenci (1 700 Kč/měsíc)
- kondomy urinální – SKP = 4
hrazeno: maximálně 30 kusů/měsíc, do celkové výše 700 Kč

- sáčky sběrné urinální denní, noční – SKP = 4

hrazeno: maximálně 10 kusů/měsíc, do celkové výše 500 Kč

Vzájemné kombinace či souběh ZP skupiny 02:

- Vzájemné kombinace ZP označených ve sloupci SKP = 1, 2 nebo 3 nejsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění.
- Vzájemné kombinace ZP s označením SKP = 4 a SKP = 3 v jednom měsíci nejsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění.
- Vzájemné kombinace ZP s označením SKP = 4 a SKP = 2 v jednom měsíci nejsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění.
- Souběh preskripce ZP s označením SKP = 4 a SKP = 2 nebo ZP SKP = 4 a SKP = 3 je ve dvou- a tříměsíčním preskripčním období hrazen podle pravidla:

Jsou-li v jednom měsíci předepsány ZP označené ve sloupci SKP = 4, lze v měsíci následujícím (počítáno od doby výdeje ZP s označením SKP = 4) předepsat ZP s označením SKP = 2, případně SKP = 3 (SKP = 2 nebo SKP = 3 se volí podle stupně postižení, vzájemná kombinace ZP SKP = 2 a SKP = 3 v jednom měsíci není hrazena).

Pro předpis Poukazu pro inkontinentního pojištěnce platí:

- na poukazu může být předepsán pouze jeden druh ZP (pomůcky pro inkontinentní) s využitím možnosti předepsání více poukazů,
- pro předpis je směrodatný údaj o stupni inkontinence v návaznosti na finanční limit,
- savé pomůcky (vložky, vložné pleny, kalhotky absorpční...) by měly být přiloženy na těle pacienta maximálně po dobu 8 hodin z hygienických důvodů,
- při preskripci nesmí dojít k překročení limitů (množstevní a finanční) stanovených pro jednotlivé typy ZP,
- o vystavení poukazu musí být proveden záznam v dokumentaci pojištěnce s uvedením stupně inkontinence a údajem o množství předepsaných ZP (pomůcek).



Usnesení Celostátní konference SPLDD ČR konané dne 10. 11. 2018 v Průhonicích

Konference

1. Schválení

- program konference
- volbu pracovních komisí ve složení:
 - návrhová komise: MUDr. Kudyn, MUDr. Cabrnchová, MUDr. Hrunka, MUDr. Matoušková, MUDr. Zemánková, MUDr. Koleč, MUDr. Pukovec, MUDr. Verdánová, MUDr. Růžicková, MUDr. Gricová
 - mandátová komise: MUDr. Johnová, MUDr. Bušek, MUDr. Štrobachová
- návrh rozpočtu na r. 2019
- navýšení členských příspěvků na 3 000 Kč pro řádné členství, 1 050 Kč pro mimořádné členství

2. Vyslechla

- zprávu o činnosti SPLDD ČR
- zprávu o hospodaření SPLDD ČR
- zprávu Kontrolní komise SPLDD ČR
- prezentaci RNDr. Šídla o demografickém vývoji v segmentu PLDD
- vystoupení hostů: MZ, ZP, OSPDL, IPVZ, SPL

MUDr. Hana Cabrnchová, MBA – IPVZ, MUDr. Renata Knorová, MBA – ČPZP, prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D. – MZ ČR, MUDr. Alena Šebková – OSPDL ČLS JEP, MUDr. Petr Šmach – ZP Škoda, Mgr. et

Mgr. Adam Vojtěch – ministr zdravotnictví ČR, MUDr. Jitka Vojtová, MBA – OZP, MUDr. Martin Dudek – SPL ČR, MUDr. Macháčková – VZP ČR, Ing. Jiří Havrlant – RBP

3. Konference konstatuje

- znepokojení nad vývojem situace v souvislosti se zrušením oboru PLDD, vítá ministrem prezentovaný zájem MZ ČR o znovuzavedení oboru PLDD se společnou atestací v obou pediatrických oborech
- obavy z násilného zavádění nástrojů elektronického zdravotnictví (povinné)
- vítá jasné prohlášení ministra zdravotnictví o nutné změně postoje MZ ČR ve prospěch podpory primární péče.

4. Konference doporučuje

- v jednání o úhradách pokračovat v systému KKVP
- v případě problémových žádostí o výběrové řízení informovat zdravotní ředitele jednotlivých ZP
- dále spolupracovat s KSL
- podporu a legislativní ukotvení stávajících akreditovaných ordinací PLDD

5. Konference ukládá

- VV SPLDD ČR dále pokračovat v jednáních směřujících k výjimce pro PLDD v rámci projednávané „protipadělkové směrnice“ tak, aby zůstala možnost přímé distribuce

pro všechny očkovací látky bez ohledu na princip úhrady

- VV SPLDD ČR usilovat o výjimku zavedení EET v ordinacích PLDD
- předsednictvu, aby usilovalo o zachování jednotné adresy www.detskylekar.cz a společné stránky SPLDD a OSPDL
- regionálním zástupcům SPLDD jednat ve spolupráci s VV o síti PLDD v regionu a zajištění péče po 1. 1. 2019 v souladu s povinným eReceptem.
- VV SPLDD, aby v jednáních o úhradách PLDD usilovali o navýšení v obdobné procentní výši odpovídající nárůstu úhrad lůžkové péče
- delegovaným zástupcům PLDD spolupracovat na přípravě reformy primární péče
- VV SPLDD, aby na základě podepsané deklarace o spolupráci s MZ ČR trval na dodržování možnosti včas připomínkovat legislativní záměry MZ ČR
- VV SPLDD vznést podnět na ministra zdravotnictví na společné řešení problematiky posudkové péče a omluvenek
- VV SPLDD, aby pracoval na vytvoření systému podpory předávání praxí PLDD

10. 11. 2018, Praha, Průhonice



10. 11. 2018, Praha, Průhonice





Akce SPLDD v roce 2018

V roce 2018 pořádalo SPLDD kromě tradičních regionálních konferencí a odborných seminářů i mnoho jiných akcí, o kterých vás chceme informovat. Program na ně se snažíme vždy vytvořit co nejzajímavější, co nejvyužitelnější pro práci v ordinacích. Děláme program tak, aby se líbil i nám, protože my ve stejných ordinacích také pracujeme. Bez sponzorské účasti firem bychom se neobešli, proto vám děkujeme, že respektujete jejich prezentace. Mnohdy i to je přínosem pro naše praxe.

■ Management ordinace PLDD

Celkem proběhly čtyři semináře – jeden již v listopadu 2017 v Ostravě, tři v průběhu ledna v Praze, Brně a Hradci Králové. V první části v „právní poradně“ nás Mgr. Uher již tradičně seznámil s legislativními změnami ohledně posudků pro školy, zotavovací akce, brigády a praxe ve školách apod. Dále jsme se dozvěděli, jak stanovovat ceny za své výkony, co to je GDPR a co bude tato směrnice EU znamenat pro naše ordinace. V odpoledních blocích jsme se věnovali očkování proti meningokokům, pneumokokům a HPV a hlavně změnám v očkování, které vstoupily v platnost 1. 1. 2018. Účast byla velmi vysoká, celkem navštívilo tyto semináře 617 lékařů.

(zapsala MUDr. Jiřina Dvořáková)

■ Kongres primární péče

Pořádáme spolu se SPLDD a OSPDL. Ten letošní proběhl ve dnech 23.–24. února 2018 tradičně v hotelu TOP za vysoké účasti lékařů obou odborností a jejich sester. Potěšila nás v tomto roce i vysoká účast mladých lékařů. Program Kongresu primární péče tradičně zahrnuje kromě přednáškových bloků i ko-

mornější diskuse, při nichž zástupci pořádajících sdružení, odborných společností a pozvaní hosté zasedají ke kulatému stolu, aby důkladněji probrali některá z ožehavých témat.

■ Sněm SPLDD

Ve dnech 19.–20. 5. 2018 proběhlo v krásném prostředí Karlových Varů pracovní jednání funkcionářů SPLDD a pověřených okresních zástupců na Sněmu SPLDD. Sněmu se zúčastnili hosté z Karlovarského kraje Ing. Jan Bureš, krajský radní pro odbor zdravotnictví, a Ing. Petr Kulhánek, primátor města Karlovy Vary, a dále výbor OSPDL. Setkání podpořil Krajský úřad Karlovy Vary, a to dotačním titulem „Analýza poskytování preventivně-léčebné péče o dětskou populaci v ČR“. Na toto téma vystoupilo několik řečníků, mezi nimi prim. MUDr. Mrázek z dětské léčebny Mánes v Karlových Varech, který statisticky doložil narůstající epidemii dětské obezity a s ní spojených komplikací. Podrobnou analýzu demografické situace dětské populace a PLDD v ČR přednesl Ing. Jan Mužík z ÚZIS. Ani výsledky této analýzy nevyznívají příznivě, zejména pro vysoký věkový průměr PLDD a nepovedenou

změnu legislativy ve vzdělávání lékařů, která zastavila generační výměnu. Cesta k nápravě bude zřejmě dlouhá a komplikovaná. Účastníci Sněmu diskutovali i o dalších ožehavých problémech v primární pediatrické péči a ordinacích PLDD, hledána byla východiska. MUDr. Zdeňka Růžicková, předsdkyně západočeského regionu SPLDD, se významně zasloužila i o duševní očistu účastníků po celodenních jednáních v aule karlovarského gymnázia – zájemci mohli navštívit hudební vystoupení žáků ZUŠ v Bečově, relikviář sv. Maura na bečovském hradě, muzeum Jana Bechera a muzeum porcelánky v Karlových Varech.

(zapsal MUDr. Ctirad Kozderka)



20. 1. 2018, Management, Praha



20. 5. 2018, Sněm, Karlovy Vary





16. 6. 2018, Sestry, Brno



16. 6. 2018, Sestry, Praha

Sestra v ordinaci PLDD

V červnu jsme poprvé uspořádali samostatné vzdělávací semináře pro naše sestřičky. Zjistili jsme, že poté, co byl zrušen na SZŠ obor dětská sestra, přicházejí do našich ordinací i sestry, které nikdy s dětmi nepracovaly, nemají ani zkušenost s prací v ordinaci praktického lékaře. Pokud jim nemůže své zkušenosti předat odcházející sestra, je to na lékaři, a ani ten mnohdy neví, co vše může jeho sestra vykonávat a jak to má správně dělat. Program seminářů byl následující. Nejprve jsme pohovořili o náplni práce sestry v ordinaci PLDD a jejich kompetencích, dále o GDPR z pohledu sestry, o tom, jak připravit ordinaci na kontrolu OHES, a poté jsme se věnovali správné technice odběrů, měření TK, sluchu, zraku apod. Ve správné technice jsme pokračovali i v dalších přednáškách o „neprospívajícím dítěti v ordinaci“, tentokrát co se týká měření hmotnosti, výšky a vedení grafů. Také

20. 10. 2018, Sestry, Brno



se sestřičky dozvěděly jak řešit zažívací potíže kojenců. Odpolední blok byl věnován výhradně očkování – od historie až po současný očkovací kalendář. Semináře se konaly v Brně a v Praze a byli jsme až zaskočení obrovským zájmem, během jednoho týdne byla jejich kapacita zcela obsazena. Proto jsme se rozhodli semináře se stejným programem opakovat i na podzim, opět v Brně a Praze. I tyto semináře byly zcela obsazeny. Celkem je absolvovalo 460 sester.

(zapsala MUDr. Jiřina Dvořáková)

Komunikace v ordinaci PLDD

V průběhu září a října 2018 proběhl v deseti lokalitách již tradiční cyklus seminářů **Komunikace v ordinaci PLDD** pořádaný SPLDD a organizačně zajištěný agenturou ViaLain Events, s.r.o. Pestrý program přitáhl opět vysoký počet posluchačů (celkem 578 účastníků) – po loňském cyklu s historicky nejvyšším počtem účastníků, který se

24. 11. 2018, Sestry, Praha



věnoval především zavedení eReceptu, se průměrnou účastí ten letošní umístil na 2. místě. Z úst zástupců společnosti Avenier jsme vyslechli informace o dopadech tzv. protipadělkové směrnice EU na naše ordinace a to zejména v kontextu s distribucí očkovacích látek. Většina účastníků připojila také podpis na archy podporující zachování dosavadního systému distribuce očkovacích látek pro nepovinná očkování a odmítnutí distribuce výhradně přes lékárny. Zopakovali jsme si postup pro správné stanovení cen v ordinacích v souvislosti s očkováním. Součástí seminářů byl také blok odborných sdělení. Užitečné informace o psychosomatických onemocněních nám nabídly zástupkyně rozvíjejícího se oboru psychosomatické medicíny. O současných postupech při řešení nejfrekventovanějších onemocnění v našich ordinacích – akutní respirační infekce a průjemová onemocnění u dětí – se s námi podělili pediatričtí specialisté zabývající se danou problematikou.



20. 9. 2018, Komunikace, Plzeň



2. 10. 2018, Komunikace, Brno

Pro naše praxe důležitou informací bylo nové doporučení léčby kašle u malých dětí s vyloučením paušálního používání mukolytik obsahujících ambroxol, bromhexin, N-acetylcystein a karbocystein.

Tato a podobná setkání nám přinášejí nejen možnost poslechnout si přednášky na různá témata, ale také podiskutovat s kolegyněmi a kolegy a vyměnit si zkušenosti, které z knížek nevyčteme.

(zapsal MUDr. Ctirad Kozderka)

■ PLDD a lékárníci

Dne 13. 10. 2018 proběhl v Praze v hotelu Duo přednáškový den s názvem **PLDD a lékárníci** – profesionální spolupráce.

V úvodu vystoupila PharmDr. Jana Šolínová. Z pohledu praktika asi nejpřínosnější pro mne byla přednáška PharmDr. Lukáše Lázníčky s názvem „Příprava IPLP“ s řadou praktických rozpisů, informací o možnostech přípravy léků v jiných formách, než je běžně používáme,

či možnosti náhrady při výpadku hromadně vyráběného léku. Velmi vítaným bonusem bylo, že do týdne po semináři účastníkům přišel e-mail s odkazy na důležité internetové stránky i prezentace s rozpisy léků, účastníci dostali i na 6 týdnů volný přístup do databáze lékových interakcí.

Následující přednáška ředitele odboru informačních technologií SÚKL Petra Kouckého byla věnována eReceptu, tedy shrnutí dosažených zkušeností s jeho zaváděním, dále pak jsme byli informováni o brzkém nástupu nové funkcionality centrálního úložiště – tzv. lékové karty pacienta.

Další prezentace dermatologa MUDr. Pavla Konráda patřila naší dennodenní problematice – atopickému ekzému, nicméně kdo pozorně poslouchal, určitě se dozvěděl něco nového. A hned následující přednáška doc. Bystroně s tématem imunomodulací byla vzhledem k začínající sezoně velmi aktuální.

Bohužel vzhledem k onemocnění PharmDr. Josefa Suchopára vypadla z programu před-

náška na téma lékových interakcí s jídlem, nápoji a potravinovými doplňky, ale prostor vyplnila bohatá diskuse a doplňky k dříve předneseným sdělením.

Předposlední přednáška MUDr. Ondřeje Součka byla věnována vitaminu D u dětí ve vztahu ke křivici, přednáška se dotkla i problematiky zlomenin v závislosti na věku, kdy pomýšlet na patologickou zlomeninu a dítě odeslat k dalšímu vyšetření.

Závěr přednáškového dne patřil MUDr. Noře Gregorové, která hovořila o nejčastějších zdravotních problémech jednotlivých věkových kategorií.

Byla to – kam moje paměť sahá – první akce tohoto druhu, pohled na spolupráci lékaře a lékárníka zase z jiné strany. Oceňuji nápad uspořádat tento mezioborový cyklus přednášek a těším na budoucí podobné akce.

(zapsala MUDr. Eva Matoušková)

Ve VOXu dále naleznete termínový kalendář našich akcí na rok 2019.

11. 10. 2018, Komunikace, Ústí nad Labem



23. 10. 2018, Komunikace, Jihlava





Akce SPLDD v roce 2019

2. 3.	Jihočeský	vzdělávací seminář	České Budějovice, hotel Clarion
16. 3.	Východočeský	konference SPLDD	Dvůr Králové, Penzion za vodou
23. 3.	Středočeský + Praha	vzdělávací seminář	Praha 8, VŠ hotelová
30. 3.	Jihočeský	konference SPLDD	Strakonice, hotel Bílá Růže
30. 3.	Východočeský	vzdělávací seminář	Pardubice, hotel Labe
4. 4.	Středočeský + Praha	konference SPLDD	Praha 8, VŠ hotelová
6. 4.	Severomoravský	konference SPLDD + vzdělávací seminář	Olomouc
6. 4.	Severočeský	konference SPLDD + vzdělávací seminář	Ústí nad Labem
13. 4.	Západočeský	konference SPLDD + vzdělávací seminář	Plzeň, Šafránkův pavilon, Alej Svobody 31
13. 4.	Jihomoravský	vzdělávací seminář	Brno, hotel Avanti
27. 4. *)	Jihomoravský	konference SPLDD	Vyškov, hotel Alvet
25.-26. 5.	Celostátní	Sněm	Bystřice nad Pernštejnem, hotel Skalský dvůr
5. 10.	Západočeský	vzdělávací seminář	Plzeň, Šafránkův pavilon, Alej Svobody 31
12. 10.	Severomoravský	vzdělávací seminář	Ostrava, hotel Vista
12. 10.	Jihočeský	vzdělávací seminář	České Budějovice, hotel Clarion
19. 10.	Jihomoravský	vzdělávací seminář	Brno, hotel Avanti
19. 10.	Středočeský + Praha	vzdělávací seminář	Praha 8, VŠ hotelová
9. 11.	Celostátní	Celorepubliková konference SPLDD	Brno, MU Vinařská
16. 11.	Severočeský	vzdělávací seminář	Liberec, Hotel Liberec
30. 11.	Východočeský	vzdělávací seminář	Hradec Králové, krajský úřad

*) Termín bude upřesněn

Akce pořádané SPLDD

12. 1.	Celostátní	Management praxe PLDD	Praha
19. 1.	Celostátní	Management praxe PLDD	Ostrava
26. 1.	Celostátní	Management praxe PLDD	Brno
2. 2.	Celostátní	Management praxe PLDD	Hradec Králové
9. 2.	Celostátní	Management praxe PLDD	Praha
8. 6.	Celostátní	Sestra v ordinaci PLDD II.	Brno, MU
15. 6.	Celostátní	Sestra v ordinaci PLDD II.	Praha
10 seminářů, Út-Čt, září-říjen		Komunikace v ordinaci PLDD	regionální města



Vyhovuje vaše pojistná smlouva na pojištění odpovědnosti provozovatele zdravotnického zařízení aktuálním podmínkám?

Hlavní poznatky z doposud realizovaných posouzení pojistných smluv pojištění odpovědnosti členů SPL a SPLDD, případně z řešených pojistných událostí, shrnuje Ing. Vladan Hátle, jednatel makléřské společnosti HARPAG, která dlouhodobě s SPL ČR a SPLDD ČR v oblasti pojištění spolupracuje.

Naše společnost ve spolupráci s SPL ČR a SPLDD ČR poskytuje členům Sdružení poradenství a zpracovává hodnocení jejich pojistných smluv odpovědnosti. Doposud této možnosti využilo několik stovek praktických lékařů. Rovněž se podílíme na řešení konkrétních pojistných událostí – uplatnění nároků z pojištění.

S příchodem nového občanského zákoníku se výrazně změnil profil žádostí na odškodnění pacientů, které by mělo pokrývat pojištění. Více než polovina případů, na jejichž řešení jsme se spolu s právníky Sdružení v posledních letech podíleli (žaloby na praktické lékaře), se vůbec netýkaly újmy na zdraví a většina z těchto případů nebyla pojistnými smlouvami lékařů kryta, důvodem byly buď staré, nebo nesprávně sjednané pojistné smlouvy. U starých smluv je také častým problémem příliš nízký pojistný limit (není výjimkou setkat se s pojistnou smlouvou s limitem například 1 milion korun).

Praxe většiny pojišťoven je bohužel taková, že uzavřou pojistnou smlouvu za stávajících legislativních podmínek v době sjednání. I v případě, že je třeba smlouva sjednána v danou chvíli správně, pojišťovny nereflexují skutečnost, že se legislativní prostředí a praxe mění, a průběžně nenabízejí aktualizace těchto smluv.

Pojišťovny obvykle nereagují včas na vývoj legislativy a aktuálních kauz a až se zpóźděním (pokud vůbec) řeší požadavky, které jsou na ně vznášeny.

Z posudků pojistných smluv, které nám doposud prošly rukama, žádná pojistná smlouva sjednaná před účinností NOZ (2014) nedostala příznivé hodnocení. U novějších smluv je nepříznivé hodnocení u většiny posuzovaných smluv.

Mezi nejvýznamnější problémy pojistných smluv patří škody spojené s nemajetkovou újmu. Často je řešeno nedostatečně, buď relativně nízkým sublimitem pojištění, nebo vazbou na újmu na zdraví (kauzy z posledních let však ukazují, že tyto škody v řadě případů vůbec se vznikem újmy na zdraví souviset nemusejí). Nově se objevují například škody související s porušením mlčenlivosti nebo s únikem dat, škody způsobené informací či radou apod.

Dalším hlavním problémem je, že většina pojistných smluv neobsahuje čisté finanční škody, které se v souvislosti se současnou právní praxí objevují stále častěji v souvislosti s posudkovou činností (nejčastěji u pracovnělékařských posudků).

Minimální základní limit pojistného plnění by dnes u praktického lékaře měl podle našeho názoru činit alespoň 15 mil. Kč, u praktických lékařů pro děti a dorost pak 20 mil. Kč. Ve smlouvách obvykle nacházíme celou řadu dalších relevantních nedostatků, avšak s ohledem na to, které kauzy se v současnosti nejčastěji řeší, tyto výše zmíněné vnímáme jako největší problém.

Rámcová smlouva s Českou podnikatelskou pojišťovnou, která je odborně zaštitěna právníky Sdružení, je průběžně na základě vývoje legislativy a konkrétních případů aktualizována.

Pro členy Sdružení zajišťujeme bezplatné posouzení a vyjádření k jejich pojistné smlouvě, případně k návrhu pojistné smlouvy. Pokud si tedy nejste jisti, zda vaše pojistná smlouva dostatečně kryje veškerá rizika, nebo zvažujete uzavření nové pojistné smlouvy a máte k dispozici její návrh, můžete této možnosti využít.

Rozhodně doporučujeme, pokud máte sjednáno pojištění jiné nebo pokud si sjednáváte pojistnou smlouvu novou a máte v ruce její návrh, využít této možnosti a nechat si ji bezplatně posoudit. Žádosti o posudek můžete ve formě skenu pojistné smlouvy posílat na e-mail: lekar@harpag.cz

Ing. Vladan Hátle
jednatel HARPAG s.r.o.

■ Dotazy členů z posledních měsíců k pojištění dle Rámcové smlouvy s ČPP

GDPR, únik osobních údajů

Pojištění kryje náhrady újmy (škody), ke které by došlo porušením tohoto nařízení. Kryta je škoda vzniklá porušením mlčenlivosti, jakož i škoda vzniklá únikem informací ze zdravotnické dokumentace vedené jak v listinné, tak i v elektronické podobě. Pojištění nekryje případné pokuty ze strany orgánů státní správy – v daném případě ÚOOÚ, stejně jako nejsou pojištěním kryty např. pokuty ze strany finančního úřadu, SÚKL apod.

Kybernetická rizika

Škody, které vzniknou následkem kybernetického útoku na lékařem spravovaná data třetím osobám (např. pacient), jsou pojištěním kryty a není třeba řešit nějaké připojištění apod. Pojištěním nejsou kryty pouze vlastní náklady na obnovu dat. V současné době probíhají s ČPP jednání o možnosti pojištění i pro tento případ.

Poskytování péče jako plnění smluvní povinnosti

Někteří členové byli (zpravidla osobami nabízejícími jiné pojištění) konfrontováni s výkladem, že by naše pojistná smlouva „možná“ nemusela krýt újmu způsobenou prodlením při poskytnutí zdravotní péče. Tento zcela účelový výklad neodpovídá realitě. Rámcová smlouva samozřejmě kryje odpovědnost za újmu při poskytování zdravotní péče, pojištění se vztahuje na újmu vzniklou v důsledku nesprávného postupu při poskytování zdravotní péče (a to včetně prodlení). U pojištění profesní odpovědnosti tedy nepřichází v úvahu, aby pojišťovna odmítla plnění s odkazem na to, že újma byla způsobena prodlením či nesplněním smluvní povinnosti. Aby bylo naprosto jasno, potvrdila pojišťovna tuto skutečnost formou závazného písemného stanoviska.

Mgr. Jakub Uher



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Alena Šebková
předsedkyně OSPDL ČLS JEP

Vážené kolegyně, vážení kolegové, jako červená nit se činností OSPDL ČLS JEP, zde ve velmi úzké spolupráci s profesní organizací, táhne „obor PLDD“. V současné době se finalizuje zpráva z aktivit skupiny pro reformu primární péče. Jsem přesvědčena, že jsme odvedli velký kus práce. Nicméně to, co stále není jasné, je budoucnost oboru. Realita ukázala, kam jsme dospěli zrušením naší specializace. My jsme ochotni převzít zpět starost o budoucnost primární péče – tuto nabídku jsme přednesli, na druhou stranu ale musíme mít co nabídnout jak mladým kolegům, tak seniorům, kteří by měli mít motivaci k výchově svých zástupců. A musíme cítit jasnou podporu, tak jak je ústně i písemně představiteli MZ deklarována.

Stejně tak jako obor visí ve vzduchu důsledek nečinnosti předchozích představitelů MZ ohledně „protipadělkové směrnice“. Pevně věřím, že současná reprezentace ministerstva a poslanci si skutečně uvědomují možný silně negativní dopad na systém očkování v naší republice, pokud implementace evropské směrnice nedozná změn, které navrhujeme.

Kromě těchto zásadních témat se zabýváme i dalšími, o některých je následná informace:

Jako zástupce OSPDL ČLS JEP jsem členem **Odborné skupiny VVZPO pro koncepční řešení problematiky života osob s PAS**, jejíž další schůze jsem se **29. 10. 2018** zúčastnila. Mimo jiné bylo na programu sdělení pana docenta Duška (ÚZIS) – Statistika lidí s PAS dle dat z Národního zdravotnického informačního systému. Zdrojem dat Národního zdravotnického informačního systému (dále jen NZIS) je Národní registr hrazených zdravotních služeb ze zdravotního pojištění. Do roku 2016 nebylo možné tato data analyzovat. Export dat do centrálního úložiště se zpožďuje, dostupná jsou aktuálně data za rok 2015 až 2017. NZIS vyžaduje propojení zdrojů dat. Na základě kódu zdravotního výkonu je možné zjistit údaje o počtu diagnostikovaných pacientů, způsobu léčby, jejich migraci atd. Na základě toho je možné analyzovat nedostupnost péče nebo indikátory kvality. U PAS data nemají tak silnou vypovídající hodnotu jako u jiných diagnóz. Je proto nutné počkat i na další data z dřívějších let. Zjištěná data se týkají pouze dětí, je proto otázka, jak získat data i o dospělých lidech. Problém spočívá v napojení dat určité osoby na jiné zdroje dat, kdy není tato diagnóza vyka-

zována. Národní registr PAS vzniknout nemůže a ani by to nebylo systémové řešení, je proto třeba zefektivnit tento systém.

Určitá nepřesnost vznikla nyní i na základě vykazování diagnózy F84 při včasném zachytu PAS v ordinacích PLDD, což by mělo být vyřešeno novou metodikou, tak jak jsem zmiňovala v předchozím VOXu.

Na schůzi byl shrnut postup přípravy Zprávy o plnění Podnětu k řešení situace života osob s PAS a jejich rodin a jejího předložení vládě. Zpráva se skládá ze sdělení ministerstev o tom, jak plnily úkoly, které jsou v jejich kompetenci. U každého úkolu bude uvedeno stanovisko k plnění, které zhodnotí, zda byl úkol splněn, či ne. Zpráva bude upravena a její finální verze bude členům a členkám skupiny rozeslána. Následně bude předána do meziresortního připomínkového řízení. Dne 10. prosince 2018 bude projednána Vládním výborem pro zdravotně postižené občany a poté předána k projednání vládě. Plánuje se připravit navazující dokument s revizí úkolů a doplněním nových. (použity citace ze zápisu ze setkání)

Ve čtvrtek **8. 11. 2018** proběhlo úvodní jednání **pracovní komise pro urgentní příjmy** pod vedením náměstka MZ prof. Prymuly. V komisi jsou zástupci jednotlivých odborů MZ, Asociace záchranných služeb, Společnosti urgentní medicíny, vybraných urgentních příjmů, SPL, SPLDD, ČLK, ČPS a zdravotních pojišťoven. Za SPLDD byl do této skupiny delegován po domluvě místopředseda OSPDL ČLS JEP Zdeněk Zíma, který má s urgentní medicínou zkušenost. V úvodu prof. Prymula seznámil přítomné se záměry MZ, následně zástupci Společnosti urgentní medicíny prezentovali dosavadní průběh pilotů na urgentní příjmy – 14 v republice. Zástupci ZP představili rozvahu z hlediska nákladů. Široce byla diskutována problematika zneužívání LPS a nízkoprahového příjmu. Probírané téma se týkalo především dospělých pacientů, pediatrická část bude na základě předběžné dohody řešena zvlášť od dospělé především z důvodů personálních odlišností a rozdílů v pojetí. Na našem návrhu, který vznikl v rámci reformy primární péče, se nic nemění, resp. nebyl nijak rozporován ani diskutován. Nyní proběhne individuální příprava podkladů a další diskuse nad nimi bude na příštím zasedání.

(použity citace ze zprávy Zdeňka Zímy)

14. 11. 2018 se konalo další jednání **Komise péče o dítě MZ s tématem syndromu CAN**.

Jednání se za OSPDL zúčastnila MUDr. Pavla Hromádková, regionální zástupkyně OSPDL pro severní Čechy. Jak jsem již opakovaně informovala, v roce 2018 jsme se zapojili do Projektu prevence špatného zacházení s dětmi. V ČR je vypracována Národní strategie prevence násilí, ale v praxi narážíme na četné problémy, hlavně v komplexní a multioborové spolupráci. Projekt Prevence špatného zacházení s dětmi vznikl na popud WHO a má podporu ministerstva zdravotnictví, která byla potvrzena i záštitou ministra zdravotnictví Mgr. et Mgr. Adama Vojtěcha nad Zdravotnickým fórem s tímto tématem, konaným v červnu t.r. Realizační tým projektu tvoří zástupci PLDD, pediatrii, sociálního lékařství a klinických psychologů. V současnosti je konkrétním úkolem příprava semináře v Senátu ČR, který se bude konat v dubnu 2019. Zástupci zúčastněných organizací přednesou návrhy na možná řešení problému. Snahou bude najít jednotný postup v časném zachytu, ale hlavně pak v následné péči o děti se sy CAN. Každý by měl znát své pravomoci, povinnosti, ale také možnosti, kam dítě odeslat a kdo se o dítě s CAN bude nadále starat.

(použity citace ze zprávy Pavly Hromádkové)

25.-26. 1. 2019 se bude konat tradiční **sestávání školitelů PLDD**. Program, který má na starosti vědecký sekretář naší společnosti, MUDr. Yveta Tomanová, jsme se opět snažili koncipovat interaktivně. V programu budeme reagovat na některé problémy z praxe – proto byla jako jedno z témat zařazena novorozenecká problematika, včetně předčasného propouštění novorozenců, problematika nedonošených dětí, včetně očkovaní. Interaktivní část se pak bude týkat ve velké míře problémů vyplývajících ze „školitelské praxe“. Registrace je již spuštěna a podrobný program je vyvěšen na webu www.ospdl.eu.

Milé kolegyně, milí kolegové, moje informace je součástí posledního VOXu v roce 2018. Je na každém z nás, aby vyhodnotil, co nám tento rok přinesl dobrého, co zlého a jak s tím dále naložíme. Kromě krásných vánočních svátků vám všem – po několika letech, „prožitých“ ve funkci předsedkyně OSPDL ČLS JEP – do dalšího roku z celého srdce přeji pevné zdraví, milující rodinné zázemí a opravdové přátele. To je to, co je skutečně důležité!



Zápach jako příznak – diferenciální diagnostika

MUDr. Klára Vitoušová¹, MDDr. Kateřina Lízlerová²

¹ PLDD Brandýs nad Labem, ² Dentální centrum Podkovka

Jak praví definice, zápach je nepříjemný čichový vjem, před kterým se lze těžko bránit. I když pro člověka čich není hlavní a nejdůležitější smysl, jsou pro náš život vůně i zápachy jistě limitující v pozitivním i negativním smyslu.

Zápach lidského těla a jeho produktů je jistě do určité míry fyziologický, záviselý na fyzické aktivitě, hygieně a na prostředí, ve kterém člověk žije. Existuje však celá řada zápachů, které mohou být příznakem patologického stavu, akutního či dlouhodobě se rozvíjejícího.

Následující souhrn nemá za cíl dopodrobna rozebírat jednotlivé diagnózy, jde o přehled, který by měl být nápomocen každému praktickému lékaři, který je nucen řešit diagnózy napříč medicínou „od A do Z“ a ještě o kousek dál.

Zápachy rozdělíme podle místa, odkud převážně vycházejí, a kde bude tedy i pravděpodobně nalezena příčina.

■ 1. Foetor ex ore

Foetor (foetor, oris, m. – puch, zápach), halitóza (halitus – dech, pára, výdech)

Jako foetor ex ore označujeme zápach, který je cítit při výdechu ústy. Dech s nepříjemným oděrem ovšem nemusí být jen záležitostí intraorální. Halitóza je termín označující nepříjemný a okolí obtěžující zápach dechu, který má až z 90 % svůj původ v ústní dutině. Ten je výsledkem mikrobiálního rozkladu organických látek, jako jsou proteiny, peptidy nebo glukóza.

Zápach z úst je způsoben těkavými sloučeninami síry, mezi které patří methylmerkaptan, dimethylsulfid a hydrogensulfid, doprovázené aminy, aromatickými alkaloidy a karboxylovými kyselinami s krátkým řetězcem. Všechny výše zmíněné látky jsou vytvářeny bakteriálním rozkladem odumřelé tkáně či zbytků potravy, prováděným gramnegativními anaerobními proteolytickými mikroorganismy.

Zápach z úst můžeme rozdělit na fyziologický a patologický. Fyziologický foetor ex ore může být způsoben konzumací aromatických pochutin jako česnek, cibule, alkohol, káva, takovýto zápach označujeme jako přechodný. Jako fyziologický označujeme také zápach z úst po ránu. Během noci, díky snížené slinné sekreci, těla odumřelých bakterií ulpívají na povrchu jazyka a bukalní sliznice, kde díky proteolytickým bakteriím dochází k jejich dalšímu štěpení a produkci prchavých sloučenin síry, které způsobují specifický zápach.

Patologický foetor ex ore, který označujeme také jako pravý, má buď orální, nebo extraorální příčinu. Orální příčiny mohou být způsobeny chorobami parodontu a ústní sliznice, ulcerativními projevy v dutině ústní, zubním kazem, nekrotizací, nádory, ale nejčastěji nedostatečnou dentální hygienou. Specifický nasládlý typ zápachu je způsoben **akutní nekrotizující ulcerózní gingivitidou** neboli **nekrotizující chorobou parodontu**. Jedná se o fuzospirochetovou infekci, postihující především mladé jedince, způsobenou přemnožením spirochet rodu *Treponema* a dalších periopato-genů, k jejichž zmnožení dochází při nedostatečné hygieně s nánosy plaku a zubního kamene. Projevy této choroby jsou nejprve výrazné zarudnutí dásní s následnou nekrotizací mezizubních papil. Díky lokální nekróze se zde jako jeden z hlavních projevů choroby objevuje putridní foetor ex ore. Léčba této choroby by měla být založena především na zlepšení hygieny, odstranění zubního kamene a podávání antiseptik, případně antibiotik. Podobná postižení parodontu můžeme sledovat také u jedinců s HIV, kde tyto projevy mohou předcházet ostatním klinickým projevům tohoto onemocnění. Nespecifický zápach z úst může být způsoben **nedostatečnou hygienou** – hromaděním plaku a zubního kamene a také **parodontálními choboty s hnisavou exsudací**. Dále špatným stavem chrupu, ke kterému patří zubní kaz, přítomností radixů, infekce

kořenových kanálků a další. Častou příčinou zápachu z úst bývá **retence jídla či cizích těles v dutině ústní**. Důvodem zvýšené retence potravy mohou být defekty tvrdých zubních tkání (kaz, odlomené části zubů...), nepřesné výplně či protetické práce, postavení zubů se stěsnáním či naopak mezerami, přítomnost ortodontického aparátu či implantátů. Dále veškeré zánětlivé procesy probíhající v ústech, bakteriálního či mykotického původu, přispívají díky mikrobiálnímu rozkladu taktéž ke vzniku zápachu z úst. Svoji roli hraje i **komplikované hojení extrakčních ran**, rozpad postextrakčního koagula či ostitidy po extrakci – takzvané alveolitidy. Nemůžeme vynechat ani **zhoubné nádory v dutině ústní** a jejich případný rozpad.

U dětí může být zápach z úst zvýšený především při **prořezávání mléčných i stálých zubů**. Důvodem je především zvýšená retence potravy v oblasti prořezávajících se zubů a s ní spojená gingivitida, zánět dásní. Samozřejmě i bolest a citlivost při prořezávání zubů kolikrát spěje ke zhoršené dentální hygieně, čímž se citlivost i zápach z úst dále stupňují. Další příčiny vzniku foetor ex ore u dětí orálního původu jsou v podstatě shodné s dospělou částí populace, jedná se například o zánět sliznic po cytostatické léčbě, zápach při suchosti sliznic při snížené sekreci slin (Sjögrenův syndrom, xerostomie).

Mezi jednoznačně nejčastější příčiny zápachu z úst (s výjimkou špatné hygieny) patří veškeré **akutní záněty v dutině ústní**, gingivostomatitidy, glossitidy, záněty hltanu a tonzil, stejně tak chronické hnisavé rinitidy, sinusitidy či zánětlivé fokusy v adenoidní vegetaci. Specifický zápach, popisovaný jako „nasládle hnilobný“, vytváří *Corynebacterium diphtheriae* (záškrt) či *Fusobacterium nucleatum* či *Bacillus fusiformis* v kombinaci s *Treponema* nebo *Borrelia vincentii* (tzv. Plaut-Vincentova ulceromembranózní angína), jedná se o sekundární infekci způsobenou oportu-



ními patogeny dutiny ústní, kteří způsobí většinou jednostrannou ulceraci a následnou nektrotizaci tonzily. Vyskytuje se především u osob s velmi špatnou ústní hygienou (bezdomovci, narkomani...).

A v neposlední řadě již výše zmíněná **cizí tělesa** jsou u dětí velmi častou příčinou jednostranné chronické purulentní sekrece z nosu, zvláště nebezpečné jsou ploché baterie, které mohou i perforovat nosní přepážku. Cizí těleso v dutině ústní, hltanu či jícnu je pak zdrojem chronického zánětu, tedy i zápachu, sekrece hlenu, chronického kašle či poruchy polykání s jejími důsledky. V těchto lokalizacích mohou uvíznout také zbytky potravy, v tomto případě je třeba myslet i na vrozené či získané vady jícnu, stenózy, jícnové divertikly, achalázii apod.

I samotný gastroezofageální reflux a chronická ezofagitida může být zdrojem zápachu, i když u dětí se GER spíše manifestuje jinými příznaky nebo se jedná o zápach druhotný, vyvolaný kariézním chrupem.

■ 2. Foetor z dýchacích cest

Z dýchacích cest můžeme cítit zápach nasládlý – acetonový – **foetor aceticus**. První jistě přijde na mysl ketoacidóza u diabetu, ale diferenciální diagnostika je jistě širší. Například ketonická hypoglykémie nebo dlouhotrvající hladovění, včetně *anorexia nervosa*. Z vzácnějších příčin zmíníme ketoacidotickou krizi při intermediální formě nemoci javorového sirupu neboli leucinózy. U této choroby je typický sladký zápach popisován nejen z dechu, ale i moči, potu, ušního mazu. Charakter zápachu se popisuje jako javorový sirup, karamel nebo sušené hrušky. Od roku 2009 je leucinóza součástí novorozeneckého screeningu.

Při selhávání jater je jedním z příznaků **foetor hepaticus**, který je popisován jako „vůně syrových jater“. Zápach po moči vidáme při urémii, selhání ledvin – **foetor uremicus**.

Hnilobný zápach bývá příznakem chronického poškození dýchacích cest – např. při bronchiektaziích či plicních abscesech. Na intoxikaci nás může upozornit **zápach chemického charakteru** (látky jsou velmi různorodé a nelze je většinou přesněji popsat) – např. při zneužívání těkavých látek, benzínu nebo lampových olejů obsahujících parafín, který se vylučuje přes alveoly a může být zdrojem chemické pneumonie.

A v neposlední řadě samozřejmě požití některých potravin či nápojů způsobí charakteristický zápach dechu – alkohol, nikotin, cibule, česnek (CAVE! „česnekový dech“ bývá také u intoxikace fosforem).

■ 3. Zápach z ucha

V této lokalizaci se jedná v naprosté většině případů o hnilobný charakter zápachu při *otitis externa*, *otitis media acuta*, nebo je příčinou cizí těleso ve zvukovodu. Ve vzácnějších případech cholesteatom, a to buď vrozený, nebo vzniklý následkem chronických či opakovaných zánětů středouší.

■ 4. Zápach moči

Zápach moči může být relativně nevinný – např. při snížené hydrataci, užívání antibiotik, může být známkou zánětu v močových cestách nebo v oblasti zevního genitálu. Zvláštní pach moči však může být mnohdy jediným příznakem závažné choroby – již výše zmíněná leucinóza, fenylketonurie (pach po myšíně nebo koňské stáji), nasládlý zápach moči po acetonu u diabetu či hnilobný zápach při nádorových onemocněních způsobený rozpadem bílkovin.

■ 5. Zápach stolice

Normální zápach stolice je způsoben indolem a skatolem, který vzniká při rozkladu bílkovin ve střevě a silně závisí na koncentraci uvedených látek ve stolici, tedy na charakteru požití stravy.

Nejčastější příčinou patologického zápachu stolice je jednoznačně zánět – infekční či alergický. Všeobecně platí, že je většinou kyselého charakteru, který je dán změnou pH při kvašení stolice ve střevech – virové enteritidy, celiakie, intolerance laktózy (přechodná i trvalá) či jiné enzymopatie (např. deficit disacharidáz). Naopak alkalické pH stolice a zápach spíše hnilobného charakteru může značit exokrinní insuficienci pankreatu, cystickou fibrózu nebo bakteriální enteritidu (např. enteropatogenní kmeny *E. coli*). CAVE! při vysoce dávkované pankreatické substituci u cystické fibrózy se zápach ještě zvyrazňuje!

Černá objemná zapáchající stolice, tedy meléna, způsobená krvácením (více než 100 ml) v horních etážích trávicího traktu. Traduje se, že kdo jednou ucítí melénu, ten charakteristický pach už nikdy nezapomene.

■ 6. Zápach potu

Zápach potu vzniká až bakteriálním rozkladem na kůži, je různé intenzity v závislosti na fyzické aktivitě, počasí a kvalitě osobní hygieny. Abnormální zápach může být symptomem závažného onemocnění. Z metabolických chorob bychom zmínili trimethylaminurii („nemoc rybího zápachu“, mutace FMO3 genu), trimethylamin je vylučován dechem, pochází z cholinu a karnitinu ve stravě, který není z důvodu enzymového defektu v játrech oxidován na nezapáchající metabolit. Podobný charakter zápachu můžeme cítit přechodně u novorozenců jako známku nezralosti jater.

Pokud ucítíme u novorozence pach „zpočných nohou“, může se jednat o izovalerovou aminoacidurii, projeví se několik dní po narození těžkou ketoacidózou, zvracením, letargií, konvulzí až kómatem. Trombocytopenie a neutropenie jsou pravidlem. Bývá hypokalcémie a lehká až těžká hyperamonémie. Zápach cítíme z potu, ale i z moči, kde jsou vysoké hladiny izovalerové kyseliny. Jako poslední metabolickou vadu je třeba opět zmínit „nemoc javorového sirupu“ (leucinóza).

Jako další vzácnou příčinu pachu potu jmenujme bromhidrózu, projevující se výrazným zápachem potu zejména v oblasti apokrinních žláz, který je způsoben činností bakterií rozkládajících produkty žláz a keratinizace. V zápachu potu mohou být znát i některé požití látky, např. česnek, i některé léky, též arsenik.

■ Literatura:

1. Slezák R, Dřížhal I. Atlas chorob ústní sliznice. Praha: Quintessenz, 2004. ISBN 80-903181-5-0.
2. Oliveira A, Faria A, Oliva M. Fish Malodour syndrome in a child. BMJ Case Rep. 2015 Apr 13;2015. pii: bcr2014207002. doi: 10.1136/bcr-2014-207002.
3. PLOIER, Robert. Differenzialdiagnosen in der Kinder- und Jugendmedizin. J. Janda, 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2015, 432, ISBN 978-80-247-5007-1



Foetor

MUDr. Jiří Liška, CSc., Bc. J. Beránková, DiS.

Plzeň

Foetor znamená zápach. V medicíně nejčastěji hovoříme o zápachu z úst (*foetor ex ore*), který může mít velký diagnostický význam. Některé chorobné stavy jsou totiž spojeny právě s charakteristickým pachem vydechovaného vzduchu. Příkladem je *foetor acetonicus*, *foetor hepaticus*, *foetor ethylicus* a *foetor uremicus*.

■ Foetor ex ore (lat.) – zápach z dutiny ústní, též halitóza

Halitóza může být dočasná nebo trvalá a ovlivňují ji různé příčiny. Tyto příčiny lze rozdělit na celkové a lokální. Mezi celkové patří například záněty v oblasti krku, problémy s trávením, látky z potravy obíhající v krvi nebo selhávání jater či cukrovka. Patří sem i zápach jako důsledek užívání některých léků (cyklosporin). Většinou ale za zápach z úst mohou lokální stomatologické příčiny, jako je zubní kaz či různé druhy zánětu v ústech, zejména *alveolitis sicca* – suché lůžko po extrakci třetích molárů.

(viz obr. 1¹)

Mezi možné příčiny v oblasti ORL patří sinusitida, tonzilitida a alopeus korpusů.²

Důvodem zápachu z úst jsou těkavé sloučeniny síry, zejména disulfid vodíku a me-

tylmercaptan, které vznikají jako produkt bakteriálního rozkladu aminokyselin ve zbytcích jídla, slinách a mrtvých buňkách epitelu (krycí tkáň).³

Pro zbývající část příčin existuje rozsáhlá diferenciální diagnostika, která se pohybuje od metabolických poruch, poruch dýchacích cest až ke gastrointestinálním poruchám. V systémech registrace je uveden pod kódem D20 výskyt 3,5 a 3,7 na 1 000 pacientů ročně.⁴

■ Foetor acetonicus

„Aceton spolu s kyselinou hydroxymáselnou a acetoctovou vznikají při neléčeném diabetu I. typu, který je diagnostikován u mladých jedinců a je způsoben nedostatečnou tvorbou inzulínu slinivkou břišní. Hladina glukózy v krvi je značně zvýšena, ale chybí inzulín, který se podílí na jejím transportu do tkání. Tkáň tak vlastně hladovějí, což je signálem k masivní aktivaci tukových rezerv. Ne všechny mastné kyseliny z tuků mohou být zpracovány na využitelnou energii; některé jsou přeměněny právě na zmíněné ketolátky.“⁵

■ Foetor hepaticus

U pacientů s různým stupněm hepatocelulárního selhání může dech získat sladkou, houževnatou, nebo dokonce mírně fekální vůni nazvanou *foetor hepaticus*, která byla přičítána především těkavým sloučeninám síry s příspěvkem z různých dusíkatých látek. Zřídka se u takových pacientů vyskytuje také neobvyklý tělesný zápach a analogicky se „syndromem zápachu ryb“, o kterém je známo, že je způsoben nadměrným trimethylaminem, byla zkoumána dostupnost tohoto graveolentního aminu potenciálně přispívajícího k zápachům spojeným s jaterním onemocněním. Ve vlastním výzkumu, kdy byla moč (0–24 h) odebrána od 63 pacientů s různými jaterními onemocněními dříve potvrzenými v nemocnici pomocí různých biochemických, imunologických, patologických a radiologických vyšetření, byly hladiny trimethylaminu a trimethylaminu v moči měřeny plynovou chromatografií v hlavním prostoru. Celkem 32 ze 63 pacientů (50 %), resp. 25 z 47 pacientů s primárním onemocněním jater (53,2 %) a 7 ze 16 pacientů se sekundárním jaterním onemocněním (43,8 %), mělo hladiny trimethylaminu v moči vyšší než horní mez rozsahu považovaného

Obr. 1



Obr. 2





za normální (0,08–1,84 µg/ml). Sedmnáct pacientů vyloučilo velké množství volného trimethylaminu (více než 10 µg/ml), což je nad prahem, který obvykle souvisí s výskytem „rybího“ tělního pachu a zatuchlého dechu. Závěrem je tedy možné říci, že nadměrné množství trimethylaminu může přispět k celkovým problémům s tělesným zápachem, které se vyskytují u pacientů s těžkým onemocněním jater, což u těchto osob vytváří sekundární formu „syndromu zápachu ryb“.⁶ (viz obr. 2)

■ Foetor uremicus

Foetor uremicus je zápach vydechovaného vzduchu u pacienta s urémií. Pach připomíná moč a myšinu, důvodem je přítomnost amoniaku, který vzniká v dutině ústní ve slinách z močoviny působením tamních enzymů. U chronického selhání ledvin je ve většině případů klinický obraz – slabost, únavnost, hypertenze, dušnost, dyspeptické obtíže, hemoragie, šedožlutý odstín kůže a *foetor uremicus*. Provádí se laboratorní vyšetření – U-kreatinin, Ca, P, kyselina močová. Ideální léčbou je bilance tekutin, příjem Na, K, ovlivnění pH, omezení příjmu bílkovin v dietě, omezení příjmu purinových bází, léčba hypertenze, normalizace KO vč. dávkování léků.⁸

■ GE komplikace u chronického onemocnění ledvin

GE problémy jsou nejčastěji u renálních nemocných, kde je příčinou vlastní, většinou chronické ledvinové onemocnění. GE komplikace u nemocných s chronickou renální insuficiencí a CKD stadia 4–5 se vyskytují často a mohou být spojeny s výraznou morbiditou.

Nejsou zatím bohužel vzácné případy, kdy nemocný přichází na interní oddělení s gastrointestinálními obtížemi a zjistí se pokročilý selhání ledvin, ev. i s uremickou gastrointestinální symptomatologií. V důsledku retence dusíkatých katabolitů a změny pH vnitřního prostředí v organismu (kompenzovaná či dekompenzovaná metabolická acidóza) se mění i střevní bakteriom a střevem je vylučováno více dusíkatých metabolitů (dle bilančních studií až 4 g/den dusíku místo standardního 1,5 g/den). Gastrointestinální komplikace pokročilého neléčeného selhání

ledvin se mohou projevovat uremickým zvracením, gastritidou, enterokolitidou s průjmy a přítomností metabolitu močoviny amoniaku v dechu, tzv. *foetor uremicus*. Ten se většinou objevuje, pokud je sérová koncentrace močoviny vyšší než 20 mmol/l. Starší práce z předdialyzačního období udávaly vysoký výskyt GE komplikací. Anorexie, průjmy, uremický *foetor*, slizniční ulcerace a krvácení do GIT byly dominující manifestací. Závažnou komplikací bylo krvácení do horních partií GIT, většinou z peptických lézí. Poznatky o vlivu terminálního stadia chronického selhání ledvin na GIT byly založeny na patologicko-anatomických nálezech u nedialyzovaných nemocných.⁹

■ Literatura

- 1 <https://www.juniordentist.com/dry-socket-alveolar-ostetis.html>
- 2 Autor: W. de Ruijter, http://download.nhg.org/FTP_NHG/standaarden/FTR/Foetor_text.html
- 3 Zubní onemocnění, <http://hygienistky.cz/clanky/zubni-onemocneni-cast-6-zapach-z-ust-neboli-halitosi-neboli-foetor-ex-ore>
- 4 Okkes IM, Oskam SK, Lamberts H. Van klacht naar Diagnose. Bossum: Coutinho, 1998
- 5 Foetor, <https://priznaky.vitalion.cz/pach-acetonu-z-ust/>
- 6 Mitchell S, Ayesh R, Barrett T, Smith R. Trimethylamine and foetor hepaticus. *Scand J Gastroenterol.* 1999 May;34(5):524–528. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10423071>
- 7 <https://medicinaonline.co/2018/06/02/foetor-hepaticus-causa-odore-definizione-significato/>
- 8 https://is.muni.cz/el/1411/podzim2017/BD0I0321p/um/17._Nefrologie.ppt
- 9 Teplan V, Marečková O, Lukáš M. Onemocnění gastrointestinálního traktu a choroby ledvin, *Gastroent Hepatol.* 2018;72(1):50–57. doi:10.14735/amgh201850. <http://www.csgh.info/cs/clanek/onemocneni-gastrointestinalniho-traktu-a-choroby-ledvin-10883>

■ V Brně by mohl být první porodní dům v Česku

Brno chce být prvním městem u nás, které nabídne ženám porod v tzv. porodním domě. Po vzoru Francie, Velké Británie, Německa nebo skandinávských zemí by mohl vzniknout přímo v areálu některé z nemocnic ve městě.

V podstatě by šlo o takový malý penzion, obklopený zdravotnickými budovami. Pracovaly by v něm pouze porodní asistentky. Lékař by byl využit jen v případě, že by se porod zkomplikoval.

„Chceme být průkopníkem v poskytování tohoto druhu zdravotní péče v republice. Porodní dům by mohl být pro některé ženy zlatou střední cestou mezi porodem v nemocnici a porodem doma,“ řekl Právu náměstek brněnského primátora Petr Hladík (KDU-ČSL).

Zájem o domácí porody roste

Na potřebnosti zřídit porodní dům se shodli členové čtyřkoalice, která v listopadu převezme řízení Brna. Záměr zanesli spolu s jinými klíčovými projekty pro rozvoj moravské metropole do své koaliční smlouvy. Jejich vizí je, aby stavbu porodního domu zařídil po domluvě s městem soukromý investor.

Město provozuje Nemocnici Milosrdných bratří, v níž je porodnice. Další dvě porodnice jsou součástí Fakultní nemocnice Brno. Ve městě se ročně narodí 8 000 dětí. Zájem o domácí porody postupně roste.

„Porodní domy jsou určeny pro ženy, u nichž se očekává hladký průběh porodu. V některých zemích jsou domy součástí nemocnic. Jinde jsou vzdáleny od porodnic zhruba čtvrt hodiny jízdy autem,“ řekla Právu dula a propagátorka této myšlenky Majka Staňková.

Dodala, že budoucí maminka již v době těhotenství navštěvuje porodní dům, a pokud vše probíhá hladce, absolvuje přípravu na porod i se základními vyšetřeními. Přitom si vybere porodní asistentku. K porodu může ženu doprovázet její dula, popřípadě někdo z rodiny.

Z porodních domů odchází ženy s dětmi několik hodin po porodu domů. Samozřejmě jen za předpokladu, že matka i potomek jsou naprosto v pořádku.

Zdroj: novinky.cz, 30. 10. 2018



Hyperhidróza u dětí, možnosti léčby

MUDr. Andrea Kubátová, prof. MUDr. Jana Hercogová, CSc.

dclinic, Praha

■ Úvod

Hyperhidróza vychází z řeckého slova *hyper* (nad) a *hidros* (pocení), jedná se tedy o patologický stav spojený s nadměrnou sekrecí potu nad množství, které je potřebné k regulaci tělesné teploty. Hyperhidróza výrazně ovlivňuje společenský a psychologický rozvoj dítěte. Nadměrné pocení v oblasti podpaží je viditelné na oblečení a vyžaduje výměnu oděvu i vícekrát denně. Vlhké kožní záhyby jsou často náchylné ke vzniku iritační dermatitidy a sekundárně se může v těchto oblastech rozvinout plísňová či bakteriální infekce. Pocení nohou může vyvolat nepříjemný zápach, který vede k psychologickým problémům těchto pacientů a ztrátě sociálních vztahů, vyhýbání se fyzickému kontaktu a možnému rozvoji depresivních stavů.¹

Prvním krokem při hodnocení pocení je rozlišovat mezi generalizovaným a lokálním nadměrným pocením. Lokální (primární, idiopatická) forma nadměrného pocení se vyskytuje u jinak zdravých dětí, její příčina je neznámá. Idiopatická unilaterální lokalizovaná hyperhidróza je vzácná forma, lokalizovaná do ostře ohraničené oblasti obličeje nebo na horních končetinách jinak zdravého jedince, příčina je neznámá. Aurikulotemporální syndrom (syndrom Freyové) je častou komplikací chirurgie příušní žlázy. Je způsoben aberantním prorůstáním parasympatických vláken *nervus auriculotemporalis* do kožních potních žlázek. Typicky je syndrom charakterizován pocením, zarudnutím a pálením kůže parotické oblasti v návaznosti na chuťové podněty.² Generalizovaná hyperhidróza je obvykle součástí jiného základního onemocnění, jako jsou akutní či chronické infekce, endokrinologické onemocnění (*diabetes mellitus*, tyreotoxikóza, hypoglykémie atd.), maligní onemocnění (Hodgkinova choroba, myeloproliferativní onemocnění) či neurologické onemocnění (*syringomyelie*, léze v centrálním nervovém systému, *tabes dorsalis*). Může být způsobena vlivem užívání některých léků (fluoxetin, antiemetika).

Nejčastějším typem je tzv. primární lokalizovaná hyperhidróza v podpaží, dlaních a ploskách.³

■ Patofyziologie pocení

Ekrinní žlázy

Ekrinní žlázy jsou rozptýleny téměř po celém povrchu těla s výjimkou nehtového lůžka, modifikované kůže červeně rtů, malých stydkých pysků, klitoris, *glans penis* vnitřního listu prepucia. Četné jsou na dlaních, v axilách a ploskách. Jejich množství je kolem 3 milionů.

Pot, který produkují, se skládá v 90 % z vody, iontů (zejména NaCl) a dalších prvků. Množství a rychlost vylučování potu je kontrolována centry v hypotalamu. Ekrinní žlázy jsou inervovány ze sympatického nervového systému, především cholinergními vlákny, jejichž funkce je ovlivněna zejména změnami tělesné teploty (teplota jádra), zvýšená sekrece je také při emočním stresu. Pocení je významné zejména pro termoregulaci, hydrataci rohové vrstvy a exkreci toxických látek.

Apokrinální žlázy

Množství apokrinálních žláz je menší než ekrinních a jsou lokalizovány v axilách, anogenitální oblasti a prsních bradavkách. Funkčně aktivními se stávají v období puberty vlivem hormonů. Produkují viskózní sekret bohatý na lipidy, který velmi často zapáchá kvůli bakteriálnímu rozkladu na kůži.

■ Diagnostika a léčba

Na základě nejnovějších studií byla vytvořena diagnostická kritéria pro lokální (primární, idiopatickou) hyperhidrózu, která mohou usnadnit klinické vyšetřování a terapeutický přístup. Kritéria zahrnují nadměrné pocení v trvání 6 měsíců nebo více, dále 4 nebo více z následujících bodů. V první řadě postižení ekrinních žláz v těchto lokalitách: axily, dlaně, chodidla, kraniofaciální oblast, dále bilaterální a symetrické postižení, chybění nočních epizod profuzního pocení

alespoň jednou týdně, začátek potíží ve 25 letech věku nebo méně, pozitivní rodinná anamnéza, negativní vliv na každodenní činnosti.⁴ Pozitivní rodinná anamnéza se vyskytuje až u 50 % pacientů mladších 20 let s idiopatickou hyperhidrózou.⁵ V současné době již existuje objektivní posouzení nadměrného pocení, sloužící ke stanovení účinnosti různých terapií. Mezi ně patří gravimetrické posouzení produkce potu pomocí filtračního papírku ke kvantifikaci vylučování potu, které se však v běžné praxi neužívá.⁶ Dále tzv. jód-škrobový (Minorův) test. Slouží k orientačnímu stanovení plošného rozsahu postižení. Jeho provedení je jednoduché. Po natření vyšetřované oblasti 1% jódovou tinkturou se plocha zasype škrobem. Fialovo-hnědé zbarvení vymezi oblasti pocení.

Nadměrné pocení značně zasahuje do řady denních aktivit. Cílem studie z r. 2007 bylo vytvořit klinické pokyny pro rozpoznání, diagnostiku a léčbu hyperhidrózy.⁷ Dle stupnice závažnosti hyperhidrózy (HDSS) se hodnotí míra snášenlivosti nadměrného pocení v souvislosti s každodenní činností. Jedná se o čtyřbodovou stupnici pro hodnocení závažnosti pocení. Vyšší HDSS skóre vyjadřuje nižší snášenlivost hyperhidrózy a vyšší omezení pacientů v běžném životě. Skóre 3 nebo 4 vyjadřuje závažnou hyperhidrózu, zatímco u skóre 1 nebo 2 se jedná o mírnou nebo středně závažnou hyperhidrózu.

Konzervativní léčba

Cílem léčby je snížení pocení, nikoli jeho kompletní eliminace. V lokální léčbě se nejvíce využívá 20% hexahydrát chloridu hliníkového. Aplikuje se po omytí na suchou kůži před spaním. Využívá se hlavně u axilární hyperhidrózy, u palmární či plantární lokalizace je jeho efekt krátký. Nevýhodou je jeho opakovaná aplikace s možností kontaktní alergické reakce. Dle nejnovějších poznatků bylo prokázáno, že přítomnost hliníku v antiperspirantech nezvyšuje riziko vzniku karcinomu prsu.⁸ Lokální aldehydová činidla, jako je například formaldehyd a glutaraldehyd, mají omezené použití v léčbě idiopatické



hyperhidrózy, protože mohou způsobit alergické reakce a lokální podráždění.

Další metodou v léčbě idiopatické hyperhidrózy je iontoforéza. Mechanismus účinku není zcela znám. Jedná se o fyzikální metodu, u které pomocí stejnosměrného proudu procházejí neporušeným kožním povrchem ionizované látky. Používá se u plantární a palmární hyperhidrózy. Postup zahrnuje umístění rukou či nohou v míse naplněné vodou, přes kterou elektrický proud prochází. Nevýhodou je nutnost opakovaných ošetření a možnost vzniku iritační dermatitidy.

V současné době metodou volby číslo jedna v léčbě lokální axilární hyperhidrózy je injekční aplikace botulotoxinu A a B. Botulotoxin je neurotoxin produkovaný anaerobní bakterií *Clostridium botulinum*. Botulotoxin se aplikuje intradermálně, nejčastěji do oblasti axil, a působí tak, že inhibuje uvolňování acetylcholinu v neuromuskulárním spojení a ze sympatických nervů, které inervují ekrinní potní žlázy, což má za následek ztrátu pocení na několik měsíců. Podle nejnovějších studií opakované aplikace botulotoxinu A prodlužují efekt léčby primární axilární hyperhidrózy.⁹

Lze jej aplikovat také do oblasti dlaní či plosek, kde je však jeho aplikace velmi bolestivá. Injekční aplikace botulotoxinu A při léčbě palmární a plantární hyperhidrózy může způsobit přechodnou slabost malých svalů ruky a nohy.⁴ První zdokumentované použití botulotoxinu typu A u pediatrického pacienta s axilárním nadměrným pocením bylo v roce 2005. Čtrnáctiletá dívka měla dvouletou anamnézu nadměrného pocení, která jí zabraňovala ve sportovních aktivitách a způsobila, že se u dívky rozvinulo špatné držení těla, aby zakryla pot. Předchozí místní a celková terapie byla neúčinná. Pacientka byla léčena injekcemi 250 IU botulotoxinu (Dysport) do každé axily. Významné zlepšení bylo zaznamenáno po tříměsíčním sledování. Efekt terapie umožnil dítěti získat opět důvěru v kolektivu a dívka se mohla vrátit zpět k normálnímu životu.¹¹ Dle údajů SÚKL bezpečnost a účinnost botulotoxinu v léčbě primární axilární hyperhidrózy u dětí a dospívajících (jsou omezené zkušenosti u dospívajících ve věku 12–17 let) nebyla stanovena. Léčba je plně hrazena pacientem.

Chirurgická léčba

Mezi chirurgické metody v léčbě hyperhidrózy patří hrudní sympatektomie (endoskopická či klasická) a axilární liposukce. Několik retrospektivních a nekontrolovaných klinických studií prokázalo, že endoskopická hrudní sympatektomie je účinnou metodou při odstraňování těžké a nepříznivé idiopatické hyperhidrózy. Hlavním nežádoucím účinkem této metody je vysoký výskyt mírného až těžkého kompenzačního pocení, obvykle zahrnující trup a dolní končetiny. Jiné nežádoucí účinky zahrnují přetrvávající neuralgie, Hornerův syndrom, navíc riziko vzniku pneumotoraxu. Chirurgické řešení hyperhidrózy je velmi účinné, ale mělo by být vyhrazeno pro pacienty, u nichž jiné terapeutické metody byly neúčinné a kteří si uvědomují rizika a možné komplikace s chirurgickým zákrokem spojené.

Shrnutí pro praxi

Hyperhidróza je lokální (primární, idiopatická) nebo generalizovaná. Generalizovaná hyperhidróza je obvykle součástí jiného základního onemocnění. U lokalizované (primární, idiopatické) formy je léčba konzervativní nebo chirurgická. Včasná diagnostika a vhodný typ léčebného postupu mohou vést k dramatickému zlepšení kvality pacientova života. I přes to, že se jedná o relativně běžnou nemoc, bývá bohužel pozdně diagnostikována a nedostatečně léčena, zejména u dětí. A proto právě pediatři mohou být nápomocni v počáteční diagnóze a posouzení tohoto stavu. Důležitá je tedy mezioborová spolupráce dermatologa, pediatra a chirurga.

Použitá literatura

1. Haider A, Solish N. Focal hyperhidrosis: diagnosis and management. CMAJ. 2005 Jan 4;172(1):69–75.
2. Paller AS, Mancini AJ. Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology. 4th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2011, s. 181–182.
3. Perera E, Sinclair R. Hyperhidrosis and bromhidrosis -- a guide to assessment and management. Aust Fam Physician. 2013 May;42(5):266–269.
4. Walling HW. Clinical differentiation of primary from secondary hyperhidrosis. J Am Acad Dermatol. 2011 Apr;64(4):690–695.

5. Haider A, Solish N. Focal hyperhidrosis: diagnosis and management. CMAJ. 2005 Jan 4;172(1):69–75.
6. Bhidayasiri R, Truong DD. Evidence for effectiveness of botulinum toxin for hyperhidrosis. J Neural Transm (Vienna). 2008;115(4):641–645.
7. Solish N, Bertucci V, Dansereau A, Hong HC, Lynde C, Lupin M, Smith KC, Storwick G; Canadian Hyperhidrosis Advisory Committee. A comprehensive approach to the recognition, diagnosis, and severity-based treatment of focal hyperhidrosis: recommendations of the Canadian Hyperhidrosis Advisory Committee. Dermatol Surg. 2007 Aug;33(8):908–923.
8. Willhite CC, Karyakina NA, Yokel RA, Yenugadhati N, Wisniewski TM, Arnold IM, Momoli F, Krewski D. Systematic review of potential health risks posed by pharmaceutical, occupational and consumer exposures to metallic and nanoscale aluminum, aluminum oxides, aluminum hydroxide and its soluble salts. Crit Rev Toxicol. 2014 Oct;44 Suppl 4:1–80.
9. Brehmer F, Lockmann A, Grönmeyer LL, Kretschmer L, Schön MP, Thoms KM. Repetitive injections of botulinum toxin A continuously increase the duration of efficacy in primary axillary hyperhidrosis: a retrospective analysis in 101 patients. J Dtsch Dermatol Ges. 2015 Aug;13(8):799–805.
10. Kouris A, Vavouli C, Markantoni V, Kontochristopoulos G. Muscle weakness in treatment of palmar hyperhidrosis with botulinum toxin type a: can it be prevented? J Drugs Dermatol. 2014 Nov;13(11):1315–1316.
11. Schnider P, Moraru E, Kittler H, Voller B, Kranz G, Auff E. [Botulinum toxin in the treatment of focal hyperhidrosis]. Wien Klin Wochenschr. 2001;113 Suppl 4:36–41.
12. Farrugia MK, Nicholls EA. Intradermal botulinum A toxin injection for axillary hyperhidrosis. J Pediatr Surg. 2005 Oct;40(10):1668–1669.



Kaz a zánět – nejčastější problémy dětského chrupu. Jak může pomoci dentální hygiena?

Bc. Lenka Kratochvílová¹, MDDr. Václav Manhart²

¹DéHá hygiena, Praha; ²Manhartova ZUBÁRNA, Praha

Jak bojovat se vznikem zubních kazů a zánětů dásní u dětí? Jednoduše. Stačí pravidelné a důkladné mechanické čištění vhodnými zubními pomůckami.

Příčinou onemocnění zubů a dásní je nedostatečné mechanické odstraňování mikrobiálního biofilmu z povrchu zubů, z mezizubních prostor a dásňového žlábků, který se nachází v úrovni mezi zubem a dásní.

Nejdůležitější roli hrají vhodné zubní pomůcky – zubní kartáček a mezizubní kartáček – a technika, jakou zuby čistit. Zubní nit doporučujeme v období, kdy nejsou uzavřeny mezizubní prostory, ale jak dítě, tak rodiče musejí být obeznámeni s bezpečnou manipulací s ní. Efektivní a správné čištění se dítě učí jak přímo od hygienistky, tak posleze od rodičů, kterým správnou techniku hygienistka či zubní lékař vysvětlí a naučí. Klíčovou osobou pro správnou motivaci dětí je právě informovaný rodič, který má pozitivní přístup k udržování správné zubní péče jak u dětí, tak u sebe. Děti pravděpodobně nebudou dělat to, co nevidí u svých rodičů.

■ Zubní kaz

Zubní kaz je mikrobiální proces, při kterém dochází k narušení a ničení tvrdých zubních tkání. Začíná především ve sklovině jako křídově bílá skvrna, odkud se postupně šíří směrem do hloubky. Zde zasahuje dentin a v pozdějších stádiích vede k zánětu zubní dřeně (pulpitidě). Zanedbaný zubní kaz může zub značně destruovat a vést ke komplikacím, jako jsou záněty okolních tkání či samotná ztráta zubu.

V prevenci se tedy zaměřujeme jak na správné čištění zubů, tak na stravovací návyky. Tyto zvyklosti se častokrát tradují v rodinách a mohou budit dojem dědičnosti zubního kazu a jiných problémů. Dědičné faktory jako tvarové modifikace fissur či postavení zubů, popřípadě některé vzácné dědičné choroby (*amelogenesis imperfecta*, *dentinogenesis imperfecta*) hrají z hlediska četnosti výskytu zubního kazu minimální roli.

Cílem všech stomatologů je udržet zdravou primární dentici. Jedním z důvodů je elimi-

nace zánětu ve vyvíjejícím se organismu z přítomného kariézního chrupu, jemuž musí imunitní systém dítěte čelit. V případě zanedbané péče dochází k šíření zánětu do okolí kořene zubu, často doprovázené otokem a bolestí.

Přítomnost dočasné dentice podmiňuje také správný růst čelistí, artikulačních návyků a postavení stálých zubů. Dočasné stoličky se v ideálním případě vyměňují za stálého nástupce až ve 12–13 letech. Pokud dojde k předčasné ztrátě dočasných molárů vlivem zubního kazu dříve, než je jejich fyziologická výměna, může touto komplikací dojít k ortodontickým anomáliím v postavení zubů, zejména ztrátou prostoru. Proto je snahou zubních lékařů tyto zuby zachovat v dutině ústní co nejdéle a kariézní léze sanovat.

U dítěte je většinou snazší zubnímu kazu předcházet, než ho řešit v zubní ordinaci. Problémem je špatná spolupráce dětského pacienta. Dítě málokdy připravíte tak, aby nespustilo pláč z vyděšení jako při bolesti. Jakýkoliv diskomfort při zákroku má za následek trauma pro dítě. Zneclitlivění v podobě lokální anestezie v zánětlivém prostředí nefunguje spolehlivě z důvodu kyselého pH.

K zubaři poprvé v půl roce

S profesionální péčí o dočasný chrup začínáme poměrně brzy. Ideálním časem pro první návštěvu u zubního lékaře je období prořezání prvního zubu cca v šesti měsících stáří dítěte. Při návštěvě informujeme rodiče jak postupovat při čištění, jaká jsou rizika, a již dopředu varujeme před rizikovými návyky, které mají za následek kariézní chrup dítěte v nízkém věku. Důležité je, aby si dítě nezvykalo na sladké nápoje v průběhu noci (např. mléko). Před sladkými nápoji doporučujeme upřednostnit vodu nebo neslazený čaj.

Nejnáchylnějším obdobím pro vznik zubního kazu je období po prořezání zubu do dutiny ústní. Povrch zubu – sklovina – takzvaně ma-

turuje. Dochází k částečné výměně iontů ve struktuře skloviny, která se stává odolnější. Druhá návštěva je ideální po prořezání všech frontálních zubů, cca po jednom roce dítěte. Třetí návštěva ideálně po prořezání prvního moláru. Nejpozději v tomto období doporučujeme odstranit dudlík, pokud jej dítě ještě používá. Při jeho pokračujícím užívání hrozí špatné postavení zubů nebo špatný vývoj čelistí. Vzniká tzv. otevřený skus. Čtvrtá návštěva následuje v době prořezání špičáku, pátá s kompletním prořezáním dočasným chrupem, kde v případě uzavřených mezizubních prostorů seznamujeme rodiče s praktickým nácvikem čištění mezizubními kartáčky. Mateřské mléko obsahuje velké množství cukrů, proto z hlediska zdraví zubů nedoporučujeme dlouhodobé noční přikrmování po vyčištění zubů dítěte, pokud není podstatné z výživového hlediska pro zdraví dítěte (cca do 1,5 roku dítěte).

■ Zánět dásní

Zánět dásní neboli gingivitida je nejčastějším a současně i nejvýznamnějším onemocněním dásní. Jedná se o plaketu podmíněné onemocnění, které může ve středním věku života progredovat až do parodontitidy. Chronický neléčený zánět, který je ovlivněn nedostatečnou hygienou především v mezizubních prostorech, může vést až k samotné ztrátě zubů.

Základním projevem zánětu dásní je přítomný otok, zarudnutí, krvácení z dásní při čištění či samovolně, v akutním případě pocit bolesti.

Iniciální fáze léčby zánětu dásní začíná v ordinaci dentální hygienistky, kde proběhne základní klinické vyšetření dásní a zhodnocení úrovně orální hygieny. Poté následuje motivace a hygienická instruktáž k léčbě postiženého parodontu.

Při zánětu je důležité pravidelně redukovat výskyt zubního plaku pod práh patogenity. Zubní povlak je strukturovaný mikrobiální



Obrázek 1 Zuby po aplikaci plak detektoru



Obrázek 2 Zuby po profesionálním čištění

biofilm, který ulpívá na povrchu zubů a dásní, je tvořen z bakterií, jejich metabolitů, zbytků potravy a součástí slin. Nejdůležitější je plak odstraňovat mechanicky, svoji důležitou roli hrají vhodná technika čištění a pomůcky, s jejímž výběrem poradí dentální hygienistka nebo zubní lékař.

■ Dentální hygiena – řešení i prevence

Celoživotní zachování zdravých zubů je hlavním cílem dentální hygieny. První návštěva dítěte v ordinaci dentální hygieny se doporučuje po uzavření všech mezizubních prostor pro nácvik interdentalních kartáčků (2,5–3 roky), v případě mezerovitého chrupu okolo 4.–5. roku života.

Dentální hygienistka kontroluje stav zubů a dásní, přítomnost plaku a krvácení z dásní. Poté následuje motivace a hygienická instruktáž. Rodič i dítě jsou informováni jak teoreticky, tak zejména prakticky s dentál-

ními pomůckami. Po praktickém nácviku následuje profesionální profylaktická terapie. Praktická instruktáž zahrnuje nácvik čištění s klasickým extra měkkým kartáčkem, s mezizubním kartáčkem, popř. s flosserem. Jako výborná pomůcka k vizualizaci plaku a zlepšení motivace k čištění nám poslouží plak detektory (viz obr. 1). Zubní povlak se jím obarví podle stupně vyzrálosti. Čím je barva tmavší, tím déle zde povlak působí a stává se škodlivým pro zuby a dásně.

Krouživé pohyby extra měkkým kartáčkem

Z kartáčků k čištění zubů vybíráme vždy ten, který má extra měkká, hustá, rovně střižená vlákna. Pracovní hlavička kartáčku by měla být malá pro snadnou manipulaci a dostupnost v postranním úseku. Tvrdý zubní kartáček není k dásním šetrný, pro dítě je čištění nepříjemné až bolestivé a i z tohoto důvodu může čištění odmítat. Děti rády napodobují, co dělají ostatní, proto je vhodné si doma zuby čistit společně. Základní instrukcí,

kterou dítěti předáváme, je skousnout zuby k sobě a krouživými pohyby bez tlaku na kartáček čistit celý chrup od předních zubů k zadním. Dítěti říkáme, aby na zubech kreslilo kolečka. Postupem času, až se stává motoricky zdatnější, přecházíme na techniku malých krouživých pohybů u jednotlivých zubů se sklonem štětin pod úhlem 45 stupňů směrem do dásní. Nemělo by se zapomínat na zadní plošky posledního zubu a vnitřní plošky zubů. Čištění by mělo probíhat systematicky, abychom žádný zub nevynechali. Na závěr se nesmí zapomenout na kousací plošky. Rodiče musejí zuby vždy dočišťovat, minimálně do 8 let.

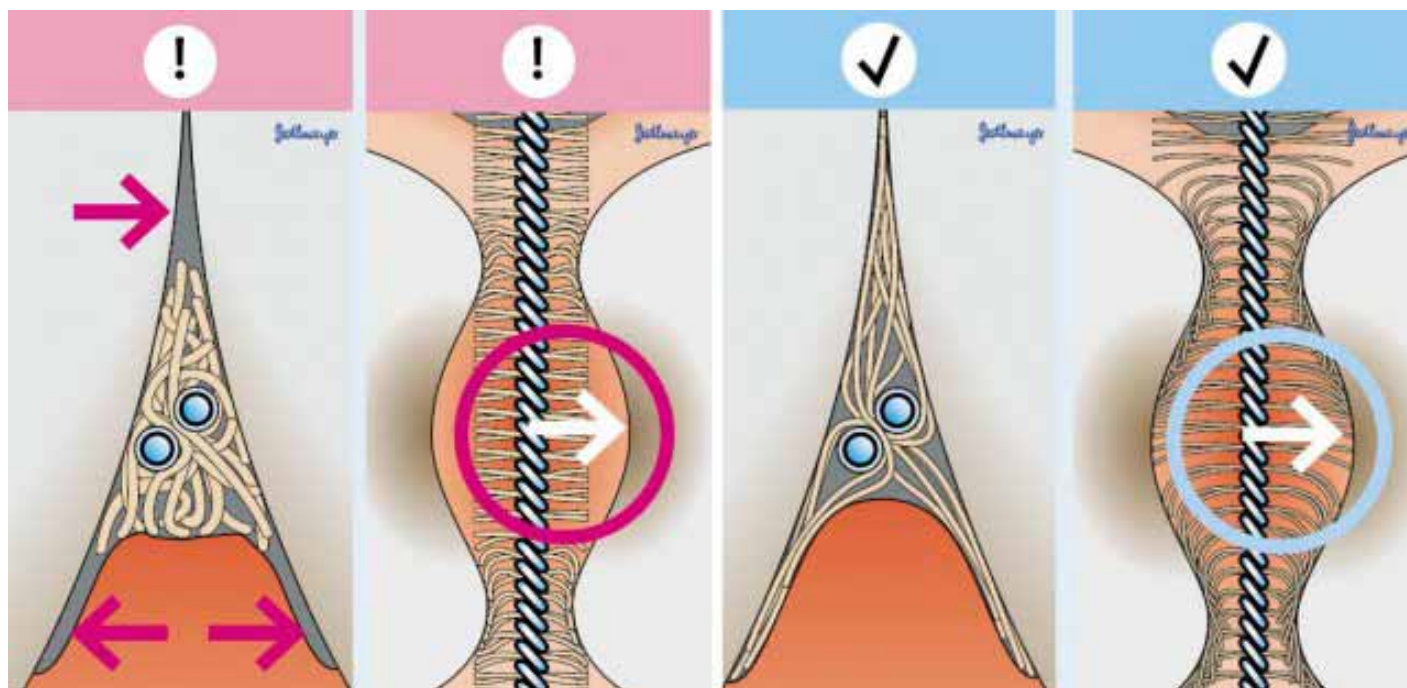
Plak detektorové tablety lze pořídit i k domácímu použití. Výborným pomocníkem na dočišťování jednotlivých zubů je solo kartáček. Malá hlavička kartáčku se snadno dostane do špatně přístupných míst nebo je vhodný při prořezání prvních zoubků. V případě dlouhodobě nevyhovující hygieny u dítěte doporučujeme variantu náhrady klasického

Obrázek 3 Zubní kámen na vnitřní ploše dolních řezáků



Obrázek 4 Gingivitis, krvácení z dásní po zavedení mezizubního kartáčku





Obrázek 5 Důležitost mezizubních kartáčků v čištění

kartáčku za sonický elektrický kartáček. I v tomto případě je důležitá instruktáž od dentální hygienistky.

Mezizubní kartáček každý den

Mezizubní prostory zaujmají u stálé dentice plochu asi 30 cm², což představuje přibližně velikost dlaně. Pokud se tento prostor nečistí pravidelně, dochází k opakovanému chronickému zánětu dásní. Mezizubní kartáčky jsou výbornými pomocníky při odstraňování mikrobiálního biofilmu z interdentálních prostor. Čištění s kartáčkem musí být efektivní, atraumatické a pravidelné každý den.

V první návštěvě na dentální hygieně vybereme zpravidla jeden mezizubní kartáček. Poté nacvičíme s dítětem čištění s kartáčkem. „Vyháněním kazizubek“ nebo jinou zábavnou formou se snažíme dítě motivovat k čištění. Poté provedeme praktický nácvik i s rodičem. Ideální poloha pro čištění je vleže. Hlavu dítěte dáme mezi naše nohy a mírně zakloníme dozadu. Mezizubní kartáček je dobré ve špičce mírně zahrnout, aby při zavádění neporadil dásně. Kartáček zavedeme jednou do mezizubního prostoru a zpátky. Není nutné pročišťovat vícekrát. Optimální je čištění večer, před spaním. Po vyčištění zubů a mezizubních prostor by dítě nemělo konzumovat žádné jídlo a sladké nápoje.

Při pravidelném čištění by dásně neměly krvácet. Pokud s čištěním začínáme, krvácení je normální, protože dochází k odstraňování

starého povlaku s přítomnými bakteriemi. Krvácení by do 14 dnů mělo ustoupit.

V dalších návštěvách probíhá rekaliibrace mezizubních kartáčků, v případě potřeby je přidán další kartáček. Pokud nejsou mezizubní prostory dostatečně uzavřeny nebo jsou zuby stěsnány, můžeme doporučit čištění flosserem. Jedná se o kombinaci zubní nitě napnuté na mečiku a párátko. Čištění s ním musí být velmi opatrné, protože může snadno dojít k poranění mezizubní papily.

Instruktáž a opakované návštěvy nastavujeme vždy individuálně podle stavu hygieny a spolupráce dítěte.

Po instruktáži provedeme profylaktické čištění zubů a dásní. K odstraňování měkkého biofilmu používáme technologii AIRFLOW®, kdy prostřednictvím stlačeného vzduchu a vody je vháněn profylaktický prášek o velikosti částic pouze 14 µm na povrch zubu. Je složen z erytritolu pro supragingivální a subgingivální odstraňování povlaku a pigmentací a leštění zubů. Druhou variantou jsou profylaktické pasty, které pomocí rotačních kartáčků pomáhají zuby profesionálně čistit a leštit. V případě výskytu zubního kamene odstraňujeme kámen ručními nástroji; pokud je dokončen vývoj kořene, můžeme použít i ultrazvukové přístroje. Na závěr použijeme fluoridaci zubů.

Shrnutí

Klíčem k předejití nejčastějším dětským dentálním potížím – kazu a zánětu – je vybudování správných návyků a pozitivního vztahu dítěte k péči o zuby. Dentální hygienistka a zubař jsou těmi, kdo dětem i rodičům vysvětlí principy správné péče o chrup dítěte. Rodič by poté měl být garantem a pozitivním motivátorem dětí v rozvoji jejich vztahu k péči o chrup, který nejen sám dočišťuje dětem zuby, ale dohlíží také na správnost, pravidelnost a samostatnost dětí při čištění zubů, jenž děti za takovou péči o zuby chválí a který je dítěti sám příkladem.

Kontroly u zubaře a dentální hygienistky by neměly být pouze poslední instancí řešící již vzniklý (zpravidla bolestivý) problém. Tyto kontroly mají být pravidelnou součástí průběžné preventivní péče o chrup celé rodiny, kde odborník zkontroluje a ev. napraví aktuální stav chrupu a současně dětem i rodičům poskytne takovou pozitivně motivující zpětnou vazbu, aby došlo k dalšímu zlepšení klíčové péče o dětský chrup – domácí péče. Z takových návštěv se výhledově stane rutinní záležitost, a nikoli traumatizující zkušenost, kterou si dítě zpravidla přenáší též do dospělého života a která má často v dospělosti a stáří fatální následky.



Fluoridové přípravky a prevence zubního kazu v pediatrické populaci v 21. století

MUDr. Erika Lenčová, Ph.D.

Stomatologická klinika, 1. LF UK v Praze

Aktuální doporučení Světové zdravotnické organizace (WHO) a významných stomatologických společností ohledně strategií používání různých aplikačních forem fluoridů k prevenci zubního kazu u dětí vychází z nejnovějších klinických důkazů, zejména ze systematických přehledů. Tyto publikace hodnotí účinek fluoridů z biologického, klinického a veřejnězdravotnického hlediska. Vzhledem k požadavkům na účinnost a bezpečnost podávání fluoridových přípravků je třeba zkoumat výskyt fluoridů v životním prostředí, jejich metabolismus a exkreci, biomarkery expozice fluoridům a prevalenci fluorózy v populaci. Na základě moderního konceptu medicíny založené na důkazech je třeba stanovit účinnost a odůvodněnost podávání fluoridových přípravků ve skupinách populace s různým rizikem rozvoje zubního kazu.

Fluoridové sloučeniny se v prevenci zubního kazu používají od 40. let minulého století, a to na základě pozorovaného vztahu mezi určitou koncentrací fluoridu v pitné vodě a poklesem kazivosti u exponované populace. Úspěch komunitních programů fluoridace pitné vody zavedených v roce 1945 v USA a Kanadě vedl k vývoji dalších produktů pro péči o chrup s obsahem fluoridů. Podle WHO, Mezinárodní stomatologické asociace (FDI) a dalších významných odborných společností i v 21. století představují fluoridové preparáty jeden ze základních, na důkazech založených pilířů efektivní preventivní triády opatření proti zubnímu kazu v pediatrické populaci, vedle redukce příjmu fermentabilních sacharidů a účinného odstraňování biofilmu ze zubních plošek. Na druhou stranu jsou občas lékaři konfrontováni se znepokojením a obavami rodičů z řad zejména laické veřejnosti z možného nežádoucího systémového působení fluoridů. Tyto obavy jsou navíc podporovány některými environmentálními toxikologickými publikacemi, např. Choi a kol., 2012.

Lékařská veřejnost musí být seznámena s tím, že aktualizované odborné doporučené postupy k používání fluoridů v prevenci zubního kazu u dětí vycházejí z klinických důkazů, které hodnotí nejenom účinnost, ale také bezpečnost těchto přípravků.

Fluorid je ubikvitární prvek, který se díky vysoké elektronegativitě a reaktivitě v přírodě nachází nejčastěji ve formě sloučenin. V lidském organismu se vyskytuje v tvrdých zubních tkáních, ve slině či kostech, a to

přirozeně (nikoli jako polutant), nejčastěji ve formě fluoritu CaF_2 a fluoroapatitu $\text{Ca}_{10}\text{F}_2(\text{PO}_4)_6$.

Karies-preventivní účinek fluoridu vychází ze tří mechanismů účinku. Prvním je preeruptivní zabudovávání fluoridu do skloviny ve fázi pozdní maturace a časné mineralizace skloviny, snižující její rozpustnost. Druhým účinkem je posteruptivní zvyšování remineralizace iniciálních kazivých lézí, pokud je fluorid přítomen v orální tekutině. Třetím účinkem je slabé antimikrobiální působení fluoridů, které vede k redukci tvorby kyselin kariogenními bakteriemi. Preeruptivní působení fluoridu je potencováno systémovou suplementací, např. fluoridací pitné vody, mléka či soli. Posteruptivní působení je zprostředkováno lokální aplikací fluoridových přípravků, jako jsou zubní pasty, ústní vody či profesionálně aplikované laky a gely.

Bylo zjištěno, že z karies-preventivního hlediska je zvýšená koncentrace fluoridu v tvrdých zubních tkáních méně klinicky významná než mírná, ale významné zvýšení koncentrace fluoridů v orální tekutině (ve slině a plaku). Z tohoto důvodu došlo v prevenci zubního kazu k posunu od dříve preferované systémové suplementace (fluoridové tablety, fluoridace pitné vody, soli a mléka) k lokální aplikaci fluoridových přípravků.

V dětském věku má fluoridová prevence zubního kazu zásadní význam, a to zejména ze dvou důvodů. U dětí nejen předškolního, ale i školního věku včetně adolescentů se často setkáváme s neadekvátní technikou čištění zubů a nedostatečnou délkou čištění, což

vede k suboptimální účinnosti odstraňování plaku. K tomu se přidružuje kariogenní potenciál výživy, jelikož požadavek na snížení frekvence příjmu sacharidů přes veškerou zdravotnickou osvětu není reálně splnitelný. Statisticky významný karies-preventivní efekt lokálně aplikovaných fluoridových přípravků oproti placebo byl v dětské populaci potvrzen řadou studií včetně systematických přehledů.

Většina evropských zemí včetně České republiky má v současné době vypracována národní doporučení k prevenci zubního kazu u dětí. Fluoridová prevence zubního kazu včetně terapie iniciálních kazivých lézí je součástí všech publikovaných evropských doporučení.

Pokud jde o bezpečnost fluoridových přípravků pro péči o chrup, v úvahu přichází akutní a chronická toxicita fluoridů. Akutní toxicita, projevující se mimo jiné zvracením, hypokalcémií, hyperkalémií, hypomagnezémií a hypoglykemií, hrozí při expozicích přesahujících pravděpodobnou toxickou dávku fluoridu: 5–10 mg/kg tělesné hmotnosti. Vezmeme-li v úvahu koncentrace fluoridu v prostředcích péče o chrup (zubní pasty $\leq 1\,500$ ppm, fluoridové gely $< 12\,500$ ppm, ústní vody kolem 250 ppm, fluoridové tablety NaF 0,25 mg), existuje velmi malá pravděpodobnost akutní systémové toxicity, pokud jsou přípravky používány v běžných množstvích a dle doporučení.

Mnohem častější je chronická toxicita fluoridu, klinicky se projevující nejčastěji jako zubní fluoróza (obr. 1), vzácně jako systé-



Matka nesouhlasila s očkováním dcery, u soudu neuspěla

Ústavní soud zamítl stížnost matky, která nesouhlasila s očkováním své dcery. Příklad řešil okresní soud, který očkování proti vůli rodičky nařídil. Dle Ústavního soudu nedokázala matka doložit své obavy o zdraví dítěte. Naopak zdůraznil, že i nezletilé dítě má být součástí řízení a má být o jeho průběhu informováno.

I nezletilé dítě je součástí řízení a má do něj být náležitě zapojeno. V nálezu to zjistil ÚS, který se zabýval stížností matky, která nechtěla svou dceru ve střídavé péči nechat očkovat. Po neshodách s otcem skončil celý případ u okresního soudu v Nymburce, který postoj matky nahradil vlastním souhlasem. Stejně rozhodl i krajský soud, celý případ tak skončil u ÚS. S názorem matky se však soud neztotožnil a její ústavní stížnost zamítl. „Není vyloučeno, aby jeden z rodičů uplatnil výhradu svědomí, je ale třeba vážit i názor druhého rodiče a veřejný zájem,“ stojí v nálezu. Dle soudu nedokázala matka dostatečně prokázat, že očkování může její dceři uškodit. „Důvody nelze založit na špatné zkušenosti, při níž se projeví slabé vedlejší účinky, závažné reakci u jiné osoby ani na osobních pochybnostech,“ píše se dále v nálezu. Soud naopak našel pochybení v komunikaci okresního i krajského soudu vzhledem k samotné dceři. „Dítě nemá být pouhým objektem, z něhož vytěžíme informace,“ řekla Šimáčková. Dítě má vědět, že se může i nemusí vyjadřovat, a má mít možnost být seznámeno s průběhem i výsledkem řízení, dodala. Na rozdíl od stížnosti matky se na tomto bodu tříčlenný senát neshodl. „Jádro sporu bylo, jestli jde o tvrdou povinnost soudu, který má nezletilé účastníky informovat, nebo o běžný postup, který nelze z Ústavy doložit,“ upřesnila Šimáčková. Uvedený nálezn ale neměl vliv na zamítnutí stížnosti matky. „Dívka sice byla pouze vedlejší účastnicí, soud však v nejlepším zájmu dítěte musel na porušení ústavních práv upozornit,“ píše se ve zprávě. Dítě sice bylo okresním soudem vyslechnuto, ale nebylo informováno o výsledku řízení ani o tom, jak jeho názor rozhodnutí soudu ovlivnil. O odvolacím řízení navíc dívka nevěděla vůbec. Dle soudu je přitom v případech, kdy proti sobě stojí dítě a jemu blízcí, informovanost zcela zásadní. Spor mezi rodiči dívky začal v roce 2013, kdy ji měli ve střídavé péči. Otec souhlasil s jejím přeočkováním proti tetanu, záškrtu a dětské obrně. Matka nesouhlasila, zasáhnout tak musel okresní soud. Ten očkování posvětil, což poté potvrdil i krajský soud v Praze. Matka se dovolala k Ústavnímu soudu pro porušení jejích ústavních práv. Není přitom jasné, jestli byla dívka nakonec očkovaná. Proti nálezu Ústavního soudu se nelze odvolat.

Zdroj: F. Kříž, seznamzpravy.cz, 30. 10. 2018



Obr. 1

mová fluoróza. Dentální fluoróza hrozí zejména při zvýšené expozici fluoridu během tzv. kritické vývojové periody, což je pozdní stadium maturace a časné stadium mineralizace skloviny (u stálých řezáků, špičáků a premolárů se jedná přibližně o 6.–48. měsíc života). Mírné formy dentální fluorózy nemají většinou závažný klinický dopad, těžší formy jsou však markerem nadměrné expozice fluoridu a možných poruch vývoje skeletu nebo jiných orgánových a tkáňových systémů. Vzhledem k těmto toxikologickým souvislostem je nastavení bezpečného pásma příjmu fluoridu v dětském věku základním požadavkem fluoridové prevence zubního kazu.

Z pohledu ochrany spotřebitele je třeba zdůraznit, že zodpovědné orgány Evropské komise (např. Scientific Committee on Consumer Safety – Vědecký výbor pro bezpečnost spotřebitele, nebo European Food Safety Authority – Evropský úřad pro bezpečnost potravin), které neustále vyhodnocují podněty a vydávají stanoviska ohledně možných zdravotních a bezpečnostních rizik výrobků, neshledaly žádné bezpečnostní riziko maximální legislativně přípustné koncentrace fluoridu v produktech ústní hygieny 0,15% (1 500 ppm) pro děti mladší 6 let.

Ve světle dostupných a kontrolními orgány neustále aktualizovaných vědeckých důkazů fluoridy zůstávají jako bezpečný a účinný přípravek jedním z hlavních pilířů prevence zubního kazu v dětské populaci.

Literatura

1. O'Mullane DM, Baez RJ, Jones S, Lennon MA, Petersen PE, Rugg-Gunn AJ, Whelton H, Whitford GM. Fluoride and Oral Health. Community Dent Health. 2016 Jun;33(2):69–99.
2. Choi AL, Grandjean P, Sun G, Zhang Y. Developmental fluoride neurotoxicity. Environ Health Perspect. 2013 Mar;121(3):A70. doi: 10.1289/ehp.1206192R.
3. Aoun A, Darwiche F, Al Hayek S, Doumit J. The Fluoride Debate: The Pros and Cons of Fluoridation. Prev Nutr Food Sci. 2018 Sep;23(3):171–180. doi: 10.3746/pnf.2018.23.3.171. Epub 2018 Sep 30. Review.
4. Axelsson P. Diagnosis and risk prediction of dental caries. Chicago: Quintessence Pub. 307 s. ISBN: 9780867153620.
5. Marinho VC, Worthington HV, Walsh T, Clarkson JE. Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jul 11;(7):CD002279. doi: 10.1002/14651858.CD002279.pub2. Review.
6. Broukal Z, Merglová V, Koberová Ivančáková R, Dušková J, Kaiferová J. Doporučení a postupy v prevenci zubního kazu u dětí a mládeže. Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, Česká společnost pro dětskou stomatologii ČLS JEP, Alliance for a Cavity-Free Future, 2016, NLK: DT 11235.



Vliv kojenecké minipuberty na vývoj nesestouplého varlete

Anatomická a hormonální studie

MUDr. Vojtěch Fiala, doc. MUDr. Radim Kočvara, CSc., FEAPU

Dětské oddělení Urologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze

Hormonální vzestup v prvních měsících života (tzv. minipuberta) nebyl u chlapců s nesestoupným varletem dosud jednoznačně popsán. Není jasné, jak může minipuberta ovlivnit postnatální sestup varlete, stejně tak nebyl studován možný vliv hormonů mateřského mléka.

Standardní léčbou kryptorchismu je časné stažení varlete do šourku (orchiopexe) nejpozději do 12–18 měsíců věku. Časné řešení snižuje onkologické riziko a je popisován kladný vliv na budoucí fertilitu (1). Je sporné, zda sama operace je pro zlepšení fertility dostatečná, zdá se, že pro správné vyžívání adultních spermatogonií nezbytných pro fertilitu jsou nutné optimální hladiny vybraných hormonů (2). Zatímco hormonální léčba za účelem sestupu varlete je málo účinná a nedoporučuje se, bylo recentně prokázáno, že

neoadjuvantní hormonální léčba k operačnímu řešení může být spojena s nárůstem počtu adultních spermatogonií (3).

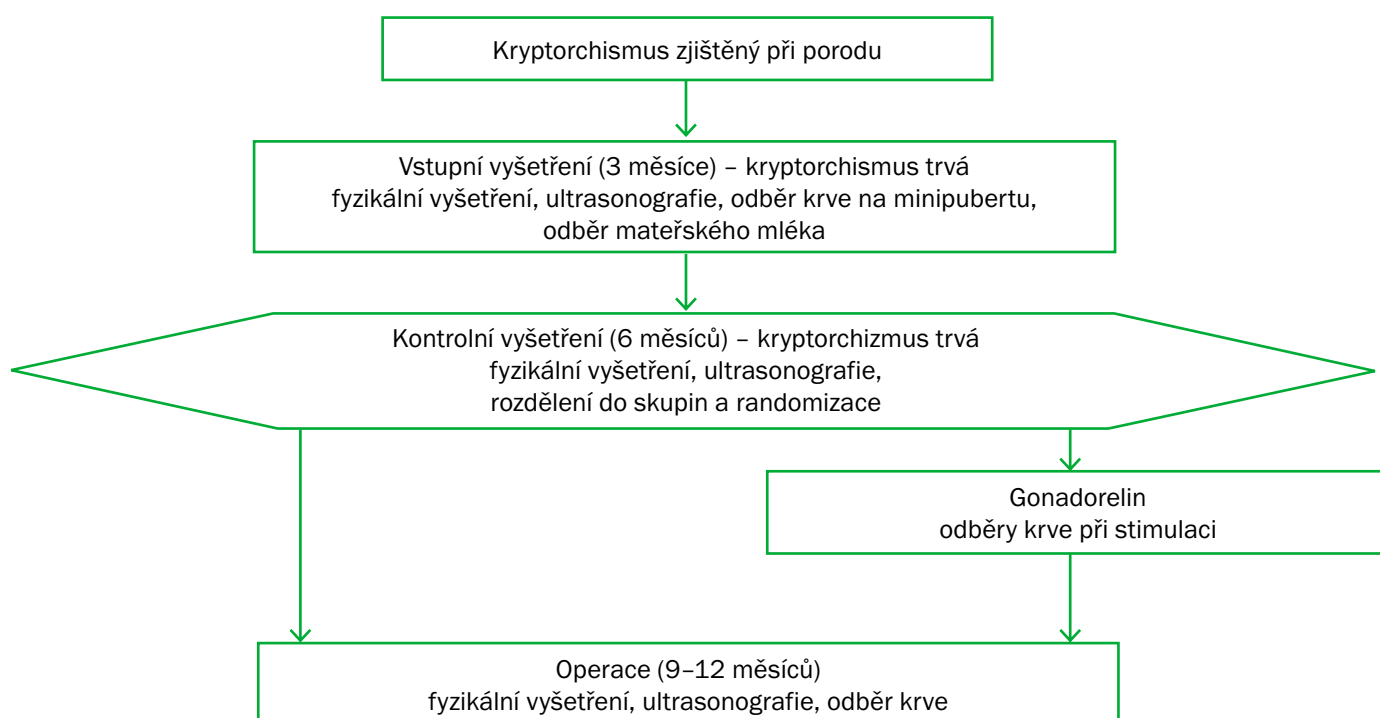
Již třetím rokem na našem pracovišti probíhá studie zaměřená na tato témata. Naším cílem je zmapovat hormonální a anatomický vývoj v prvním roce života u chlapců s kryptorchismem a možnost jeho ovlivnění neoadjuvantní hormonální stimulací. Tato pilotní studie je součástí dlouhodobého sledování zaměřeného na fertilitu u kryptorchismu.

Do studie jsou zařazováni donošení chlapci s kryptorchismem ve věku 2,5–3,5 měsíce. Vyloučení jsou ti s porodní hmotností < 2 500 g, s prokázanou vadou CNS, s jinou anomálií genitálu či pohlaví (porucha vývoje pohlaví, hypospadie; genetické syndromy) a po operaci v třísle. Práce je schválena etickou komisí 1. LF UK a VFN.

Standardně je provedeno hormonální vyšetření na minipubertu, vedle toho je kojící matka požádána o vzorek mateřského mléka. V 6 měsících věku, kdy již nelze očekávat spontánní sestup, jsou chlapci indikováni k orchiopexi. Chlapci jsou rozděleni do 4 klinických skupin, z nichž nejpočetnější skupinou jsou chlapci s unilaterálním kryptorchismem. V jednotlivých skupinách se pacienti randomizují, polovině z nich je intranazálně podávána měsíční léčba gonadorelinem (použití léčiva je pro účel studie schváleno SÚKL). Následně je všem chlapcům provedena orchiopexe ve věku 9–12 měsíců.

Od 6/2016 do 9/2018 bylo zařazeno celkem 61 chlapců, operováno bylo zatím 39. V souboru jsme zaznamenali 2 spontánní sestupy varlete po 6. měsíci věku. Hormonální

Schéma vyšetření





vyšetření mléka bylo provedeno celkem u 54 případů. S unilaterálním kryptorchismem bylo dosud operováno 25, z nich 16 podstoupilo hormonální neoadjuvantní léčbu.

Předběžné výsledky hormonální analýzy vzorků séra a mateřského mléka ukazují, že hladiny LH a FSH v mateřském mléce jsou výrazně nižší než hladiny hormonů vyvolané vlastní minipubertou chlapce. Usuzujeme z toho, že vliv LH a FSH v mateřském mléce nebude tak významný pro vývoj varlete ve srovnání s minipubertou.

Z výsledků také vyplývá, že v období 3 měsíců po narození probíhá hormonální elevace u pacientů s kryptorchismem. Dosud nemáme ke srovnání hodnoty minipuberty u chlapců kontrolní skupiny bez kryptorchismu.

Rádi bychom cestou tohoto sdělení ve VOX Pediatryae oslovili pediatry, kteří mají ve

své péči kojence s nesestouplým varletem. Žádáme vás, abyste odeslali k vyšetření každého chlapce, u kterého jste zjistili nesestouplé varle, bez ohledu na to, zda je varle hmatné mimo šourek, či není hmatné vůbec. Návštěvu je třeba načasovat do tří měsíců věku.

Výhodou pro tyto chlapce s kryptorchismem zařazené do studie je jednoznačně včasnost a správnost řešení, které jsme schopni zajistit v souladu s aktuálními doporučenými postupy. Polovině chlapců v klinickém sledování je v období před operací nabídnuta intranazální předléčba analogem GnRH, který není v České republice běžně dostupný a jeho podání může mít pozitivní efekt na vyzrání adultních spermatogonií, tedy i na budoucí plodnost.

Třetím velmi podstatným benefitem je dlouhodobé sledování dětským urologem v průběhu celého dospívání.

■ Použitá literatura

1. Živković D, Fratrić I. Disturbances of sperm maturation and minipuberty: is there a connection? Biomed Res Int. 2014;2014:912746. doi: 10.1155/2014/912746. Epub 2014 Mar 13.
2. Živković D, Bica DT, Hadziselimović F. Relationship between adult dark spermatogonia and secretory capacity of Leydig cells in cryptorchidism. BJU Int. 2007 Nov;100(5):1147-1149. Epub 2007 Jul 23.
3. Chua ME, Mendoza JS, Gaston MJ et al. Hormonal therapy using gonadotropin releasing hormone for improvement of fertility index among children with cryptorchidism: a meta-analysis and systematic review. J Pediatr Surg. 2014 Nov;49(11):1659-1667. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2014.06.013. Epub 2014 Jul 25.

Podpora projektu z RVO-VFN64165.



**Přejeme Vám i Vaším blízkým příjemné
prožití vánočních svátků a v roce 2019
pevné zdraví, mnoho štěstí a spokojenosti.**

Společnost Orion Diagnostica



Karcinom choroidálního plexu u 13měsíčního batolete

MUDr. Barbora Vandělíková^{1, 2}, MUDr. Marian Šenkeřík, Ph.D.¹

¹ Dětské a novorozenecké oddělení, Pardubická nemocnice; ² Rezident PLDD

Abstrakt: Předkládáme kazuistiku 13měsíčního chlapce s karcinomem choroidálního plexu, který byl přijat k hospitalizaci pro zvracení a průjemové stolice při afebrilním průběhu. Vyšetření neurologem prokázalo akutní syndrom nitrolební hypertenze při obstrukčním tříkomorovém hydrocefalu. Následoval překlad na vyšší pracoviště, kde byl na provedeném MR mozku nalezen objemný tumor pravé postranní komory a tetraventrikulární aktivní hydrocefalus. Po histologickém potvrzení karcinomu z choroidálního plexu byla zahájena onkologická terapie.

■ Kazuistika

Třináctiměsíční chlapec z první fyziologické gravidity, se ztíženou poporodní adaptací, Apgar skóre 4-6-8 (porodní hmotnost 2 740 g, porodní délka 49 cm), prodělal novorozenecký ikterus s 28hod. fototerapií. V září 2016 měl úraz hlavy, kdy upadl z pohovky, cca ze 40 cm výšky, bez komoční anamnézy. Dítě bylo sledováno na neurologii pro asfyxii *intra partum* a endokrinologii pro oboustrannou retenci varlat. Trvale užíval makrogol pro obstipaci. Rodinná anamnéza byla bezvýznamná.

Poprvé byl chlapec hospitalizován na našem dětském oddělení pro dekompenzaci zácpy. Při přijetí byl obvod hlavy 47 cm (46. percentil). Za měsíc od propuštění byl chlapec vyšetřen lékařskou službou první pomoci pro opakované zvracení trvající zhruba 12 hod. při afebrilním průběhu. Stav byl uzavřen jako zvracení bez známek náhlé příhody břišní s doporučením dietních a režimových opatření. Zvracení ovšem progredovalo a navíc se ke stávajícím potížím přidaly průjemové stolice nazelenalé barvy.

Navštívili proto dětského praktického lékaře, který stav uzavřel jako střevní virózu. Doporučená dietní a režimová opatření byla stále bez efektu. Pro nelepšící se stav matka vyhledala péči naší pohotovostní služby. Chlapec byl při fyzikálním vyšetření velmi neklidný a plačtivý. Dle maminky chlapec špatně spal, byl podrážděný, méně jedl a pil. Po celou dobu afebrilní.

Za posledních 14 dnů ubyl na váze 560 g tělesné hmotnosti (tj. 6 %). Somatický nález v normě, velká fontanela 1 × 1 cm, obvod

hlavy při příjmu 48 cm (69. percentil). Pacient byl přijat k hospitalizaci na dětském oddělení. Vstupní laboratorní odběry byly normální, zánětlivé ukazatele nízké. Virologie stolice byla taktéž negativní. 2. den pro intermitentní kolikovitě bolesti břicha byl doplněn ultrazvuk (UZ), kde invaginace či jiná patologie nebyla prokázána. Na oddělení byla zahájena infuzní terapie. V průběhu hospitalizace byl chlapec afebrilní, měl 1× průjemovou stolicí a zvracel 2–3× denně, většinou dopoledne, bez návaznosti na jídlo.

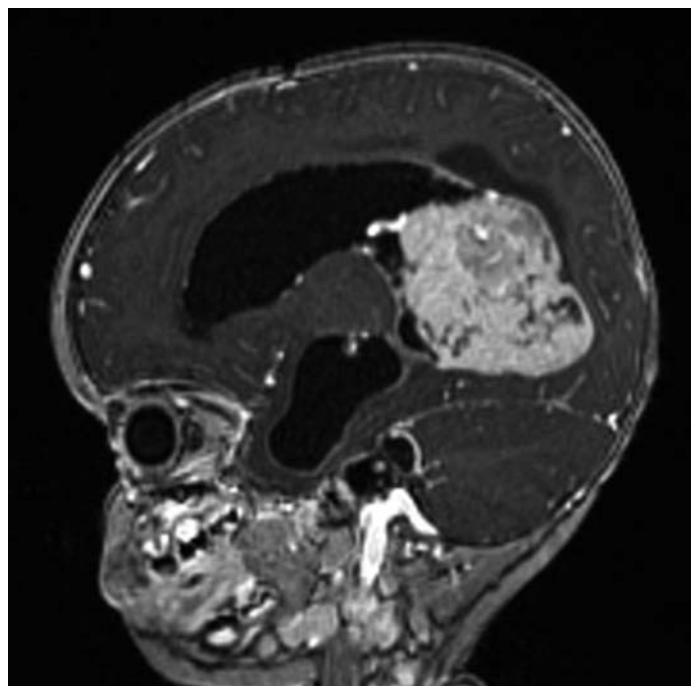
U chlapce přetrvával neklid, obzvláště při manipulaci, v noci se opakovaně budil. Pro neklid a bolesti břicha podávána analgetika a simeticon s dobrým efektem. 5. den hospitalizace v dobrém klinickém stavu byl propuštěn do domácí péče. 6. den od propuštění byl ale pro trvalou obtíž opětovně přijat k rehospitalizaci. Somatický nález v normě, obvod hlavy se zvětšil o 1,5 cm, tedy na 48,5 cm (79. percentil). Krevní odběry při příjmu s hraniční hyperglykemií 6,08 mmol/l, hypermagnezemií 1,06 mmol/l a hyperkalcemií 2,53 mmol/l při hraniční hypofosfatémii 1,41 mmol/l, známky zánětu nadále nízké. S ohledem na délku trvání potíží, nikdy nepotvrzenou infekční etiologii potíží, naopak již delší dobu trvající neprospívání a zástavu psychomotorického vývoje byl rozšířen diagnostický postup. Chlapec byl mimo jiné vyšetřen i dětským neurologem. Na UZ mozku byl nalezen aktivní tříkomorový hydrocefalus, nebyla shledána ložisková patologie v neurostatu. Chlapec byl neodkladně přeložen na dětské odd. Neurochirurgické kliniky Fakultní nemocnice

Hradec Králové. Nález byl verifikován na MR mozku, kde byl popsán objemný tumor pravé postranní komory se širokou dif. dg. a tetraventrikulární hydrocefalus (obrázek 1 a 2). Akutně bylo indikováno zavedení zevní komorové drenáže. Pacient byl po výkonu předán na dětskou jednotku intenzivní a resuscitační péče. V likvoru byla zachycena výrazná proteinorachie 4,2 g/l. Chlapec byl indikován k chirurgickému řešení, při kterém byla provedena resekce tumoru postranní komory s biopsií. Výkon byl komplikován malou vzduchovou embolií a velkou krevní ztrátou, vyžadující masivní substituci krevními deriváty. Na kontrolní MR mozku a kraniospinální osy bylo patrné kompletní odstranění tumorózní expanze v komoře. Novým nálezem bylo suspektní ložisko na přední ploše kmene (v dif. dg. likvorové meta šíření), následně doplněné MR páteřního kanálu vyloučilo jiná metastatická ložiska. Histologické vyšetření potvrdilo nádor z choroidálního plexu, který splňuje kritéria karcinomu, grade 3.

U chlapce byla prokázána somatická mutace genu MCPH1 (c1561G>T/p.Glu521*) v heterozygotní formě, pravděpodobně se jedná o patogenní variantu. Pravidelné pooperační kontroly UZ mozku byly se stacionárním nálezem šíře komorového systému a bez jasně patrné extracerebrální kolekce. 15. pooperační den byl pacient přeložen na Klinikou dětské onkologie v Brně, kde byla zahájena onkologická terapie dle protokolu CPT-SIOP-2009, Arm C. Třetí série musela být odložena pro přechodný stav zhoršení ve smyslu nechutenství, zvracení s bolestí hlavy. Indikován k MR mozku a krční míchy,



Obrázek 1. Magnetická rezonance mozku, transverzální řez. Objemný tumor pravé postranní komory, tetraventrikulární hydrocefalus



Obrázek 2. Magnetická rezonance mozku, sagitální řez

kde byl nález bez průkazu rezidua tumoru, avšak s progresí pooperační pseudocysty. Nález byl konzultován s neurochirurgem. Vzhledem ke klinickým obtížím pacienta bylo zvažováno operační řešení pseudocysty jako možného zdroje obtíží. Stav pacienta se ale postupně zcela upravil a od operace bylo upuštěno, nadále se pokračovalo v chemoterapii. Po 3. sérii metotrexátu byla konstatována kompletní remise. Následně bylo pokračováno v terapii metotrexátem a zahájena intratekální aplikace etoposidu (celkem 7 bloků).

Léčba byla několikrát komplikována febrilní neutropenií a kolonizací *K. pneumoniae* – extended-spectrum β -lactamases (ESBL). Terapie byla ukončena v prosinci 2017. V lednu 2018 po kontrolním MR mozku a páteře nadále trvá kompletní remise. Chlapec je dispenzarizován na Klinice dětské onkologie Brno s pravidelným sledováním dle protokolové díkce, tj. v prvním roce po ukončení léčby à 3 měsíce. Psychomotorický vývoj u chlapce je v současné době pouze s minimálními odchylkami od normálu – ve smyslu chůze o širší bázi při lehkém zevním vytáčení pravé nožky. Je patrný mírný konvergentní strabismus.

■ Obecně

Nádory choroidálního plexu (NCP) tvoří pouze 1,8–2,9 % pediatrických tumorů centrálního nervového systému. Karcinomy tvoří 29–39 % nádorů plexu; 45 % případů je diagnostikováno v 1. roce života, kde představují 12–14 % všech malignit. NCP jsou definovány jako epiteliální tumory mozkových komor vycházející z choroidálního plexu.

Až 50 % tumorů je lokalizováno v postranních komorách, 37 % ve IV. a 9 % ve III. komoře. Současná klasifikace Světové zdravotnické organizace (World Health Organization, WHO) 2007 rozlišuje 3 varianty NCP: relativně benigní papilom choroidálního plexu st. malignity I, relativně maligní karcinom choroidálního plexu (CPC) st. malignity III a nově atypický papilom plexu st. malignity II s nejistým či nejasným biologickým chováním.

Podle kritérií WHO pro rok 2016 musí karcinom choroidálního plexu splňovat alespoň čtyři z následujících pěti charakteristik: zvýšenou mitotickou aktivitu [obecně > 5 mitóz na 10 zorných polí, při velkém zvětšení (high-power field, HPF)], hypercelularitu, nukleární pleomorfismus, solidní růst s vrstvením nádorových buněk a nekrózu.^{1,2,3,4}

V naprosté většině případů se jedná o sporadické nádory. Pouze výjimečně byl popsán familiární výskyt v rodinách s Li-Fraumeni syndromem. Karcinomy choroidálního plexu mohou být asociovány také se Simian virem 40 a lidskými papilomaviry v interakci s tumor-supresorovými geny p53 a retinoblastomovým proteinem. Nověji byla u některých pacientů prokázána též přítomnost mutací genu v komplexu hSNF2/INI1.^{1,2}

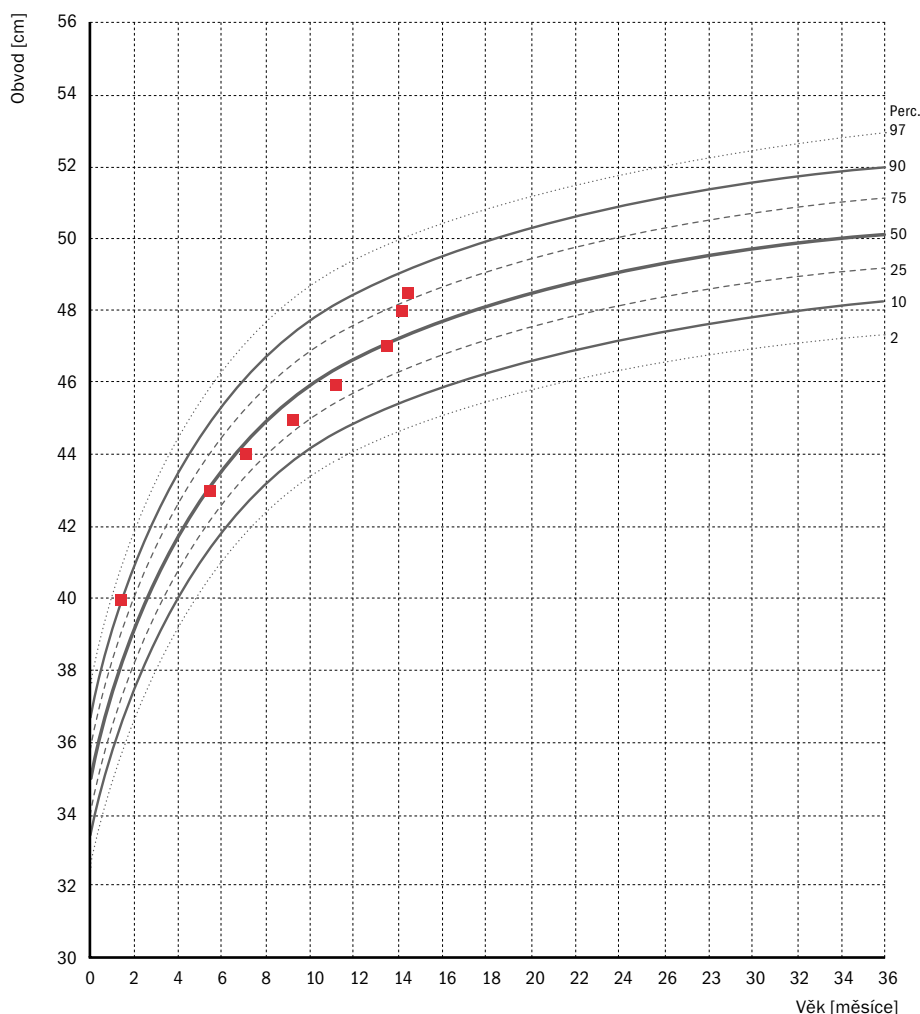
Hlavním projevem CPC jsou příznaky obstrukčního hydrocefalu, který je přítomen při diagnóze u 75–90 % případů. Nejčastěji se setkáváme se symptomy jako bolesti hlavy, zvracení, edém zrakových papil, ataxie, strabismus, zvětšující se obvod hlavy, fontanela nad nivoem u kojenců, opožděný vývoj a změny mentálního stavu.^{1,4}

Karcinomy mohou metastazovat cestou mozkomíšního moku v rámci celé kranio-spinální osy. Literárně jsou popsány vzácné případy průkazu metastáz do plic, skeletu a dutiny břišní (cestou ventrikulo-peritoneálního shuntu).^{1,2,3,4}

Suverénním, dnes již široce dostupným diagnostickým nástrojem v neuroonkologii je nukleární magnetická rezonance. Předoperačně je nutno provést vyšetření celé míchy, respektive páteřního kanálu k vyloučení možné diseminace. Pro posouzení rozsahu resekce primárního tumoru je



Obvod hlavy, chlapci



Obrázek 3. Percentilový graf obvodu hlavy. Ve 13 měsících byl obvod hlavy na 46. percentilu, ve 14 měsících na 69. percentilu a v průběhu devíti dnů stoupl na 79. percentil!

nutné provedení kontrolní MR do 48 hodin po operaci.¹

Terapií volby u CPC je radikální a zároveň šetrná resekce, která je však možná pouze u 50 % případů. Pokud je dítě s CPC starší tří let, je po operaci i v případě totální resekce doporučována lokální radioterapie. U dětí mladších 3 let je upřednostňována chemoterapie. V současné době se zahajuje chemoterapie dle protokolu CPT-SIOP-2009, Arm C, sestávající z vysokodávkového metotrexátu a následně intratekální aplikace chemoterapeutika etoposidu.¹

Karcinomy choroidálního plexu jsou rychle rostoucí nádory s pětiletým přežitím 40 %. Mutace TP53 (tumor protein p53), invazivní růst karcinomu do okolní mozkové tkáně

a metastazování cestou mozkomíšního moku jsou považovány za špatné prognostické faktory. Při úspěšně provedené totální resekci lze dosáhnout pětiletého přežití až v 86 % případů. Naopak při neúplné resekci se pětileté přežití snižuje až na 26 %.³

Diskuse

Přestože byl chlapec vyšetřen lékařskou službou první pomoci, praktickým lékařem pro děti a dorost a hospitalizován na dětském oddělení, podařilo se definitivně objasnit příčinu potíží pacienta až při druhé hospitalizaci, tedy až po patnácti dnech od prvotních příznaků. Potíže chlapce byly iniciálně nespecifické a připomínaly akutní gastroenteritidu. Teprve při opakované

hospitalizaci a zpětné revizi celého případu začalo být pomýšleno na jinou příčinu potíží u chlapce. Poté již byla správná diagnóza chlapce stanovena velmi rychle. Současně byla konstruována i křivka rychlosti růstu obvodu hlavy, která pouze potvrdila aktivitu hydrocefalu. Na obrázku 3 je patrné zvětšení obvodu hlavy v průběhu jednoho měsíce.

V rámci diferenciální diagnostiky u dítěte v kojeneckém či batolecím věku se zvracením a jakoukoli patologií v neurostatu je nutno okamžitě pomýšlet na tumory centrálního nervového systému. Přestože infekční etiologie potíží je mnohonásobně pravděpodobnější než zde představená onkologická diagnóza, není možné v diferenciální diagnostice na tyto sice vzácné, ale o to závažnější příčiny zapomínat. Při odebrání osobní anamnézy je nutno klást cílené dotazy ohledně psychomotorického vývoje. V průběhu fyzikálního vyšetření dítěte je nezbytné vyšetření fontanely a změření obvodu hlavy a zanesení hodnot do percentilového grafu. Ke správné diagnóze nás také může nasměrovat údaj o ranním zvracení, často bez předchozí nauzey. Včasná diagnóza a následné operační řešení je klíčové pro příznivý výsledek léčby. Naopak pozdní stanovení onkologické diagnózy vždy výrazně zhoršuje prognostické vyhlídky pacienta na délku přežití.

Literatura

1. Pavelka Z, Zitterbart K. Nádory plexus choroideus u dětí a adolescentů. Onkologie (Olomouc Print). 2010;4(5):315–317.
2. Behrman RE, Kliegman RB, Jenson HB. Nelson textbook of pediatrics. Edition 17. Philadelphia: Elsevier, 2003.
3. Bell DJ, Stanislavsky A et al. Choroid plexus carcinoma [online]. [cit. 2018-10-09]. Dostupné z: <https://radio-paedia.org/articles/choroid-plexus-carcinoma>.
4. Fuller C. Pathology of Choroid Plexus Neoplasms [online]. [cit. 2018-10-09]. Dostupné z: <https://emedicine.medscape.com/article/1744050-overview>.



Ze světa odborné literatury...

■ Dvacet devět případů akutní myelitidy asociované s enterovirem D68

Enterovirus D68 je řazen mezi respirační viry. Patří do čeledi *Picornaviridae*. Replikuje se v respiračním traktu a zapříčiňuje respirační onemocnění. Ukazuje se však, že tento v Evropě se vyskytující virus je sdružen s neurologickými syndromy probíhajícími pod klinickým obrazem akutní myelitidy.

Dotazníkem rozeslaným 66 virologům a klinikům, členům studijní skupiny ESCV-ECDC EV-D68, bylo v období od března do října 2016 zachyceno 29 případů akutní myelitidy ve 12 zemích Evropy, z toho po pěti ve Francii a ve Skotsku, po třech ve Švédsku, Norsku a Španělsku. Tři případy byly u dospělých, 26 u dětí (průměrný věk 3,8 roku). EV-D68 byl detekován z respiračního materiálu (27×), stolice (8×), likvoru (2×). Společným klinickým obrazem byla asymetrická končetinová slabost, deficit v oblasti kranálních nervů a bulbární symptomy. Na MRI typické nálezy hyperintenzity centrálního nervového provazce a/nebo oblasti mozečku. Na elektromyografii nacházeny nízké amplitudy v motorických vláknech s normálním vedením. Plná klinická úprava byla velmi řídká (n = 3), dva pacienti zemřeli. Epidemiologická data ze 16 evropských laboratoří vykazovala pozitivní vzorky EV-D68. V 99 % se jednalo o vzorky respiračních sekretů.

Záchyt 29 případů myelitidy v zemích západní Evropy je pravděpodobně poddiagnostikován, protože určení diagnózy závisí na informovanosti kliniků, diagnostice viru a schopnosti laboratoře ho správně určit.

Enterovirus D68 je členem rodu *Enterovirus* patřící do čeledi *Picornaviridae*. Do rodu *Enterovirus* patří mnoho genotypů, mimo jiné lidské enteroviry a lidské rinoviry, které se dále dělí na mnoho genotypů. Mezi genotypy EV patří Cocksackie viry, polioviry a echoviry. Mají široký rozsah klinických symptomů, patří sem mj. myokarditida, akutní paralýza, nemoc ruka-noha-ústa nebo aseptická meningitida. Většina enterovirů se replikuje v gastrointestinálním traktu a může být detekována ve vzorcích stolice. EV-D68 a rinoviry se nicméně replikují v respiračním traktu a nejlépe se prokazují z respiračních vzorků.

Virus EV-D68 v roce 2014 vyvolal v USA respirační epidemii, při které došlo i k případům respiračního selhání vyžadujícího mechanickou ventilaci. Většina hospitalizovaných byly

děti a v několika případech se vyvinul klinický obraz astmatu. Během epidemie se u dětí objevilo 120 případů akutní myelitidy. Ve většině těchto případů byl v dolním respiračním traktu detekován EV-D68. Na MRI byly pozorovány spinální léze typické pro akutní myelitidu.

Ve stejné době byly v Evropě zachyceny čtyři případy akutní myelitidy s infekcí EV-D68. O rok později byly zaznamenány dva případy ve Walesu. V červenci 2016 byl hlášen těžký případ u čtyřletého chlapce v Nizozemsku. Po e-mailovém upozornění členům skupiny bylo objeveno několik dalších případů.

Byla zahájena intenzivní spolupráce virologů, neurologů a infekcionista ve studijní skupině ESCV-ECDC EV-D68, což zlepšovalo klinické výsledky. Ke každému zachycenému případu byly zaznamenány údaje o věku, pohlaví, prodromální fázi, neurologických abnormalitách (mentální stav, ukazatelé rigidity, dysfunkce kranálních nervů, hypotonie končetin a narušení senzitivity), výsledky virologických testů, vyšetření likvoru, MRI i EMG.

Akutní hypotonická (ochablá) myelitida je forma akutní paralýzy. Do její definice patří tři klíčové body: akutní začátek končetinové ochablosti, dále nález na MRI ukazující spinální léze provazců s restrikcí šedé hmoty a postižením jednoho nebo více spinálních segmentů, a dále pak detekce EV-D68 ve vzorcích z respiračního traktu, v krvi, stolici, likvoru, potvrzená PCR. Jestliže nebylo prováděno MRI nebo je bez nálezu a jestliže v likvoru je pleocytóza, pacient je veden jako nález pravděpodobný.

V klinickém obraze těchto pacientů byly především teploty a respirační prodromy následované svalovou ochablostí během 2 dnů. Vyšetření likvoru vykazovala pleocytózu, ale bílkovina byla normální nebo lehce zvýšená. MRI bylo abnormální ve 25 klinických obrazech s hyperintenzitou centrální šedé hmoty. Také nález na EMG patrný v 50 %, kde jsou vlny i fibrilačního charakteru.

Většina pacientů byla léčena intravenózními imunoglobuliny, kortikoidy nebo obojím. Dva pacienti zemřeli, oba na respirační selhání. Epidemiologie a diagnostika již pojednávána; v rámci dif. dg. zvažován Guillainův-Barrého syndrom nebo akutní diseminovaná encefalomyelitida. Plná neurologická rehabilitace byla pozorována jen u malého počtu pacientů.

průměrný střední věk:	29 let
pohlaví muži	52 %
prodromální syndromy:	
teploty	92 %
respirační symptomy	92 %
gastrointestinální symptomy	24 %
teploty s náhlým začátkem, slabostí, bezmocností	8 %
neurologické symptomy:	
postižení kranálních nervů	60 %
postižení <i>n. facialis</i>	29 %
dysfagie	14 %
bulbární symptomy	32 %
disorders pohybu očí	18 %
potřeba ventilační podpory	66 %
končetinová slabost (postižení končetin kolísá od 0 do 72 %)	100 %
hyporeflexie nebo areflexie	87 %
pleocytóza	22 %
střední počet leukocytů v moku	79
zvýšená bílkovina v likvoru	17 %
abnormality nukleární magnetické rezonance, nejčastěji v oblasti krční páteře	92 %
hyperintenzita v oblasti pontu a medully	68 %
elektromyografie:	
nízké motorické amplitudy	91 %
redukce rychlosti vodivosti	9 %
léčba:	
intravenózní imunoglobuliny	83 %
intravenózní steroidy	71 %
plasmaferéza, fluoxetin, rituximab	21 %
následky:	
plná úzdava	11 %
částečná úzdava	75 %
bez zlepšení	11 %
smrt	7 %
virologie:	
EV-D68 pozitivní	100 %
pozitivita v moku	8 %
pozitivita v respiračním vzorku	96 %
fekální vzorek	36 %

Pediatr Infect Dis J. 2018 Sep 18. Publish Ahead of Print.

připravil MUDr. Jiří Liška, CSc.



Aktuality...

Lékařů je dost, chodíme k nim ale zbytečně často, říká odbornice z ministerstva zdravotnictví

Potřebujete rehabilitace, mají plno. Kardiolog vás objednal k vyšetření za čtyři měsíce. Váš zubař odešel do důchodu a nikdo nové pacienty nepřijímá. V čem je problém a jak nám v podobných situacích může pomoci pojišťovna? Na naše otázky odpovídala Pavlína Žilová z Ministerstva zdravotnictví ČR.

Řada našich čtenářů si stěžuje, že na vyšetření odborného lékaře čekají i několik měsíců. V čem je problém? Máme málo specialistů?

To určitě ne, statistiky hovoří jasně, lékařů, i těch odborných, máme v přepočtu na obyvatele dokonce více, než je průměr Evropské unie. U nás je problém jinde než v počtu odborníků. Čeští pacienti vedou v ročním počtu návštěv u lékaře.

Jsmo v Česku více nemocní?

Já bych spíš řekla, že někdy k lékařům chodíme zbytečně. V některých zemích například návštěva u specialisty bez indikace praktického lékaře není zadarmo a vždy je tam spoluúčast pacienta, u nás je i tato péče bez přímé platby. Jinde bývá běžné, že ke specialistovi jdete až na základě doporučení praktického lékaře (tzv. gatekeeping), u nás je svobodná volba poskytovatele. Takže kdykoli se objeví nějaký problém, pacienti jdou hned ke specialistovi, a dokonce někdy s jedním problémem navštíví i několik specialistů bez konzultace s praktickým lékařem. Tím nemyslím, že by bylo nutné zavádět v ČR nějaká striktní opatření. Zdravotní problém může být neefektivněji řešit přímo s ambulantním specialistou, ale některé problémy by zvládl řešit i praktik.

Sama jsem zažila situaci, kdy praktik řekl, že některé léky nemůže předepsat.

Dát více kompetencí praktickým lékařům je určitě žádoucí, protože oni mají nejúplnější informace o pacientovi a nejlepší předpoklady k tomu, aby správně stav svých pacientů vyhodnotili. Praktický lékař by rozhodně měl být průvodcem pacienta systémem, měl by koordinovat jeho léčbu a v případě potřeby ho posílat na vyšetření k ambulantním specialistům. U nekomplikovaných chronicky nemocných by praktický lékař mohl převzít léčbu sám místo specialisty. Ministerstvo zdravotnictví pracuje na tom, aby se uvolnila preskripce, tedy aby i praktický lékař mohl předepisovat více léků. V současné době probíhají jednání, domlouvají se společně specialisté i praktičtí lékaři, jak systém nastavit co nejlépe pro pacienta.

Slyšela jsem, že odborní lékaři mají od pojišťoven nastavený limit úhrad, proto nepřijímají více pacientů.

Je to trochu jinak. Úhradovou vyhláškou má ambulantní specialista sice určen maximální limit úhrad za rok, ale tento limit se mění v závislosti na počtu ošetřených pacientů v roce. Pokud se tedy lékař rozhodne, že ošetří desetkrát více pacientů, tak se mu i celkový budget desetkrát navýší. Pojišťovna rozhodně počet ošetřených pacientů nijak neomezuje. Trochu jiná situace je u praktických lékařů, oni jsou registrující lékaři a mají kapitační platbu za každého registrovaného pacienta nezávisle na počtu ošetřených pacientů.

Praktický lékař tedy může mít jen určitý počet registrovaných pacientů, aby péči o ně opravdu stíhal.

Ale co dělat v případě, když mám akutní problém, který potřebuje specialistu, a ten mě objedná až za tři měsíce?

V případě neodkladné péče nesmí být pacient v žádném zdravotnickém zařízení odmítnut a musí být ošetřen bez požadování jakékoliv přímé úhrady. Můžete navštívit pohotovost, kde vás ošetří a posoudí, zda se na případné další vyšetření máte objednat ke svému ambulantnímu specialistovi nebo k praktickému lékaři, nebo je nutné problém řešit ihned, třeba i hospitalizací. Můžete navštívit praktického lékaře, který vám v případě potřeby napíše žádanku ke specialistovi. A samozřejmě při akutním ošetření na pohotovosti nebo na doporučení praktického lékaře by vás ambulantní specialista měl objednat na nejbližší možný termín.

Co když je to ještě horší, svého specialistu nemám a nikdo nové pacienty nepřijímá?

Samozřejmě pokud má lékař naplněnou kapacitu, není povinen vás přijmout. V takovém případě vám ale musí pomoci vaše zdravotní pojišťovna. V praxi to vypadá tak, že v první fázi vám dají seznam smluvních lékařů v okolí vašeho bydliště. Pokud zjistíte, že žádný z těchto lékařů vás nepřijme, musíte pojišťovnu kontaktovat znovu s tím, že všichni uvedení lékaři mají naplněnou kapacitu a neošetří vás. Zdravotní pojišťovna může své smluvní partnery obvolat, může jim nabídnout například vyšší úhradu nebo nějaké jiné benefity, pokud budou přijímat nové pacienty, ale důležité je, že vám někoho sehnat musí a domluvit se s ním, že vás přijme. Zdravotní pojišťovna je totiž ze zákona povinna zajistit svým pojištěncům zdravotní péči.

Někteří lékaři podmiňují přijetí do péče registračním poplatkem, mají na to právo?

Zákon říká, že pojištěnec má právo na poskytnutí služeb hrazených zdravotní pojišťovnou v rozsahu stanoveném zákonem, přičemž poskytovatel zdravotních služeb nesmí za tyto služby přijmout od pojištěnce žádnou úhradu. My toto ustanovení interpretujeme tak, že pokud vám lékař například nabídne, že za roční poplatek 300 korun budete mít nadstandardní služby, jako objednání e-mailem či SMS upozorňující na preventivní kontrolu, a vy jste ochotna tuto částku uhradit, pak je to v pořádku. Pokud by ovšem bez zaplacení poplatku lékař odmítal poskytovat hrazené služby nebo omezoval jejich rozsah, dopouští se protiprávního jednání.

Řešili jsme dlouhé čekací lhůty na ošetření u lékaře specialisty. Obdobné stížnosti jsou i na lhůty pro objednání na speciální vyšetření, počítačovou tomografii nebo magnetickou rezonanci. Psala nám čtenářka, že když jejího manžela rozbolela hlava, lékař jej na CT objednal za čtyři měsíce. Mezitím pacient zkolaboval a odvezla ho sanitka. V nemocnici se zjistilo, že má zhoubný a rychle rostoucí nádor na mozku, a jeho žena se nemůže smířit s tím, že možná kdyby byl vyšetřen dříve...

Těžko se posuzuje, kde byla v tomto konkrétním případě chyba a zda by dřívější CT vyšetření této situaci výrazně pomohlo. Vždy záleží na lékaři, který potřebné vyšetření musí indikovat na náležité odborné úrovni podle pravidel vědy s ohledem na konkrétní podmínky a možnosti. Pokud lékař vyhodnotí stav pacienta jako akutní, musí ho na požadované vyšetření objednat přednostně.



Takže to není o tom, že podobných přístrojů je málo nebo jsou jen v Praze? Nebo jak jsem slyšela, že není personál, který by přístroje obsluhoval?

To určitě ně. Na ministerstvu zdravotnictví máme přístrojovou komisi, která posuzuje i rozmístění magnetických rezonancí, aby se nestalo, že všechny budou koncentrovány v jednom městě a v některých částech republiky nebudou vůbec. Magnetických rezonancí není málo a mohou fungovat 24 hodin denně. Ostatně je to velká investice, tedy zdravotnické zařízení si je pořizují, když ten personál mají, jinak by se jim tato investice ani nevyplatila.

Kdybychom to shrnuli, jaké je naše zdravotnictví?

Podle studií Euro Health Consumer Index jsme v Evropě na předních příčkách. Poskytujeme velmi kvalitní zdravotní péči za málo peněz. Vysoko je u nás hodnocena právě dostupnost a rozsah zdravotní péče. Skoro vše hradíme ze zdravotního pojištění, zatímco v okolních státech, zejména těch západních, je vyšší spoluúčast pacientů. Máme kvalitní personál, lékaře, profesory vzdělané na evropské úrovni. Málokdo vidí a málokdo si uvědomuje, kolik peněz on sám do systému veřejného zdravotního pojištění dává a kolik čerpá, pokud začne zdravotní péči skutečně potřebovat. Pojišťovny už dnes nabízejí pro své pojištěnce možnost zjistit, kolik stálo jejich ošetřování a léčba, a myslím, že by bylo dobré, kdyby se na to pacienti občas podívali. Možná by si uvědomili, jakou máme u nás obrovskou výhodu v dostupnosti zdravotní péče.

Zdroj: P. Freiwaldová, iDNES.cz, 24. 10. 2018

Změna postavení praktiků je kontinuální proces

Primární péče, jejíž role byla od padesátých let minulého století až dosud degradována, se nezmění jako mávnutím kouzelného proutku ze dne na den. Jde o to, nastartovat a umožnit změnu, která bude probíhat jako kontinuální proces.

Z dlouhodobého hlediska považujeme za ideální takový stav, jaký panuje v sousedních zemích s podobným historickým a kulturním kontextem, jako je Rakousko a Německo, které jsou nám vzorem. Podle našeho názoru má být pacientovi maximum možné péče poskytnuto v ordinaci jeho praktického lékaře, tedy co nejbližší jeho bydliště a lékařem, se kterým má dlouhodobý vztah a který také pacienta dobře zná. Jedinými limity by měly být technické a odborné možnosti praktického lékaře, nikoli administrativní překážky typu preskripční omezení atd. Praktický lékař by měl být průvodcem pacienta po systému a jeho advokátem, který ho mimo jiné ochraňuje i před zbytečnou lékařskou péčí. Z této změny by měl mít prospěch především pacient, kterému se zlepší komfort a dostupnost zdravotních služeb. Zároveň z toho bude profitovat celý zdravotní systém. Cílem je redukovat počet kontaktů pacienta se zdravotním systémem, který je v ČR extrémní a vysoce převyšuje čísla okolních vyspělých zemí (ČR více než 11 kontaktů, Rakousko 6, Švédsko 3), a zprůchodnit zdravotní systém.

Tím, že praktik převezme do svých rukou více péče o nekomplikované a chronické pacienty, dojde k uvolnění kapacit ambulantních specialistů pro péči o komplikované a akutní pacienty. Omezí se zbytečné hospitalizace a umožní přesun pacientů z nemocničních ambulancí k ambulantním specialistům. To odlehčí personální situaci nemocnic, protože lékař vycvičený pro lůžkovou péči nebude zbytečně vázán v nemocniční ambulanci a bude se moci věnovat práci u lůžka.

Na ministerstvu zdravotnictví existuje pracovní skupina pro reformu primární péče, která se mimo jiné zabývá rozšiřováním kompetencí

praktických lékařů, odstraněním preskripčních omezení pro praktického lékaře u vybraných léků, ale také nastavením pravidel mezi primární péčí a ambulantními specialisty, novým způsobem organizace LPS a řadou dalších otázek. Práce skupiny se chýlí k závěru, její výsledky budou zveřejněny do konce letošního roku a předpokládám, že budou podrobeny připomínkám odborných společností, profesních organizací a široké lékařské veřejnosti. Očekávám živou diskusi. Jedná se o komplexní materiál, proto do té doby, než budou závěry pracovní skupiny zveřejněny oficiálně, nemá smysl zveřejňovat některé dílčí výsledky a vytrhávat je z kontextu.

Co se týče změny financování praktických lékařů, je jasné, že praktický lékař, který převezme silnější roli ve zdravotním systému a poskytne větší kvalitu a kvantitu péče, musí být adekvátně ohodnocen. Popsané změny nelze realizovat při stávajícím vybavení praxí, jak technickém, tak především personálním. Kvalitní ordinace praktického lékaře nemůže fungovat ve stávajícím modelu jeden lékař a jedna sestra (mnohde stále ještě v jedné místnosti), je třeba ji posílit personálně o administrativního pracovníka, recepci, další zdravotní sestru, budoucnost mají praxe, kde pracuje více lékařů. To pochopitelně přináší vyšší náklady. Jedná se ale o investici, která znamená jen nepatrný zlomek v celkových nákladech na zdravotní systém, přitom její přínos pro fungování zdravotního systému bude obrovský a musí se mnohokrát vrátit na úsporách, které vzniknou racionalizací a zvýšením efektivity zdravotní péče.

Primární péče bude i nadále hrazena kombinovanou kapitačně výkonnou platbou, která podporuje vztah lékař–pacient (tím, že je vázána na registraci), brání zbytečné honbě za body, podporuje prevenci a také komunitní a sociální roli praktického lékaře a stabilizuje síť lékařů primární péče. Je však třeba posílit výkonnou složku úhrad a nastavit takové úhradové mechanismy, které umožní diferenciaci mezi jednotlivými praxemi podle poskytovaného výkonu a které je budou motivovat k lepší péči tím, že umožní lepší ohodnocení praxí poskytujících vyšší výkon a kvalitu.

Popsané změny není možné realizovat bez změny systému úhrad do segmentu ambulantních specialistů, která odstraní jejich ekonomickou motivaci pečovat o nekomplikované pacienty a zvýší motivaci k péči o komplikované a akutní pacienty, za něž musejí dostat lepší úhradu.

Závěrem je třeba říci, že se nejedná o jednorázovou revoluční změnu. To by ani nebylo možné vzhledem k rozsahu a povaze výše popsaných změn a věkové struktuře praktických lékařů. Nelze očekávat, že se primární péče, jejíž role byla od padesátých let minulého století až dosud degradována, změní jako mávnutím kouzelného proutku ze dne na den. Cílem je nastartovat a umožnit změnu primární péče, a tím i nastavení celého zdravotního systému. Jde o kontinuální proces, některé změny je možné realizovat již v příštím roce, jiné se projeví až v letech příštích.

Zdroj: MUDr. P. Šonka, Medical Tribune, 29. 10. 2018

Reforma kompetencí praktických lékařů

Zeptali jsme se lékařů, nemocnic, zdravotních pojišťoven i zákonodárců: V jakém rozsahu by měly být kompetence praktických lékařů rozšířeny a jak by měl být nárůst kompetencí zohledněn v platbách zdravotních pojišťoven?

Role a kompetence praktických lékařů jsou sice jedním z věčných témat českého zdravotnictví, aktuálně se ale zdá, že změna po-



stupuje rychleji. Mění se preskripční omezení u desítek léčivých přípravků, ve spolupráci s onkology se popsala možnost sledování onkologických pacientů v remisi u praktiků. Možností, které se diskutují, je mnohem více.

„Jedna koruna investovaná do primární péče ušetří až sedm korun v následné péči.“

„Potenciál všeobecných praktických lékařů v ČR, ve srovnání s vyspělými zeměmi EU, není využit. To je způsobeno posunem kompetencí, přetrvávajícím z dob socialistického zdravotnictví, který je fixován ekonomickými zájmy ostatních poskytovatelů zdravotní

péče a dlouhodobou nekonceptností řízení českého zdravotnictví,“ uvádí ve Fóru Medical Tribune doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., předseda Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP. „Podle OECD mají praktičtí lékaři největší potenciál ke zlepšení a udržení zdraví populace. Z ekonomického pohledu jedna koruna investovaná do primární péče ušetří až sedm korun v následné péči,“ připomíná doc. Býma.

Zdroj: MT, 30. 10. 2018

INZERCE

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 přístroj QuickRead Go na stanovení CRP, StrepA za 4 000 Kč, zakoupen byl 10/2013, 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 stůl, 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.

542 10-18

Pro **převod Vaší ordinace na s.r.o.** nabízím prodej obchodního podílu za symbolickou částku, např. 100 Kč. Svoji praxi jsem předala kolegyni, která již má svoji s.r.o., a v budoucnu neuvažuji o využití tohoto podnikání. kadlcikova.j@seznam.cz, 604 546 415

543 10-18

Přenechám za výhodných podmínek dobře zavedenou **ordinaci PLDD v Příbrami**. Kontakt: tel. 602 274 748

544 10-18

Nabízím velmi dobře zavedenou pediatrickou **praxi v Zábřehu** s možností pronájmu bytu 3 + 1 v místě pracoviště, vhodný i pro manželský pár (pediatr + jiná odbornost, pro kterou je možné zřídit pronájem druhé ordinace). Převzetí praxe je uvažováno cca od června 2019 nebo dle dohody. Bližší informace na tel. 603 153 455 nebo mailem brandejsjos@gmail.com.

545 10-18

Přenechám zavedenou **ordinaci PLDD v Praze 13** od ledna 2019. Telefon: 251 617 339.

546 10-18

Hledám lékaře do ordinace **PLDD**. Nabízím: **převzetí praxe** nebo **zaměstnání**. **Moravský Krumlov** (tel. 515 322 123)

547 10-18

Prodám prosperující **ordinaci PLDD v Praze 4-Braníku**, možný nástup na 1–3 dny týdně nebo dle dohody. Tel: 736 189 782

548 10-18

Hledám zástup po dobu mateřské dovolené do dobře zavedené dětské ordinace v lokalitě **Brno-střed** na období leden až **září 2019**, případně i na částečný úvazek. Bližší informace na telefonu 603 465 721

549 10-18

Předám prosperující **praxi PLDD v Brně**. Tel. 739 570 704

550 11-18

Přenechám velmi dobře zavedenou **ordinaci PLDD (s.r.o.)** v Letohradě, **okr. Ústí n. Orlicí**. Pozn: velmi výhodně, termín dohodou. Telefon: 602 115 928

551 11-18

Hledám PLDD na plný/částečný úvazek, možná flexibilní pracovní doba, **na Praze 2**. Velmi schopná sestra, atraktivní finanční ohodnocení, dobře vybavená ordinace, dobrá klientela, velmi příjemné prostředí i kolektiv. Kontakt: 724 088 999, medikids.ordinace@gmail.com

552 11-18

Prodám funkční 10 let starý přístroj **QuikRead 101** firmy Orion na rychlou diagnostiku CRP. Cena 4 000 Kč, telefon: 602 642 637

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

Silvestrovský test

1. Kdy kuře naposledy pípne?

- a) když se vyklube ze skořápky
- b) na jatkách
- c) v Tesco u pokladny

2. Proč ženy vždy vědí, kde co je?

- a) protože mají větší kapacitu mozku
- b) protože mají lepší paměť
- c) protože to tam přendaly z místa, kde to bylo

3. Proč jde manžel vždycky na balkon, když jeho žena zpívá?

- a) aby se spolupodílel na její slávě
- b) aby měl lepší audiovizuální zážitek
- c) aby si nikdo nemohl myslet, že ji bije

4. Co se stalo, když ukrajinská armáda povolala všechny vojenské zálohy?

- a) ruský medvěd se raději vrátil na své území
- b) došly zásoby proviantu
- c) v celé západní Evropě se zastavily stavební práce

5. Co mají společného Karel Gott při přebírání Slavíka a silničáři v zimě při námraze?

- a) uklouznou
- b) zazpívají si
- c) ani jeden to nečekal

6. Co ti udělá žirafa, když jí plivneš do ksichtu?

- a) plivnutí ti oplatí
- b) kopne tě do hlavy
- c) podkopne ti žebřík

7. Jaké víno je nejsilnější?

- a) portugalské červené – po napití zčervenají líčka
- b) moravské bílé – po napití jsou všichni silní
- c) mešní – jeden se napije a pak všichni zpívají

8. Co poradíte dámě na vrásky na krku?

- a) nejlepší bude pleťový krém s hyaluronidázou
- b) nejlepší bude pravidelné přikládání slupek od salátových okurek
- c) nejlepší bude rolák

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, epilepsi nedostatečně kontrolovanou léčbou nebo progresivní encefalopatií, není-li stanoven léčebný režim a dosáheno stabilizace onemocnění. Imunogenita vakcíny může být snížena imunosupresivní léčbou nebo imunodeficiencí. Nepodávat intravaskulárně nebo intradurálně. 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/otek 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 plastovou 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 plastovou 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 vztahují se k lékové přípravě. Před použitím si, prosím, pečlivě přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravek je určen k předpokládání 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 

Skok do budoucnosti kojenecké výživy



Již brzy

**pouze
v kojeneckých mlécích
BEBA**

Důležité upozornění:

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

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


Nestlé
Zdravý začátek
Zdravý život.

Informace určené pouze pro pracovníky ve zdravotnictví.