

téma čísla

Akutní příhody břišní



- Výňatek ze stenozápisu z rozpravy a hlasování Senátu o návrhu zákona, kterým se mění zákon č. 95/2004 Sb.
- Kazuistika: Masivní meléna
- Přínos ultrasonografie pro diagnostiku akutní dětské apendicitidy
- Náhlé příhody břišní a proč na ně nezapomínat
- Možnosti ortopedické protetiky v komplexní péči o tělesně postižené děti
- Racionální léčba nejčastějších respiračních nemocí u dětí



Pracujeme pro zdravější svět™

NUTRICIA
BABY NUTRITION



do more
feel better
live longer



ERDOMED

Herbal sirup

doplněk stravy

NOVINKA

Včasné nasazení řeší nachlazení

Bylinný sirup při prvních příznacích nachlazení






Extrakt z listů tymiánu obecného a pelargónie ledvinité napomáhají normální funkci
DÝCHACÍCH CEST

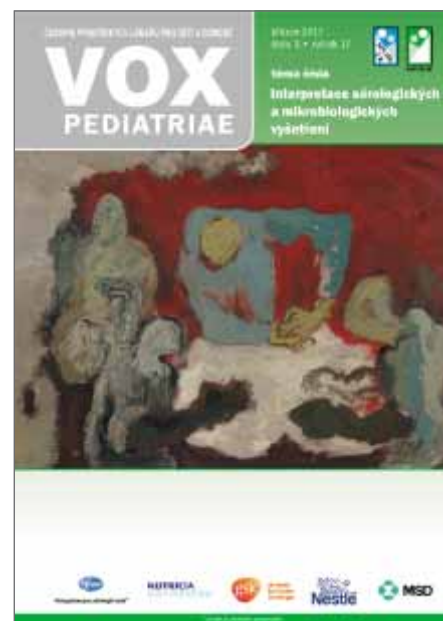


Extrakt z kořene echinacey a kořene ženšenu amerického, vitamín C a zinek podporují
IMUNITNÍ SYSTÉM



ERDOMED Herbal sirup: S: Extrakt z listů tymiánu obecného (10 : 1), extrakt z pelargónie ledvinité (5 : 1), extrakt z kořene Echinacea purpurea (4 : 1), extrakt z kořene ženšenu amerického (5 : 1), vitamín C, zinek. **I:** Dýchací cesty, imunita. **CH:** Tymián obecný přispívá k normální funkci dýchacího a imunitního systému a je známý pro své antioxidační vlastnosti. Pelargónie ledvinitá má také vliv na správnou funkci dýchacího systému. Echinacea napomáhá normální funkci dýchacích cest a podporuje imunitní systém. Americký ženšen se liší od asijského ženšenu nižším obsahem ginsenosidů Rg1 spojených se stimulačním efektem. Vitamín C přispívá k normální funkci imunitního systému, k ochraně buněk před oxidačním stresem a snížení míry unavy a vyčerpání. Zinek je minerální látka, která přispívá k normální funkci imunitního systému a ochraně buněk před oxidačním stresem. **ZU:** Není určeno pro děti do 2 let, těhotné a kojící ženy. **D:** 3 × 2,5 ml děti od 2 do 6 let, 3 × 5 ml dospělí a děti od 6 let. **S:** Sirup 150 ml, Doplněk stravy, není hrazen zdravotními pojišťovnami.

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Informace SPLDD	
	- Otcovská poporodní péče	
	- Cenový předpis Ministerstva zdravotnictví 1/2017/DZP	6
	- Jak byl projednáván návrh novely zákona č. 95/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti	
	- Mýty a pohádky kolem lékařů a EET	
	Výňatek ze stenozápisu z rozpravy a hlasování Senátu o návrhu zákona, kterým se mění zákon č. 95/2004 Sb.	9
	Zápis z jednání Národní imunizační komise (NIKO)	14
	Informace OSPDL ČLS JEP	16
	MUDr. Jaroslav Sankot	18
	Přínos ultrasonografie pro diagnostiku akutní dětské apendicitidy	
	MUDr. René Hrdlička	20
	Náhlé příhody bříšní a proč na ně nezapomínat	
	MUDr. Adéla Mertová a kol.	22
	Kazuistika: Masivní meléna	
	Prof. MUDr. Ivo Mařík, CSc.	24
	Možnosti ortopedické protetiky v komplexní péči o tělesně postižené děti	
	MUDr. Zuzana Vančíková, CSc.	34
	Racionální léčba nejčastějších respiračních nemocí u dětí	
	Ze světa odborné literatury	36
	Řádková inzerce	37
	Autodidaktický test, Výživa	38
	Obsah čísel VOX PEDIATRIAE, ročník 2016	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

ANGELINY

GSK

HIPP

**Jihomoravské
dětské léčebny**

MSD

NESTLÉ

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

**VOX
PEDIATRIAE**

www.detskylekar.cz

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

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: centerum@detskylekar.cz

Titulní strana: Jan Both - Trhání zubů (Oblastní galerie Liberec)

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



Konec starých časů...

Otcové zakladatelé pediatrie bojovali za to, aby péče o děti byla vyčleněna z péče o dospělé. A trend oddělování pokračoval z klinik do okresních nemocnic, totalitní režim vytlačil rodinné lékaře a rozvinul obvodní systém až do nejmenších vesniček. A když už tam nebyla ani dětská ordinace, tak aspoň jednou týdně poradna pro kojence. Poznatků v péči o děti rychle přibývalo díky fakultám dětského lékařství. I dětské sestry měly svoje školy. Očkování se nařídilo, totalitní systém nediskutuje, není cesta pro alternativy. V očkování jedna z mála výhod té doby. Jako jedni z prvních na světě jsme vymýtili některé infekční nemoci, které stovky let kosily celé dětské populace. A pak to šlo několik desetiletí setrvačností – všichni jsme byli nadšeni, v nejlepších letech, počty dětských lékařů i sester byly naplněny a průběžně doplňovány. Nic už zaběhlý systém nemohlo ohrozit. Po otevření hranic jsme se snažili srovnat se Západem. Bohužel, ve všem. Nepřipustili jsme představu, že bychom mohli být v něčem dál a lepší. Zrušili jsme dětské fakulty, protože na Západě také nebyly. Postupně zanikly školy pro dětské sestry. Díky prozíravosti několika lidí vzniklo Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost a posléze i samostatná odborná společnost při ČLS JEP. Profesní organizace bránila lékaře v terénu, jejichž postavení i rizika jako „živnostníků“ byla už zcela jiná než jejich kolegů v nemocnicích. Vývoj zdravotnictví šel ke snižování počtu dětských lůžek a začalo se mluvit o zavírání celých dětských oddělení. Oživila se opět myšlenka na rodinného lékaře. Reakcí na to byl vznik oboru praktického dětského lékařství. Ten je teď některým lidem zase trnem v oku, protože jinde v Evropě není. Říká se tomu čecháčkovství.

Na začátku práce SPLDD to byli především řadoví členové, kdo určovali další vývoj a směr dění. Nejméně aktivní z nich se stali okresními zástupci. Byly to mnohdy radikální kroky s několika protestními akcemi v Praze. Věděli jsme, že jedině tlakem můžeme dosáhnout něčeho u pojišťoven nebo ministerstva zdravotnictví. Ne vždy jsme v minulosti uspěli, ale byli jsme jednotní. A v tom byla naše síla. A pak se nám časem nějak ta horší stránka demokracie zažrala pod kůži – každý máme svůj názor, můžeme si říkat, co chceme, a co je nejhorší, přestali jsme být loajální k našemu demokraticky zvolenému vedení a naše síla slábne. Máme se totiž dobře. Kapitace i hodnota bodu se díky jednáním našich zástupců zvyšují. A nám se zdá, že už to tak musí být napořád. Nezdálo se nám to už v minulosti také?

Zpohodlněli jsme. Opustili jsme cestu nátlaku, ale bez toho to nejde. Jedná se jen pod tlakem. Viděli jsme to nedávno, když praktici jen zahrozili stávkou a hned byli přijati na ministerstvu. Zatímco my se přijetí musíme doprošovat. Nestanovili jsme si ani hranice, kam až se necháme zatlačit. Uvažujeme strategicky, aby nám nějaký nepředložený krok neublížil. Vyčkáváme a jen reagujeme, místo abychom byli krok napřed. Místo abychom udeřili pěstí do stolu a řekli, že to potřebujeme tak a tak, aby to fungovalo. A úředník by se měl snažit nám podmínky vytvořit. Vždyť ho živíme z našich daní. Očividně nejsme prioritou – je to vidět na počtech rezidenčních míst, na výši dotací, které jen pomalu rostou. Rezidenční systém je vůči nám i rezidentům vysloveně nepřátelský.

Administrativa nás dusí a my se nedokážeme vzepřít. Posudky a nic než posudky. Desítky týdně. Na absurdní věci. Na činnosti, které patří nerozlučně k dětství i bez razítka. Nechci si přivydělávat jako úředník! Rodiče jsou zbavováni odpovědnosti za své děti, místo toho, aby v nich byl pocit odpovědnosti pěstován. Ty, kterým to vadí, možná tlačíme do alternativního chování. Dnešní dobu nazývám (a nejsem sám) novodobou normalizací. Tak se to utahovalo v 70. letech. Za této situace se mi zdá nemožné mluvit o dalším rozšiřování našich kompetencí. Přibývají další kódy, jejichž naplnění ale bude vyžadovat další čas. A toho se nám nedostává, protože jím plýtváme bezúčelně jinde.

Zbytečně složitý je postup při žádosti o finanční příspěvek za účast na pohotovosti. Zbytečné je hlášení Clearingovému centru. Firmy nám diktují, kde smíme udělat naše setkání, pokud chceme jejich finanční podporu.

Komplexní péče, kterou se honosíme, se nám rozpadá (nikoli naší vinou) pod rukama. Naši pacienti se pohybují bez omezení mezi ambulancemi specialistů a dětských oddělení nemocnic už i v naší pracovní době. A ještě jim tam vycházejí vstříc. O jejich ošetření se ovšem dozvídáme spíše náhodně, pokud vůbec. A není nejmenší zájem státu tyto neudržitelné poměry, plýtvání a chaos změnit.

A jak z toho ven? Pojmenovat problémy bez příkras a hrbení se, bez obav, že se to někoho dotkne. Vrátit se ke kořenům a podpora musí jít jako v minulosti od členů a okresů přímo k vedení. Role mezičlánku, tedy regionů, by měla být omezena jen na některé činnosti. Jedině tak se ještě můžeme vzepřít postupující destrukci naší práce. Už si musíme dávat velký pozor, abychom neztratili poslední zbytky hrdosti a cti. Od toho se bude odvíjet i náš kredit. Abychom nebyli jen loutkami...

Milan Rytíř, Tábor



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

Konec roku 2016 a počátek roku 2017 proběhl v poklidné atmosféře. Cenová jednání byla uzavřena, zákon o vzdělávání odmítl Senát jako celek, chřipková epidemie ještě nenastoupila a většina z nás mohla trávit volný čas v rodinném kruhu či s přáteli. Na horách napadl sníh a teploty klesly hluboko pod bod mrazu. Dodatečně přeji všem, kteří čtou tyto řádky, pohodový rok 2017, pevné zdraví a hodně štěstí a úspěchů v každodenní činnosti.

Nový seznam zdravotních výkonů nám „nadělní“ nový výkon „Časný záchyt poruch autistického spektra v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost“.

V měsíci lednu se konal v Brně, Praze a Ostravě v pořadí již šestý celodenní seminář „Management ordinace PLDD“. Velmi mě potěšil obrovský zájem o tyto semináře a naplněná kapacita sálů byla důvodem, proč do Brna a Prahy se již někteří nedostali. Semináře byly věnovány právní problematice a změnám, které v ní nastaly a dotýkají se naší každodenní práce. Zaměřili jsme se zejména na vedení lékařské dokumentace a posudkovou činnost, včetně problematiky pojištění ordinace. Druhou součástí byl úvod do problematiky poruch autistického spektra (PAS) se zaměřením na autismus ve věku 18 měsíců, a s tím související provádění a vykazování nového výkonu včasného záchytu PAS, který dle nově platného seznamu zdravotních výkonů má číslo kódu 02240. **Časný záchyt PAS je součástí náplně preventivní prohlídky ve věku 18 měsíců a provádí se prostřednictvím vyplnění dotazníku M-CHAT-R, ev. M-CHAT R/F. Tento dotazník může být vyplněn v rámci provedené preventivní prohlídky ten samý den, případně může být proveden i následně (maximálně do věku 24 měsíců), pokud např. dítě či rodič nespolupracuje. Vyplněný a vyhodnocený dotazník je součástí lékařské dokumentace. Doporučujeme výkon vykazovat s dg. Z00.1, tak jako**

vykazujeme provedenou preventivní prohlídku. V případě pozitivního záchytu PAS postupujeme dle doporučení vyhodnocení dotazníku M-CHAT-R. V případě výsledku 1–2 body (susp. PAS) opakujeme dotazník s odstupem 6 měsíců a můžeme opět vykazovat výkon kódem 02240. Doporučujeme v tomto případě již přiřadit při prvním vyplňování dotazníku dg. F84.0 k výsledku dotazníku 1 a více bodů. Při opakovaném vyplnění dotazníku s výsledkem susp. PAS (tj. 1–2 body) či v případě potvrzení podezření PAS (3 a více bodů) opět vykážeme dg. F84.0, v případě negativitu (0 bodů) vykážeme dg. Z00.1 (jedná se o opakování vyšetření u dítěte, kde se podezření nepotvrdilo a pravděpodobně nepůjde o dítě s PAS). Pokud již při prvním vyhodnocení dotazníku ve věku 18 měsíců dosáhne vyhodnocení dotazníku hodnoty 3 a více bodů, použijeme kód 02240 s dg. F84.0 a dítě odesíláme k dětskému psychiatrovi k dalšímu vyšetření a potvrzení či vyloučení dg. PAS. Dotazník již neopakujeme. Tento postup nám umožní dle čísla dg. vyhodnotit s odstupem času včasné záchyt PAS v 18 měsících věku a dále při opakovaném záchytu ve věku 24 měsíců potvrzení či vyloučení podezření na PAS. Každý začátek nové činnosti budí diskuse, pochybnosti či rozpaky, ale doufáme, že tato naše práce povede k včasnému podchycení dětí s touto poruchou a také k včasné pomoci těmto dětem a jejich rodinám. Doufáme, že

již nebudeme těmi, kterým je s odstupem vytýkáno, že na diagnózu PAS nemysleli či ji nepoznali. Na základě celospolečenského tlaku na včasné záchyt PAS jsme prosadili a dostali do rukou nástroj (dotazník), který by nám v tom měl pomoci. Oproti vykazování vakcinace je tento postup velmi jednoduchý a věřím, že nám nebude dělat potíže. Vzdělávání v psychiatrické problematice, včetně poruch autistického spektra, bychom se rádi věnovali i v některém z dalších vzdělávacích cyklů.

7. 1. 2017 se konal Management ordinace PLDD v Brně.

14. 1. 2017 se konal Management ordinace PLDD v Praze.

11. 1. 2017 proběhlo plánované jednání zástupců Koalice soukromých lékařů. KSL vydala prohlášení, ve kterém vyzvala poslance k odmítnutí novely zákona o vzdělávání, protože ji považuje za špatnou, neřešící problémy vzdělávání mladých lékařů. Prohlášení bylo zasláno poslancům, MZ ČR a tisku. Koalice podpořila tímto prohlášením negativní postoj ČLK k novele zákona o vzdělávání lékařů.

21. 1. 2017 se konal Management ordinace PLDD v Ostravě.



www.detskylekar.cz

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost České republiky





Informace SPLDD

■ Otcovská poporodní péče

MPSV ve své tiskové zprávě ze dne 19. 12. 2016 zveřejnilo novinky a změny v roce 2017. Jednou z novinek bude také dávka nemocenského pojištění – tzv. dávka otcovské poporodní péče.

Ta bude fungovat tak, že z nemocenského pojištění bude **otec dítěte po jeden týden dostávat 70% vyměřovacího základu svého výdělku**. Podpora bude stejná jako výše peněžité pomoci v mateřství. Nástup bude možný **v období šesti týdnů ode dne narození dítěte** a týdenní otcovské volno nebude možné přerušit. Podle navrhovaných přechodných ustanovení bude moci nárok uplatnit i ten otec, jehož dítě se narodilo v období 6 týdnů před účinností zákona.

Vláda schválila návrh zákona dne 11. 5. 2016 a byl v rámci dalšího legislativního procesu postoupen k projednání v Poslanecké sněmovně jako sněmovní tisk č. 821. V současné době je uvedený návrh zákona zařazen na pořad 54. schůze Poslanecké sněmovny, která začíná v úterý 10. 1. 2017, do bloku 3. čtení návrhů zákonů. Po schválení Poslaneckou sněmovnou bude návrh zákona dále postoupen k projednání v Senátu, a bude-li Senátem schválen, zaslán k podpisu prezidenta republiky a následně publikován ve Sbírce zákonů.

V současné době tedy dávka otcovské poporodní péče „dostupná“ není, neboť zákon, kterým se zavádí, zatím nebyl schválen, a tudíž ani nenabyl účinnosti. Účinnost tohoto zákona je navržena prvním dnem devátého kalendářního měsíce následujícího po dni jeho vyhlášení, zákon by tedy měl nabýt účinnosti v průběhu roku 2017. V současné době není možné sdělit přesné datum nabytí účinnosti tohoto zákona.

Vedoucí tiskového odd. MPSV Mgr. Petr Sulek nám odpověděl na několik otázek.

Bude do procesu potvrzování nároku na tuto dávku nějakým způsobem zapojen PLDD?

Dětský praktický lékař nebude do tohoto procesu vůbec zapojen.

Jak bude řešena situace, kdy rodiče nezaregistrují novorozence u žádného PLDD?

Nárok na dávku vůbec nesouvisí s registrací u PLDD.

Jak bude řešena situace, když dítě bude ze zdravotních důvodů po dobu 6 týdnů od narození hospitalizované (např. nedonošenec)?

V uvedeném případě otec dítěte nárok na dávku mít bude, protože v praxi narozené dítě, které je ze zdravotních důvodů umístěno ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče, rodiče pravidelně, a to i několikrát denně, navštěvují a tráví s ním čas. Pokud by nastala situace, kdy novorozenec byl umístěn v takovém zařízení po celou dobu šestinedělí a otec dítěte by nemohl nárok na otcovskou uplatnit, ačkoliv matce pomáhal a za dítětem docházel, mohlo by to být považováno za určitou diskriminaci. Nárok na dávku tedy bude mít otec i v tomto případě.

Bude mít na tuto dávku nárok i otec dítěte v případě, že rodiče se dítěte vzdají a nabídnou je do náhradní rodinné péče či bude v ústavní péči?

Zásadním kritériem pro nárok na dávku je skutečnost, že otec dítěte musí být zapsán v rodném listě jako jeho otec. Dále bude-li otec dítěte zapsán v rodném listu dítěte a splní-li ostatní podmínky pro nárok na dávku, bude na ni mít nárok, ovšem **nikoli v situaci, pokud dítě bude umístěno v zařízení poskytujícím nepřetržitou péči z jiných než zdravotních důvodů na straně dítěte** nebo matky. Pokud nastane tato situace v průběhu čerpání dávky, končí podpůrčí doba dnem umístění dítěte do takového zařízení.

■ **Cenový předpis Ministerstva zdravotnictví 1/2017/DZP**

Ministr zdravotnictví MUDr. Svatopluk Němeček, MBA, podepsal dne 18. listopadu 2016 cenový předpis Ministerstva zdravotnictví 1/2017/DZP o regulaci cen poskytovaných zdravotních služeb, stanovení maximálních cen zdravotních služeb poskytovaných zubními lékaři hrazených z veřejného zdravotního pojištění a specifických zdravotních výkonů. Tento předpis nabývá účinnosti dnem 1. 1. 2017.

Níže uvádíme výtah z tohoto předpisu pro potřeby ordinací PLDD.

Cenový předpis reguluje maximální cenu zdravotních služeb:

- 1) hodnotu bodu *pro zdravotní výkony*, které jsou poskytovány pojištěnci a pojištěnci jiného členského státu EU *smluvním poskytovatelem zdravotních služeb*,
- 2) hodnotu bodu *pro zdravotní výkony*, které jsou poskytovány pojištěnci a pojištěnci jiného členského státu EU *při neodkladné zdravotní péči nesmluvním poskytovatelem zdravotních služeb*,
- 3) hodnotu bodu *pro zdravotní služby poskytované na žádost orgánů státní správy* hrazené z prostředků státního rozpočtu,
- 4) hodnotu bodu *pro zdravotní služby poskytované na žádost orgánů justice, státního zastupitelství, policie nebo Vězeňské služby ČR* hrazené z prostředků jejich vlastního rozpočtu,
- 5) hodnotu bodu *pro zdravotní služby poskytnuté vládním stipendistům*,
- 6) hodnotu bodu *pro neodkladnou zdravotní péči poskytnutou osobám, které nespádají do žádné z kategorií uvedené pod body 1) až 5)*, smluvním i nesmluvním poskytovatelem zdravotních služeb,

Pro účely regulace cen podle bodů 1), 2), 5) a 6) platí:

- a) maximální cena jednoho bodu je 1,14 Kč.
- b) maximální cena zdravotního výkonu je v případě ambulantní zdravotní péče součinem celkového počtu bodů za zdravotní výkon a maximální ceny jednoho bodu s tím, že celkový počet bodů se vypočte jako součet bodů za zdravotní výkon a času vynásobeného minutovou režijní sazbou stanovenou vyhláškou č. 134/1998 Sb.,

Maximální cena pro zdravotní služby poskytované na žádost orgánů státní správy, orgánů justice, státního zastupitelství nebo policie je uvedena v Příloze č. 1.

Věcně usměrněnou cenou se podle tohoto cenového předpisu regulují *ceny zdravotních*



služeb nehrazených z veřejného zdravotního pojištění.

Do ceny zdravotních služeb, které jsou regulovány věcně usměrněnou cenou, lze promítnout **pouze ekonomicky oprávněné náklady** doložitelné z účetnictví a **přiměřený zisk**, přičemž přiměřený zisk nelze uplatnit u zvlášť účtovaných léčivých přípravků a zvlášť účtovaných zdravotnických prostředků.

Za ekonomicky oprávněné náklady **nelze** uznat např. pokuty, penále, úroky z prodlení a peněžní náhrady škod, škody na majetku a náklady spojené s jejich odstraňováním (kromě škod způsobených živelními pohromami), poskytnuté dary, cestovné vyplácené nad rámec jiného právního předpisu, příspěvky na životní pojištění a penzijní připojištění, pojištění rizik a pojištění právní ochrany, příspěvky na stravování, zpětný leasing, náklady spojené s dlouhodobě nevyužitým majetkem, odpisy promlčených a nedobytných pohledávek, sponzorování sportovních a kulturních akcí, daň z příjmů právnických a fyzických osob podnikajících, výplaty podílu na zisku, náklady vynaložené neúčelně v rozporu s principem řádného hospodáře.

Přiměřeným ziskem je zejména zisk (před zdaněním) spojený s poskytováním zdravotních služeb podléhajících věcnému usměrnění cen určený na pořízení hmotného a nehmotného majetku a pozemků, na zvýšení základního kapitálu a na tvorbu fondů, jejichž tvorba a naplňování je uloženo jinými právními předpisy.

Z Přílohy č. 1 pro účely PLDD vybíráme:

Maximální ceny (bez DPH) za specifické zdravotní výkony pro

I. Ministerstvo práce a sociálních věcí, úřad práce ČR, orgány sociálně-právní ochrany dětí, českou správu sociálního zabezpečení a okresní správy sociálního zabezpečení

1. Lékařský náález – komplexní vyšetření zdravotního stavu osoby včetně vyplnění

příslušného tiskopisu pro účely posouzení zdravotního stavu ve věcech sociálního zabezpečení (*opakované komplexní vyšetření lékařem*) 536 Kč

2. Lékařský náález – cílené vyšetření zdravotního stavu osoby včetně vyplnění příslušného tiskopisu pro účely posouzení zdravotního stavu ve věcech sociálního zabezpečení (*cílené vyšetření lékařem + 1 administrativní úkon*) 291 Kč

3. Vyjádření lékaře na příslušném tiskopise pro účely umístění osoby do zařízení sociálních služeb (*podrobný výpis z dokumentace*) 254 Kč

4. Vyjádření lékaře o zdravotním stavu – nezletilého dítěte pro účely umístění do zařízení pro výkon ústavní výchovy a zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc – nezletilého dítěte pro účely svěřením do náhradní rodinné péče – dítěte, u něhož je podezření, že došlo k ohrožení nebo poškození jeho zdravotního stavu v souvislosti s trestným činem nebo přestupkem (*cílené vyšetření lékařem*) 338 Kč

5. Vyjádření lékaře o zdravotním stavu – osoby pro účely posouzení vhodnosti stát se pěstounem nebo osvojitelem – dítěte, které nemá na území ČR povolen trvalý pobyt, nebo není hlášeno k pobytu na území ČR po dobu nejméně 90 dnů, ani není oprávněno podle zvláštního právního předpisu trvale pobývat na území ČR (*cílené vyšetření lékařem + administrativní úkon*) 423 Kč

6. Vyjádření lékaře ke konkrétní otázce zdravotního stavu dítěte, rodiče nebo jiné osoby odpovědné za výchovu dítěte pro účely sociálně právní ochrany dětí (*administrativní úkon*) 85 Kč

7. Nezbytná administrativní činnost lékaře související se zapůjčením zdravotnické dokumentace pro účely resortu práce a sociálních věcí (*administrativní úkon + prokazatelně vynaložené náklady na doporučené poštovné*) 85 Kč + doporučené poštovné

II. Ministerstvo vnitra

1. Lékařská zpráva o prvotním výsledku prohlídky zraněné osoby (*administrativní výkon*) 85 Kč

2. Lékařská zpráva o zdravotním stavu osoby zpracovaná na podkladě zdravotnické dokumentace (*podrobný výpis z dokumentace*) 254 Kč

3. Klinické vyšetření osoby podezřelé z požití alkoholu (*cílené vyšetření lékařem*) 206 Kč

4. Klinické vyšetření osoby podezřelé z požití alkoholu spojené s odběrem žilní krve (*cílené vyšetření lékařem + odběr krve ze žíly u dospělého*) 249 Kč

5. Klinické vyšetření osoby při podezření z požití či podání návykových, psychotropních a jiných látek než alkoholu (*cílené vyšetření lékařem*) 536 Kč

6. Odběr žilní krve osoby při podezření z požití nebo podání návykové, psychotropní či jiné látky (*odběr krve ze žíly u dospělého*) 43 Kč

7. Vyšetření dítěte cizince před vrácením nebo policejním průvozem s vystavením lékařské zprávy (*cílené vyšetření lékařem*) 338 Kč

■ Jak byl projednáván návrh novely zákona č. 95/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta

V květnu roku 2015 uzavřelo Ministerstvo zdravotnictví společně s ČLK, lékařskými fakultami a ČLS JEP dohodu, jejímž výsledkem byl návrh novely zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. Ten následně po projednání Legislativní radou v únoru 2016 vláda ČR přijala.

49. konference gynekologie dětí a dospívajících



30. 3. – 1. 4. 2017

Hotel Tereziánský dvůr, Hradec Králové





Babiš a Ludvík se dohodli na růstu plateb za státní pojištění

Ministři financí a zdravotnictví se ve čtvrtek dohodli na zvýšení zdravotního pojištění za státní pojištění. V letech 2018 až 2020 přidá stát zdravotním pojišťovnám vždy 3,5 miliardy korun navíc. Informovala o tom Česká televize (ČT). O zvýšení státního příspěvku ještě musí rozhodnout vláda.



Za děti, důchodce či nezaměstnané zaplatí stát zdravotním pojišťovnám v roce 2018 bezmála 70 miliard korun. Měsíční částka odváděná státem za jednoho pojištěnce se zvýší o 50 korun na 970 Kč. Ministr zdravotnictví Miloslav Ludvík (ČSSD) označil dohodu za přijatelný kompromis. Podobně se vyjádřil i šéf státních financí Andrej Babiš (ANO). „Samozřejmě se nechci dohadovat jako minulý rok o navýšení za státní pojištění, takže jsme tam došli víceméně k nějakému konsensu,“ řekl Babiš ČT.

Na konci loňského května rozhodla vláda, že stát dá od letoška na zdravotní pojištění o 3,6 miliardy korun více. Kvůli větší stabilitě systému chtěl tehdejší ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček (ČSSD) uzákonit pravidelné valorizace plateb za státní pojištění. Narazil ale na nesouhlas ministra Babiše a vláda projednávání návrhu koncem srpna přerušila.

Plán prosadit pravidelné navyšování příspěvku státu za státní pojištění převzal i Němečkův nástupce ve funkci Ludvík. V polovině prosince uvedl, že návrh předloží vládě v lednu případně i bez souhlasu ministra financí.

Zdroj: ČTK, 5. 1. 2017

Dne 17. 2. 2016 pak vláda předložila tento tzv. vládní návrh novely zákona Poslanecké sněmovně jako sněmovní tisk č. 723. Zástupcem navrhovatele byl ministr zdravotnictví MUDr. Svatopluk Němeček, MBA. Organizační výbor doporučil projednání návrhu zákona ve Výboru pro zdravotnictví. Zpravodajem byl určen MUDr. David Kasal. Výbor pro zdravotnictví předložil návrh Poslanecké sněmovně do 1. čtení, které proběhlo 3. 5. 2016.

V průběhu dalších měsíců členové zdravotního výboru Poslanecké sněmovny vládní návrh pozměnili a předložili 9. 9. 2016 do 2. čtení Sněmovně tzv. komplexní pozměňovací návrh.

Ten mimo jiné také po určitou dobu obsahoval povinné stáže ambulantních lékařů v lůžkových zařízeních. Nakonec byl tento doplněk stažen.

Rozprava nad návrhem novely zákona proběhla ve 2. čtení dne 13. 9. 2016.

Dne 5. 10. 2016 zasedal garanční zdravotní výbor PSP. Hlasovalo se o 2 pozměňovacích návrzích zařazujících obor PLDD zpět do základních oborů (návrh poslance Svobody o 1 hlas nebyl schválen, návrh poslance Hovorky o 1 hlas schválen). Po diskusi garančního zdr. výboru bylo hlasováním doporučeno zařadit obor PLDD zpět do základních atestačních oborů. Takto pozměněný návrh byl předložen 14. 10. 2016 do 3. čtení poslanecké sněmovně.

Ve 3. čtení 9. 11. 2016 byl projednáván vládní návrh, který byl poslanci odhlasován, obor PLDD tedy nebyl poslanci do novely zpětně zařazen. Návrh zákona proto 18. 11. 2016 putoval k projednání v Senátu jako senátní tisk č. 4.

Návrhem se také zabýval Ústavně-právní výbor Senátu, který jej ve svém usnesení ze dne 7. 12. 2016 doporučil zamítnout. S návrhem se 13. 12. 2016 seznámil senátní Výbor pro zdravotnictví a sociální politiku, zpravodajem byla určena doc. MUDr. Milada Emmerová. Návrh novely zákona představil senátorům dne 14. 12. 2016 nově jmenovaný ministr zdravotnictví JUDr. Ing. Miloslav Ludvík, MBA. Senátoři pak po rozpravě návrh zákona zamítli a vrátili zpět do Poslanecké sněmovny.

Poslanci by měli na počátku roku 2017 znovu návrh projednat.

Mýty a pohádky kolem lékařů a EET

V poslední době se objevují různé výklady (obvykle spojené s nabídkami na software na vedení EET) týkající se praxí praktických lékařů.

Dovolím si stručný komentář.

V řadě první – naprosté většiny ambulantních lékařů (poskytovatelů zdravotních služeb) se EET týká od 1. 3. 2018.

Pouze pokud lékař provozuje i další podnikatelskou činnost (jinou než poskytování zdravotních služeb), tak se ho může za určitých okolností týkat EET již od 1. 3. 2017.

Ovšem na tuto činnost by měl provádět na základě živnostenského listu (nelze ji zahrnout pod zdravotní služby).

Podotýkám, že součástí zdravotních služeb je nepochybně například nákup a aplikace očkovacích látek, podání či vybavení pacienta léčiv v ordinaci, atd.

Takže o EET v termínu od 1. 3. 2017 lze uvažovat třeba v případě, kdy lékař poskytuje zdravotní péči a kromě toho prodává třeba kosmetické přípravky (na to by měl mít živnostenský list – spadalo by to pod maloobchod) nebo třeba kromě ordinace provozuje restauraci apod.

V případě, kdy má podnikatel dvě takovéto souběžné podnikatelské činnosti, je třeba ještě posoudit, zda některá není tzv. minoritní. Minoritní činností se rozumí taková činnost, za kterou platby činí maximálně 49 % z celkových plateb provozovny a současně nepřevyšují částku 175 000 Kč (bere se rok 2016).

Pokud jsou tyto podmínky splněny, pak může podnikatel začít EET až současně s hlavní podnikatelskou činností.

Ve výše uvedeném případě (lékař kromě poskytování zdravotní péče prodává kosmetické přípravky) by pak byl povinen k EET od 1. 3. 2017, pouze pokud by za rok 2016 utržil za kosmetiku více než 175 000 Kč.

Mgr. Jakub Uher

Pro VOX připravil:
Kozderka



Výňatek ze stenozápisu z rozpravy a hlasování Senátu o návrhu zákona, kterým se mění zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta

Senátní tisk jste obdrželi jako senátní tisk č. 4. Já prosím pana ministra zdravotnictví Miloslava Ludvíka, ..., pane ministře. Máte slovo.

Ministr zdravotnictví ČR Miloslav Ludvík:

...
Předkládaný návrh zákona si klade za cíl především stabilizovat a zkvalitnit systém specializačního vzdělávání a vzdělávání v nastavbových oborech lékařů, zubních lékařů a farmaceutů, neboť stávající nastavení systému vzdělávání bylo vyhodnoceno jako demotivační, což může být jedním z důvodů odchodu zejména čerstvých absolventů medicíny do jiných států.

...
Teď mi dovolu, abych představil hlavní přínosy předkládaného návrhu, které lze spatřovat v následujících změnách.

Pokud jde o požadavek stabilizace vzdělávání, základní kmeny, specializační obory specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a obory nastavbového vzdělávání farmaceutů a též délky specializačního vzdělávání, budou nastaveny přímo zákonem.

V rámci požadavku jednoznačně definovat postavení účastníka specializačního vzdělávání a zajistit mu tak právní jistotu v souvislosti s jeho právy a povinnostmi v průběhu vzdělávání bylo přistoupeno zejména k vymezení výkonu odborného dozoru a odborného dohledu nad účastníkem vzdělávání.

Rovněž se upřesňují požadavky na garanta oboru a školitele, účastníka vzdělávání a opravuje se též vztah mezi garantem oboru, školitelem a účastníkem vzdělávání.

S tím souvisí i velmi zásadní změna, a to vytvoření podmínek pro možnost stanovit kompetence účastníkovi specializačního vzdělávání, jak po zkoušce, která završí vzdělávání v základním kmeni, tak i podmínky, kdy bude moci školitel stanovit účastníkovi vzdělávání kompetence v průběhu přípravy ve kmeni.

...

V návaznosti na tuto problematiku jsou upřesněna pravidla pro průběh specializačního vzdělávání.

Do specializačního vzdělávání nebude započtena doba výkonu zdravotnického povolání, která přesahuje stanovenou týdenní pracovní dobu, takzvaná rozvolněná příprava v rámci specializačního vzdělávání bude probíhat minimálně v rozsahu, který nebude nižší než polovina stanovené týdenní pracovní doby. Současně se však návrh snaží vyjít vstříc účastníkům specializačního vzdělávání na rodičovské dovolené, kterým umožní započítat do specializačního vzdělávání výkon povolání již v rozsahu 1/5 stanovené týdenní pracovní doby, a taky umožní lépe sladit potřeby studijního, pracovního a rodinného života.

Řešeny jsou také podmínky související v případě přerušování výkonu zdravotnického povolání a s tím související povinnosti následného doškolení.

Vedle dílčích upřesnění dochází jednak ke zkrácení procesu akreditačního řízení pro zajištění specializačního vzdělávání, jednak v procesu samotného uskutečňování specializačního vzdělávání tak, aby byla snížena administrativní zátěž s těmito procesy spojená.

Dále dojde k úpravě přiznávání dotací na specializační vzdělávání v rámci rezidenčních míst. Dotace bude moci být poskytnuta i na specializační vzdělávání lékaře, který má uzavřenu pracovní dobu na dobu určitou.

A teď mi ještě dovolu, abych krátce reagoval na projednávání návrhu zákona, které proběhlo v senátních výborech.

ÚPV na svém jednání doporučil návrh zákona zamítnout. Jak jsem právě uvedl, já jsem ale toho názoru, a celé ministerstvo zdravotnictví, že i po změnách v Poslanecké sněmovně návrh obsahuje řadu potřebných pozitivních změn v oblasti vzdělávání.

VZSP návrh podpořil, ale doporučil jej vrátit Poslanecké sněmovně s pozměňovacími

návrhy, které já podporuji. ... Byla to jedna z nejpodrobněji a nejvíce probíraných právních norem. Jak v Poslanecké sněmovně, kde to proběhlo několika koly, nakonec to skončilo velkým komplexním pozměňovacím návrhem k vládnímu návrhu, tak i včera v Senátu, ..., tak myslím, že bylo dosaženo konsensu konsensů. ...

Já bych možná se ještě vrátil k jedné otázce, která je poměrně kruciólní, a jeví se kruciólní, jak v průběhu projednávání v Poslanecké sněmovně, tak projednávání v Senátu, a to je rozdělení nebo zrušení tedy vlastně oboru praktické lékařství pro děti a dorost, které se stalo i takovým společenským tématem. Já jaksí díky tomu, že pocházím z největší dětské nemocnice pomalu v Evropě, tak k tomu mám takový určitý, velmi osobní vztah.

Takže spíš bych tady přečetl to stanovisko a potom možná v diskusi reagoval.

Ale smyslem té novely je vytvořit jeden společný vzdělávací program pro obor pediatrie.

Ta stávající úprava pro rozdělení vzdělání na dva obory – dětské lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost – nemá opodstatnění, nedůvodně zatěžuje profesní pohyb a zaměstnanost lékařů v této oblasti. Ona byla přijata v té první novele v roce 2004, očekávalo se, že Evropa půjde tím směrem, to znamená, rozdělí praktické lékařství pro děti a dorost a pediatrii, ale my jsme v tom zůstali osamoceni. V této chvíli se jeví praktičtější i právě díky pohybu mezi nemocnicemi a terénem, aby toto bylo jedním oborem, zdůrazňuji, že praktické lékařství pro děti a dorost a praktické lékařství pro dospělé... Takhle, praktické lékařství pro děti a dorost a pediatrie, jsou něco úplně jiného, než je praktické lékařství pro dospělé a interna. To je naprosto rozdílná problematika. Takže se nedá zaměňovat.

Ale hlavní rozdíl, nebo výhoda, kterou vidíme, je, že když to zůstane jedním oborem, bude tam delší vzdělávání, je tam pětileté vzdělávání, do toho terénu, pokud půjdou



pediatrii, půjdou jakoby vzdělání pro nemocniční pediatrii, vidíme to jako jednoznačně přínosný návrh.

...

Senátorka Milada Emmerová:

... Pan ministr tady v podstatě zrekapituloval vše, co návrh obsahuje. Také se zmínil o včerejším jednání výboru, které bylo skutečně velmi vydatné.

Já vás tedy seznámím s oficiálním usnesením.

Senát PČR v 11. funkčním období, VZSP, vydává 6. usnesení z druhé schůze konané dne 13. 12. 2016, k návrhu zákona, kterým se mění zákon č. 95/2004 Sb., Po odůvodnění JUDr. Ing. Miloslavem Ludvíkem, ministrem zdravotnictví ČR, zpravodajské zprávě senátorky Milady Emmerové a po rozpravě výbor

I. doporučuje Senátu PČR vrátit návrh zákona Poslanecké sněmovně s pozměňovacími návrhy, které jsou přílohou tohoto usnesení, ...,

II. určuje zpravodajkou výboru pro jednání o návrhu zákona na schůzi Senátu senátorku Miladu Emmerovou,

III. pověřuje předsedu výboru, senátora Petera Kolibu, aby toto usnesení předložil předsedovi Senátu, Milanu Štěchovi. Podepsán je předseda výboru, Peter Koliba, Milada Emmerová jako zpravodajka, Jaroslav Malý jako ověřovatel výboru.

...

Senátor Radek Sušil: ...

Divíte se tomu, že tomu projednal ÚPV. Ano, ÚPV je od toho, aby posuzoval legislativní proces. Legislativní proces byl v tomto případě pokroucen, pokřiven. Dva roky je tato novela projednávána odbornou komisí, do Poslanecké sněmovny šel kompromisní návrh, který vzešel v rámci připomínkového řízení, na kterém se shodly Česká lékařská komora, odborné společnosti i fakulty, a tento vládní návrh byl překroucen a změněn v tzv. komplexně pozměňovací návrh, který vlastně mění filosofii tohoto zákona.

...

Senátor Jan Žaloudík: ... moje sdělení, bude mít tři části. Úvod, popis problému pro nelékaře a závěr.

Úvodem, v roce 2004 jsme věděli, že ten zákon, který byl přijat, se nepovedl, rozbil jinak vcelku funkční vzdělávání lékařů, které mělo první, druhé atestace a nástavby, poměrně fungovalo, dalo se vylepšovat i jinak. Ale tenkrát v jakémsi zápalu se chovat podle EU, která nicméně neměla, a dodnes nemá, jednotný mechanismus, jsou to

pouze příkladné státy, jsme si cosi pomrvili. 12 let jsme se těšili, že to napravíme. To je teď. Mezitím se vystřídalo devět ministrů, váženého pana ministra Ludvíka zde zatím neuvádím, protože je to jen 14 dní. To dítě, které tady porodíme teď, skutečně nezplo-dil. Lze se samozřejmě bavit o tom, jak to dítě bude prosperovat, zda je tak či jinak inteligentní, nebo zcela debilní, vychovatelné, změnitelné, bez nožiček, bez ručiček. Takže devět ministrů se vystřídalo, z toho čtyři za ČSSD, tři za ODS, jeden za TOP 09 a jeden úřednický ministr. Podíleli se na tom zhusta, hlavně v poslední době, náměstci jak za hnutí ANO, nebo náměstek, tak v neposlední řadě, nebo mohl, i za KDU-ČSL. Takže vidíte, jak je to zcela nadpolitické, nadstranické téma. Jak je to biblické téma, že všichni jsou tak trošku hříšníci, a tak trošku zasloužilí. To je ten úvod.

...

A teď popis problému pro nelékaře, protože lékaři to znají, tady bych zdržoval a opakoval to.

Samozřejmě, že nelékařům z mého okolí hlava nebere, proč tady velmi rychle něco nepředložíme, na čem se doktoři domluvili, že je to zákon o doktorech, pro doktory, ať si to nějak doktoři vymyslí, ať to hlavně funguje, zvednou ruce a půjdou. Nemají s tím asi problém. Takhle mi to říká většina kolegů.

Takže těžko chápou, že po tomto celém dlouhém procesu se před 3 týdny sešel sjezd České lékařské komory, často opovrhované, vysmívané jako odborová organizace, ale vámi, nebo tedy parlamentem, povinně potvrzených, 50 tisíc lékařů, kteří mají své sjezdy, svých 300 delegátů, na něčem se usnese. A tato komora říká, že v této podobě ten zákon je nehotový, nedostatečný, chaoticky vyhotovený, ještě tou poslední komplexní proměnou ve sněmovně, a že je pro ni nepřijatelný. Může to být názor jedné skupiny. Potom jsou zde lékařské fakulty, které se starají o velkou část toho vzdělávání v současné době. A ty unisono říkají, že ten zákon, někteří říkají, je velmi dobrý, jiní po telefonu říkají, že je k přežití, ať to radši projde. To je stanovisko lékařských fakult. Pak existuje Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, která sdružuje skoro 120 odborných společností.

A představitelé této společnosti na úrovni viceprezidenta říkají: Ano, v zásadě je to dobré, má to pár nedostatků. A do toho přicházejí zástupci jednotlivých společností a říkají, že nesouhlasí s tím či oním, dokonce velmi militantně, dokonce ještě na výboru.

To je třetí velká skupina, která má také do toho co mluvit, protože se v tom účastní. Teď si představte, že lidé v mém věku i mladší jsou zúčastněni ve všech třech organizacích, z nichž jedna říká striktně ne, druhá říká striktně ano a třetí říká ano, ale cítíme tam určitý nesoulad.

A pak jsou tady ti, pro které se to dělá, to jsou mladí lékaři, kteří, aby to bylo dostatečně disperzní a heterogenní, mají také dvě skupiny. Jedna pracuje při lékařské komoře a jedna je občanským sdružením Mladí lékaři. Ta, co je občanské sdružení Mladí lékaři, tak podle toho, s kým se bavíte, říká, asi je to k přežití, asi raději, ať to je, nebo říká také, ať to je, protože nám to stejně neřeší problémy, které máme – to je vyjádření ze včerejška – a je ochotna to akceptovat. A ta, co je u Lékařské komory, se k tomu tváří kritičtěji a zároveň říká, nám je to vlastně jedno, jak to dopadne, protože nám to problémy stejně neřeší.

A toto je vlastně zákonodárná aktivita, která má těmto mladým darovat něco, tedy darovat něco dobrého, lepšího a hezkého.

To je dilema, které samozřejmě laikům hlava nebere, a my, co v tomto světě žijeme, známe dilemata, rozpory. A teď ještě navíc, když se promíchá boj za můj obor, za tvůj obor, když se do toho zamotá nějaký starší a řekl bych velmi významný odborník, pan profesor, který se na sklonku svého života už nic atestovat nebude, už ani zkoušet nebude, snaží prolobovat něco, v co celý život věřil a co před 40 lety fungovalo, tak tato směsice je dokonalá. A do toho se ještě dostanou ti, kteří za nemoudrého zákona 2004 něco si zavedli, jak o tom už mluvil pan ministr třeba u dětských lékařů. Nechtěl jsem schválně mluvit o jednotlivých disciplínách, ode mne tady teď neuslyšíte slovo onkologie nebo něco schválně, abych se nenamočil, protože jde o obecné principy. Jde o to, že nabídka může být posuzována tak, že to má být základ, aby doktoři byli vzájemně prostupní, čili obecně chirurg, který pak může všechno a specializuje se v životě v něčem, a to formou nástavby, anebo potom chirurgii umíme rozstřílet aspoň na osm, deset základních disciplin, podobně jako internu, která se ještě lépe rozstřílela už stejně sama.

Metodické přístupy jsou tedy různé. A problém není v tom, na čí straně je pravda, ale co já tady chci nebo nechci prosazovat, problém je v tom, že je to prostě nehotové, nedodiskutované. A pan ministr je teď vtlačen do situace, kdy nám to tady má, jak on včera řekl, dítě, které nezplo-dil, předvést



a v zásadě za něj reálně bojovat. I já jsem v této situaci, že s vědomím, že to vtáhnou do koaliční vlády, aby se tento bod mohl odškrtnout jako splněný, tak v zásadě bych asi měl být také k tomu tolerantní.

Do toho se každý den musíte holt a musíte odpovídat mladým kolegům a lidem z Lékařské komory v dalších letech a měsících, na to, proč to či ono tam není, proč to tak či onak nefunguje, proč nebylo probráno.

Rozuměl bych ještě relativnímu konsensu z jara a léta. Přestal jsem tomu rozumět, kdy takový razantní vstup našich agilních kolegů v Poslanecké sněmovně tam vnesl pozměňovací návrh, takže s úspěchem pochybuji, jestli nyní všichni bojovníci za cokoli často vědí přesně, za jakou variantu těchto věcí bojujeme, a máme v tom takový maloulinký guláš, s kterým ale umíme přežít. Vycházím jenom z toho, že tady bylo staršími senátory, tedy služebně staršími, apelováno, abychom přijímali zákony dodělané, kvalitní, chraň bůh způsobilé dalších rychlých novel a protestů.

Tady lze skoro garantovat, že při této formě přijetí zákona, k čemuž pravděpodobně dojde, aniž bych podceňoval Senát, tak určitě potom potvrzení ve sněmovně, tak vám mohu garantovat, že o tom uslyšíte dál v každých relacích, při každém úbytku lékařů a bude se na to dokonce svádět, i když to tak nemusí být, že lékaři nejsou tam či onde a že tento zákon je pořád jakoby nedokonalý.

Existuje teze a já jsem ji přijal od svých kolegů v rámci jakési loajality, lepší něco než nic. Jenom jsem si položil včera večer před spaním otázku, lepší zlomenina než nic, lepších 100 korun než nic, jistě, lepší dluh 100 korun než nic, to už si nejsem jist, lepší potrat než nic, jistě také to děťátko, ale zase úplně radost to není, takže lepší než nic. Tento zákon pravděpodobně projde, v tom jsem prognostik při veškeré úctě k vám všem, kteří budete hlasovat tak či onak, se bude jmenovat lepší než nic.

A medicína samozřejmě běží zdola, ta neběží shora, naštěstí. Tak ona to přežije, ona se v tom bude dál motat, zdrží to trošku generaci. Já osobně – a to je rozdíl mezi pragmatikem a romantikem – jsem si romanticky myslel, že při vracení zpět, za konsensu všech, nebo ne konsensu, snaže o jakýsi konsensus všech během čtvrt roku, pár měsíců sehnat lidi, až vypustí bílý kouř a nepustit je z místnosti, až se na jednotlivých bodech dohodnou, tak abyste jako všichni nelékaři v tom měli jakoby jasno a přehledno, že pak bychom to se ctí mohli

dokonce prodávat jako úspěch celého toho období. A říkám nadstranicky, protože se v tom motají úplně všichni svými neúspěchy, pozor, tady nikdo nezvítězí. To jsem si myslel. Je dokazováno, že by to asi tak nefungovalo, že úplný konsensus na bázi rozumu možný není. Já pro osobní psychohygienu se přikloním k zamítnutí, to bude hrdinské gesto, nic víc to nebude, a možná ještě někdo další. A potom to samozřejmě bude pravděpodobně pokračovat tím procesem, jak naznačil pan ministr, to znamená, že se tam některé drobné úpravy udělají, z nichž některé jsou asi vylepšení apod., pak se k tomu nějak postaví Poslanecká sněmovna a pak nám všechněm pomáhej bůh, a určitě nám pomůže a my si pomůžeme také sami, což je nejlepší využití boží pomoci.

A teď závěr. Poprosil bych pana ministra úplně v závěru, aby poté, až toto se všechno stane a zákon bude mít, dbal velice na to, jak bude vypadat už vyhláskově struktura nadstavbových oborů, která to nemůže úplně doladit, ale právě frustrované obory, může tam ujasnit celou řadu věcí, hlavně u frustrovaných oborů, může dát komoře najevo, které jsou kompetence, povinnosti, jak může vyjasnit otázku tzv. funkčních kurzů, které jsou pořád špatně chápány, nevyjasněny, které mohou být jednak nástrojem dobra, ale i bičem na to, dokonce i nástrojem konkurenčního boje, se kterými se může stát leccos.

...

Nezmínil jsem toho spoustu, aby tento projev byl mírný, nebyl destruktivní, a při mé nevoli posouvám tu věc kupředu, protože co jsem já pouhým práškem v zákonu 95 o specializačním vzdělávání lékařů, zubařů a farmaceutu.

...

A hlásím se jako první schválně, ne z neskromnosti, ale proto, abych teď umožnil, aby nyní převážily názory, které to posunou kupředu, a já pak budu hlasovat pro zamítnutí. Děkuji.

...

Senátorka Alena Šromová: Vážený pane místopředsedo, pane ministře, kolegyně, kolegové. Na úvod bych řekla, že asi já budu patřit, nebo ne asi, ale budu patřit k těm, kteří si řeknou lepší něco než nic. Samozřejmě i já jsem očekávala od té novely větší změny, ale jak jsme již tady slyšeli od mého předřečníka, jsou tam pozitiva, a proto pro ni hlasovat budu, byť s tím nejsem zcela spokojená. Důvodem mého vystoupení je ale nejvíce diskutovaná změna, a to změna

v oboru pediatrie. Na rozdíl od ostatních kolegů zde i od pana ministra i já jsem ten lékař z terénu, praktický lékař pro dospělé, ne tedy pediatr, ale přesto si dovolím pár poznámek.

Obor praktický lékař pro děti a dorost byl z tohoto návrhu vzdělávání vyřazen. Proč si myslím, že je dobré zachovat stávající status quo? Proč neměnit to, co funguje, s čím jsou spokojeni rodiče, plátcí a v podstatě s čím neměl stát problém? Obor praktický lékař pro děti a dorost je jedním ze čtyř základních oborů primární péče. Přes 2000 praktických lékařů o děti a dorost se starají cca o 20 % celé populace. Existence vzdělávacího oboru praktický lékař pro děti a dorost umožňuje mladým lékařům získat kvalitní teoretickou i praktickou přípravu před nástupem do samostatné praxe. Praxe PLDD rozšiřují škálu poskytovaných služeb a zvyšují rozsah preventivní péče. Praktická dětská medicína, to není jen pediatrie, je to pediatrie plus primární péče, to znamená prevence, očkování, posuzování způsobilosti, sociální pediatrie, sociálně právní pediatrie a částečně samozřejmě zasahuje i do dalších oborů, jako je infekce, kožní, krční, chirurgie, psychologie. Praktická pediatrie to je tedy nejen péče o nemocné, ale především o zdravé dítě. Původně byl před těmi lety obor praktický lékař pro děti a dorost navržen také jako garance zachování kvalitní primární péče o děti a dorost, a to lékařem, který je vzdělaný v primární medicíně. Sloučení obou oborů pediatrie v jeden myslím si, že nejen podle mého názoru toto sloučení nevyřeší nedostatek lékařů v tomto oboru, kde je většina lékařů v předdůchodovém nebo důchodovém věku. Při stávajícím systému vzdělávání se patřičně kvalifikovaný lékař – praktický lékař pro děti a dorost dostal do terénu po čtyřech letech vzdělávání. Při novém způsobu vzdělávání by po 4,5 letech byl sice kvalitním pediatrem, ale úplně bez, nebo s minimálními znalostmi z praktické pediatrie. To, že už jsem slyšela nějaké hlášky o tom, že třeba v rámci praxe by do toho terénu šel jenom na měsíc apod., si myslím, že by bylo absolutně nedostačující. Argumentuje se, že spojením v jeden obor se zdůrazňuje prostupnost oboru, ale nepovede tato prostupnost naopak k odchodu z nemocnic a tím se zvýší nedostatek tamních pediatrů. Pediatr nemocniční bez atestace v oboru praktický lékař pro děti a dorost nebude schopen hned bez dalšího dozdělování kvalifikovaně vykonávat práci v terénu.



Závěrem si dovoluji konstatovat, že současný systém velmi dobře funguje. Vyhovuje požadavkům moderní péče o dítě, systém je levný, změnu systému nepožadují ani praktičtí lékaři pro děti a dorost, ani rodiče, ani plátcí. Navíc si myslím, že naopak je náš systém primární péče vzorem pro evropské země.

A ještě taková poznámka. Všeobecný praktický lékař je v podstatě v něčem stále. Analogie PLDD má své vzdělání, a proč nemohou mít děti také svého specificky vzdělaného praktického lékaře? Děkuji za pozornost.

Senátor Lumír Kantor: Dobrý večer, vážený pane předsedající, pane ministře, milé senátorky a vážení senátoři. Aniž bychom si to domluvili, tak na sebe budeme navazovat, protože ohledně toho zákona jako takového – a budu trochu, ale to prosím neberte jako sebestřednost, že budu mluvit o své praxi – ono to souvisí hodně a všiml jsem si během debaty, protože vystupuji poprvé tady, tak jsem si během těch debat všiml, že přece jenom určité paralely třeba se zaměstnáním se hledají. Takže bych se na to díval z pohledu – jsem pediater 25 let, skončil jsem v 1990 a 20 let jsem primářem novorozeneckého oddělení velkého novorozeneckého oddělení regionálního centra v Olomouci a 12 let jsem předsedou České neonatologické odborné společnosti, která se zabývá péčí o novorozence. Považuji se primárně za pediatra, potom se považuji za neonatologa, 20 let dělám soudního znalce pro pediatrii. Podíval bych se na to asi tak, tady se vytváří na těch papírcích, které kolují atd., se vytváří dojem, že posledních 12 let, co vznikl obor praktického lékaře pro děti a dorost, je konečně to pravé. Ale to není pravda. Ten obor vznikl v 50. letech, pediatrie na velmi vysoké úrovni udržuje si tu kontinuitu až do dneška. Myslím si, že v lékařské péči o děti jsme opravdu pořád na špičce světa. Tam jenom bych chtěl vzpomenout na to, to vzniklo právě naopak. V těch 50. letech taková velká jména jako prof. Švejc, Houšťek atd., ti začínali a ti šli do toho terénu z nemocnic. Čili tento obor jakoby vznikl právě z nemocnic. Naše generace, moje generace pediaterů vyrůstala v podstatě na ideálech tady této společné jedné pediatrie nedělitelné.

Nedělitelné a pro mladou generaci mám pocit, že jsme dlužní určité věci. A to je právě ta komplexní pediatrie. Přece dítě se nedá rozdělit na to, jestli je zdravé nebo nemocné. Mimoto to zdravé dítě my máme taky. Já

mám na svém oddělení asi 2500 porodů ročně, čili to je velká část. To už není ani doména praktického lékaře pro děti a dorost, ale je to v nemocnici a mám tam ty děti v nemocnici. Sociální péči se zabýváme hodně, řešíme pořád sociální problémy maminek. A ten systém je taky propracovaný.

Rok jsem pracoval v devadesátých letech, když jsem skončil školu, tak jsem rok pracoval. V podstatě ze dne na den jsem se ocitl v pozici praktického lékaře. Tehdy se tomu říkalo jinak. A byl jsem tam rok. Protože kolegyně onemocněla, tak jsem tam šel. Byla to vynikající zkušenost. V těch osmdesátých letech, netuším ještě, že revoluce to všechno tak nějak změnil pro mě, tak jsem počítal s tím, že vzhledem k nějakému kádrovému profilu bude pro mě asi vrchol, když půjdu jako obvodní lékař. A přál jsem si to, protože já si jich velmi vážím, praktických lékařů pro děti a dorost. A myslím, že to je důležitá práce. Ale je to pediatrie, není to samostatný obor.

Jestliže by vám onemocnělo dítě, tak půjdete k pediatrovi a nebudete vybírat, jestli tak, nebo tak. Na všechny atestace, které jsem měl možnost vidět a zkoušet, tak tam mluvíme o pediatrii a mluvíme s kolegy o tom, jak je to doma, jak to mají doma, jak je potřeba dělat tu pediatrii doma a jak je to potřeba dělat v nemocnici. Ale nerozlišujeme to. Zabýváme se hodně dispensární péčí atd. Takže té mladé generaci to jsme dlužní, protože naopak, pokud tam vznikne ten tlak, tak tam vznikne konkurenceschopnost a donutí to obě strany, aby začaly na sobě víc pracovat.

Současný průměrný věk je – jak z kterého zdroje – 54, nebo 58 let praktických lékařů. A jestliže za posledních 12 nebo 14 let bylo odatestováno 270 pediaterů, tedy praktických lékařů pro děti a dorost, tak je to nedostatečná dávka. Důležitá věc je, že neexistují nikde, můžeme si říkat, já nevím, odkud pochází ta legenda o tom, jak nám svět závidí náš současný systém. Já jsem si to zjišťoval tady u Evropské pediatrické asociace a odepsali mi, že žádná evropská země neuvádí, že má rozdílné vzdělání pro pediatrii, spolupracují v té pracující primární péči respektive nemocniční péči. Čili v celé Evropě mají jednu pediatrii.

Takže neslyšel jsem o tom, že by se někdo zabýval tím, že by chtěl přijmout náš model. A to v tom kontaktu jsem díky tomu předsednictví v odborné společnosti. Asociace lékařských fakult, kolegium děkanů podporuje, považuje za správné sloučení stávajících

oborů pediatrie a PLDD, neboť změna směrem k jednokolejnému vzdělávání v tomto oboru je v souladu s trendem v EU i ve světě. A další – Česká pediatrická společnost, podepsaná zároveň Českou neonatologickou společností, Českou společností dětské chirurgie atd. Potom tady mám ze Slovenska a další a další. To asi nemá teď už smysl o tom mluvit.

Tam je důležitá kontinuita. Já mám na oddělení 12 lékařů a tím pádem občas potřebuji pomoc. Pomocť se službami, s pohotovostí. Přijdou za mnou kolegové z praktických lékařů pro děti a dorost. Tam to není odděleno, to je jedna pediatrie. Naopak mně se může stát, jestliže už 25 let dělám na intenzivní péči a prožívám ty stresy na nočních službách, tak se mi může stát, že za 5 let budu chtít jít pracovat někam jinam. Kde ne, že by to bylo lehčí, ale kde je to poklidnější, že se člověk nemusí celou noc bát o děti, dvě tři děti, že mu třeba umřou.

Takže to je pro mě zase určitá naděje v tom, že bych mohl na ten obvod jít. V současné době nemůžu pracovat jako praktický lékař pro děti a dorost. S pětadvacetiletou pediatrikou praxí, protože nemám onu atestaci. Kterou má tedy málokdo, ale přesto vždycky si najdou nějaké cesty pravděpodobně.

Takže ta zastupitelnost lékařů je podle mě podstatná. A potom bych pokračoval od toho principu obecného, kdy podle mého názoru to je právě ta pediatrie, k tomu speciálnímu. Jestliže chceme mít nástavbovou atestaci z praktického lékařství, vynikající. Ale když jsme debatovali o tomto zákonu, tak já sám jsem prosazoval, aby neonatologie, můj obor, nebyl základní obor. Aby to byla prostě pediatrie, a potom teprve neonatologie. Dětská kardiologie – obrovské úspěchy profesora Šamánka. Ale všichni jsme začínali nebo začínáme jako pediatrii. Takže si myslím, že nic nebrání tomu, aby praktické lékařství pro děti a dorost bylo dál, aby ten pediater mohl navázat a opravdu na vysoké úrovni se vyškolit v praktickém lékařství.

A tu sociální problematiku jsem říkal. Takže já nevím, kde je ta hranice u té pediatrie? Kdo mi to řekne po mých pětadvaceti letech, kde ta hranice pediatrie je? A toho praktického lékařství? Já si nedovedu představit, ve svých znaleckých posudcích dostávám k dispozici i posudky ohledně praktického lékařství, dostávám posudky z jakéhokoli věku atd. Takže to si myslím, že samo od sebe odráží tyto všechny údaje.

Takže to je asi všechno, co jsem chtěl říct. Chtěl jsem vás požádat i ve jménu těch ge-



nerací, které tady byly, které tomu věnovaly kolikrát opravdu i život, a některé ty kolegy jsem znal, chtěl bych požádat, až budete hlasovat, tak abyste hlasovali pro jednotnou pediatrii. Děkuji.

...

Senátor Miloš Vystrčil: ...

Druhá poznámka, která se týká tohoto zákona více než kteréhokoli jiného, je, když začnete zjišťovat, co je správně. Typický příklad jsou praktičtí lékaři pro děti a dorost. Když se bavíte s jednou skupinou a snažíte se jí pozorně naslouchat, tak na závěr diskuze dojdete k názoru, že je určitě dobře, aby to byl samostatný obor. Když se bavíte potom s druhou skupinou a snažíte se jí pozorně naslouchat, tak na závěr zjistíte, že je potřeba, aby to bylo dohromady.

Takže potom už zní jenom otázka, když oběma dáte zapravdu, co jste zač? Jestli jste normální, nebo nejste? Odpověď potom je, že spíše asi ne, když jste schopni dát dvěma názorům, které jsou rozdílné, oběma kladné stanovisko. Takže to je ta druhá věc, která tady před námi laicky existuje. A můj názor, který z toho potom vyplývá, je, že pokud se máme zachovat odpovědně, tak opravdu s tímto přístupem nemůžeme souhlasit, pane ministře. My musíme tenhle ten přístup odmítnout, dřív, než se stane standardním, než se stane obvyklým. A v tom případě nemáme jinou možnost, dle mého názoru, než ten zákon zamítnout, byť by ten vzduch včera byl sebevíce vydýchaný.

Druhá věc je, pokud se tak nestane, tak potom to je tak, že najednou obory přibývaly a jenom na jeden se nedostalo. A když se na ten jeden nedostalo, tak jak to, že se na ty ostatní dostalo a nakonec to dopadlo? Ať je to traumatologie, ať je to angiologie atd., když původně to mělo být všechno jinak. Mělo jich být méně a mělo to být v tom smyslu, jak tady říkala paní senátorka Filipiová.

Tak podle mě potom korektní je, když už jsme to takhle všechno nezvládli, tak je chybou a není korektní, když toho necháme a když jenom jednomu necháme toho Černého Petra. A znovu se nevyjadřuji k té odbornosti, protože nechci to, ale takhle to je. Takhle já to cítím, že najednou, protože ti byli nejslabší, nebo tam byly největší kapacity proti, tak to tedy jediné necháme vedle. Myslím tím ty lékaře pro děti a dorost. A všechny ostatní, kteří byli silnější a lépe si to dohodli, tak je tam tedy zařadíme a ty tam necháme.

Takže můj názor je takový, že pokud bychom se dostali do podrobné rozpravy, tak velmi

prosím i o podporu pozměňovacího návrhu, který tady podává paní doktorka Šromová se mnou, abychom se i v tomhle směru chovali v rámci možností, já nevím, jestli správně, ale určitě spravedlivě. A to je ta druhá věc, kterou jsem tady chtěl říci. A to je všechno, děkuji za pozornost.

...

Senátorka Eva Syková: ...

Ještě bych se chtěla vyjádřit k těm oborům. Tady samozřejmě zaznívá krásný názor, který platil dříve, mnohým našim rodičům i nám vlastně se velice vyplatilo, když ten lékař nás vzal jakoby komplexně, určil nám potom tu správnou diagnózu. Jenomže on to takhle neudělal, on přece jenom měl tu specializované obory, ve kterých musel použít radiologii, třeba specializovanou, a tak dále, nebo angiografii a podobně, na jejichž základě se skutečně teprve ta diagnóza potvrdí. Takže ono dneska už s těmi obory to tak úplně nejde, jako to bylo dřív.

... Samozřejmě se můžou specializovat podle svého přání. Já za tím trošičku vidím to, že ti praktičtí lékaři mají strach o to, že by přišli další z té nemocnice, ti starší, kteří už nechtějí sloužit a tak dále, že by jim vlastně konkurovali, že by tady třeba měli méně práce. To je jedna z možností. Možná, že to tak není. Ale přesto si myslím, že kdyby ti lékaři pracovali po určitou dobu v nemocnici, pak se stali praktickými lékaři, že to by bylo docela dobře pro všechny. Protože to by jim vlastně přineslo tu zkušenost, které by potom v té praxi obecně s dětmi mohli použít.

A to, že třeba ti lékaři praktičtí mají především očkování a takovéto věci, a ten dorost, jejich vývoj, tak to si myslím, že ti nemocniční musí znát také, proto tam opravdu nevidím prakticky žádný rozdíl. Dokonce tady je navrhováno, že by udělali nějakou malou drobnou funkční zkoušku. Tak to už mi připadá opravdu nesystémové, když potom bychom v těch oborech ještě zaváděli nějaké malé funkční zkoušky, aby se z jednoho přecházelo na druhý, nebo aby se nějakým způsobem dělily. Takže tam bych skutečně podporovala ten jeden obor, aby spolu nesoutěžily.

...

Já bych na vás skutečně apelovala v rámci mladých lékařů, ...abyste už z tohoto důvodu ten zákon nezamítli, s pozměňovacími návrhy eventuálními ho skutečně vrátili Poslanecké sněmovně. Děkuji.

...

Senátorka Alena Šromová: Já se omlouvám všem, že ještě jednou vystupuji, ale spíše bych chtěla zareagovat na některá slova, která tady padla.

To, že v Evropě není praktický lékař pro děti a dorost, ano, není. Ale také si musíme říct, že se často v Evropě pediatr stará o děti pouze v nízkém věku, cca do 5 let, a pak péče o to dítě přechází pod tzv. rodinného lékaře. Ale to už zase by byla úplně jiná kapitola, která u nás, myslím si, není na pořadu dne. Asi by byla těžko akceptovatelná. Takže si myslím, že stále ta primární péče pro ty děti tady u nás má cenu. Stále nevidím důvod, proč rušit to, co funguje.

Zareaguji tady ještě na otázku, na řeč, myslím, že paní profesorky Sykové, na téma, že určitě se praktičtí pediatři bojí toho, že by je nahradili ti lékaři z nemocnic. Myslím si, že toho se určitě nebojí, protože získat praxi lékaře je nejen o tom chtít, ale o smlouvě s pojišťovnou. I kdyby ti praktici noví získali další úvazky, pro pojišťovnu, tak v tom globále by jich bylo hodně. Péče o děti, nebo každý lékař by měl pod sebou málo pacientů, což by vedlo k tomu, že při kapitačních platbách by se prostě neuživil. Takže tohoto bych se asi nebála. A myslím si, že to určitě není důvod praktiků.

...

Senátorka Milada Emmerová: Vážený pane místopředsedo, vážení přítomní. V obecné rozpravě vystoupilo celkem 16 senátorů a senátorek. Vyjadřovali se, jak jsme byli všichni svědky, hodně často, zda má být praktický lékař pro děti a dorost, či ne. Já jenom chci upozornit, možná, že jsme to tu nikdo neřekli, že to je jediný obor, který z toho sortimentu specializací vypadl. Takže proto taková pozornost tomu také.

Místopředseda Senátu Jiří Šesták:

... Takže budeme hlasovat o návrhu posuzovaný návrh zákona zamítnout.

... Takže zahajují hlasování. Kdo je pro, zvedne ruku a stiskne tlačítko ANO. Kdo je proti, zvedne ruku a stiskne tlačítko NE.

Takže konstatuji, že v **hlasování pořadové č. 33** se ze 61 přítomných senátorek a senátorů při kvoru 31 pro vyslovilo 31, proti bylo 18. Návrh byl přijat.

...

Připravil: Kozderka



Zápis z jednání Národní imunizační komise (NIKO) konaného dne 19. října 2016 na Ministerstvu zdravotnictví (MZ)

Přítomní podepsáni na prezenční listině, která je založena ve spisové agendě MZ/OVZ1. Jednání bylo usnášeníschopné.

1. Obeznamení s „Příkazem ministra zdravotnictví č. 16/2016 Zřízení NIKO“ (aktualizovaný Statut, Jednací řád, Deklarace konfliktu zájmů člena NIKO).

Náměstkyně ministra a hlavní hygienička ČR Mgr. Eva Gottvaldová, která byla na základě příkazu ministra zdravotnictví č. 16/2016 jmenována předsedkyní NIKO, přítomně obeznámila se změnami složení komise, Statutem, Jednacím řádem a Deklarací konfliktu zájmů člena NIKO a dále uvedla hlavní důvody změn. Komise je nyní, v souladu s příkazem ministra zdravotnictví, složena z 24 členů. Jsou jimi zástupci odborných lékařských společností ČLS JEP (11 členů), Státního zdravotního ústavu, Státního ústavu pro kontrolu léčiv, Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (po 1 členovi), Svazu zdravotních pojišťoven ČR, Všeobecné zdravotní pojišťovny (po 2 členech) a MZ (6 členů). Ke změnám ve složení komise bylo přikročeno v zájmu zajištění nejvyšší možné objektivitě přípravy odborných podkladů pro řízení strategie očkování v podmínkách narůstajících aktivit antivakcinačních uskupení v ČR.

Statut, Jednací řád, složení komise, zápisy z jednání, stanoviska a doporučení NIKO budou publikovány na webových stránkách MZ v sekci „Veřejné zdraví“.

2. Volba místopředsedy a tajemníka NIKO.

Předsedkyně NIKO navrhla, s přihlédnutím k odborné erudici a zkušenostem v oblasti vakcinologie, do volby místopředsedy 2 kandidáty z řad členů komise: MUDr. Alenu Šebkovou a MUDr. Pavla Kosinu, Ph.D. V úvodu oba dva navrhovaní kandidáti, s ohledem na svou pracovní vytíženost resp. na svou nezkušenost s prací v NIKO, nominace odmítli. MUDr. Pavel Kosina, Ph.D., trval na nepřijetí nominace své osoby, následně byla do funkce místopředsedkyně jednohlasně zvolena MUDr. Alena Šebková, která svoje rozhodnutí změnila na základě

výzvy předsedkyně a v zájmu zahájení činnosti a zajištění chodu nově konstituované NIKO.

Tajemníkem komise byl jednomyslně zvolen MUDr. Jozef Dlhý, Ph.D., jiný člen NIKO nebyl navržen a ani o danou pozici aktivně neprojevil zájem.

3. Projednání návrhu antigenního složení očkovacích látek pro pravidelná, zvláštní a mimořádná očkování pro rok 2017 a odsouhlasení jeho finální podoby před předložením do porady vedení a publikací ve Sbírce zákonů.

NIKO odsouhlasila antigenní složení očkovacích látek pro rok 2017, které je oproti roku 2016 beze změn, s následujícími výjimkami: 1. odstranění detailní specifikace antigenního složení, resp. provenience u očkovací látky proti vzteklině a taktéž i v případě BCG vakcíny, 2. doplnění a správné zařazení vakcíny proti virové hepatitidě B v dětské formuli ve smyslu „doplňkového sdělení MZ“ – sdělení č. 131/2016 Sb., kterým se mění sdělení č. 261/2015 Sb.

Úpravy antigenního složení týkající se vakcíny proti vzteklině a BCG vakcíny zohledňují připomínku vznesenou na zasedání NIKO a reagují tak na reálnou situaci, kdy není možné, na základě dosavadních zkušeností, spoléhat na celoroční zajištění dostupnosti konkrétní vakcíny s přesně definovaným antigenním složením. Antigenní složení pro rok 2017 bude předloženo ke schválení poradou vedení MZ a posléze bude předloženo k publikaci v Sbírce zákonů.

4. Projednání žádosti Ministerstva vnitra – generálního ředitelství Hasičského záchranného sboru ČR (MV-GŘ HZS ČR) o zařazení dobrovolných hasičů do systému státem hrazeného očkování proti virové hepatitidě A.

Na základě žádosti MV-GŘ HZS ČR byli na jednání NIKO přizváni jeho zástupci plk. doc. JUDr. František Vavera, Ph.D., LL.M. a plk. Pavel Nepovím ve věci projednání žádosti o zařazení členů jednotek sborů dobrovolných hasičů do systému státem

hrazeného očkování proti virové hepatitidě A (VHA). MV-GŘ HZS ČR svou žádost, s odkazem na materiál „Řešení některých oblastí u jednotek sborů dobrovolných hasičů obcí a spolků působících na úseku požární ochrany“ schváleného usnesením vlády ze dne 8. června 2016 č. 506, zdůvodňuje vysokým rizikem nákazy dobrovolných hasičů v průběhu řady zásahů (například při povodních), kdy nejsou vytvořeny podmínky pro řádné dodržování nezbytných preventivních opatření.

V diskusi k uvedené žádosti bylo mimo jiné konstatováno, že žádosti lze bezesporu porozumět, nicméně zařazení komentovaného očkování mezi povinná naráží na celou řadu omezení. Je více než problematické stanovit odhad rizika nákazy VHA u dobrovolných hasičů, a to i s přihlédnutím k faktu, že v ČR neexistují dlouhodobě perzistující nevladatelná ohniska nákazy VHA (na rozdíl od některých jiných evropských států, ve kterých žijí izolované specifické komunity s velice nízkým hygienickým standardem). Navíc také zkušenosti se zavedením plošného očkování u některých profesních skupin potvrdily nízký zájem a neochotu podrobit se povinné vakcinaci, což nakonec vedlo k jejímu zrušení v rámci navazující novely příslušné právní úpravy.

MZ osloví Svaz zdravotních pojišťoven ČR s požadavkem, aby zdravotní pojišťovny zvážily zařazení výše komentované vakcinace dobrovolných hasičů do preventivních programů pro rok 2017. MZ bude NIKO informovat o výsledku související komunikace.

5. Návrh novely vyhlášky o očkování (současný stav přípravy, projednání návrhu na doplnění novely o bližší specifikaci „indikace k očkování“).

Předsedkyně NIKO informovala o tom, že v současné době je návrh novely vyhlášky v legislativním procesu, zbývá ještě přepracovat hodnocení dopadů regulace (RIA) podle požadavků legislativního odboru MZ. Nadále trvá nejednotný názor napříč dotčenou odbornou veřejností, pokud jde o novelou vyhlášky nastavený posun apli-



kace 2. dávky vakcíny MMR do doby od dovršeného šestého do dovršeného osmého roku života. Argumentace na obou stranách nepřináší zcela zásadní konstatování na podkladě evidence-based, nicméně některé evropské státy mají v rámci národního očkovacího kalendáře termín aplikace druhé dávky nastaven ještě do pozdějšího období života dítěte, než je navrhováno v komentované novele vyhlášky (například Bulharsko a Island ve 12. roce, Maďarsko a Norsko v 11. roce, Polsko a Slovensko v 10. roce, Nizozemsko v 9. roce života). V uvedených zemích nebyla do současné doby zaznamenána změna epidemiologické situace ve výskytu spalniček, zarděnek a příušnic, která by naznačovala souvislost s delším odstupem aplikace druhé dávky vakcíny MMR. NIKO doporučuje urychlení legislativního procesu přípravy novely vyhlášky.

6. Strategie očkování z pohledu současných trendů výskytu příušnic v ČR a ve světě.

Vedoucí Národní referenční laboratoře pro zarděnky, spalničky, parotitidu a parvovirus B19 Státního zdravotního ústavu (SZÚ), MUDr. Radomíra Limberková, informovala o situaci ve výskytu příušnic v České republice a Evropě. Zdůraznila, že recentně zaznamenávaný nepříznivý trend ve výskytu příušnic v ČR má svůj začátek v roce 2015. V roce 2016 pozorujeme pokračující vzestupný trend nemocnosti, přičemž nejvyšší počet nemocných je evidován v Jihočeském kraji, který byl předchozími epidemiemi zasažen jen okrajově a výskyt příušnic v tomto kraji byl dlouhodobě nízký. Věkově specifická nemocnost (nejvíce nemocných je ve věkových skupinách 15–19, 10–14, 20–24 a alarmující je výskyt příušnic ve věkové skupině 5–9letých) koresponduje s výsledky sérologického přehledu z roku 2013. Ten ukázal velmi nízkou prevalenci protilátek v nejpostiženějších věkových skupinách, která se pohybuje pouze mezi 33 % a 37 %. V porovnání se situací v roce 2001 došlo

k poklesu séropozitivity v celé populaci České republiky z 84 % na 53 %. Nízkou prevalenci specifických protilátek lze připsat na vrub vyvanutí imunity po očkování. Selhání vakcinace na podkladě genotypové neshody mezi vakcinálním a cirkulujícím kmenem původce parotitidy se neprokázalo.

O výskytu příušnic v jednotlivých evropských státech nejsou k dispozici aktuální údaje, neboť hlášení tohoto onemocnění se provádí pouze jednou ročně (v systému TESSy). Poslední velká epidemie příušnic v EU/EEA proběhla v letech 2003–2006 s vrcholem v roce 2005, kdy bylo hlášeno celkem 215 513 případů onemocnění. Od roku 2007 do roku 2015 je výskyt příušnic mnohem nižší a počet hlášených případů se pohybuje mezi 11 000 až 24 000 ročně. Databáze hlášených případů nezahrnuje údaje z Německa a Francie, které do systému nehlásí. Nejpostiženější věkovou skupinou v EU/EEA jsou 20–29letí. Vakcinační stav nemocných se pohybuje v rozmezí 33–57 %, výskyt komplikací je asi u 10 % nemocných, nejčastější je orchitida a meningitida.

Charakteristickými rysy výskytu příušnic v globálním měřítku jsou vysoké zastoupení vakcinovaných – nad 80 % a mírná převaha mužů.

NIKO bude ve spolupráci se SZÚ situaci ve výskytu příušnic i nadále monitorovat a analyzovat. V závislosti na získaných výsledcích a dostupných možnostech se NIKO bude věnovat případné úpravě příslušné očkovací strategie.

7. Různé

- Stanovisko NIKO k urážkám a některým dalším společensky nežádoucím aktivitám ze strany subjektů zpochybnujících současný systém očkování v ČR.

Řada odborníků v oblasti vakcinologie, včetně praktických pediatrů a členů NIKO, byla opakovaně velice nevybíravě atakována představiteli výše uvedených subjektů, kteří pro šíření dezinformací o očkování využívají stále častěji i různé

platformy sociálních médií. Jednotlivé případy je nutné posuzovat individuálně a dle výsledku zvážit návrh na podání trestního oznámení proti neznámé osobě pro podezření ze spáchání trestného činu dle § 357 zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku, ve znění pozdějších předpisů, a to šířením poplašné zprávy v souvislosti s povinným očkováním.

- Členové NIKO reprezentující praktické lékaře pro děti a dorost a dětské lékaře požadují co nerychlejší vyřešení a zavedení odškodnění státem za nežádoucí účinky očkování, o kterém se diskutuje již několik let. Upozorňují, že na nutnosti tohoto systému se shodly všechny zainteresované skupiny. Dosud nesou plnou tíži odpovědnosti praktičtí lékaři pro děti a dorost, jimž je povinnost očkovat dána zákonem. NIKO doporučuje urychlené vyřešení této situace.
- V současnosti dostupné vakcíny proti HPV mají indikaci k aplikaci i u chlapců, proto se NIKO na svých dalších jednáních bude zabývat návrhem doporučení, které bude řešit očkování chlapců ve věkové kohortě 13–14 let. VZP doposud hradí tuto vakcinaci pouze dívkám ve věku mezi 13. a 14. rokem věku.
- Vzhledem k nepříznivému vývoji epidemiologické situace a s přihlédnutím k jednoznačně prokázanému benefitu v ochraně zdraví pacientů bude NIKO na svých dalších jednáních diskutovat doporučení týkající se očkování proti klíšťové encefalitidě a očkování zdravotnických pracovníků proti chřipce,
- Další jednání NIKO proběhne v lednu 2017, termín bude upřesněn.

V Praze dne 18. listopadu 2016

Zapsal: MUDr. Jozef Dlhý, Ph.D.

Verifikovala: Mgr. Eva Gottvaldová

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

a OSPDL ČLS JEP si vás dovoluují pozvat na odborné semináře v roce 2016. Semináře se konají vždy první čtvrtek v měsíci v Lékařském domě, Sokolská 31, Praha 2, stanice metra „C“ I. P. Pavlova, od 16:30 hodin. Vzdělávací akce jsou pořádány dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK a jsou ohodnoceny 2 kredity. Odborný garant: MUDr. Natália Szitányi, MUDr. Bohuslav Procházka

2. 3. 2017

Diagnostika dítěte s ABKM a celiakií v ordinaci PLDD

MUDr. Peter Szitányi, Ph.D.
KDDL VFN Praha



OSPDL ČLS JEP



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Ctirad Kozderka

■ Výsledky voleb do výboru a revizní komise OSPDL ČLS JEP na volební období 2017–2020

Volby proběhly v období od 8. 12. do 23. 12. 2016. Ze sekretariátu ČLS JEP bylo rozesláno 1 064 volebních lístků, na sekretariát ČLS JEP se vrátilo 556 volebních lístků. Voleb se tedy účastnilo 52,26% oprávněných voličů. Volební komise zasedala v sobotu 14. 1. 2017 ve večerních hodinách. Dle pravidel uvedených ve Volebním řádu ČLS JEP bylo vyřazeno 15 hlasovacích lístků jako neplatných (7 lístků bylo odesláno po termínu, na 5 lístcích byly provedeny nepovolené úpravy, na 2 volebních lístcích bylo označeno více volených kandidátů, než byl povolený počet, 1 lístek nebyl originálem).

Dne 19. 1. 2017 se uskutečnilo společné zasedání starého a nově zvoleného výboru a revizní komise OSPDL s obsazením jednotlivých funkcí nově zvolenými členy obou orgánů.

V tabulce 1 jsou uvedeni kandidáti do výboru OSPDL ČLS JEP v pořadí dle obdržенých hlasů. **Členy výboru se stávají na volební období 2017–2020 MUDr. Alena Šebková** (předseda), **MUDr. Zdeněk Zíma** (místopředseda), **MUDr. Eva Svobodová** (pokladník), **MUDr. Yveta Tomanová** (vědecký sekretář) a **MUDr. Hana Cabrnchová** (člen). Tabulka 2 uvádí pořadí kandidátů do revizní komise OSPDL ČLS JEP dle obdržенých hlasů. **Členy revizní komise OSPDL ČLS**

JEP se stávají na volební období 2017–2020 MUDr. Jarmila Aronová (předseda), **MUDr. Petra Haasová** (člen) a **MUDr. Helena Letáková** (člen).

Tab. 1

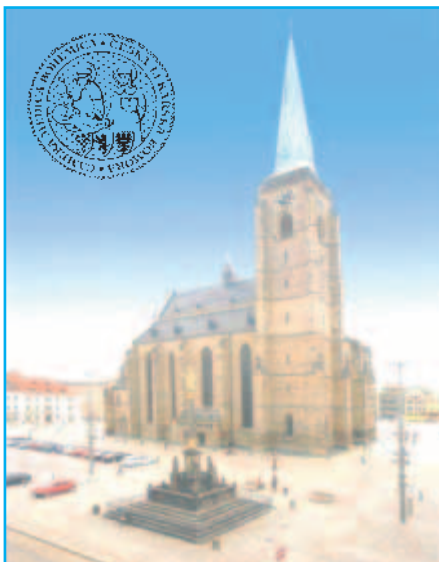
Pořadí	Jméno	Počet hlasů
1.	MUDr. Šebková Alena	407
2.	MUDr. Zíma Zdeněk	266
3.	MUDr. Svobodová Eva	265
4.	MUDr. Tomanová Yveta	259
5.	MUDr. Cabrnchová Hana	232
6.	MUDr. Jilichová Nová Veronika	186
7.	MUDr. Hromádková Pavla	185
8.	MUDr. Weiss Zdeněk	146
9.	MUDr. Sedláček Leopold	140
10.	MUDr. Vitoušová Eva	134
11.	MUDr. Benešová Romana	128
12.	MUDr. Cabrnch Milan	99

Tab. 2

Pořadí	Jméno	Počet hlasů
1.	MUDr. Aronová Jarmila	463
2.	MUDr. Haasová Petra	453
3.	MUDr. Letáková Helena	449

Nově zvoleným funkcionářům přejeme úspěšné zvládnání úkolů, které je čekají, a zdárné překonávání i nenadálých překážek.

Dosavadní výbor zahájil svoji činnost před 4 roky ve zcela novém složení, kdy kromě MUDr. Rytíře nikdo neměl zkušenosti s prací na této pozici. Je ale za ním vidět obrovský kus odvedené práce, i když, jak už to v životě bývá, ne vše se povedlo realizovat dle představ a ke spokojenosti všech. Přesto všem členům dosavadního výboru a revizní komise OSPDL ČLS JEP děkujeme za jejich skutečně obětavou práci v nelehkém období, během něhož se rozhodovalo o silné primární péči o děti a dorost v České republice. S obdivuhodným nasazením a pílí, na úkor svého času včetně toho, který ostatní věnovali své rodině a koníčkům, za porušování vlastní životosprávy, vedoucího u některých i ke zdravotním problémům, posunuli obor a vzdělávání PLDD zase o notný kus kupředu. Rozšířili spektrum vzdělávacích akcí, podařilo se jim šířit mezi všechny PLDD novinky v medicíně primární péče, ať formou tištěnou, nebo elektronickou. Výboru se podařilo do práce OSPDL aktivně zapojit více členů. Přesto má OSPDL stále velké a nevyužité rezervy. Bez aktivního přístupu všech členů OSPDL se ale ani nové vedení neobejde. Samotné vedení a zlomek nadšenců z více než tisícovky členů nemůže dosáhnout dostatečné efektivity. Nové vedení OSPDL tak má na co navazovat, rozšiřovat a rozvíjet již dříve položené základy, a má tak dobré předpoklady v nastavené cestě dále pokračovat.



**Kongresové centrum a hotel Primavera
Lékařská fakulta UK Plzeň
OSPDL a SPLDD
Dětská klinika Fakultní nemocnice Plzeň
Česká asociace sester**

pořádají

XXIX. PLZEŇSKÉ PEDIATRICKÉ DNY

17.–18. 3. 2017

**V kongresovém centru hotelu Primavera
Nepomucká tř. 128, Plzeň**

Témata kongresu:

- Současná problematika infekčních nemocí v dětském věku a jejich prevence
- Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost
- Varia

Organizační zajištění

Zuzana Příbylová, Renata Kejzlarová
Sekretariát přednosta Dětské kliniky
FN Plzeň a LF UK Plzeň
Tel: 377 104 692, 377 104 693,
fax: 377 104 694
e-mail: pribylovaz@fnplzen.cz
kejzlarovar@fnplzen.cz

ERDOMED®

erdosteín

ANTIBAKTERIÁLNÍ MUKOLYTIKUM

Erdomed může omezovat bakteriální kolonizaci a snižovat riziko bakteriální superinfekce¹

Registr ERICA®



Hlavní závěr:

95,6 %

sledovaných dětí
s ARI nepotřebovalo
při léčbě Erdomedem
antibiotickou léčbu



CRP < 40



indikován
u ARI virového
původu^{1,2}

CRP > 40



potencuje
účinek antibiotik
u bakteriálních
infekcí^{1,2}

Zkratky: ARI – akutní respirační infekce

Literatura: 1. Aktuální SPC přípravku Erdomed. 2. Koptíva, F.: Sledování ATB léčby dětských pacientů s recidivujícími respiračními infekcemi v letech 2013–2015 a Erdosteínu, aneb co nám říká „ERICA“. Vox Paediatricae 2017;1.

Zkrácená informace Erdomed: **S:** Erdosteínem 300 mg v 1 tvrdé tobolce, 175 mg v 5 ml suspenze, 225 mg v 1 sáčku prášku pro přípravu perorálního roztoku. **I:** Akutní a chronické onemocnění horních a dolních cest dýchacích, včetně exacerbace chronické bronchitidy a CHOPN, hypersekreční astma bronchiale, 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 těžšího stupně, homocysteinurie. Děti s tělesnou hmotností nižší než 15 kg; fenylketonurie – netýká se tobolek. **ZU:** Současné podávání přípravku s antitusiky nemá racionální opodstatnění a může způsobit akumulaci sekretů v bronchiálním stromu se zvýšením rizika superinfekce či bronchospasmu. **NÚ:** Židka se vyskytuje pálení žáhy, nauzea; výjimečně průjem. Ojedinelé byla pozorována ztráta nebo porucha chuti. Hypersenzitivní reakce jsou velmi vzácné. **IT:** Erdosteín potencuje účinek některých antibiotik (např. amoxicilinu, klarithromycinu), čehož lze využít k terapeutickým účelům. Byl prokázán synergický účinek s budesonidem a salbutamolem. **TL:** Pro užívání přípravku v době těhotenství, zejména v 1. trimestru, a při laktaci musí být zvlášť závažné důvody. **D:** Dospělí obvykle 1 tobolka nebo 1 sáček prášku pro přípravu perorálního roztoku 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, sáčky 20 × 225 mg. Po naředění je suspenze použitelná 14 dnů, je-li uchovávána při teplotě 2–8 °C. Datum poslední revize textu SPC: 17. 3. 2015. Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen 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 bronchiektáziemi, 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., Páteřní 7, 635 00 Brno, tel.: 546 123 111, www.angelini.cz



Přínos ultrasonografie pro diagnostiku akutní dětské apendicitidy

MUDr. Jaroslav Sankot

Chirurgické oddělení, Vsetínská nemocnice, a.s.

■ Úvod do historie

Podle prof. Pelnáře vzbudila apendicitida na přelomu 19. a 20. století v lékařství takový rozruch jako žádné jiné onemocnění v celé dosavadní historii lékařství. Onemocnění časté, náhle napadající a v té době velmi často i smrtící. Dosud byly náhlé bolesti v pravém podbřišku léčeny vesměs konzervativně – přísnou dietou, příkládáním obkladů a podáváním analgetik včetně opiátů. To často vedlo k progresi bolestí a nezřídka ke smrti pacienta. Na konci 19. století proběhla vášnivá diskuse mezi chirurgy a internisty o léčení apendicitidy, kdy chirurové jednoznačně prosazovali apendektomii. V našich zemích prosazoval operační řešení Kukula proti Thomayerovi. Nakonec vše skončilo díky Maydlovi, Kukulovi, Syllabovi a Pelnářovi společnou rezolucí pro včasnou operaci, která byla uveřejněna v Časopise lékařů českých v r. 1910. Následně se tedy apendicitida již léčila výhradně operačně, přibývaly patologicko-anatomické práce vyoperovaných apendixů, a tím se rozšiřovaly znalosti o průběhu onemocnění. Apendicitida byla častým námětem v odborné literatuře a ve známých a ceněných dílech Otokara Kukuly nebo Arnolda Jiráska, dětská apendicitida později v monografii Václava Tošovského. Základní terapií zůstala

apendektomie. Chirurgové se však kromě léčení soustřeďovali hlavně na zkoumání klinických příznaků počínající a probíhající apendicitidy, aby mohli operaci indikovat včas a snižovat riziko pooperačních komplikací. Současně se chtěli i vyhnout odstraňování zdravých apendixů. Postupem času se přidávaly některé laboratorní nálezy svědčící pro probíhající zánět. A v posledních třech deceniích nastupují zobrazovací metody jako ultrasonografie, výpočtová tomografie a magnetická rezonance, které se snaží přispět k diagnóze, odlišit červ zánícený od zdravého, a tak přispět k větší racionalitě při indikování operací. V sestavách posledních let se pak objevují i malé skupiny pacientů sice se zánětem apendixu, ale léčených neoperačně s malým rizikem progresse onemocnění (udává se většinou kolem 2 %). Takže jako bychom se kruhem dostali do stadia, kdy není nutno operovat všechny apendicitidy a připravovat tak pacienty o orgán s lymfatickou tkání.

■ Klinický obraz dětské apendicitidy

Téměř polovina zánětů apendixu se odehrává v dětském věku. Na včasnou diagnostiku se klade velký důraz z obavy před možnými komplikacemi z pokročilé apendicitidy.

Klinický obraz apendicitidy je ovlivněn některými faktory. Je to jednak věk. V novorozeneckém období je apendicitida velmi vzácná, ale právě proto se na ni nemyslí. U kojenců a batolat je častější, ale může být zrádná, protože probíhá často pod obrazem enterokolitidy nebo dyspepsie. Malé děti bývají při vyšetření bázlivé a málokdy spolupracují, vyšetření proto musí být maximálně citlivé a zkušeně vedené. U dětí předškolních a školních tyto problémy ubývají, vyšetření je většinou nekomplikované a výsledky lze dobře hodnotit.

Dalším faktorem je poloha červu. Nejčastější je subcekální; zde bývá ta typická bolestivost v pravém podbřišku. Nejméně v polovině případů je však poloha jiná – pelvická, mediální, retrocekální. Navíc u dětí může být nedokončená rotace střeva, která znamená buď vysoký stav céka, nebo mobilní cékum. To vše pak mění umístění červu a obraz příznaků.

Ve snaze lépe definovat objektivní příznaky apendicitidy se objevují různé skórovací systémy, které mají vyšetřujícímu pomoci k časně diagnóze. V r. 2002 publikoval Samuel nejznámější skórovací systém u dětské apendicitidy (viz tab. 1).

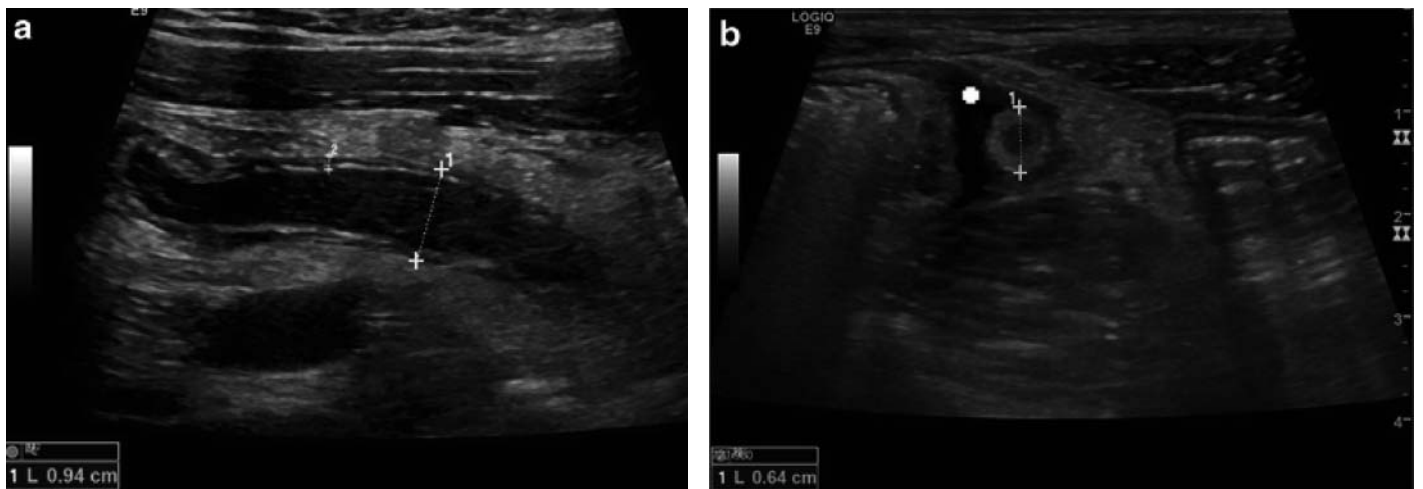
Skóre vyšší než 7 je vysoce suspektní z akutní apendicitidy.

Tab. 1 Samuelovo skóre dětské apendicitidy:

Kritérium	Skóre
Bolest v pr. podbřišku	1
Anorexia	1
Nauzea, zvracení	1
Napětí v pr. podbřišku	2
Pokleповá citlivost	2
Zvýšená teplota	1
Leukocytóza (nad 10 ⁶)	1
Neutrofilie	1
Celkové skóre	10

Tab. 2 Ultrasonografické známky akutní apendicitidy

Přímé známky	Nepřímé známky
Apendix není kompresibilní	Volná tekutina kolem apendixu
Průměr apendixu více než 6 mm	Ohraničený absces
Šířka stěny apendixu více než 3 mm	Zvýšená echogenita okolního tuku
Cílové příznaky:	
Hypoechoenní tekutý obsah lumen Hyperechoenní mukóza/submukóza Hypoechoenní svalová vrstva	Zvětšené spádové mezenterické uzliny



Obr.: Sonografické známky akutní apendicitidy v příčném a podélném průmětu: šíře appendixu > 6 mm, zesílená stěna, hypoechogenní obsah, volná tekutina v okolí (Mosbeck, Insights into Imaging 2016)

Užívání skórovacích systémů může přinést určitou objektivitu do rozhodování, ale na druhou stranu nám připadá dosti rigidní a jeho striktní dodržování může vést k omylům, sami je nepoužíváme.

■ Ultrasonografie v diagnostice akutní apendicitidy

Ultrasonografii se stupňovanou kompresí zavedl poprvé do praxe Puylaert v r. 1986. V následujících 30 letech se tato metoda intenzivně studovala a ověřovaly se nálezy. I když samotná sonografická technika prodělala velký rozvoj, způsob vyšetření a posuzování zánětlivých známek se změnily jen málo. Stupňovaná komprese při vyšetření má sloužit k optimálnímu zobrazení krajiny appendixu. V současnosti se prokazuje, že příčný průměr zdravého appendixu je 5,1 mm s odchylkou 1 mm a nemění se s věkem, podobný rozměr mají tedy i děti. Cílem sonografie je především vizualizovat appendix a pak posoudit zánětlivé známky jednak přímo na něm, jednak nepřímo v jeho okolí. S rozvojem metody se objevovaly práce dokládající vysokou přesnost vyšetření. Např. v r. 2007 studie, která zahrnovala 9 121 pacientů, udávala vysokou senzitivitu (83,7 %) i specifitu (95,9 %) vyšetření a negativní prediktivní hodnotu 93,2 %. Tyto hodnoty se nelišily od CT vyšetření.

V přehledu světové literatury posledních let je však přesnost tohoto vyšetření velmi variabilní. Senzitivita se pohybuje v rozmezí 44–100 %, specifita 47–100 %.

■ Vizualizace appendixu

Od prvních let ultrazukového vyšetřování apendicitidy bylo stanoveno, že diagnóza spočívá v přímé vizualizaci appendixu a posouzení známek jeho zánětu. Ukázalo se však, že přesto může dojít k falešně negativním nálezům. Buď je zanícený červ přehlédnut, nebo je vizualizován, ale přehlédnuty zánětlivé známky. Byly studie, které dokazovaly, že silná břišní stěna a nízké skóre bolesti zvyšují riziko falešně negativních výsledků. Je zřejmé, že se stále čtenější obezitou to může hrát roli i u dětí. Četnost vizualizace appendixu při sonografii se podle různých údajů pohybuje mezi 50 a 90 %, takže zůstává poměrně vysoké procento nenalezených červů. Nicméně v posledních letech další práce dokazovaly, že i nediagnostická UZ vyšetření bez nalezeného appendixu mohou mít negativní prediktivní hodnotu. Četné studie dokládají, že pokud nelze sonograficky nalézt appendix a nejsou přítomny ani sekundární znaky zánětu v pravém podbřišku, je riziko současně probíhající akutní apendicitidy velmi malé. Například Nah (J Pediatr. 2016) dokazuje, že při negativní sonografii je riziko dětské akutní apendicitidy nižší než 2 %. Estey (Pediatr Emerg Care 2013) udává, že sekundární známky zánětu jsou vysoce specifické pro apendicitidu, i když není appendix nalezen. Další studie zkoumaly přínos CT vyšetření pro pacienty s podezřením na akutní apendicitidu, u kterých nebyl nalezen appendix na sonografii. Tak Shah (J Ultrasound Med 33) udává, že 16,4 % pacientů s klinickým podezřením, ale

negativním sonografickým nálezem mělo CT pozitivní nález apendicitidy. Jiná studie však dokazuje, že pokud má pacient nízké klinické skóre zánětu (<6 podle Samuela) a negativní ultrazvuk, nemá CT vyšetření již žádný přínos (Srinivasan, Emerg Radiol 22). Jiní autoři pak ukazují vysokou bezpečnost propuštění dětských pacientů s nenalezeným appendixem a nepřítomnými sekundárními známkami zánětu (Ross, Acad Emerg Med 21). Lze tedy konstatovat, že kombinace klinického a sonografického vyšetření pacientů s podezřením na akutní apendicitidu je pro její přesnou diagnózu dostatečná. Předpokladem je kvalitní klinické vyšetření a zkušený sonografista. Další zobrazovací metody (CT, MR) indikujeme opravdu výjimečně, a to hlavně při podezření na jiný druh zánětu (např. Crohnova choroba). Je však třeba mít na paměti, že se jedná o vyšetření v konkrétním čase, a že se tedy nález může změnit. Proto při negativním vyšetření máme mít možnost časné kontroly pacienta buď na lůžku, nebo ambulantně.

■ Závěr

Přínos sonografie do diagnostiky dětské akutní apendicitidy je nepochybně velký. Spojením kvalitního klinického vyšetření a ultrasonografie lze provést včasnou diagnózu a minimalizovat riziko prodloužení operace.



Náhlé příhody břišní a proč na ně nezapomínat

MUDr. René Hrdlička, MUDr. Libor Janeček¹⁾,
MUDr. Veronika Dotlačilová

Dětské oddělení Oblastní nemocnice Kolín, a.s.

¹⁾ Oddělení dětské chirurgie Oblastní nemocnice Kolín, a.s.

■ Úvod

Náhlá příhoda břišní je stav, který vzniká z plného zdraví či výrazněji zhoršuje průběh aktuálního onemocnění a bez adekvátní léčby může ohrozit pacienta na životě.

■ Kazuistika č. 1

Čtrnáctiletá dívka přijatá na naše oddělení pro 4 dny trvající zvracení, řídké nazelenalé stolice a bolest břicha. Osobní anamnéza bez pozoruhodností, z rodinné anamnézy mladší sestra 3 dny před začátkem onemocnění dívky také zvracela, v rodině i další příslušníci měli mírné dyspeptické obtíže.

První den onemocnění dívka opakovaně zvracela, následující den zvracení ustalo a objevily se řídké stolice. Den před přijetím došlo ke zhoršení stavu, stolice frekventní po cca 1 hodině, opět začala zvracet. Po celé období onemocnění byly subfebrilie. Při přijetí dívka výrazně bledá, střední stupeň dehydratace, je výrazně algická při jakékoli manipulaci i při běžném pohybu. Břicho difuzně citlivé, palpačně obtížně prohmatné s difúzní citlivostí. Je přítomna živá peristaltika, jinak chudý somatický nález.

Vstupně laboratorně elevace CRP (256 mg/l), krevní obraz bez leukocytózy s neutrofilii (90 %), hemoglobin i trombocyty jsou v normě. Hraničně zvýšená urea (9 mmol/l), kreatinin v normě. V diferenciální rozvaze pomýšleno na bakteriální gastroenteritidu, zažívací potíže navíc měli i ostatní členové rodiny. Doplněno sonografické vyšetření, kde v pravém podbřišku nález infiltrátu obklopeného tekutinou, v Douglasově prostoru nález většího množství tekutiny nehomogenní echogenity s ojedinelými kulovitými hyperechogenními ložisky. Provedeno konziliární vyšetření dětským chirurgem, indikována operační revize.

Peroperačně nalezen subcékálně uložený gangrenózní apendix s perforací a sterkorální peritonitidou. Provedena apendektomie, laváž dutiny břišní, odebrán materiál na mikrobiologické vyšetření. Pooperační péče zajištěna na JIP dětského oddělení, podávána antibiotika intravenózně, analgetizace a infuzní terapie. V kontrolních odběrech došlo k poklesu zánětlivých parametrů. V kulturačním nálezu *Escherichia coli*, *Streptococcus bovis* a *Enterobacter*

cloacae, potvrzena citlivost na podávaná antibiotika.

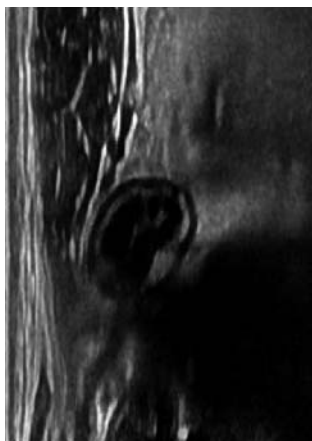
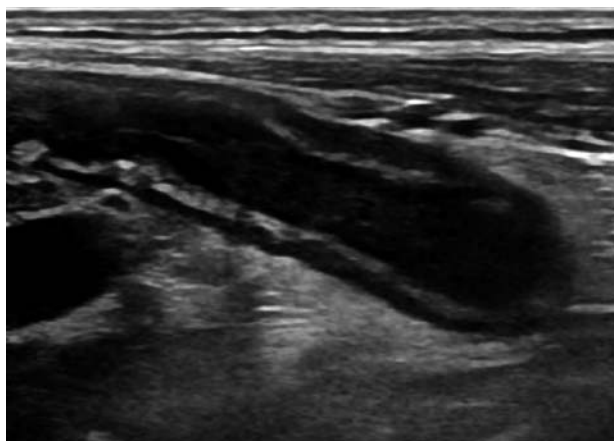
Pooperační průběh nekomplikovaný, léčba na JIP byla 5 dní a následně 11 dní na oddělení dětské chirurgie. Domů propuštěna v klinicky dobrém stavu, kontrolní ambulantní vyšetření rovněž se stabilizovaným nálezem, doporučena lázeňská léčba.

■ Kazuistika č. 2

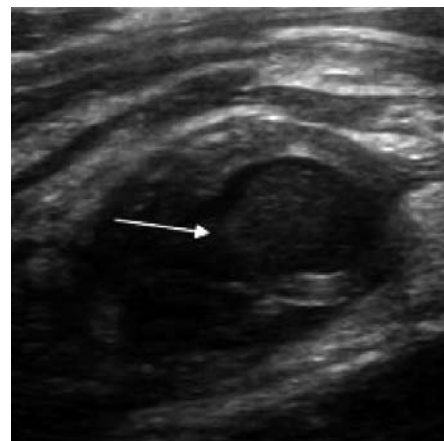
Šestnáctiletý chlapec hospitalizován na chirurgickém oddělení ve spádové nemocnici pro rychle narůstající bolestivost v pravém podbřišku a třísele. Z osobní anamnézy – chlapec vážněji nestonal, rodinná a epidemiologická anamnéza bezvýznamná.

Obtíže se objevily **náhle**, chlapec doma nezvracel, nauzeu negoval, stolici v den příjmu neměl. Při přijetí schvácený, somatický nález na hlavě, krku, hrudníku a končetinách zcela chudý. Při vyšetřování břicha reagoval při palpaci pravého podbřišku výrazně algicky. Vyšetřen *per rectum* s fyziologickým nálezem. Vstupně laboratorně bez elevace zánětlivých parametrů, biochemie i krevní obraz s fyziologickými hodnotami. Moč bez patologie. Pro bolestivost pravého

Obr. 1 a 2 Obraz akutní apendicitidy na UZ



Obr. 3 Obraz perforované apendicitidy na UZ





podbřišku odeslán na ultrazvuk břicha, kde v místě algické reakce suspekce na ileocékální invaginaci (v délce cca 2 cm), lymfadenopatie. Doplněno CT vyšetření břicha, kde invaginace vyloučena, zobrazeno malé množství volné tekutiny v dutině břišní. Léčba byla pouze symptomatická, po dvou dnech hospitalizace se potíže zmírnily a pacient byl propuštěn domů.

Pro zhoršení potíží další den vyšetřen na spádové chirurgické ambulanci, zjištěn otok pravé poloviny skrota, doplněno ultrazvukové vyšetření, kde popsán nález torze varlete. Chlapec ihned odeslán na oddělení dětské chirurgie. Při příjmu tuhý otok skrota vpravo, zarudnutí, bolestivost. V krevním obraze leukocytóza ($13 \times 10^9/l$), elevace CRP (23 mg/l). Indikována operační revize.

Během chirurgického výkonu nález nekrotického pravého varlete a nadvarlete, ve skrotu hemoragický výpotek. Pro nekrózu varlete nutnost provedení orchidektomie, diagnóza potvrzena histologickým nálezem.

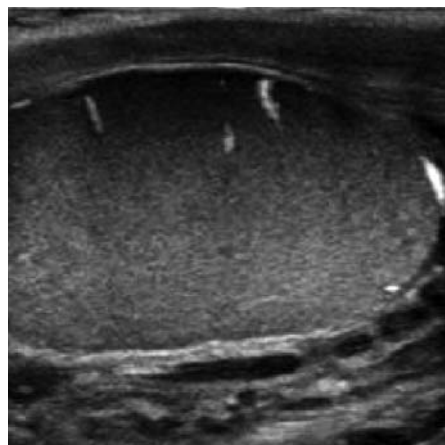
Pooperačně chlapec zajištěn analgetiky, dále bez obtíží, propuštěn 4. pooperační den.

Diskuse

Zmíněné kazuistiky měly poukázat na následující diagnostická úskalí:

1. Zrádná diferenciální diagnostika mezi bakteriální gastroenteritidou a akutní apendicitidou. Sonografické vyšetření může přispět k diferenciální diagnostice, jak bylo výše prezentováno.
2. Nezbytnost vyšetření genitálu (hlavně skrota u chlapců) při bolestivosti v hypogastriu či třísele.

Obr. 4 Obraz normálního varlete na UZ



3. Při nejasné diagnostice nezbytnost opakovaného vyšetření.
4. **Zvláště si dovoluujeme zdůraznit fakt, že zlepšení stavu nemusí být známkou úzdravy!** I u referované pacientky došlo v domácích podmínkách ke krátkému přechodnému zlepšení v rámci dvojdobého, případně trojdobého průběhu akutní apendicitidy, u chlapce se nález zlepšil po ztrátě citlivosti varlete při rozvoji nekrotických změn.

Závěr

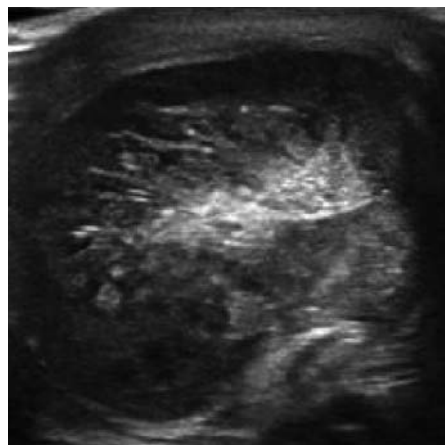
Uvedené kazuistiky nemají za úkol zneklidnit pediatriickou veřejnost. Ukazují však nejen na diagnostická úskalí, ale také na nezbytnost dodržení vyšetřovacích postupů. K problémům při diagnostice přispěly i mimomedicínské důvody:

- U pacientky došlo objevení potíží 1 den před vánočními svátky a rodiče respektovali přání slečny odložit vyšetření až po Vánocích. Mezitím došlo k perforaci zánětlivě změněného appendixu.
- U chlapce byly bolesti v oblasti skrota již při úvodní hospitalizaci, chlapec se však na tyto potíže styděl upozornit. Zde se jistě nabízí úvaha, zda byl genitál v této době adekvátně vyšetřen, o vyšetření genitálu není v dokumentaci záznam.

Pečlivá anamnéza a klinické vyšetření tak zůstávají základním postupem pro prevenci komplikací.



Obr. 5 Obraz nekrotického varlete na UZ



Společnost Agel otevře v Ostravě vlastní zdravotnickou školu

Už příští rok v září otevře společnost Agel v Ostravě-Koblově vlastní střední zdravotnickou školu. Její kapacita bude 250 studentů, ti budou moci studovat ve třech denních oborech – zdravotnický asistent, zdravotnické lyceum a laboratorní asistent – a dále v oboru zdravotnický asistent. Všechny obory zakončí studentí maturitou.

„Jde nám o doplnění stávajícího portfolia zaměstnanců a reagujeme tak na stále se prohlubující se problém nedostatku zdravotnického personálu,“ vysvětlil člen představenstva Agelu René Janosch. Dodal, že cílem školy bude vychovávat nelékařský zdravotnický personál, především zdravotnické asistenty. V budoucnu by však škola chtěla rozšířit studium o obor diplomovaná všeobecná sestra. Střední zdravotnická škola Agel bude umístěna v budově na Antošovické ulici, která dříve také sloužila školským účelům. V objektu bude v nájmu.

Studium bude zdarma

Pro první ročník plánuje škola přijmout zhruba 120 studentů, přijímačky budou na jaře. Studium bude bezplatné a zájemci nebudou muset podepisovat žádný závazek o tom, že po maturitě nastoupí do některého ze zdravotnických zařízení Agelu, vyjma těch, kteří se přihlásí do stipendijního programu. Ti budou po dostudování v Agelu po určitý čas působit.

Absolventi lycea mohou pokračovat na medicíně

Zatímco absolventi oboru zdravotnický a laboratorní asistent by měli po maturitě nastoupit do zdravotnických zařízení, u studentů zdravotnického lycea Janosch předpokládá, že budou ve studiu pokračovat na některé z lékařských fakult v ČR. „S lékaři bude myslím problém za čtyři až pět let, protože populace stárne a mladých lékařů člověk tolik nevidí,“ předpověděl. Zájemci o studium se budou moci se školou i s podmínkami studia blíže seznámit na dnech otevřených dveří, které Agel plánuje na leden 2017.

Zdroj: P. Karban, Právo, 12. 12. 2016



Kazuistika

Masivní meléna

MUDr. Adéla Mertová a kol.

Dětské oddělení, Nemocnice Na Bulovce

Šestnáctiletý chlapec přichází s doporučením z dětské chirurgické ambulance pro suspektní incipientní akutní gastroenteritidu. Ve škole třikrát za sebou zvracel tmavě červený žaludeční obsah, dle chirurgického vyšetření bez známek náhlé příhody břišni.

Při příchodu na naši ambulanci je pacient bez celkové alterace stavu, bez subjektivních stesků, na bolest břicha si nestěžuje, nevyhledává úlevovou polohu, nezvrací. Břicho měkké, palpačně mírně citlivé v epigastriu, bez známek peritoneálního dráždění, afebrilní, tlakově stabilní. Pro anamnézu opakovaného zvracení pravděpodobně natrávené krve byl chlapec přijat na oddělení k observaci. Vstupní laboratoř bez elevace zánětlivých parametrů, hemoglobin 132 g/l, ionty i glykémie v normě. Koagulace v normě. Na oddělení byla podána jednorázově kapací infuze krystaloidů, dále si už pacient na nic nestěžuje, nezvrací, tekutiny toleruje *per os*. Druhý den hospitalizace asi tři hodiny po lehké snídani dochází k rozvoji výrazné nauzey, následně pacient vyzvrací malé množství tmavého žaludečního obsahu (cca 100–200 ml, vzhled natrávené krve). Vzápětí

pociťuje nutkání na stolicí, odchází tedy na toaletu, kde náhle kolabuje. Z konečníku odchází masivní množství černé zápachající stolice, odhadem 400–500 g. Do dvou minut opět přichází k vědomí, změřen tlak, který je 105/47 mm Hg. Pacienta ihned překládáme na JIP k infuzní léčbě a monitoraci životních funkcí. Přechnodně krevní tlak klesá až na 96/48 mm Hg, akce srdeční 60–70/min.

V kontrolním krevním obraze patrný pokles hemoglobinu na 98 g/l, v biochemii známky dehydratace a hyperglykémie, koagulace krve s patrným prodloužením srážecích časů. Urgentně objednáme konzervu erymasy a vzhledem ke zjevnému rychle progresujícímu krvácení do gastrointestinálního traktu domlouváme urgentní překlad na Pediatrickou kliniku FN Motol k provedení urgentní ezofagogastroskopie. Při překladu je pacient plně při vědomí, trvá hypotenze, hladina hemoglobinu po transfuzi vystoupala na 132 g/l.

Při příjmu na specializované pracoviště proveden plánovaný endoskopický výkon, lokalizován ulcer v bulbu duodena, **drobná perforace** již bez známek krvácení, rána ošetřena dvěma stehy. Po výkonu ale

progreduje hypotenze, břicho je klinicky napjaté, špatně prohmatné. Z toho důvodu indikován RTG snímek břicha, který prokázal pneumoperitoneum. Pro podezření na další perforaci trávicí trubice indikována chirurgická revize dutiny břišni, kde další otvor nebyl zjištěn, rána pevná, ostatní nález v dutině břišni v normě. Pooperační průběh byl dále bez komplikací, ještě několikrát odešlo menší množství stolice charakteru melény, hematemeze se již neobjevila. Na JIP byl pacient kryt antibiotiky parenterálně. Pro podezření na možný podíl infekce *Helicobacter pylori* byla nasazena eradikační léčba. Detekce antigenu helicobacteria ve stolici byla z prvního vzorku pozitivní, z druhého již negativní. Eradikační léčba proto ponechána dva týdny. Stav pacienta se postupně zlepšoval, došlo k normalizaci laboratorních výsledků. Na JIP hospitalizován celkem 12 dní. V odstupu jednoho měsíce byla provedena kontrolní endoskopie s normálním nálezem. Dispenzarizován dosud v gastroenterologické ambulanci, je klinicky zcela bez potíží.

■ Krvácení do GIT – diferenciální diagnostika

Hematemeze, čili zvracení čerstvé nebo sražené krve, má svůj zdroj v oblasti Treitzova ohbí, tj. v jícnu, žaludku či duodenu. V rámci diferenciální diagnostiky nesmíme zapomínat, že krev může být napolykaná. Například z důvodu epistaxe, stavu po odstranění adenoidní vegetace, extrakce zubů apod. U novorozenců je příčinou hematemeze až ve 30 % spolykaná mateřská krev, a to z porodních cest nebo ragád bradavek. Matoucí může být zdroj ukrytý v dýchacích cestách, kdy se hemoptýza někdy špatně odliší od hematemeze, například u pacientů s chronickým plicním onemocněním, s chronickým kašlem. V neposlední řadě se o krvácení vůbec jednat nemusí a zdrojem může být požitý červeně zbarvený nápoj nebo potravina.

Meléna znamená přítomnost proteolytickými enzymy natrávené krve ve stolici. Zdroj nacházíme v proximálních částech

Tab. 1 Diferenciální diagnostika krvácení do GIT

	Kojenci	Starší děti	Adolescenti
časté	Bakteriální enterokolitida ABKM Invaginace Spolykaná mateřská krev Anální fisura	Bakteriální enterokolitida Anální fisura Střevní polypy Invaginace Gastritida Peptický vřed Spolykaná krev (epistaxe) Malloryho-Weissův sy.	Bakteriální enterokolitida Nespecifické střevní záněty Gastritida Peptický vřed Malloryho-Weissův sy. Střevní polypy
vzácné	Volvulus Nekrotizující enterokolitida Meckelův divertikl Stresový vřed Hemoragická nemoc novorozenců Lymfonodulární hyperplazie	Jícnové varixy Ezofagitida Meckelův divertikl H-S purpura Lymfonodulární hyperplazie Cizí těleso Hemangiom, AV-malformace Pohlavní zneužívání Hemolyticko-uremický sy. Nespecifické střevní záněty Koagulopatie	Hemoroidy Jícnové varixy Ezofagitida Teleangiektazie, angiodyplazie Pohlavně přenosné choroby GVHD (graft-versus-host disease)



Obr. 1 Endoskopický nálezu vředu



Obr. 2 Kontrolní endoskopie po měsíci – normální nálezu, defekt zhojen

žaludeční vřed	duodenální vřed
bolesti v epigastriu po jídle	bolesti v epigastriu nalačno – 2 a více hodin po jídle, noční bolesti
nechutenství, pocit plnosti, pálení žáhy, říhání, občasné zvracení s příměsí žluči, úbytek na váze	jídlo a antacida přináší úlevu, sezónní výskyt na jaře a na podzim
hematemeze	v 90 % meléna
u dětí vzácnější, spíše starší jedinci	postihuje mladší jedince

Tab. 2 Diferenciální diagnostika žaludečního a duodenálního vředu

trávicí trubice, a to včetně jejunu. Stolica je typicky černá dehtovitá, silně zapáchající. Při masivní meléně dochází ke ztrátě i více než jednoho litru krve do stolice. I zde může být obraz melény falešný, napolykaná krev z výše uvedených příčin nebo červeně až černě zbarvená strava, užívání *carbo adsorbens* anebo preparáty železa.

Výrazná hematemeze/meléna, nebo jejich kombinace mohou nejčastěji znamenat krvácející peptický vřed nebo jícnové varixy. V těchto případech je vždy nutná urgentní endoskopie k objasnění zdroje a zastavení krvácení. Tento stav, při kterém dochází k rychlé ztrátě velkého množství krve, bývá doprovázen celkovou alterací stavu, hypotenzí, tachykardií, slabostí, prekolapsovým stavem až poruchou vědomí různého stupně. **Enteroragie**, tedy přítomnost čerstvé krve ve stolici, má svůj zdroj v distálních částech trávicí trubice, tedy v colon anebo přímo v rektu. Při masivním úniku čerstvé krve do stolice musíme vždy myslet na možnou náhlu příhodu břísni, tj. volvulus, invaginaci nebo krvácení z vředové léze v Meckelově divertiklu.

Peptický vřed žaludku a duodena je definován jako slizniční defekt pronikající přes *lamina muscularis mucosae* stěny trávicí trubice. Během života onemocní 5–10% populace ve vyspělých zemích, akutní krvácení se však objeví jen u 5–10% nemocných. Zřídka se vyskytuje u dětí do 10 let, průměrný věk v pediatrické populaci je 15 let. Častěji jsou postiženi chlapci. V 90% se vřed nachází v bulbu duodena, vzácněji v žaludku nebo v ektopické sliznici v Meckelově divertiklu. Etiologicky se největší měrou podílí infekce *Helicobacter pylori*, která tvoří až 95% případů duodenálních vředů a 25% vředů

žaludečních. Infekce *H. pylori* má přímou souvislost s výškou socioekonomického standardu. V rozvojových zemích dosahuje výskyt 70–99%, oproti tomu ve vyspělých zemích jen 20–50%. V roce 2006 v ČR dle statistických dat byla prevalence v dospělé populaci 35%, kdežto v Číně v roce 2008 byla 65% dospělých. U dětí se infekce *H. pylori* objevuje od pátého roku života a postupně stoupá. Spontánní vymizení je vzácné. Přenos se děje fekálně-orální nebo orálně-orální cestou, z matky na dítě, mezi sourozenci či v kolektivních zařízeních. Díky speciálnímu obalu, fimbriím a enzymatické výbavě se bakterie adaptuje na žaludeční prostředí, dokáže změnit charakter a pH povrchové vrstvy hlenu, žaludeční sliznice tedy není chráněná a rozvíjí se zánětlivá reakce. Endoskopické změny na sliznici jsou viditelné u 50% infikovaných dětí – erytém, eroze, ulcerace a nodulární změny v antru žaludku. Z akutní gastritidy se postupem času rozvíjí chronický zánět, jehož důsledkem může být vznik eroze až vředu nebo non-ulcerózní dyspepsie. V diagnostice infekce *H. pylori* se uplatňuje přímý průkaz antigenu ze vzorku stolice, ureázový test z vydechaného vzduchu, sérologie protilátek, detekce ze slin a z invazivních metod biopsie vzorku postižené tkáně při endoskopickém vyšetření (mikroskopie, speciální imunofluorescenční metody detekce). V rámci diagnostiky žaludečního či duodenálního vředu je jedinou průkaznou metodou ezofagogastroskopie.

Helicobacter pylori je detekován v 95% u duodenálních a v 25% u žaludečních vředů. Na základě diagnózy je nutná eradikační léčba, jedná se v podstatě o kauzální terapii vedoucí ke zničení bakterie. K eradikaci se používají standardně inhibitory protonové

pumpy (omeprazol 1–2 mg/kg/den) a dvojkombinace antibiotik, a to amoxicilin (50 mg/kg/den) + clarithromycin (15 mg/kg/den). Druhou variantou je kombinace omeprazol + amoxicilin + metronidazol (200 mg/kg), třetí možností je omeprazol + clarithromycin + metronidazol (20 mg/kg/den). Celková doba léčby činí 7–14 dní. Kontrola efektu léčby má význam nejdříve za 4 týdny. V případě komplikací v podobě akutního krvácení z vředu je nutná okamžitá intervence, a to akutní ezofagoduodenoskopie, tedy diagnostický i terapeutický výkon zároveň. Při známkách perforace trávicí trubice je pak nutná neodkladná chirurgická revize dutiny břísni, jako tomu bylo v případě našeho pacienta. Závěrem je třeba říci, že i přestože náhlu příhodu břísni v podobě krvácení ze žaludečního či duodenálního vředu vidáme v dětské populaci vzácně, jedná se o stav život ohrožující a vyžadující urgentní řešení. Vzhledem k tomu, že se v naprosté většině případů jedná o vřed vzniklý na podkladě déletrvajícího chronického zánětu, který se projevuje dlouhodobými obtížemi, kdy příčinou je dobře léčitelná infekce, je třeba na tento důvod dlouhodobých bolestí břicha myslet a vyšetřit včas antigen *H. pylori* ze stolice či odeslat k provedení endoskopie. Jen tímto způsobem je možné včas odhalit infekční etiologii, dostatečně včas ji eradikovat a tím zabránit možným komplikacím, které by mohly pacienta ohrozit na životě. I přes veškerou naši potenciální snahu potvrzuje výjimka pravidlo. Příkladem za všechny je opět náš pacient, který žádná dlouhodobá obtíž neměl.



Možnosti ortopedické protetiky v komplexní péči o tělesně postižené děti

Prof. MUDr. Ivo Mařík, CSc.

vědecký sekretář Ortopedicko-protetické společnosti ČLS JEP z.s. a předseda Společnosti pro pojivové tkáně ČLS JEP z.s.;
Západočeská univerzita, Fakulta zdravotnických studií, Plzeň;
Ambulantní centrum pro vady pohybového aparátu s.r.o., Praha

MUDr. Petr Krawczyk

předseda Ortopedicko-protetické společnosti ČLS JEP z.s.; PROTEOR CZ s.r.o., NZZ Ostrava

■ Souhrn

Ortopedická protetika (OP) je interdisciplinární lékařský obor, který v součinnosti s rehabilitačním léčením a operačními obory (především dětská ortopedie a chirurgie, plastická chirurgie, chirurgie ruky, spondylochirurgie) má dnes nezastupitelné místo ve všech etapách komplexního léčení tělesně postižených dětí. Obdobně jako ortopedické operační léčení je konzervativní ortotické léčení od raného věku zaměřeno na ovlivnění/usměrnění abnormálního růstu a vývoje (patologický tvar, složení a funkce) končetin a páteře s aplikací poznatků funkční adaptace kostí v období růstu. S překotným rozvojem vědy a techniky se vyčlenila jednotlivá odvětví ortopedické protetiky, a to protetika, ortotika (ortotetika), epitetika, kalceotika, adjuvatika a protetometrie.

OP zaznamenala obrovský pokrok koncem 20. století s rozvojem dalších oborů, např. biomechaniky pohybového ústrojí, klinické (ortopedické) antropologie a dalších chirurgických oborů (např. kardiochirurgie, cévní chirurgie, mikrochirurgie, neurochirurgie aj.). Podnětné jsou recentní poznatky v embryologii, teratologii a objevy v molekulární genetice. Současný celosvětový trend v léčení vrozených a vývojových vad pohybového aparátu je snaha o úplné, ale šetrné vyřešení anomálie (malformace, deformace, disrupce) konzervativními a operačními metodami, pokud možno již v prvním roce života.

Společným cílem OP a zmíněných oborů je zabránit opoždění psychomotorického vývoje, příznivě ovlivnit růst a korigovat deformity pohybového ústrojí dětí s genetickými chorobami skeletu nebo získanými vadami pohybového ústrojí. V rámci komplexní péče OP pomáhá připravit děti na důstojný, smysluplný a spokojený život s cílem zařadit je do společnosti jako maximálně plnohodnotné jedince.

Klíčová slova: ortopedická protetika, komplexní léčení, deformity skeletu, tělesně postižené děti, ortéza, protéza, myoelektrická protéza

■ Úvod

Obor ortopedická protetika (OP) se vyčlenil z oboru ortopedie a chirurgie. Světového věhlasu v zavedení ortopedické protetiky do klinické praxe dosáhl Jedličkův ústav v Praze, na jehož založení v roce 1913 se významně podílel chirurg – profesor *MUDr. Rudolf Jedlička*. V rámci poskytování komplexní péče o postižené děti a později o válečné veterány z 1. světové války se začalo hovořit o tzv. technické ortopedii. K rozvoji oboru do dnešní doby přispěly další obory, a to zvláště rehabilitace a neurologie. S překotným rozvojem vědy a techniky se vyčlenila jednotlivá odvětví ortopedické protetiky, a to protetika, ortotika (ortotetika), epitetika, kalceotika, adjuvatika a protetometrie. O OP a jejich odvětvích se dnes hovoří jako o prostředcích technické rehabilitace. Systematické vzdělávání lékařů v ortopedické protetice se datuje od roku 1963, kdy byly realizovány pravidelné doškolovací kursy. Od roku 1981 do roku 2004 byla ortopedická protetika zařazena jako nástavbová specializace pro chirurgy a ortopedy. V roce 2014 po deseti-leté absenci byl tento medicínsko-technický interdisciplinární obor znovu zařazen mezi lékařské obory s nástavbovou atestací pro lékaře jak zmíněných dvou oborů, tak pro lékaře se specializací v oborech rehabilitace, neurologie a traumatologie.

Léčení tělesně postižených dětí je i v současné době symptomatické. Léčení musí být komplexní, zajišťované týmem specialistů, ale vždy individuální. Od narození po neohraničeně dlouhé období se kombinuje a vzájemně doplňuje léčení medikamentózní a operační s nezastupitelnou rehabilitací

a ortopedicko-protetickým ošetřením. Ve všech etapách komplexního léčení a péče je nezbytné přistupovat k postiženým s vrozenými a získanými vadami (i k jejich rodinám) s nejvyšší lékařskou etikou.

■ Komplexní léčení a ortopedická protetika

Ortopedická protetika má své místo ve všech etapách komplexní léčby v rámci interdisciplinární spolupráce. Cílem komplexního léčení a péče je připravit děti na důstojný, smysluplný a spokojený život a zařadit je do společnosti jako maximálně plnohodnotné jedince s dobrým sociálním zázemím.

Konzervativní a operační léčení vad pohybového aparátu zaznamenalo obrovský pokrok koncem 20. století a v současnosti díky vědeckotechnickému rozvoji a součinnosti ostatních oborů, jako např. biomechanika, ortopedie a traumatologie, rehabilitace a ortopedická protetika, cévní chirurgie, mikrochirurgie, neurochirurgie, embryologie, teratologie aj. Současným celosvětovým trendem v léčení VVV pohybového aparátu je snaha o úplné, ale šetrné operační vyřešení anomálie (malformace, deformace, disrupce) pokud možno již v prvním roce života.

Nezastupitelná úloha v komplexním léčení vrozených vývojových vad (VVV) patří adekvátní rehabilitaci a ortopedické protetice. Cílem těchto oborů je v součinnosti s operačními obory zabránit opoždění psychomotorického vývoje dítěte. Operační léčení je obecně zaměřeno na korekce deformit a zkratů končetin, prodlužování dlouhých kostí, operace kyčelních a kolenních kloubů, rekonstrukční operace rukou a nohou, korekce kongenitálních a strukturálních deformit páteře. Vrozené vady ostatních systémů, které často doprovázejí vrozené vady pohybového ústrojí, jsou řešeny v zasvěcené spolupráci s odborníky příslušných oborů.



Obdobně jako operační léčení dětí s vadami pohybového aparátu je konzervativní ortotické léčení od raného věku zaměřeno na ovlivnění/usměrnění abnormálního růstu a vývoje (patologický tvar, složení a funkce) končetin a páteře s aplikací poznatků funkční adaptace kostí v období růstu.

■ Léčebná rehabilitace a ortoticko-protetické léčení

Jak již bylo zmíněno, součástí komplexního konzervativního léčení a péče je jednak individuálně vedená **léčebná rehabilitace** (reflexní metodiky v 1. roce života, později léčebná tělesná výchova, fyzikální terapie, nácvik soběstačnosti a léčba prací či hrou) od okamžiku zjištění tělesné vady (kam se řadí genetické choroby skeletu, zahrnující malformace, deformace a dysplazie nebo vady získané, jako např. úrazy, infekce a neuromuskulární získané vady) a jednak **ortoticko-protetické léčení** včetně psychologické podpory pacienta a jeho rodiny ve všech etapách léčení. Včasné zavedení adekvátní léčebné tělesné výchovy a ortoticko-protetického léčení v součinnosti s možnostmi chirurgického léčení jsou nadějí pro zlepšení zdravotní a sociální situace dětí s biomechanicky závažnými systémovými a končetinovými vadami.

Léčebná rehabilitace je zpočátku hlavně léčebná a sociální, později i výchovná (pedagogická) a pracovní, včetně její nezbytné vazby na protetickou a ortotickou péči. Rehabilitace se zaměřuje lokálně na rozvoj, udržení či zlepšení pohyblivosti jednotlivých segmentů končetin a páteře v rozsahu, který je nezbytný a užitečný. Nemusí to být vždy tzv. normální rozsah. V některých případech naopak respektujeme funkční výhodnost nehybnosti, která umožňuje stabilitu kloubu v postavení, jež je pro pacienta optimální. Například u pacientů s *arthrogryposis multiplex congenita* nebo *osteogenesis imperfecta* musíme komplexní léčení zaměřit podle závažnosti vrozených kontraktur nebo deformit a rozhodnout včas, zda pacient bude schopen vertikalizace a lokomoce, nebo zda bude odkázán na invalidní vozík (Mařík et al. 1994). Léčebná rehabilitace předpokládá spolupráci pacienta, a proto u nespolupracujících dětí (např. s těžkou mentální poruchou) nemají některé rekonstrukční operace velkou nadějí na úspěch. V těchto případech se raději omezujeme na konzervativní léčebné metody nebo na jednodušší ortopedické operace (např.

dáme přednost amputaci malformované končetiny s následným ošetřením protézou). Rehabilitační léčení v před- a pooperačním období je zpravidla vedeno ambulantně na rehabilitačních odděleních v místech bydliště pacientů. Komplexní rehabilitace je zajišťována ve spolupráci s lázeňskými zařízeními pro děti.

Cílem *ortoticko-protetického léčení* obecně je zlepšení funkce a prevence deformit. Těchto dvou hlavních důvodů indikace ortotického léčení a protetického ošetření lze v řadě případů dosáhnout současně. U dětí je prioritním cílem prevence zlomenin a deformit, náhrada končetin (protézy, epitézy), udržení operacemi dosažených korekcí (např. ortézy dle Sarmienta po segmentárních osteotomiích u *osteogenesis imperfecta* nebo dynamické korekční ortézy po operaci *pes equinovarus congenitus* aj.), ale i korekce deformit páteře v růstovém období dynamickými trupovými ortézami a deformit dlouhých kostí či kloubních kontraktur končetinovými ortézami s ohybovým předpětím (Mařík et al. 1997, Cheneau 1998, Černý et al. 1988). Principy ortotiky a protetiky pro děti jsou stejné jako pro dospělé, co se týká termínů konstrukce a biomechanické charakteristiky. Rozdíly u dětí vyplývají z růstu a vývoje skeletu a všech pojivových tkání.

■ Funkční adaptace kostí v období růstu

S přibývajícími poznatky o modelaci a remodelaci kostní tkáně je naší snahou příznivě ovlivnit funkční adaptaci skeletu v období růstu dětí působením různých silových a momentových účinků, které jsou přenášeny na končetiny, páteř, hrudník a pánev ortézami končetinovými a trupovými. Funkční adaptace – remodelace skeletu je rozhodujícím způsobem ovlivňována třemi mechanismy, a to nadprahovým intermitentním zatěžováním, růstem v oblastech fýz na koncích dlouhých kostí i krycích destiček obratlových těl a periostem. Ortézy působí na deformity skeletu nadprahovým mechanickým namáháním, které díky růstu (uplatnění Hüter-Volkmannova zákona v oblasti fýz a krycích destiček), pružným a vazkopružným vlastnostem kostní tkáně nastartuje remodelaci kostní a pojivové tkáně. Empiricky a matematicky bylo prokázáno, že remodelace skeletu závisí nejen na okamžitých nadprahových změnách namáhání, ale doznívá i při stálém zatížení a v klidu účinkem dopružování kostí.



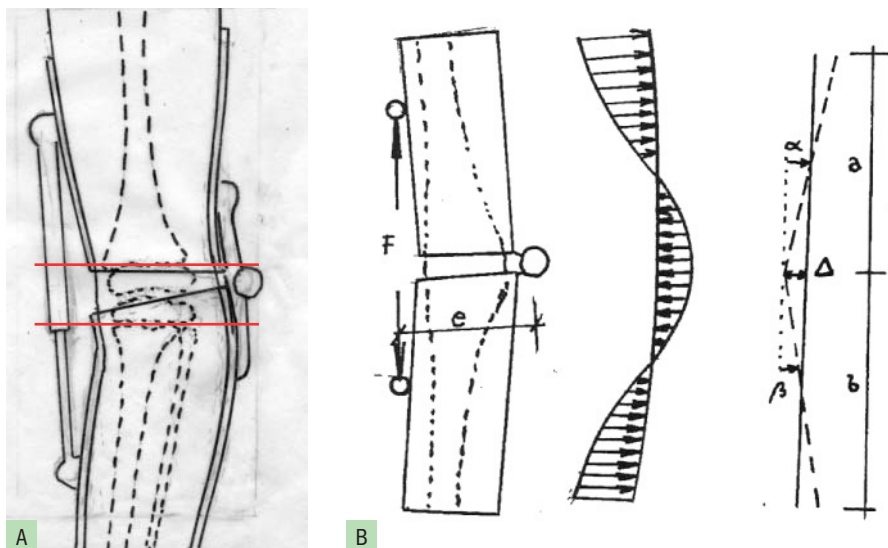
Obr. 1 Pokřivený kmen vinného keře přivázaný k přímému kůlu se stal logem oboru ortopedie na celém světě. Nákres Filipa Javůrka (2015) podle ilustrace knihy Nicolase Andryho.

„*L'Orthopedie, ou l'art de prevenir et de corriger dans les enfans, les difformites du corps*“, svazek 1, s. 211. N. Andry (1658–1742) odvodil slovo orthopedie z řeckého slova *orthos* (přímý) a *pais* (dítě).

Značné nadprahové tlakové síly je možno aplikovat díky individuálně tvarovaným skořepinám (objímkám), které jsou v místech mechanického namáhání vyloženy atraumatickým materiálem. Korigující síly působí na třibodovém principu, na kterém je založeno léčení korekčními ortézami a korzety. Není náhodou, že tento princip je zobrazen ve znaku ortopedických společností na celém světě – **obr. 1**. Velikost korekčních sil je pro každého jedince individuální. Při nastavování tlakového přepětí se dosud řídíme pouze empirickými zkušenostmi.

■ Funkční požadavky na ortézy

Indikace ortotického léčení musí být individuálně zvažována. Ortotické vybavení se již stalo nepostradatelnou součástí předoperační přípravy i pooperační fyzioterapie. V předoperační přípravě je nutné naučit pacienty používat dlahy, končetinové a trupové ortézy, aby si zvykli na režim, který od nich bude vyžadován po rekonstrukčním výkonu. Odlišné je dlahování a ortézování horní a dolní končetiny. U *dolní končetiny* je cílem ortotického ošetření získání stability pro stoj a nácvik chůze. Nejčastěji užíváme



Obr. 2A,B

A: schéma třibodového principu silového působení končetinové ortézy s ohybovým předpětím na LDK.

B: rozložení sil v oblasti kolenního kloubu vlivem třibodového principu vede na jedné straně k stlačení růstové fýzy distálního femuru a proximální tibie, což podle Hütter-Volkmanova zákona zpomaluje – zastavuje růst v této oblasti fýzy (na obr. A a B vpravo). Na opačné straně dochází k odlehčení růstových fýz, což vede k urychlení růstu této oblasti fýzy (na obr. A a B vlevo).

rigidní plastové polohovací nebo dynamické ortézy zhotovené podle sádrového otisku aktuálního stavu a rozsahu pohybu. U ortéz navržených Sarmientem je snahou současně odlehčit, retinovat a mobilizovat s cílem zabránit jak ztuhnutí v kloubech, tak oslabení nebo zkrácení svalů. U horní končetiny je podstatný pohyb v prostoru, který zajišťuje více či méně i končetina zkrácená s omezenou funkcí. Pro kontraktury a deformity rukou vyrábíme ortézy a dlahy z nových materiálů (plastů), jako jsou např. polorigidní (pružný) SoftCast, rigidní Scotchcast a jejich kombinace CombiCast (vyráběné firmou 3M). Cílem je umožnit nebo zlepšit úchop a manipulaci postiženou rukou.

Pro úspěch ortotického léčení a péče je nutné přesně definovat **funkční požadavek na pomůcku** v celém kontextu léčby z hlediska načasování aplikace, účelu použití, mechanismu působení i samotné funkce ortézy. Indikace ortéz vychází ze zhodnocení funkčního postižení pacienta, z posouzení svalového testu, stereotypu chůze, úchopu, zhodnocení sebeobsluhy. Neúspěch při aplikaci ortéz mnohdy vychází z nedostatečné definice problému, nejasného funkčního požadavku, kterého chceme dosáhnout, a v neposlední řadě i nereálného očekávání konečného efektu vzhledem k technickým možnostem pomůcky nebo k přijatelnosti ortézy pro dětského pacienta. Správně in-

dikovaná pomůcka by měla splňovat funkční požadavky, měla by zajišťovat komfort pacientovi při jejím oblékání – aplikaci, neměla by způsobovat sekundární problémy, jako je iritace kožního krytu, přetížení v sousedních kloubech nebo zvýšení energetické náročnosti chůze.

Indikační rozvaha by měla obsahovat přesnou specifikaci funkčního požadavku, kterého chceme ortézou dosáhnout:

Imobilizace – fixovat končetinu po traumatech, při zánětech

Mobilizace – zvětšit rozsah pohybu např. při kontrakturách

Stabilizace – stabilizovat klouby končetiny při akutních nebo chronických instabilitách

Limitace pohybu – limitace v jednotlivých segmentech např. při šlachových poraněních

Korekční působení – redres do určitého morfologického nebo funkčního postavení

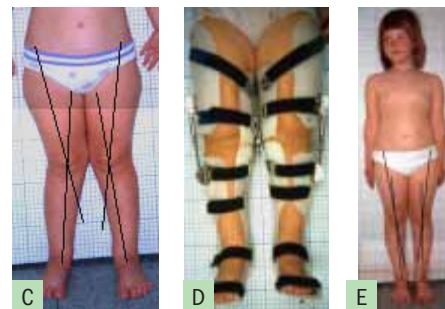
Retenční efekt – udržet docíleného funkčního postavení

Podpůrná funkce – podporovat svalovou funkci, derotovat segment končetiny, páteře apod.

Vyrovňovací – korigovat zkrat končetiny

Odlehčující – nahrazovat nebo podporovat nosnost končetiny

Na základě funkčního požadavku stanovíme potřebné **konstrukční řešení**. Při finálním rozhodování zvažujeme, zda potřebné kon-



Obr. 2C-E Léčení valgozity kolenních kloubů ortézami s předpětím.

C: dolní končetiny batolete ve věku 2,5 roku vestoje, tibio-femorální (T-F) úhel – měřeno z fotografie při asistovaném postoji – vpravo 18°, vlevo 15°, intermaleolární vzdálenost ve stoje 9 cm, hypermobilita rukou a nohou, nadváha.

D: ortézy dolních končetin s ohybovým předpětím pro korekci valgozity v oblasti kolenních kloubů.

E: dívka ve 4 letech vestoje. 1,5 roku trvajícím léčením ortézami v nočním režimu vedlo ke korekci T-F úhlu na 5° oboustranně (fyziologické rozmezí T-F úhlu v tomto věku je 3–8°).

strukční řešení splňuje sériová, nebo individuální ortéza a zda je vůbec v technických a materiálových možnostech ortopedické protetiky potřebnou ortézu vyrobit. Při zvažování finanční náročnosti ortotické léčby musíme vycházet z celkového přínosu aplikace ortéz, např. může být zkrácena doba hospitalizace, usnadněna rehabilitace, sníží se závislost uživatele na dopomoci druhé osoby nebo sociálních služeb. Úspěšnost léčení deformit končetinovými a trupovými ortézami je ovlivňována a limitována mnoha dalšími faktory, které lze zahrnout mezi anatomické abnormality, technická omezení korekčního biomechanického působení, komplexní léčení (úzká spolupráce ortopeda, ortopedického protetiky, specialisty v rehabilitaci a dalších odborníků), přidružené choroby (neurologické, kardiovaskulární, respirační, kožní aj.) a morální vlastnosti – disciplína pacienta (i rodiny), jak respektuje předepsanou léčbu. Pro úspěšné ortotické léčení deformit končetin a trupu platí především včasnost zahájení terapie.

■ Končetinové a trupové ortézy – korzety

V roce 1997 jsme ve spolupráci s firmou Ortotika s.r.o. Praha vyvinuli originální **končetinové korekční ortézy s ohybovým předpětím** – obr. 2A,B,D, které užíváme



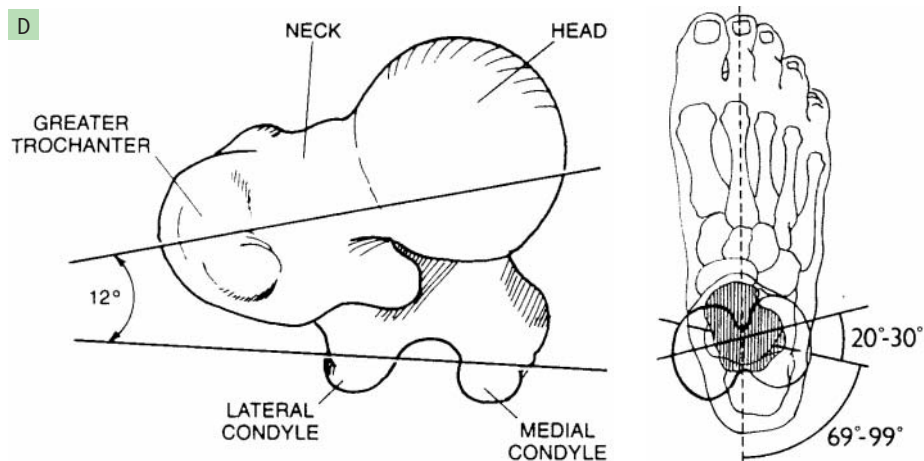
Obr. 3A–D Ortotické léčení vnitřní torze bérců modifikovanými ortézami dle Beckera (tyto ortézy využívají pružinové předpětí).

A: *genu vara idiopatica* u 3letého dítěte s frustní křivici (prokázáno na RTG ruky a kolenních kloubů v předozadní projekci), za 1 rok došlo k „spontánní“ korekci varozity kolen a bérců při léčbě vitaminem D (Vigantol 2 kapky denně od 2 let).

B: přetrvává vnitřní torze bérců oboustranně 10°.

C: aplikované modifikované ortézy dle Beckera s pružinovým předpětím pro léčení vnitřní torze bérců v nočním režimu.

D: schéma fyziologické anteverze krčku femuru (úhel 12°) a zevní torze bérce (20–30°). Pro děti do 6 let platí: anteverze krčku femuru okolo 20°, zevní torze bérce 5–15° (poznámka autora).



především pro korekce deformit a kontraktur dolních končetin ve frontální či sagitální rovině. Léčení *genu valgum „idiopathica“* u batolete je dokumentováno na **obr. 2 C,D,E**. V batolecím věku užíváme ortézy s ohybovým předpětím častěji pro korekci *genu a crura vara „idiopathica“*. V těchto případech často zjišťujeme na RTG snímcích (ruka a kolena v předozadní projekci) příznaky frustní křivice. Spíše výjimečně lze biochemicky proká-

zat sníženou hladinu fosforu v krevním séru, častěji se zachytí zvýšená hodnota kostní alkalické fosfatázy a verifikuje se nízká hladina vitamínu D (poznámka autora). Většina případů *genu et crura vara „idiopathica“* se spontánně koriguje při léčení vitaminem D, ale zpravidla přetrvává vnitřní torze bérců, kterou je v tomto věku možné úspěšně léčit modifikovanými ortézami dle Beckera, které využívají pružinové předpětí. Léčení vnitřní

Protikuřácký zákon prošel senátním výborem pro zdravotnictví beze změn

Senátní výbor pro zdravotnictví a sociální politiku odsouhlasil ve středu dopoledne protikuřácký zákon ve znění, jakým prošel Sněmovnou. Pro hlasovalo sedm z devíti přítomných členů výboru. Horní komora se bude zabývat zákonem příští týden.

Jediný pozměňovací návrh podala senátorka Daniela Filipiová (ODS), která chtěla odložit jeho platnost až na leden 2018. Ten ovšem nebyl přijat.

Senátorka je přesvědčená, že nejvhodnějším řešením by byly kuřárny, tedy stavebně oddělené místnosti v restauraci, kam by nechodila obsluha. Odmítá tvrzení ministra zdravotnictví Miloslava Ludvíka (ČSSD), že má norma chránit mladistvé.

Není podle ní normální, aby se zakázalo kouření v restauracích a zároveň lidé dál mohli holdovat nikotinu v autě, kde jsou děti. Skupiny lidí před barem nebo restaurací podle jejích slov také nedávají dětem a mladistvým dobrý vzor.

Jak poznat opilého hosta?

Spor také vyvolala otázka, zda hostinský může nalít člověku, který vypadá zjevně opilý. Podle Filipiové totiž výčepník není prorok či stalker, aby věděl, zda je člověk opilý, případně zda chce pod vlivem alkoholu ještě řídit vůz.

„Sankce mají být pro fyzické osoby takové, že ten člověk skončí. Další tlak na to, aby podnikatelé byli zlikvidováni. Je to neuvěřitelné, absurdní a pokrytecké,“ řekla Filipiová.

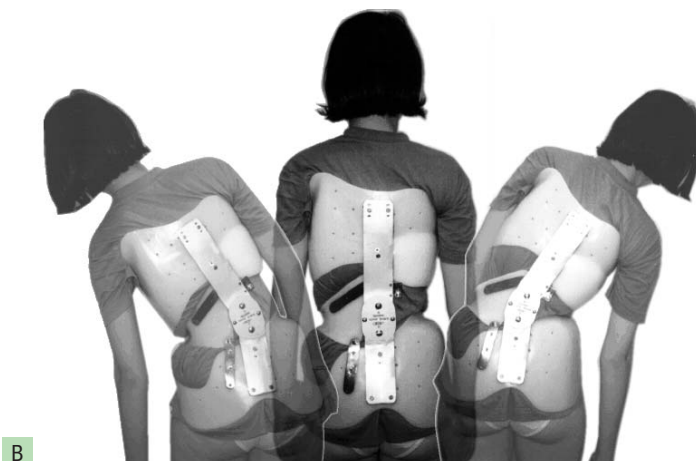
Její argument záhy vyvrátil senátor Jan Žaloudík (ČSSD). Podle něj v každé české komedii je postava zjevně opilého člověka, který národ baví. Proto by prý hostinský neměl mít problém poznat zjevně nalitého člověka, když je to součástí naší kultury.

Protikuřácký zákon již schválila Sněmovna, ve stejném znění prošel i výborem pro veřejnou správu. Horní parlamentní komora se jím definitivně bude zabývat příští středu, tedy 18. ledna. Předloha počítá s tím, že zákaz kouření v restauracích platil od letošního 31. května.

Zdroj: bja, Novinky, 11. 1. 2017



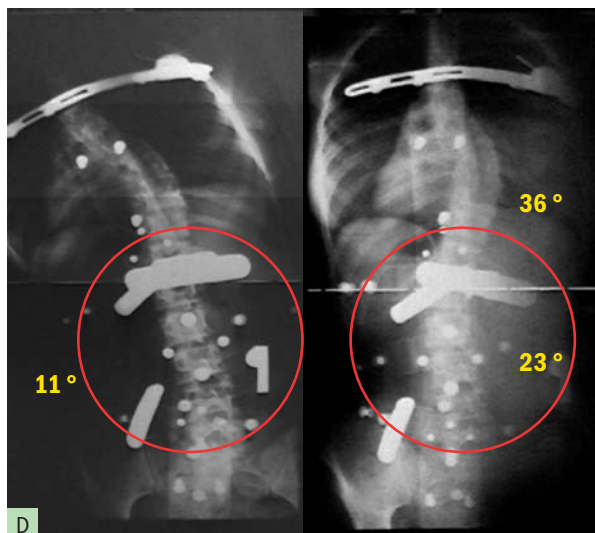
A



B



C



D

Obr. 4A–D Korzety pro léčení skoliózy
A: Cheneau korzet, typ I – modifikace podle Černého (1995) – šipkou je označeno uvolnění pánve vlevo (dříve se neužívalo).
B: Dynamický korzet (DKTO) podle Černého, 1996 (CZ patent 281800) umožňuje inklinace na obě strany a mírnou flexi při zachování korekčních účinků na zakřivení i rotaci páteře.
C: hyperkorekci bederní křivky lze dosáhnout inklinací do konvexity, využívá se při aplikaci přes noc (noční režim).
D: Cobbův úhel bez korzetu byl v hrudní křivce 58° doprava, v bederní 49° doleva. Výborná korekce obou křivek korzetem DKTO se ještě zvýšila úklonem doleva.

torze bérců dokumentují **obr. 3A–C**. Na **obr. 3D** je schéma fyziologické anteverze femuru (vlevo) a zevní torze bérce (vpravo).

■ Korzety

Od roku 1993 používáme pro korekce **idiopatických skolióz** páteře modifikovanou ortézu Cheneau prvního typu. Pro hrudní křivky užíváme základní vysokou verzi, která je schopna korigovat velmi dobře úhlově i rotačně – **obr. 4A**. Nízká modifikace ortézy Cheneau je vhodná pro bederní křivky. Od roku 1996 používáme nově vyvinutou dynamickou korekční trupovou ortézu (DKTO) – typ Černý (CZ patent 281800), která umožňuje inklinaci páteře v torakolumbální a lumbální krajině a omezený rozsah pohybu do flexe a extenze páteře při zachování korekčních účinků na zakřivení i rotaci páteře, což spojuje fyzioterapeutické prvky během každodenní činnosti s biomechanicky účinným ortotickým působením na patologická zakřivení páteře a zajišťuje ideální podmínky

pro intenzivní remodelaci osového skeletu – **obr. 4B**. S výhodou tento typ korzetu využíváme k nočnímu polohování v úklonu na stranu konvexity bederní křivky, čímž dochází k zvýšení korekce této křivky. DKTO – typ Černý umožňuje i aktivní posilování paravertebrálního svalstva pod bederní pelotou, aby se zabránilo svalové hypotrofii, kterou pozorujeme při léčení Cheneau korzetem – **obr. 4C**. DKTO – typ Černý se nehodí na rozdíl od Cheneau korzetu pro korekci torakolumbálních křivek (King IV) a pro křivky s vrcholem blízko torakolumbálního přechodu, protože právě v této oblasti je skořepina korzetu rozdělena na hrudní a pánevní díl. K noční aplikaci s využitím identického principu hyperkorekce je rovněž využívána hyperkorekční trupová ortéza CAENs. V posledních letech byly zavedeny do klinické praxe další dva typy korzetu navržené a zkonstruované Ing. Černým (firma Ortotika s.r.o.), a to Night-day-Orthosis (dva korzety v jednom pro léčení v plném režimu, tj. více než 16 hodin) a modifikace korzetu

vhodná pro korekci flexibilní bederní nebo dorsolumbální křivky.

Jako uspokojivou korekci skoliózy hodnotíme snížení Cobbova úhlu o 30 %, za dobrý výsledek považujeme 50 % a větší korekci. Korzetoterapii indikujeme při idiopatické skolióze v období akcelerace růstu již při křivce 15 stupňů dle Cobba. Korzetoterapii doporučujeme zásadně až do skeletální zralosti, u biomechanicky závažnějších křivek shodně se zkušenostmi Jacquese Cheneau až do dospělosti (21 let).

Trupovými ortézami léčíme také biomechanicky závažné křivky i sekundární křivky u **vrozených skolióz** se snahou o maximální korekci až do věku plánované operace. V případech kontraindikovaných ke spondylodéze doporučujeme intermitentní aplikaci korzetu i u dospělých s cílem zastavit či přibrzdit progresi skoliózy. Trupové ortézy typu CBW, NYOH, Boston, Milwaukee již k léčení skoliózy nepoužíváme. Milwaukee ortéza je pacienti odmítána především z kosmetického důvodu.



Obr. 5A-E Léčení dorsolumbální hyperkyfózy a lumbosakrální lordózy pacientky s achondroplazií.
A: dvouskořepinová trupová ortéza, aplikace od 12 měsíců v nočním režimu (10 a více hodin denně).
B: RTG páteře v bočné projekci (3 roky) ukazuje hypoplazii předních okrajů krycích destiček obratlů Th 11 – L2, typicky předozadně zkrácená obratlová těla, zúžený páteřní kanál a krátká široká žebra.
C: 3leté dítě, verifikováno zlepšení dorsolumbální kyfózy, která již nebyla fixovaná.
D, E: reklinační korzet DKTO podle Černého koriguje dorsolumbální kyfózu a lumbosakrální hyperlordózu – korzetoterapie 16 hodin denně.

Pro léčbu deformit páteře v sagitální rovině se nám osvědčil korzet Gschwend a Che-neau, v některých případech reklinační modifikace DKTO – typ Černý, například při léčení scheuermannovské kyfoskoliózy, hyperkyfózy u juvenilní idiopatické osteoporózy, *osteogenesis imperfecta* nebo pro korekci dorsolumbální kyfózy a lumbosakrální hyperlordózy u batolat a předškolních dětí s achondroplazií – **obr. 5 A-E**.

Úkolem korekční trupové a končetinové ortézy je působit na páteř a končetinu nadprahovou silou, která vyvolává řízenou funkční adaptaci pojivové tkáně. Jak již bylo uvedeno, ortézy obecně působí tříbodovým principem. Ve skutečnosti ale nejde o bodovou koncentraci tlakových napětí, ale tlakové síly se různě rozkládají do určité oblasti (**Čulík a Mařík 2001**), což se projevuje ohraničeným erytémem na kůži trupu či končetiny. Při nadměrném tlakovém působení na měkké tkáně dochází k dekubitu (nekróze kůže i podkožní tkáně). Individuálně zhotovené plastové objímky a peloty z moderních atraumatických materiálů, vlepené do oblastí koncentrací tlakových napětí, umožňují zajistit optimální účinnost ortézy, tj. působení nadprahové tlakové a ohybové síly v požadované rovině jak u končetinových, tak u trupových korekčních ortéz.

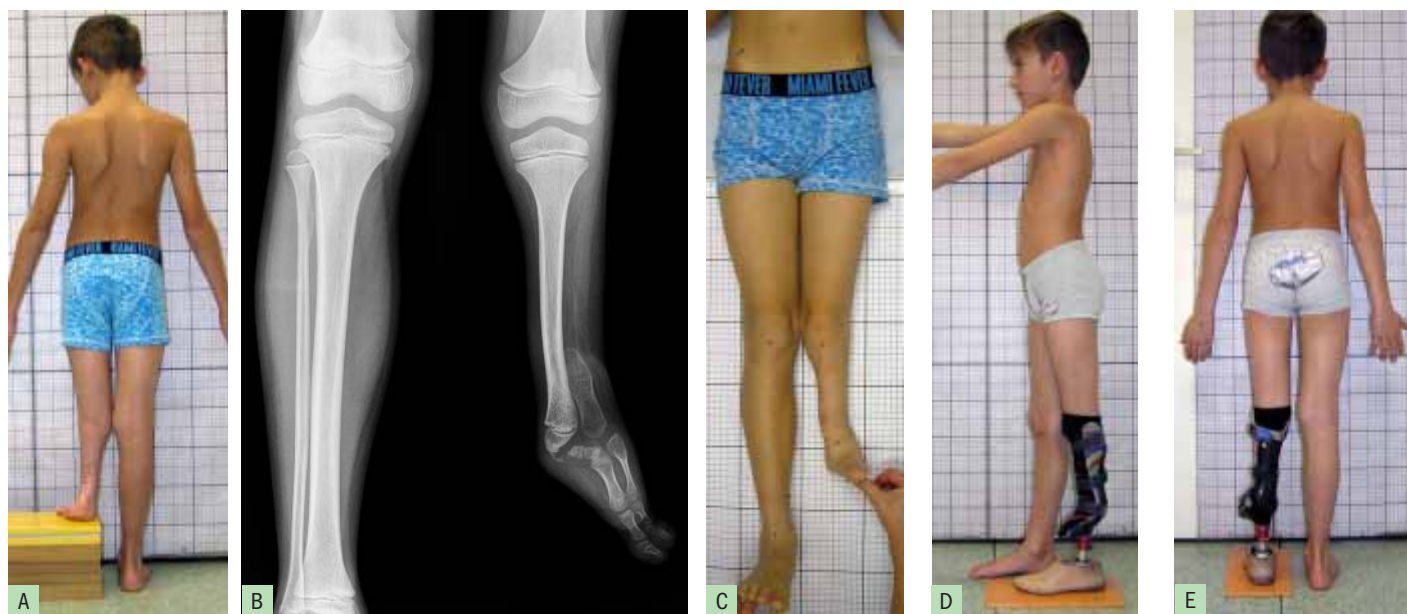
Ortoprotézy, protézy, epitézy, adjuvativa a kompenzační pomůcky (lokomoční i se-beobslužné) jsou vhodným a často nezbytným doplňkem v resocializaci a integraci dětí s genetickými chorobami skeletu. Při stavbě ortoprotézy i protézy s výhodou využíváme antropometrické metody a auxologickou literaturu.

Ortoprotézy (dříve nazývané protézové přístroje) byly a jsou indikovány především u kongenitálních longitudinálních defektů dolních končetin (Hadraba 1999) Mají plnit nejen úkoly protézy – nahradit nepřítomné části končetiny a umožnit její základní pohybové funkce, ale i ortézy – kladně ovlivnit přítomné deformity, poruchy funkce, chybná osová postavení zachovaných segmentů končetiny a u rostoucích dětí usměrnit i vývoj a růst malformované končetiny. **Obr. 6A-E** demonstruje 10letého chlapce s fibulární částečnou aplazií (hemimelií) levé DK 2. typu dle Achtermanna a Kalamchiho – **A, B** s typickým RTG obrazem – **C** a ortoprotetické ošetření – **D**.

■ Protetická péče o dětské pacienty s amputací dolní a horní končetiny

Na rozdíl od dospělých, kdy je hlavním etiologickým faktorem k amputaci dolních

končetin periferní arteriální onemocnění sdružené s *diabetes mellitus*, je u dětí v 60 % případů příčinou provedení amputačního výkonu biomechanicky závažná vrozená končetinová vada s poruchou funkce (afunkce). Dalšími etiologickými faktory amputace končetin jsou traumata spojená s ireverzibilní ischémií končetin, která nelze řešit mikrochirurgickým cévním výkonem. Méně často jsou amputace indikovány při tumorech (tumory & cévní dysplazie, maligní degenerace), infektech (chronický nebo akutní zánět s nezvladatelnou sepsí) a rozvoji nekróz po popáleninách, omrzlinách, poranění elektrickým proudem apod. Děti s defekty dolní končetiny by měly být vybaveny protézou od 12–15 měsíců věku. Často se musejí navrhnout komplikované nestandardní protézy. Chirurgickým zákrokem je možné v některých případech zjednodušit protetické ošetření. Např. amputace těžce malformované nohy dovolí včas vybavit dítě protézou, s kterou bude vypadat téměř normálně a bude mít skoro normální pohybovou aktivitu. U rostoucích dětí je vždy indikována exartikulace, protože při amputaci v diafýze dochází k přerůstu kosti, která perforuje skrze amputační pahýl. Přerůst kosti může také vzniknout po kongenitální amputaci strangulačním pruhem (amniální amputace). Na **obr. 7A-F** dokumentují komplexní



Obr. 6A–D Ortoprotetické ošetření chlapce s fibulární částečnou aplazií (hemimelií) levé DK 2. typu dle Achtermanna a Kalamchiho: **A,B:** 10letý chlapec. Vyrovnání délky DK podložním LDK o 17 cm. Predikce zkratu levé DK v dospělosti 20–25 cm byla indikací k ortoprotetickému ošetření od batolecího věku. **C:** typický RTG obraz, equinovalgózní luxace kalkanea, dvouapaprsková rudimentární noha s aplazií talu a většiny tarsálních kostí. S růstem progredující valgózita proximálního konce tibie. **D:** ortoprotetické ošetření 10letého chlapce, korekce zkratu levé DK 15 cm a varozity proximálního bérce. Plastová objímka ortoprotézy je uchycená pod kolennem, použito protézové elastické chodidlo s trubkovým teleskopickým nástavcem, který umožňuje adaptaci délky podle růstu dítěte.

pěči o chlapce s částečnou tibiální aplazií levé DK, sdruženou s preaxiální polydaktylií levé nohy, flekční kontrakturou v kolenním kloubu 80° a equinovarovní kontrakturou kloubu hlezenního, viz **A,B**.

Vybavení protézou je vždy a co nejdříve indikováno při úplném nebo částečném chybění obou horních končetin. Dítě, které roste s protézou, ji bude užívat mnohem obratněji než amputovaný dospělý. Přednostně se děti ošetřují koncovými pracovními háky, které umožní sebeobsahu. Je třeba si uvědomit, že pacienti užívají takové protézy, které jim nepůsobí bolest a nejsou poruchové. U postižených oboustrannou amelií je potřeba od nejčasnějšího věku trénovat mimořádnou pohyblivost v kyčelních kloubech, která jim umožní využít chápavosti nohou k úplné sebeobsahu.

■ Amputace u dětí

Pro amputační výkony na dolních a horních končetinách u dětí se musejí dodržovat určitá specifická kritéria mající za cíl zabránit nepříznivému vývoji pohybového aparátu rostoucího jedince. I z tohoto důvodu se doporučuje u dětí při amputaci dolní končetiny zachovat co nejdelší pahýl končetiny (např. uvědomovat si, že 70 % délky femuru roste

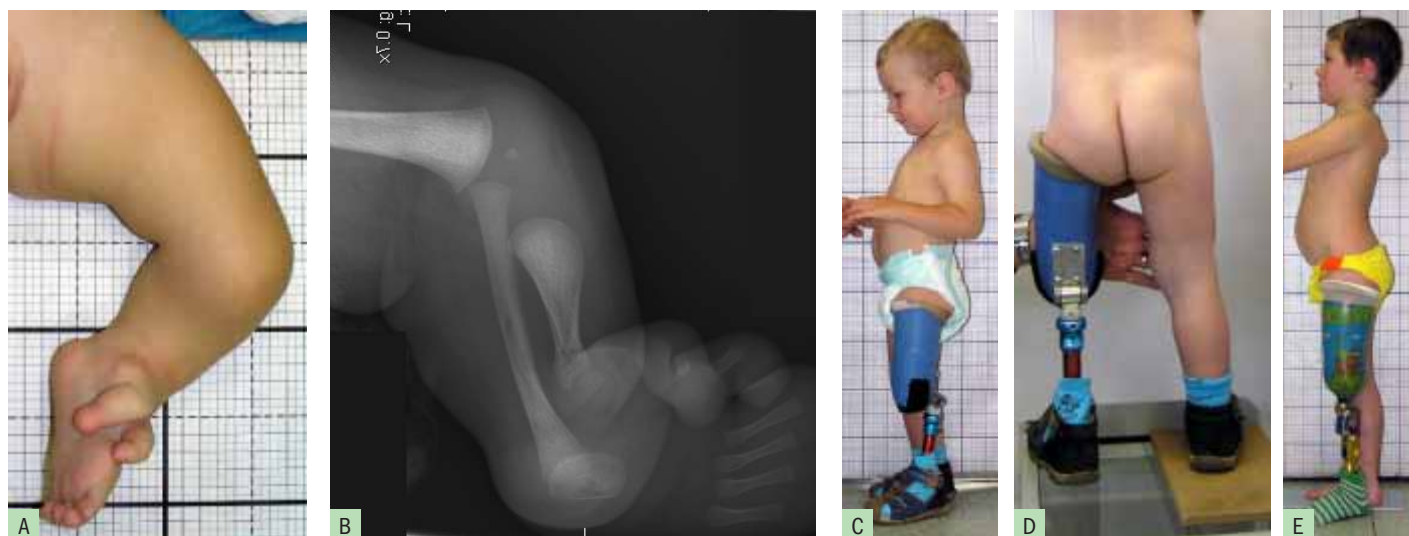
z distální fýzy), zachovat důležité růstové ploténky a upřednostňovat exartikulace v kloubu, které zajistí nosný pahýl končetiny bez přerůstu. Při rozvaze o výšce amputace by měla vždy vítězit snaha o záchranu kolenního kloubu, byť s velmi krátkým bérčovým pahýlem. Při řešení vrozených končetinových vad nebo rozsáhlých traumat dolní končetiny bychom měli zachovat a normalizovat proximální část končetiny (transpozice intaktní epifýzy – např. z amputované tibie na femur). U 25 % dětských amputací můžeme pozorovat distální kostní přerůst projevující se kostní prominencí na distálním konci pahýlu. Vzniká apozic nově vytvářené kosti (humerus, fibula). Popsaný kostní přerůst nevzniká fyziologickým růstem a tudíž ho nelze řešit epifýzeodézou. Operační výkon brání apozici spočívá ve vložení trikortikálního štěpu z lopaty kosti kyčelní na distální konec pahýlu.

■ Exartikulace v kolenním kloubu u dětí

Při tomto typu exartikulace vzniká nosný amputační pahýl s dlouhým ramenem páky při zachování všech svalových skupin (zachována švihová fáze chůze, usnadňuje sezení i vstávání a udržení rovnováhy),

kvalitní kožní kryt. Pahýl poskytuje dobré uchycení objímky protézy. Používá se pahýlové lůžko závěsného typu, které umožňuje volné uložení pahýlu v pahýlovém lůžku tak, aby nebyl omezen další vývoj pahýlu v době akcelerace růstu. I u nášlapných pahýlů je nutné odlehčit distální fýzu femuru a retenci protézy zajistit závěsnou bandáží. Dětské kolenní klouby jsou konstruovány jako klouby s volným pohybem, kdy uzávěr kolenního kloubu v zátěži se provádí hyperextenzí v tomto kloubu.

Základními principy protetického, resp. ortoprotetického vybavení DK u dětí je uplatnění principu časného a funkčního protézování s cílem zabránit atrofii postižené končetiny. Především se jedná o aplikaci jednoduchých protéz/ortoprotéz již v raném dětství, které se v závislosti na rozvoji psychomotorického vývoje dále technicky zdokonalují. Velmi důležitým faktorem je přizpůsobení délky protézy a velikosti pahýlového lůžka tak, aby nedocházelo k omezování růstu amputačního pahýlu. Nesprávně postavená protéza nebo ortoprotéza vede k jejímu odmítání – atrofii svalů amputované končetiny, kontrakturám kloubů, tělesné asymetrii a řetězení funkčních poruch. Nezanedbatelným hlediskem je u dětí průběžné antropometrické hodnocení růstových parametrů.



Obř. 7A–F Komplexní léčení a péče o chlapce s částečnou tibální aplazií levé DK, sdruženou s preaxiální polydaktylií levé nohy, flekční kontrakturou v kolenním kloubu 80 ° a equinvarosní kontrakturou kloubu hlezenního a další genetickou stigmatizací (hypoplazie *m. pectoralis l. sin.* a mamily, hypoplazie 1. praprků rukou – 1. typ dle Blautha, vlevo kratší radius a mírná *manus vara*):

A: levá DK před exartikulací v L kolenním kloubu (16 měsíců),

B: RTG levé DK v bočné projekci – částečná aplazie proximálního a distálního konce fibie.

C,D: 2leté batole, od 18 měs. velmi zručně užívá pro chůzi protézu s jednoduchým kolenním kloubem (s volným pohybem, kdy uzávěr kolenního kloubu v zátěži se provádí hyperextenzí v tomto kloubu) a částečně elastickým chodidlem. Protetické ošetřování je vedeno v lázních Luže Košumberk.

E: ve 3 letech byl vybaven protézou se složitějším kolenním kloubem.

F: ve 4,5 letech 3. protéza – lůžko je z polyuretanu, silikonový návlek na pahýl umožňuje částečný nášlap na pahýl, kolenní kloub má zádržku v extenzi, chodidlo je částečně elastické. Chůze s protézou je jistá, mírně napadá na LDK, zvládně chůzi po schodech se střídáním nohou.

Stanovení **optimální hmotnosti protézy** (HK a DK) a její vliv na lokomoci v období růstu i u dospělých je předmětem dalšího výzkumu. Specifickým problémem je **rozdílná „compliance“** protetické pomůcky vzhledem k věku dítěte. U adolescentů se setkáváme s odmítáním pomůcky (především protéz horních končetin). Naopak v předškolním věku můžeme pozorovat velmi rychlou adaptaci dítěte na protézu.

Při aplikaci protéz u dítěte musíme brát v úvahu dynamické **růstové změny skeletu**, které si vyžadují častější úpravy pahýlového lůžka i výměnu komponent protézy. Součástí správné přípravy pacienta k aplikaci protézy je důležité posouzení uživatelského prostoru dítěte a jeho denních aktivit. Musíme pečlivě zhodnotit aktivity dítěte s ohledem na zajištění bezpečného pohybu při hraní a případných sportovních činnostech.

Při rozvaze, jaké protetické vybavení dítěti aplikovat, musíme předpokládat vysoké rázové zatížení komponent protézy. I z tohoto pohledu se na dítě při hodnocení

předpokládané funkční aktivity díváme jako na vysoce výkonného uživatele protézy, který vyžaduje odpovídající protetické díly protézy. I z těchto důvodů se v dětské protetice osvědčila moderní viskoelastická vnitřní pahýlová lůžka zhotovená ze silikonu, polyuretanu nebo termoplastického elastomeru. Jejich hlavní výhodou je snížení mechanického (tlakového a smykového) zatížení pahýlu a také zajištění bezpečné retence protézy na pahýlu prostřednictvím moderních způsobů zavěšení protézy s využitím systému podtlakového zavěšení nebo systému s mechanickým uzávěrem.

■ **Vhodný věk pro první aplikaci protetického vybavení**

Pohybový a psychický vývoj dítěte neposuzujeme podle kalendářního věku. Dítě je vždy potřeba vyšetřit a posuzovat přísně individuálně. První aplikaci protetické pomůcky na horní i dolní končetinu doporučujeme tehdy, pokud tomu odpovídá fyzický

a psychický vývoj postiženého dítěte. Při samotné aplikaci protetického vybavení rozlišujeme pomůcky určené k polohování pahýlu a opoře dítěte při ležení k zajištění symetrické opory o dolní a horní končetiny. Kontinuální neuromuskulární vývoj dítěte a neuroplasticita mozku je v případě normálního psychomotorického vývoje zárukou velmi rychlé adaptace malého jedince na protetické vybavení. V případě amputace na dolní končetině aplikujeme protézu k vertikalizaci již od 1 roku dítěte s ohledem na zmíněný individuální neuromuskulární vývoj jedince.

U dětí s vrozeným defektem horní končetiny je velmi důležité zahájit aplikaci protetického vybavení v podobě pahýlové objímky k zajištění opory při ležení, jakmile se začne dítě obracet na břicho. Při počátku vertikalizace do stoji aplikujeme první pasivní protézu určenou k symetrické opoře o horní končetiny při chůzi kolem nábytku apod. Protézy ovládané zevní silou – tahové a myoelektrické – indikujeme při splnění podmí-



A



B

Obr. 8A–D Protetické vybavení 3letého dítěte s transversálním terminálním defektem v úrovni zápěstí LHK (A) myoelektrickou protézou předloktí.

B: 3leté dítě využívající myoelektrickou protézu předloktí při jídle.

C,D: využití aktivní protézy při jízdě na koloběžce a při golfu – 5 let.



C



D

nek normálního psychomotorického vývoje a spolupráce dítěte. Základní podmínkou pro zahájení protézování horní končetiny u dětí je včasnost aplikace. S věkem se zhoršuje adaptace na prvovybavení protézou. Při sportovních a jiných společenských aktivitách u starších dětí přistupujeme k použití adaptérů modifikujících úchop u pasivních protéz (úchop řídicích na kole, adaptér na trsátka ke kytarě apod.).

■ Aplikace myoelektrických protéz horní končetiny u dětí

Myoelektrické protézy patří mezi aktivní protézy využívající zevní sílu, která je zajišťována elektricky poháněnými servomotorky. Samotné ovládání pohybu ruky nebo loket-

ního kloubu protézy je zajištěno elektrickými impulsy, které jsou snímány pomocí elektrod umístěných v pahýlovém lůžku protézy, v místě antagonistických svalových skupin pahýlu, popřípadě v jeho těsné blízkosti (v případě exartikulace v ramenním kloubu). **Svalový akční potenciál** (spínací impuls – myopotenciál) vzniká při stahu svalu. Pro ovládání myoelektrické protézy využíváme kontrolovaného stahu jednotlivých antagonistických svalových skupin pahýlu. Tyto velmi slabé potenciály (řádově v rozsahu mikrovoltů) lze snímat na povrchu kůže pomocí povrchových kožních elektrod. Charakteristika myopotenciálu se mění v závislosti na rychlosti a délce trvání stahu svalu. Střídáním pozvolné (lineární) a rychlé (exponenciální) izolované kontrakce jednot-

livých antagonistických svalových skupin (flexorů a extenzorů) může pacient velmi přesně ovládat různé funkce protézy současně a docílit tak plynulého pohybu protetické ruky.

Svalový impuls je snímán **elektrodou** (umístěnou v pahýlovém lůžku protézy), ve které je umístěn předzesilovač, a je veden dále **přes řídicí jednotku**, kde je dále zesílen k samotnému **servomechanismu**, kterým je ovládáno sevření a rozevření ruky, pronační či supinační pohyb nebo flexe a extenze v loketním kloubu protézy. Řízení pohybu protézy pomocí myoelektrických potenciálů závisí na jejich hodnotě, kognitivních schopnostech a motivaci budoucího uživatele protézy. **Obr. 8A–E** demonstrují vybavení 3letého chlapce s transversálním terminálním defektem v úrovni zápěstí LHK myoelektrickou protézou levého předloktí. Po vyhodnocení motorických a psychologických hledisek byla pacientovi ve 3 letech indikována a zdravotní pojišťovnou schválena myoelektrická protéza levého předloktí. Chlapec ovládá sevření a rozevření ruky pomocí myoelektrických potenciálů snímanými kožními elektrodami umístěnými v pahýlovém lůžku protézy. V průběhu růstu se upravuje a mění pahýlové lůžko podle velikosti pahýlu. Při výraznější disproporcii velikosti prstů vůči druhé končetině i protetická ruka.

■ Indikace myoelektrické protézy u dítěte

Základním předpokladem pro indikaci myoelektrické protézy u dítěte ve věku 3 let je především jeho komunikativnost a schop-



nost poslouchat a řídit se pokyny cizích lidí (ošetřujícího personálu). Další důležitou podmínkou je motivace dítěte a tendence k oboustrannému používání horních končetin. Nejdůležitější je však podpora rodičů, kteří jsou schopni dítě povzbuzovat a zajistit následný edukační program i mimo rehabilitační zařízení.

Pozdější aplikace myoelektrické protézy může být obtížná z důvodu vytvoření náhradních pohybových stereotypů, které mohou zhoršit adaptaci pacienta na pomůcku. V pozdějším věku a zvláště v období puberty byla v některých případech i z tohoto důvodu pozorována odmítavá reakce pacientů nosit jakoukoliv protézu horní končetiny. Při indikaci preferujeme co nejjednodušší ovládání pomůcky. Na základě zhodnocení používání první myoelektrické protézy dítětem můžeme při aplikaci další protézy využít k ovládání pomůcky více signálů, které umožní například současné ovládání úchopu a rotace zápěstí. Před samotnou indikací a aplikací protézy je potřeba zvážit rovněž ekonomickou dostupnost a úhradu pomůcky buď z prostředků zdravotního pojištění, nebo jiných zdrojů. Je důležité si uvědomit, že pokud je jednou u dítěte za-

hájena aplikace myoelektrické protézy, pak je z důvodu psychické adaptace dítěte potřebné v používání tohoto typu protézy pokračovat. V současnosti je rozdílný přístup v indikačních kritériích a přístupu k úhradě myoelektrických protéz v ČR a na Slovensku, kdy ve Slovenské republice je systém úhrady těchto protéz u dětí s kongenitálními vadami horních končetin precizněji propracován jak z hlediska „timingů“ aplikace, tak umožnění vybavení myoelektrickou protézou u jednostranných amputací horních končetin. V ČR je možnost předepsat myoelektrickou protézu pouze u pacientů s oboustrannou amputací horních končetin nebo u jednostranné amputace horní končetiny a výrazného funkčního postižení úchopu na druhé horní končetině. (Vestník MZ SR 2011, Zákon č. 48/1997 Sb.)

■ Závěr

Ortopedická protetika má nezastupitelné místo ve všech etapách komplexní léčby dětí s vadami pohybového ústrojí v rámci interdisciplinární spolupráce. Obdobně jako operační léčení je konzervativní ortopedické léčení od raného věku

zaměřeno na ovlivnění/usměrnění abnormálního růstu a vývoje (patologický tvar, složení a funkce) končetin a páteře s aplikací poznatků funkční adaptace kostí v období růstu. Ortopedicko-protetické léčení (ortézy, korzety, ortoprotézy, protézy či myoelektrické protézy a jiné individuálně zhotovené pomůcky) a léčebná rehabilitace (reflexní metodiky v 1. roce života, později léčebná tělesná výchova, fyzikální terapie, nácvik soběstačnosti a léčba prací či hrou) od okamžiku zjištění tělesné vady v součinnosti s možnostmi chirurgického léčení jsou nadějí pro zlepšení zdravotní a sociální situace dětí s biomechanicky závažnými genetickými chorobami skeletu a vrozenými končetinovými vadami.

Poděkování

patří panu Ing. Pavlovi Černému, Ph.D., a jeho spolupracovníkům z firmy Ortotika s.r.o., Praha za mnoholetou usilovnou spolupráci při léčení a vybavování dětí s vadami pohybového ústrojí individuálně zhotovenými končetinovými ortézami, korzety a ortoprotézami.

■ Do čtyř let budou moci lékaři sledovat on-line nemocné i doma

Pacient s cukrovkou nebo jiným chronickým onemocněním je místo v léčebně doma a lékaři dostávají z čidla na jeho těle, podobného hodinkám, informace o cukru, tlaku, tepu, teplotě a dalších životních funkcích on-line nepřetržitě do svých počítačů. Lékař může při zhoršení stavu okamžitě jednat. U nás by se tento model elektronizované péče měl začít objevovat do čtyř let.

Vše se v reálném čase zapisuje do elektronické zdravotní karty pacienta a analyzuje v souvislostech v přehledných grafech. V některých zdravotnických zařízeních na Západě podobná praxe už běží. V Česku během následujících čtyř let.

Po nedávném semináři o elektronizaci zdravotnictví v Praze to Právu potvrdili představitelé firem Kapsch BusinessCom, Edifecs a Microsoft, které se spojily, aby tyto a další zdravotnické platformy a aplikace vytvořily i v Česku.

Brýle vidí skrz člověka

„Pacient bude doma a na sobě či ve svém okolí bude mít přístroj poskytující okamžitě informace lékařům a ti budou schopni reagovat na situaci. Nemocnice se může přímo napojit na pacienta, aniž by ten musel opustit svůj domov,“ potvrdil Primož Karlin z Microsoftu. Sledování na dálku seniorů či lidí s demencí už funguje podle doktorky Lucie Dvořákové z firmy Kapsch v Rakousku, Nizozemsku, Dánsku. „Standardy v telemedicině, tak to je ale u nás zatím pole neorané,“ konstatoval Jiří Borek z ministerstva zdravotnictví.

Revolučních projektů připomínajících laikům sci-fi jsou desítky. Třeba speciální brýle pro lékaře. Vypadají jako pro pilota stíhačky nebo agenta 007 a už se rovněž začínají používat. Lékař si je nasadí

a v nich se mu promítne například rentgenový snímek plic pacienta přímo na jeho těle v trojrozměrném režimu.

Žádné bloudění

„Kombinují fyzický svět s virtualitou. Vidíte stejně jako normálně, ale v brýlích jsou digitální prvky, vizualizace, informace, jeden spojitý obraz. Lékař vás může vidět, téměř jako by měl rentgenové oko,“ řekl Právu Tomislav Sokolič, šéf Kapsch BusinessCom ČR. „Anebo se v brýlích promítá anatomie těla a studenti mohou provádět virtuální operaci ovšem s velmi reálným průběhem,“ vysvětlil René Kubů z Microsoftu.

A to není vše. Také si zoufáte z bloudění po velkých nemocnicích a ambulancích? S tím by také postupně s nástupem navigací a chytrých mobilů mohl být konec. Tři klíčoví nadnárodní počítačové giganti vyvíjejí aplikace, které naplánují návštěvu lékaře, včas pacienta upozorní, pokud doktor musel například jít na urgentní příjem, a hlavně nemocného celým zdravotnickým zařízením provedou až k dané ordinaci.

A kdy by ty všechny vymoženosti už mohli čeští pacienti vidět v praxi? Cíle jsou ambiciózní. „Vývoj je nesmírně rychlý. Za tři čtyři roky by se pacienti mohli objednávat elektronicky a mohli by vědět přesně kam jít pomocí mobilu,“ dodal Sokolič.

Vychází z národního plánu na elektronizaci zdravotnictví, jenž si stanovuje jako termín realizace prvních projektů rok 2020. Spolufinancovány by měly být z evropských fondů. Vyčleněno do první etapy na to je 1,6 miliardy korun.

Zdroj: *zr, Právo*, 30. 12. 2016



Racionální léčba nejčastějších respiračních nemocí u dětí

část 1.

MUDr. Zuzana Vančíková, CSc.

Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN, Ke Karlovu 2, Praha

Klíčová slova: respirační nemoci, děti, kašel, nachlazení, tonsilitis, laryngitis, bronchitis, astma, léčba

■ Úvod

Nejčastějšími respiračními onemocněními jsou u dětí nepochybně infekce a alergie. Astma je nejčastější chronickou nemocí u dětí, trpí jí přibližně každé desáté dítě. Racionální léčba dětských respiračních nemocí závisí na znalosti jejich vyvolavatelů, epidemiologie a nejnovějších poznatků o jejich podstatě. Doporučené postupy vyšetření a léčby se mohou v jednotlivých zemích lišit nejen podle epidemiologické situace, ale i podle dostupnosti a vyspělosti zdravotního systému, a nelze je tedy použít univerzálně. Vlastní doporučení v každé zemi musejí respektovat jedinečnost jejího prostředí.

1. Nejčastější infekční onemocnění respiračního traktu u dětí

Vyvolavatelé respiračních infekcí u dětí jsou nejčastěji viry: respirační syncytiální virus (RSV), influenza viry A a B, parainfluenzaviry, adenoviry, lidský metapneumovirus (hMPV), rinoviry, coronaviry, echoviry. Virus Epstein-Barr (EBV), cytomegalovirus (CMV) a další herpetické viry jsou vyvolavatelé hlavně onemocnění horních cest dýchacích. Virus spalniček celosvětově patří k stále obávaným vyvolavatelům závažných onemocnění dolních cest dýchacích. Ve vyspělých zemích je díky očkování jeho výskyt minimální, může se však zvýšit s odmítáním vakcinace a rostoucí migrací. Většina virů napadá všechny etáže dýchacích cest a záleží na věku, imunitě a komorbiditách, zda onemocnění proběhne jako rýma, otitida, laryngotracheobronchitida, bronchiolitida nebo pneumonie nebo jiné onemocnění či kombinace.

Z bakterií je nejčastějším respiračním patogenem *Streptococcus pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, méně časté jsou infekce vyvolané *Chlamydia pneumoniae*, hemofilové a stafylokokové. *Bordetella pertussis* a parapertussis je v posledních letech častým problémem i v zemích s plošnou vakcinací. *Mycobacterium tuberculosis* je infikována třetina světové populace, z infikovaných onemocní 10 %, většinou plicní formou onemocnění. Ve vyspělých zemích je incidence tuberkulózy (TBC) nyní většinou nízká, narůstajícím celosvětovým problémem je ale šíření multirezistentních kmenů a ko-incidence TBC a HIV v rozvojových zemích, zejména v Africe.

1.1. Infekce horních cest dýchacích

1.1.1. Nachlazení

Nemoc z nachlazení je akutní nakažlivé onemocnění projevující se rýmou, kýchním, bolestí v krku, afebrilním nebo subfebrilním průběhem. Vyvolavatelé jsou respirační viry

– tab. 1. V mírném klimatu se virové respirační nemoci vyskytují nejvíce od října do března, ale viry v populaci kolují po celý rok.

I přes sugestivní název „nachlazení“ a mnoho lidových moudrostí nebyl vliv prochlazení na vznik nemoci prokázán. Spíše je prokázán vliv psychického stresu a sebevědomí. Zajímavá studie ukázala, že z dospělých dobrovolníků cíleně infikovaných rinoviry byli vůči nemoci odolnější ti, kteří se považovali za ekonomicky úspěšné, bez ohledu na to, zda to bylo objektivní nebo ne (1).

Epidemiologie

V předškolním věku je běžné, že dítě (v závislosti na věku) prodělá 3–10 nekomplikovaných nachlazení za rok (2). Děti navštěvující kolektivní zařízení mají téměř 2× více infekcí než děti mimo kolektiv (3). Infekce se nejčastěji šíří kontaminovanými předměty a rukama, méně kapénkami – více při kýchní než při kašli. Branou vstupu je nosní sliznice a spojivky. Dle vyvolavatele je inkubační

Tab. 1

Kategorie původců	Agens
Běžní vyvolavatelé nachlazení	Rinoviry
	Parainfluenzaviry
	Respirační syncytiální virus
	Coronaviry
	Lidský metapneumovirus
Běžné respirační viry, vyvolávající občas onemocnění s příznaky nachlazení	Adenoviry
	Enteroviry
	Viry chřipky
	Reoviry
Onemocnění s počátečními příznaky shodnými s nachlazením	Lidský bocavirus
	<i>Coccidioides immitis</i>
	<i>Histoplasma capsulatum</i>
	<i>Bordetella pertussis</i> , <i>parapertussis</i> , <i>bronchi-septica</i>
	<i>Chlamydia psittaci</i>
	<i>Coxiella burnetii</i>



doba většinou 2–5 dní, maximální vylučování viru trvá většinou do 7. dne, ale může pokračovat ještě další 2 týdny (například vylučování viru chřipky u kojenců a batolat).

Klinický obraz

Nachlazení začíná vodnatou sekrecí z nosu, kýcháním, ucpaným nosem, podrážděním nosohltanu, škrábáním v krku. Teploty jsou nejčastěji subfebrilní. Přidává se celková slabost, nechutenství, bolesti svalů, kašel, pálení očí. Rýma se po 2–3 dnech díky přílivu neutrofilů mění v **purulentní, což ale není signálem bakteriální superinfekce**, ale pouze přílivu leukocytů. Celkové příznaky onemocnění většinou odeznívají do 7 dní, rýma a kašel mohou přetrvávat ještě další 2 týdny. Kojenci mohou být febrilní, kvůli obturaci nosu odmítají pít, jsou neklidní, někdy zvracejí a mají průjem.

Diferenciální diagnostika

Faryngitida, enantém a bronchitida nepatří do obrazu nachlazení. Trvají-li příznaky nachlazení déle než 10 dní, může se jednat o adenoiditidu nebo bakteriální rinosinusitidu. Rýma v počátečním, katarálním stadiu pertuse je vodnatá a na rozdíl od nachlazení se nemění v purulentní. Pertuse většinou probíhá bez teplot. V počátku se od nachlazení odlišit tedy nedá. Rýmou se v počátku projevuje i RS virová bronchiolitida. Pertuse i RS virová infekce mohou u kojenců vyvolat apnoe a rychlý rozvoj dušnosti. Odlišit je od běžného nachlazení v této fázi pomůže pouze epidemiologická anamnéza nebo průkaz vyvolavatele ze sekretu nebo nazofaryngeálního stěru horních cest dýchacích (pomocí PCR či jiné metody). Při jejich pozitivitě je u kojenců do 6 měsíců nutná hospitalizace. Alergická rýma se objevuje nejdříve v batolecím věku, spíše ale u předškoláků a školních dětí, je odlišitelná podle anamnézy – vazby příznaků na kontakt s alergenem, přítomnosti dalších příznaků alergie, afebrilního průběhu, současné konjunktivitidy se svěděním očí.

Léčba

Nachlazení má většinou mírný průběh a odezní i bez léčby. Nutné je zajištění čistého vzduchu, zejména zamezit expozici tabákovému kouři, prospěšné je zvlhčení vzduchu. Šetrné odsávání nosu a oplachy sliznice fyziologickým roztokem pomáhají obnovit průchodnost nosu. Mnoho kojenců je však velmi špatně snáší. Při horečkách podáváme běžná antipyretika podle věku.

Podávání **zinku** je účinné v prevenci i léčbě nachlazení. Jeho nasazení do 24 hodin od prvních příznaků zkrátí trvání a zmírní příznaky (4). K nepříjemným nežádoucím účinkům však patří nauzea a nechutenství, při nazální aplikaci anosmie. **Kodein a dextrometorphan** patří k často podávaným antitusikům. Jejich efekt rovněž nebyl u dětí potvrzen. Pokud jsou podávány ve formě sirupu, je antitusický efekt vysvětlitelný **sladkou chutí**, která v *nucleus tractus solitarius* stimuluje tvorbu endogenních opiátů (5). Stejně je vysvětlován i antitusický efekt na noční kašel **lžičky medu před spaním** (6). **Mukolytika, antihistaminika, antitusika, nosní dekongestanty nemají u dětí při léčbě nachlazení prokazatelnou účinnost a některé z těchto léků mají naopak významné vedlejší účinky.** Lékové agentury Spojených států amerických, Kanady, Francie, Austrálie a Velké Británie proto nedoporučují podávání volně prodejných léků na „common cold“ – nachlazení – u dětí do 6 let (7). **Kombinace antihistaminik a sympatomimetik nejsou při nachlazení účinnější než placebo (8). Také antihistaminika druhé generace samotná nejsou v léčbě nachlazení účinná (9).** Pouze **první generace antihistaminik snižuje díky svému anticholinergnímu účinku rhinorrhoeu u dospělých**, u dětí však důkazy chybějí a hrozí riziko útlumu dýchání (10). Naděje vkládané do **vysokých dávek vitamínu C** skončily zklamáním (11). Jeho občas prokazovaný příznivý účinek by, stejně jako účinek antihistaminik, mohl být vysvětlitelný antihistaminickým účinkem u alergiků, když je alergická rýma zaměřována za nachlazení (12). Podávání **Echinacej** nebylo u dětí 2–11 let účinné a léčené děti měly vyšší výskyt nežádoucích kožních reakcí (13). Nazální kortikosteroidy při nachlazení účinné nejsou a prodlouží vylučování viru (14). Léky ovlivňující mechanismus virové infekce – **interferon alfa-2b podávaný nazálně, rozpustný ICAM-1 (tremacamra), antivirotikum pleconaril** – neprokázaly dostatečnou účinnost a bezpečnost, a proto k léčbě nachlazení užívány nejsou. Prognóza nachlazení je většinou příznivá. Komplikací může být otitida, sinusitida, bakteriální adenoiditida, faryngitida, bronchitida a pneumonie a exacerbace astmatu. Prevencí je vyhýbání se kontaktu s infikovanými osobami, důsledná hygiena rukou, zdravý životní styl. Podávání preparátů **zinku a probiotik** může být také prospěšné (15).

Literatura

1. Cohen S, Alper CM, Doyle WJ et al. Objective and subjective socioeconomic status and susceptibility to the common cold. *Health Psychol.* 2008;27:268–274
2. Ball TM, Holberg CJ, Aldous MB et al. Influence of attendance at day care on the common cold from birth through 13 years of age. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2002;156:121–126
3. Wald ER, Dashefsky B, Byers C et al. Frequency and severity of infections in day care. *J Pediatr.* 188;112:540–546
4. Singh M, Das RR. Zinc for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011.
5. Eccles R. Mechanisms of the placebo effect of sweet cough syrups. *Respir Physiol Neurobiol.* 2006;152:340–348
6. Cohen HA, Rozen J, Kristal H et al. Effect of Honey on Nocturnal Cough and Sleep Quality: A Double blind Randomized, Placebo-Controlled Study. *Pediatrics.* 2012;130:465–471
7. Isbister GK, Prior F, Kilham HA. Restricting cough and cold medicines in children. *J Paediatr Child Health.* 2012;48:91–98
8. Clemens CJ, Taylor JA, Almquist JR et al. Is an antihistamine-decongestant combination effective in temporarily relieving symptoms of the common cold in preschool children? *J Pediatr.* 1997;130:463–466
9. West S, Brandon B, Stolley P et al. A review of antihistamines and the common cold. *Pediatrics.* 1975;56:100–107
10. Turner RB, Sperber SJ, Sorrentino JV et al. Effectiveness of clemastine fumarate for treatment of rhinorrhoea and sneezing associated with the common cold. *Clin Infect Dis.* 1997;25:824–830
11. Karlowski TR, Chalmers TC, Frenkel LD et al. Ascorbic acid for the common cold: A prophylactic and therapeutic trial. *JAMA.* 1975;231:1038–1042
12. Zuskin E, Lewis AJ, Bouhuys A. Inhibition of histamine-induced airway constriction by ascorbic acid. *J Allergy Clin Immunol.* 1973;51:218–226
13. Taylor JA, Weber W, Standish L et al. Efficacy and safety of echinacea in treating upper respiratory tract infections in children: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2003;290:2824–2830
14. Puhakka T, Makela MJ, Malmstrom K et al. The common cold: effects of intranasal fluticasone propionate treatment. *J Allergy Clin Immunol.* 1998;101:726–731
15. Leyer GJ, Li S, Mubasher ME et al. Probiotic effects on cold and influenzalike symptom incidence and duration in children. *Pediatrics.* 2009;124:e172–e179



Ze světa odborné literatury...

■ Tyreoidální karcinom u dětí, adolescentů a dospělých, samovolný a po radiační expozici v dětství

Tyreoidální karcinom je většinou sekundární malignitou u dětí, které přežily karcinom. Radiační expozice je spojována s rizikem. Noduly (uzly) ve štítné žláze mají vysoké riziko malignity, spontánní nebo po radiaci. Při do-
držení limitovaných pediatrických dat sestavili zde sérii pacientů s tyreoidálním karcinomem v průběhu 25 let. Bylo identifikováno 86 pacientů. Z nich 84 % mělo papilární tyreoidální karcinom, 5 (10 %) mělo folikulární karcinom a 4 % měla medulární tyreoidální karcinom, 71 z nich mělo radiační expozici s pozorovanou tyreoidální malignitou po 6–37 letech. Nejmenší nalezené noduly podezřelé z malignity byly velikosti 4 mm. Karcinom v oblasti tyreoidy byl prakticky u poloviny pacientů nalezen v 16 letech a mladších. Všichni měli provedenou totální tyreoidektomii, 16 pacientů (32 %) mělo metastázy, 24 (52 %) byl po ablaci podáván J-131. 42 pacientů zůstalo naživu. Sonografickou diagnózu malých nodulů možno hodnotit jako včasnou. Není však prediktivní ve vazbě na histologii nebo vyloučení metastáz. Prognóza se jeví jako příznivá. Byla patrná feminní predominance u dospělých, u dětí pod 11 let věku méně častá.

Eur J Pediatr. 2016;175:677–683

■ Efekt systémových kortikosteroidů na imunitní systém u dětí se steroid-responzivním nefrotickým syndromem

Závažnost a trvání imunosuprese zapříčiněné užíváním kortikosteroidů jsou stále extenzivně sledovány. Snažili se zjistit na dávce a perzistenci terapie zvláště u pacientů dostávajících pro idiopatický nefrotický syndrom 2 mg/kg váhy prednisolonu. Kontrolní skupinou byly zdravé děti. Biochemický vzorek byl analyzován v prvním a druhém týdnu, v prvním, druhém a třetím měsíci po zastavení léčby. Bylo ohodnoceno 14 pacientů ve věku 1–8 let. Neléčený nefrotický syndrom vykazuje vysoký absolutní počet lymfocytů, CD3 buněk a absolutní počet CD8 buněk ve srovnání s kontrolami. Byla pozorována su-

prese absolutního počtu lymfocytů v prvních měsících léčby. Buňky CD4 a CD8 poklesly signifikantně v prvních týdnech léčby a dále pak klesaly v průběhu terapie. Počet B buněk u zdravých kontrol se graduálně zvyšoval od druhého týdne a klesal pak během léčby. Po zastavení kortikoidní léčby počet B buněk kontinuálně klesal a nakonec byl nalezen rozdíl v prvním týdnu a ve třetím měsíci. Je patrné, že T buňky jsou suprimovány velmi časně v léčbě INS. Deprese B buněk byla detekována později a perzistovala po ukončení terapie.

Eur J Pediatr. 2016;175:685–693

■ Nefrogenní diabetes insipidus u dvou bratrů zapříčiněný mutací arginin vazopresinového receptoru typu 2

Nefrogenní diabetes insipidus (NDI) zapříčiněný mutací arginin vazopresinu je popisován u dvacetiletého muže a jeho osmiletého bratra s polyurií, polydipsií a selháním prospívání. U obou chlapců byla prezentována jen částečná odpověď na desmopresin. Oba pacienti byli homozygoti, léčeni vysokými dávkami desmopresinu s pozoruhodným zlepšením růstu a úpravou kliniky. NDI je charakterizovaný kompletní nebo parciální ztrátou arginin vazopresinové funkce, vedoucí k polyurii, polydipsii a hypernatrémii. Standardní ošetřování onemocnění závislého na chromozomu X bývá prováděno hydrochlorothiazidem a indometacinem. Tato léčba jen parciálně zlepšuje stav a vede k poklesu volumu o 30–70 %. Parciální NDI může být léčen i vysokými dávkami desmopresinu. Dávky jsou odlišné od hypofyzálního DI. Pacienti byli léčeni nazálním DDAVP, který bylo možné podávat ve vysokých dávkách.

Eur J Pediatr. 2016;175:727–733

■ Efekt medicínského přístupu na redukci bolesti a úzkosti u dvouletých až desetiletých dětí s opakovanými kanylacemi

Redukce úzkosti a bolesti u opakovaně kanylovaných dětí je velmi populární. Srovnávali proto lokálně anestetický krém EMLA aplikovaný před procedurami a druhou skupinu bez této léčby. Sledování se zúčastnilo 100 dětí

průměrného věku 5 let. Redukce bolesti byla menší u EMLA (anestetického krému) než při odvádění pozornosti medicínským klaunem.

Eur J Pediatr. 2016;175:373–379

■ Náhlý začátek nevysvětlitelné encefalopatie u dětí – marihuanová intoxikace

V mnoha zemích je tendence k legalizaci konopí. Zvláště masmédiu, mnohdy zapojenými do obchodu, je vysvětlován jednoznačný až neuvěřitelný efekt konopí (marihuany). Přitom u starších dětí je manifestace intoxikace konopím známa včetně neurologických a systémových příznaků. Jsou popisovány tři děti se známkami intoxikace konopím. První dítě bylo 14měsíční, předtím zdravé. Přijato jako letargické, hypotonické, neodpovídající na bolestivé podněty. Všechny nabízející se příčiny vyloučeny. Screening toxický pro THC. Během 12 hodin patrná plná úprava. Starší sestra později uvedla, že kouřila cigaretu s konopím opakovaně u dítěte. Druhé, osmiměsíční dítě, zcela zdravé, bylo přijaté pro letargii a apatii. Zjistilo se, že dítě bylo hlídáno babysitterem kouřícím marihuanu. Třetí dítě bylo osmiměsíční. Dostavilo se s hypotonií a areflexií. Vyloučeny různé příčiny, potvrzena THC. Žádné vysvětlení pro přítomnost THC rodiči nepodáno, zřejmě kuřácké doupě, ve kterém kojenci přebývali. Z těchto tří klinických kojeneckých stavů lze dovodit, že u jakéhokoliv stavu změny vědomí u kojence musí být v dnešní době provedeno vyšetření na drogy, resp. speciálně na THC.

Eur J Pediatr. 2016;175:421–425

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



INZERCE

423 4-16

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

448 10-16

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

450 11-16

Zaměstnám dětského **lékaře na dva dny v týdnu a na dobu dovolené**. Kontakt: pediatra.d@gmail.com, mobil: 603 508 933, ord. v dopol. hodinách: 596 583 579 okr. Karviná

451 11-16

Hledám nástupce do dobře zavedené ordinace PLDD v **Náchodě**. MUDr. Z. Hornyčová, tel.: 777 008 381

452 11-16

Hledám lékaře do ordinace PLDD na zkrácený úvazek, **Čelákovice**, tel. 723 256 145.

453 11-16

Prodám zavedenou a prosperující **ordinaci PLDD v Městci Králové** (okres Nymburk). Plánovaný převod červen 2017. Ordinance nyní ve vlastní nemovitosti, kterou je možné odkoupit či pronajmout. Pro bližší info kontaktujte: petr.filip.cz@gmail.com

454 11-16

Přenechám ordinaci PLDD v Zastávce u Brna, spěchá, tel. 728 030 056.

455 11-16

Prodám zavedenou **praxi PLDD v Kladně**. Kontakt: 731 920 063, e-mail dhattnerova@seznam.cz

456 12-16

Hledám pediatra na pravidelný zástup jedno dopoledne za 14 dní a zastoupení v době dovolené – dle dohody. Praha 6 (metro Petřiny). tel.: 604 988 174.

457 12-16

Prodám se slevou CRP analyzátor QuickRead GO – wrCRP, wrHb, STREP A, FOB – zakoupen 12/2015, v provozu 3 měsíce. Cena 30 000 Kč. Tel: 720 037 667, mail: fabich@seznam.cz.

458 1-17

Hledám nástupce pro dobře zavedenou ordinaci **PLDD v Klatovech**. Ev. **zaměstnám lékaře** na libovolný úvazek dle dohody. Telefon 732 410 346.

459 1-17

Zaměstnám s dobrým platem nebo **prodám ordinaci na Praze 9**, tel. 602 682 899, 602 654 841, nebo: jarmilakav@gmail.com

460 1-17

Přenechám ordinaci PLDD na Znojemsku. Informace na tel. č. 702 037 583.

461 1-17

Zaměstnám kolegyni na částečný úvazek v dobře prosperující dětské ordinaci v **Černošicích**, Praha-západ. Kontakt: iva.strnadelova@seznam.cz

462 1-17

Předám pediatrickou **praxi** na venkovském obvodě v **okrese Přerov**. Mobil: 603 868 408. Spěchá.

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

Kongres

primární péče

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

podrobnosti a registrace na www.ahou.cz/kongres

Autodidaktický test 2/2017

Výživa

- 1. Odhadem v Evropě cca 2–5% dospělé populace praktikuje alternativní způsob výživy. Nezanedbatelná část z nich jsou mladí rodiče, kteří pak své stravovací návyky přenášejí i do jídelníčku svých potomků. Kvalita mateřského mléka je stravou matky ovlivněna zejména v obsahu Fe, Zn, Ca, vitamínu D, B2 a B12. Nedostatek vitamínu B12 způsobuje u kojenců:**
 - a) reverzibilní megaloblastovou normochromní anémii
 - b) ireverzibilní mikrocytární hypochromní anémii
 - c) reverzibilní poruchu myelinizace
 - d) ireverzibilní poruchu myelinizace
- 2. V roce 2005 prezentovalo Ministerstvo zdravotnictví ČR tzv. potravinovou pyramidu, která má 4 patra a která opticky navozuje správnou skladbu jídelníčku. V roce 2013 vyhlásilo MŠMT přípravu programu, který měl změnit pohybový a výživový režim žáků základních škol. Výsledkem bylo mj. vytvoření pětipatrové pyramidy výživy pro děti. Častým prohřeškem je nejen nevhodná skladba jídelníčku dětí, ale také nucení do neodpovídajících velikostí porcí. Dle potravinové pyramidy MZ z r. 2005 jsou porce definovány neurčitými objemy jako např. miska, sklenice, talíř. Potravinová pyramida pro děti jasněji stanovuje velikost porce pro různé věkové kategorie a to tak, že jedna porce odpovídá:**
 - a) objemu 200 ml
 - b) objemu nafouknutých úst dítěte
 - c) objemu sevřené pěsti dítěte
 - d) hmotnosti 100 g
 - e) ploše 50 cm²
 - f) ploše rozevřené dlaně dítěte
- 3. Tuky jsou důležitou složkou potravy člověka. Jejich úplné vyloučení z jídelníčku odporuje znalostem o racionálním jídelníčku. Jsou důležitým zdrojem esenciálních mastných kyselin, jsou nositelem v tucích rozpustných vitaminů, rostlinných sterolů aj. Záleží samozřejmě na množství přijímaných tuků (denní příjem tuků by neměl být nižší než 20 % celkového energetického příjmu), ale také na jejich složení. Velmi nevhodné je zejména požívání transnenasycených mastných kyselin, které podporují aterosklerotický proces. Na českém trhu jsou různé druhy olejů. Z tohoto pohledu má velmi výhodné složení s vysokým zastoupením nenasycených mastných kyselin a nízkým zastoupením nasycených mastných kyselin olej:**
 - a) slunečnicový
 - b) řepkový
 - c) olivový
 - d) palmový
 - e) kokosový
- 4. Vegetariánská strava je obvykle nízkokalorická. Krom toho vegetariáni mají zhoršenou utilizaci železa (a zinku), i když ve stravě těchto prvků přijímají dostatek. Příčinou je**
 - a) vysoký příjem fytoátů, taninů a oxalátů rostlinnou stravou, což vede k blokádě tvorby ferroportinu zajišťujícího transmembránový transport železa z duodena a to i přesto, že negativní zpětnou vazbou se zvýší produkce hepcidinu
 - b) vysoký příjem fytoátů, taninů a oxalátů rostlinnou stravou, které tvoří s železem a zinkem nerozpustné nebo chelátové komplexy, které významně zhoršují jeho resorpci
 - c) odlišná skladba střevního mikrobiomu, který tyto prvky ve zvýšené míře spotřebovává pro vlastní růst a množení
- 5. Vysoký příjem sodíku a kuchyňské soli je u dospělé populace v ČR v průměru 2–3× vyšší, než je doporučeno. Takto vysoký příjem sodíku vede zejména k rozvoji hypertenze s jejími důsledky na kvalitu života. V přepočtu na kuchyňskou sůl by dospělý člověk neměl konzumovat více než 5–6 g soli denně. Na vysokém příjmu sodíku se podílejí zhruba z 80 % zakoupené potraviny (hotové výrobky jako uzeniny, konzervy, pečivo...) ale také některé minerální vody (vysoký obsah Na má např. Poděbradka). Příjem soli v batolecím věku by neměl přesahovat:**
 - a) 1 gram
 - b) 2 gramy
 - c) 3 gramy
 - d) 4 gramy
- 6. Kravské mléko a mléčné výrobky jsou běžnou součástí jídelníčku západní civilizace. Lidstvo konzumuje mléko již několik tisíc let. Mléko a mléčné výrobky jsou významným zdrojem řady důležitých živin (bílkovin, vápníku, v tuku i vodě rozpustných vitaminů). I díky médiím a sociálním sítím jsou o mléku šířeny „zaručené“ informace o jeho škodlivosti, které ale odporují pravidlům medicíny založené na důkazech. Které z uvedených informací jsou skutečně pravdivé:**
 - a) mléko je rizikový faktor vzniku diabetu mellitu, protože poškozuje pankreas
 - b) mléko zahleňuje, a proto se nedoporučuje při nachlazení
 - c) při alergii na bílkovinu kravského mléka je možné jako alternativu používat mléko kozí nebo ovčí
 - d) smetanový jogurt obsahuje více vápníku
 - e) tavené sýry obsahují vyšší množství soli



InfanrixTM hexa

Šetrná vakcína
dlouhodobě
ověřená v českých
podmínkách*

Vhodná
i pro
nedonošené
děti



*Kombinovaná vakcína šestřicet počet vpichů | antigenní zátěž díky acelulární pertusové složce

Bezpečnost a účinnost vakcíny **Infanrix hexaTM** u dětí starších 36 měsíců nebyla stanovena. Podobně jako u jiných vakcín nemusí být u všech očkovanych jedinců vyvolána ochranná imunitní odpověď.

Zkrácený souhrn údajů o přípravku

Název přípravku: Infanrix hexa, prášek a suspenze pro injekční suspenzi. Vakcína proti diftérii (D), tetanu (T), pertusi (acelulární komponenta) (Pa), hepatitě B (DNA) (HBV), poliovirům (inaktivovaní) (PV) a konjugované vakcína proti *Haemophilus influenzae* typu b (Hib) (adsorbovaná). **Kvalitativní a kvantitativní složení:** Po rekonstituci jedna dávka (0,5 ml) obsahuje Diphtheriae anatoxium na nejméně než 30 mezinárodních jednotek (IU), tetani anatoxium nejméně než 40 mezinárodních jednotek (IU), pertusis anatoxium 25 mikrogramů, haemagglutininum filamentosum 25 mikrogramů, pertactinum 8 mikrogramů, antigenum leguminosum heptatis B 10 mikrogramů^{PS}, virus poliovirů (inaktivovaný)* typus 1 (imen Mahoney) 40 IU jednotek antigenu, typus 2 (imen NEF-1) 8 IU jednotek antigenu, typus 3 (imen Sakari) 32 IU jednotek antigenu, *Haemophilus influenzae* typus b polysaccharidum 10 mikrogramů (glykolizovaný) plus sialát, konjugát s tetani anatoxinem jako nosným proteinem přibližně 25 mikrogramů[†], 1 adsorbovaná na hydroxid hlinitý, hydratovaný (Al(OH)₃) 0,5 miligramů Al₃+ 2 vyrobena rekombinantní DNA technologií na kultuře kvasnicových buněk (*Saccharomyces cerevisiae*), 3 adsorbovaná na fosforečnan hlinitý (AlPO₄) 0,32 miligramů Al₃+ 4 pomnoženo na VERO buněčích. Tato vakcína může obsahovat stopy formaldehydu, neomycinu a polymyxinu, které se používají v průběhu výrobního procesu. **Indikace:** Infanrix hexa je určen pro základní očkování a přeočkování dětí proti diftérii, tetanu, pertusi, hepatitě B, poliovirům a meningokokům způsobeným *Haemophilus influenzae* typu b. **Dávkování a způsob podání:** Základní očkovací schéma spočívá v podání dvou nebo tří dávek (0,5 ml), které mají být podány v souladu s oficiálními doporučeními. **3 dávky:** Přeočkování je nutné, mezi jednotlivými dávkami základního očkování má být zachován interval nejméně 1 měsíc. Přeočkování má být provedeno nejdříve 6 měsíců po poslední dávce základního očkování a nejdříve před dovršením věku 18 měsíců. **2 dávky:** Přeočkování je nutné, mezi jednotlivými dávkami základního očkování má být zachován interval nejméně 2 měsíce. Přeočkování má být provedeno nejdříve 6 měsíců po poslední dávce základního očkování a nejdříve před dovršením věku 11 a 13 měsícem věku. Přeočované narození kojenců, nejméně po 24 týdnech těhotenství. **3 dávky, přeočkování je nutné, mezi jednotlivými dávkami základního očkování má být zachován interval nejméně 1 měsíc.** Přeočkování má být provedeno nejdříve 6 měsíců po poslední dávce základního očkování a nejdříve před dovršením věku 18 měsíců. **Bezpečnost a účinnost vakcíny Infanrix hexa** u dětí starších 36 měsíců nebyly stanoveny. Infanrix hexa je určen k hluboké intramuskulární aplikaci. Další dávky je vhodné podávat vždy do jiného místa, než byla podána předchozí dávka. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na jakoukoliv pomocnou látku nebo na formaldehyd, neomycin a polymyxin. Hypersenzitivita proti jedné či aplikaci vakcíny proti diftérii, tetanu, pertusi, hepatitě B, poliovirům nebo Hib. Infanrix hexa je kontraindikována u dětí, u nichž se do sedmi dnů po předchozím očkování vakcínou obsahující pertusovou složku vyskytla encefalopatie neznámé etiologie. V takových případech se musí očkování proti pertusi přerušit a dále se očkují jen vakcínami proti diftérii, tetanu, hepatitě B, poliovirům a Hib. Podobně jako u jiných vakcín i aplikace vakcíny Infanrix hexa musí být odložena u osob trpících vážným akutním horečným onemocněním. Přítomnost slabé infekce však není považována za kontraindikaci. **Zvláštní upozornění:** Jestliže dojde v časně souvislosti s aplikací vakcíny obsahující pertusovou složku k nástupu z důle propadlých reakcí, je nutné dále zvážet podání dalších dávek vakcín, které pertusovou složku obsahují. Teplota $\geq 40,0$ °C během 48 hodin po očkování a neprocháznou žilou svedlosti, kolaps nebo šokový stav (hypotenze/hyporeflexivní epizoda) během 48 hodin po očkování, trvalý neudržitelný zvrát trvající ≥ 3 hodiny během 48 hodin po očkování, léžba s horečkou nebo bez ní během prvních 3 dnů po očkování. Za určitých podmínek, například v případě vysokého výskytu závažného kašle, však očkované přesto imunizace převážně možná zůstává. Podobně jako u jiných očkování by se měl pečlivě zvážet prospěch a riziko imunizace vakcínou Infanrix hexa nebo její aplikaci u kojenců nebo u dětí trpících následkem nové ataky nebo progresí závažné neurologické poruchy. Stejně jako u jiných injekčních vakcín musí být i po aplikaci této vakcíny protipád rozvoje anafylaktického šoku okamžitě dostupná odpovídající lékařská péče a dohled. Nemocným s trombocytopenií a s poruchami srážlivosti krve musí být vakcína Infanrix hexa aplikována se zvláštní opatrností, neboť po intramuskulárním podání může dojít ke krvácení. Nepodávejte vakcínu Infanrix hexa intravenózně nebo intratekálně. Podobně jako u jiných vakcín, nemusí být u všech očkovanych jedinců vyvolána ochranná imunitní odpověď. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Vakcína Infanrix hexa může být podávána současně s pneumokokovou konjugovanou vakcínou (PCV7, PCV10, PCV13), konjugovanou vakcínou proti meningokokům serogrupy C (konjugáty CRM₁₉₇ a TT) a konjugovanou vakcínou proti meningokokům serogrupy A, C, W-135 a Y (konjugát TT) s perorální vakcínou proti rotavirovému onemocnění, příušnicím, zárdnkám a planým neštovicím (MMRV). **Těhotenství a kojení:** Údaje nejsou k dispozici. **Nežádoucí účinky:** Podobně jako u DTPa vakcín a kombinovaných vakcín obsahujících DTPa byla po poslední dávce vakcíny Infanrix hexa pozorována vyšší míra nežádoucího zhoršení než po základním očkování. Nás souvislé bezpečnosti profil nežádoucích účinků je založen na údajích získaných v klinických studiích (odje od více než 16 000 jedinců) a v průběhu postmarketingového sledování. Větší část ($> 1/100$) a část ($> 1/1000$, $< 1/10$) nežádoucí účinky: nevolnost, neobvyklá plačovitost, podrážděnost, neklid, horečka ≥ 38 °C, lokální otok v místě vpichu (≤ 50 mm), úrava, bolest, zardnutí, nevolnost, průjem, zvracení, horečka > 39 °C, reakce v místě vpichu, včetně indurace, lokální otok v místě vpichu (> 50 mm) U dětí očkovanych v rámci základní imunizace vakcínou obsahující acelulární pertusovou složku je po přeočkování pravděpodobnější výskyt otoků ve srovnání s další očkováním očkovanými vakcínami. Tyto reakce odezní průměrně za 4 dny. Vakcína Infanrix hexa byla ve studiích základního očkování podávána více než 1000 předčasně narozeným kojencům (narozeným po 24 až 36 týdnech těhotenství) a více než 200 předčasně narozeným dětem jako přeočkování ve druhém roce života. Ve zmíněných klinických studiích byl pozorován podobný výskyt příznaků u předčasně narozených i dostatečně dětí. **Inkompatibilita:** Infanrix hexa nesmí být mísen s žádnými dalšími léčivými přípravky. **Doba použitelnosti:** 3 roky. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte v chlazené (2 °C – 8 °C). Chrňte před mrazem. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. Po rekonstituci se doporučuje použít vakcínu ihned. **Délka rozhodnutí o registraci:** GlaxoSmithKline Biologics s. a. f. de l'Institut 89, B-1330 Ravensart, Bělgie. **Registrační číslo(a):** EU/1/00/152/011-008, EU/1/00/152/019-021. **Datum první registrace/prodloužení registrace:** 28. 10. 2000/31.8. 2010. **Datum revize textu:** 15.9. 2016. Lék je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek aplikuje lékař intramuskulárně injekčně. Před předáním léku se prosím seznámete s úplnou informací o přípravku. Můžete najít v souhrnu údajů o přípravku na www.gsk.com nebo se obrátit na společnost GlaxoSmithKline s. r. o., Hlávčáky 1734/2c, 140 00 Praha 4, e-mail: cz.info@gsk.com, www.gsk.cz. Případní nežádoucí účinky prosím hláste také na cz.safety@gsk.com. Verze SPC platná ke dni 2. 1. 2017.

Reference: SPC Infanrix hexaTM, vyhláška 537/2006 Sb.

GlaxoSmithKline s.r.o., Hvězdova 1734/2c, 140 00 Praha 4, Česká republika
tel.: 222 001 111, fax: 222 001 444, e-mail: cz.info@gsk.com; www.gsk.cz

Schváleno 1/2017
CZ/INFH/0030/16





Správné základy do života Spolehlivá péče podpořená vědou



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

- ✓ Zajišťuje zdravý růst, váhové přírůstky a metabolické parametry po vzoru kojených dětí, díky nejnižšímu množství vysoce kvalitní bílkoviny **OPTIPRO®**¹
- ✓ Podporuje správnou funkci imunity²
- ✓ Chrání zažívání a bakteriální osídlení díky **Lactobacillus reuteri**³⁻⁶
- ✓ Změkčuje stolici kojenců díky probiotickým oligosacharidům **GOS/FOS**⁷
- ✓ Podporuje optimální vývoj mozku díky obsahu **LC-PUFA**⁸



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

Důležité upozornění:

Světová zdravotnická organizace (WHO) 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 správné vyvážené stravy, a to jak v průběhu těhotenství, tak po porodu. Mléko by se zabránilo zbytečnému zavádění částečného krmení z lahve nebo podobání jiných nápojů a potravin, protože by to mohlo mít negativní vliv na kojení. Matky by měly být upozorněny na oblibnost návratu ke kojení, pokud se rozhodnou nekrmit. Matkám by také měly být vysvětleny zdravotní, sociální a ekonomické důsledky lakového 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 nevhodné vody, nemylé lahve nebo nesprávného fúdního mléka může vést k onemocnění dítěte.

¹ Viz Mezinárodní kodeks marketingu náhrad mateřského mléka přijatý WHA v rezoluci 34.22 v květnu 1981.

References:

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