

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX

PEDIATRIAE

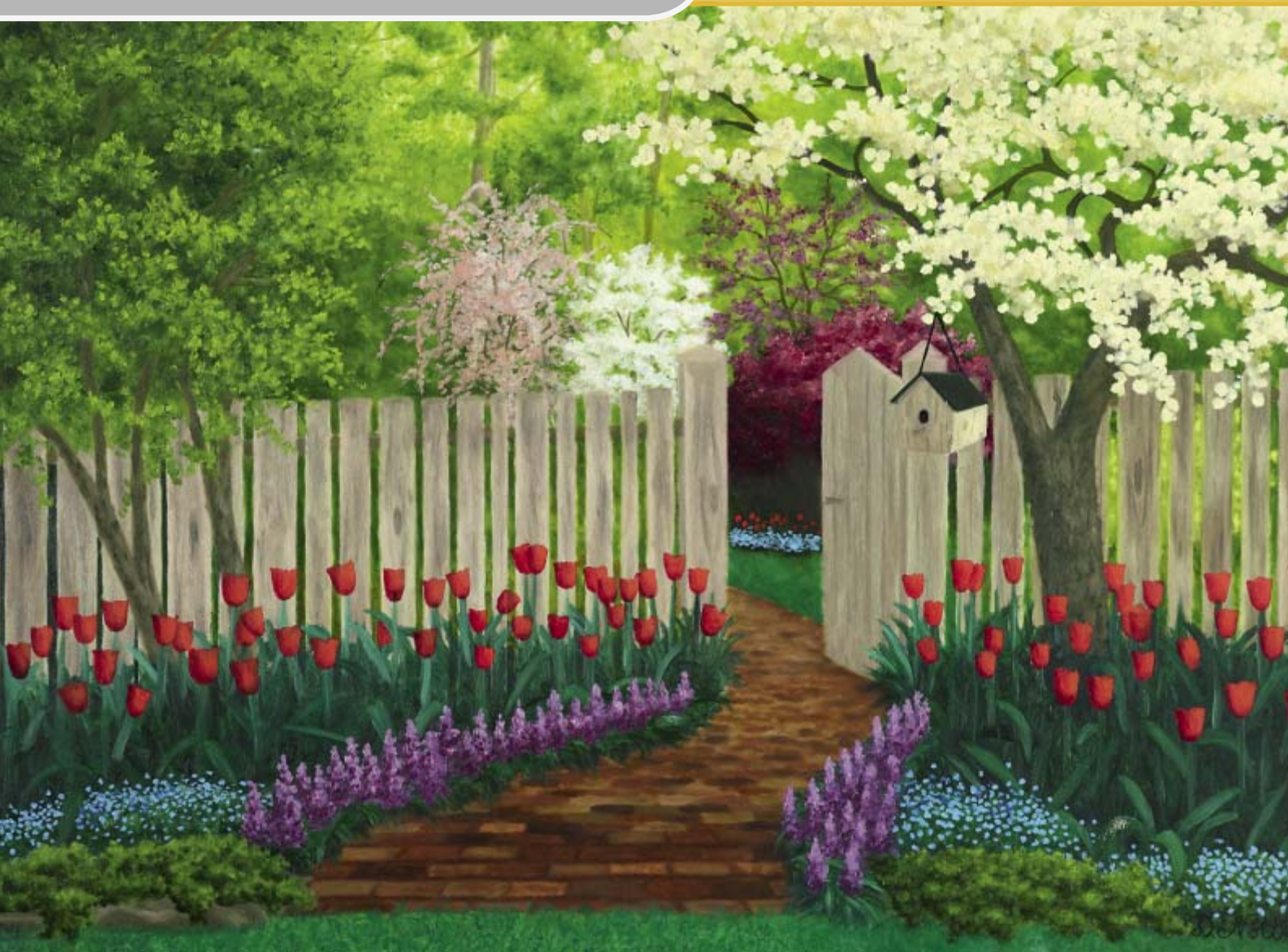
květen 2013
číslo 5 • ročník 13



OSPDL ČLS JEP

téma čísla

Záchvatovitá onemocnění



- Kongres primární péče
- Usnesení regionálních konferencí SPLDD

- Rizika léčby epilepsie gravidních žen – fetální valproátový syndrom
- Psychogenní neepileptické záchvaty v dětství a adolescenci

- Škytavka
- Syndromy benigní fokální epilepsie dětského věku
- Interdisciplinární výpomoc rodičům dítěte s postižením



Pracujeme pro zdravější svět™



GlaxoSmithKline



STOP
ublinkávání

Nutrilon **AR**

- expert při řešení ublinkávání

- Je zahuštěn karubinem, díky tomu je zachována vysoká viskozita mléka i při kontaktu s amylázou a žaludečními šťávami.
- Snižuje počet epizod ublinkávání.^{1, 2, 3}
- Zmírňuje závažnost ublinkávání.^{1, 2, 3}

Pro kojené děti je určen **Nutrilon Nutriton**
- instantní přírůstek do mateřského mléka na bázi karubinu.



References:

1) Wenzl TG, Schneider S, Scheele F, Sáry J, Heilmann G, Skopnik H. Effects of thickened feeding on gastroesophageal reflux in infants: a placebo-controlled crossover study using intraluminal impedance. *Journal of Pediatrics* 2003;141:e355-e359. 2) Borelli O et al. Use of a new thickened formula for treatment of symptomatic gastroesophageal reflux in infants. *Ital J Gastroenterol Hepatol* 1997;29:237-42. 3) Grosse K, Bockor L, Hilber U, Ulmer R. Spezialnahrung für vermehrt spuckende Säuglinge [German]. *Kinderärztliche Praxis* 1998;69:204-10.

Kojení je nejpřirozenějším způsobem výživy kojenčů. Kojenecká výživa by měla být používána na doporučení lékaře. Způsob použití a další info na obalech a webových stránkách. Potravina pro zvláštní výživu – potravina pro zvláštní lékařské účely. Materiál pro odbornou veřejnost.



MÁTE OTÁZKU? VOLEJTE ZDARMA

800-110-000
www.nutrilon.cz

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Koalice soukromých lékařů	6
	Ing. František Elis	
	Porovnání poskytování zdravotních služeb formou fyzické a právnické osoby	8
	Usnesení regionálních konferencí SPLDD	10
	Kongres primární péče	13
	Předepsat, či nepředepsat? To je, oč tu běží	13
	Preskripčními a výkonovými omezeními se proti primární péči vymezují téměř všechny specializace	14
	Informace OSPDL ČLS JEP	16
	MUDr. Ladislava Renerová	18
	Syndromy benigní fokální epilepsie dětského věku	
	MUDr. Jitka Rokytová, Mgr. Pavel Brenkus	21
	Psychogenní neepileptické záchvaty v dětství a adolescenci	21
	MUDr. Ctirad Kozderka	23
	Škytávka	23
	MUDr. Hana Tobrmanová, MUDr. Alice Mocková	26
	Rizika léčby epilepsie gravidních žen – fetální valproátový syndrom	26
	MUDr. Pavel Biskup a kolektiv	29
	Interdisciplinární výpomoc rodičům dítěte s postižením	29
	Ze světa odborné literatury	34
	Aktuality	35
	Řádková inzerce	37
	Autodidaktický test, Kalciofosfátový metabolismus	38
	DOPORUČENÝ POSTUP	
	Stanovisko pracovní skupiny Ministerstva zdravotnictví pro výživu dětí k zavádění komplementární výživy (příkrmu) u kojenců	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

**GSK
HERO
MEDAC
MSD
NESTLÉ
NUTRICIA
PFIZER**

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. Pavel Neugebauer

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

Jazykové korektury: Bohumila Weilová
Grafické zpracování: Michal Semerák

Úřední hodiny SPLDD ČR

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

Sekretariát:
U Hranic 16, 100 00 Praha 10

telefon: 267 184 065
fax: 267 184 050

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

Obrázek na titulní straně namaloval ústy David M. Nolt, převzato z nakladatelství UMŮN, s.r.o., Nad Školou 1285, 463 11 Liberec, tel. 485 161 712, www.umun.cz

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



Vážené lékařky, vážení lékaři,

dovolte mi, abych vám touto cestou vyslovila poděkování za vynikající spolupráci při pořádání seminářů a konferencí, které probíhají ve spolupráci se SPLDD ČR.

Zvláště bych chtěla poděkovat zástupcům předsednictva Sdružení, kteří mi umožnili pro vás odborné semináře připravovat, zástupcům výboru Sdružení, kteří úzce spolupracují při přípravě odborného programu, a dále pak regionálním předsedům, kteří se aktivně zapojují do uvádění jednotlivých akcí a představování přednášejících a často se tak stávají moderátory jednotlivých vzdělávacích seminářů.

Poděkování však patří i vám, lékařkám a lékařům, za váš často aktivní přístup a ochotu účastnit se jednotlivých akcí, což nemalou, resp. rozhodující silou přispívá i k celkové úspěšnosti akcí, což bych ráda doložila následujícími statistikami.

Rok	Název akce	Počet akcí	Počet účastníků
2011/12	Cyklus konferencí – lékařské ordinace PLDD, prodej lékařské praxe	6	700
2012	6. kongres primární péče	1	1500
2012	Cyklus odborných seminářů hpv – právo – alergie a astma	10	700
2012	Cyklus odborných seminářů na téma legislativní změny v očkování, hpv a poruchy příjmu potravy	8	400
2012	Cyklus konferencí – změna financování vakcín a zavedení očkování proti hpv	2	790
2012	Cyklus seminářů – cenotvorba v ordinaci PLDD	11	800
2012/13	Cyklus konferencí – lékařské ordinace PLDD, posudková činnost	8	500
2013	7. kongres primární péče	1	1700
2013	Předkongresové sympozium Management v ordinacích primární péče	1	400

Pozitivní ohlasy jsou i na publikace, které jsou vydávány v některých případech v souvislosti s cykly vzdělávacích akcí. Tyto publikace jsou vydávány ve spolupráci s odborníky na danou problematiku a vždy koncipovány pro využití v praxích praktických lékařů pro děti a dorost.

Zavazující a jistě pozitivní je i kladné hodnocení uvedených aktivit ze strany spolupracujících společností, přednášejících, ale i zástupců dalších odborných i veřejných institucí. Ti často s údivem a možná i do jisté míry se závisťí hledí na soudržnost, informovanost a velký zájem vás, praktických dětských lékařů. Jsem přesvědčena, že nastoupená cesta přispívá k dobrému jménu vaší profesní a odborné společnosti a dává vědět, že praktičtí lékaři pro děti a dorost jsou nezpochybnitelnou a nepřehlédnutelnou silou v systému poskytování zdravotních služeb v České republice.

Věřím, že se nám podaří v nastoupené cestě úspěšně pokračovat, o což se budu osobně i s celým spolupracujícím týmem usilovně snažit. Jsme proto otevření novým podnětům, nevyhýbáme se ani případné kritice. Věřte, že každému podnětu přisuzujeme velkou váhu a snažíme se případným nedostatkům při dalších akcích vyhnout. Jsme si vědomi, že ne každý sleduje tuto naši aktivitu s podporou, proto se snažíme klást důraz na dodržování pravidel, která vznikají při komunikaci s užším vedením Sdružení. Jsme si též vědomi, že některá opatření mohou u některých z vás vyvolávat řekněme smíšené pocity, nicméně mi věřte, že se snažíme maximálně vyjít vstříc vašim požadavkům, samozřejmě ale v rámci nastavených pravidel. Jsme si totiž velmi dobře vědomi, že bez vás by úspěšnost našich společných akcí nikdy nemohla vzniknout.

Děkujeme tedy ještě jednou za vaši vstřícnost a pochopení a věříme, že nastoupená spolupráce bude vnímána i do budoucna jako přínosná především pro vás, ale i další případné zainteresované strany.

Na setkání s vámi se na některé z chystaných akcí těší

Lilly Ahou Kolesová s kolegy



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Milan Kudyn
místopředseda SPLDD ČR

6.3.

Proběhlo jednání na Clearingovém centru. Byla znovu otevřena problematika Metodiky provádění pravidelného očkování. Podařilo se přesvědčit zástupce ZP, že vykazování všech dodaných očkovacích látek není účelné. Pokud to bude z formuláře vypuštěno, SPLDD doporučí svým členům podepsání „očkovacích dodatků“. ZP o tom společně jednaly 19. 3. a následně 3. 4. proběhlo jednání v kanceláři SPLDD, kde došlo k dohodě, že dále budou PLDD ve formuláři pro CC vykazovat pouze dodaný Prevenar 13 ze zdravotní indikace. U ostatních očkovacích látek se již počet dodaných látek neuvádí, uvádí se pouze látky zlikvidované a stav v lednici (k 30. 6. nebo 31. 12.).

19.3.

Na půdě komory stomatologů proběhlo pravidelné setkání členů Koalice soukromých lékařů. Jako mluvčí na další období byl schválen zástupce SAS MUDr. Jojko. Hostem Koalice Ing. Noskem, náměstkem ministra zdravotnictví, jsme byli seznámeni s připravovanou legislativou (novelou zákona o zdravotních službách), zejména pak s činností pracovní skupiny k Seznamu zdravotních výkonů, která by měla připravit návrhy změn k 1. 7. 2013, včetně navýšení minutové reže některých našich výkonů jako kompenzace za bojkot vykazování kódu 09555 naší odborností 002. Dále nás seznámil s aktuálním

vývojem ekonomických parametrů za leden a únor 2013 v systému zdravotního pojištění. SAS seznámilo členy koalice s výsledky jednání na MZ, které se týkalo úhradové vyhlášky a nastavení limitů na rok 2013.

SAS nás seznámilo s dopisem hejtmanky Královéhradeckého kraje, ve kterém žádá nápravu postupu vůči soukromým ZZ na základě rozhodnutí Ústavního soudu o tzv. přeregistracích.

Koalice jednomyslně rozhodla nepodpořit návrh Asociace nemocnic vytvořit nový segment poskytovatelů ambulantní péče v lůžkových zdravotnických zařízeních.

20.3.

Na MZ proběhlo první kolo dohodovacího řízení o cenách na rok 2013. Bylo stanoveno, že jednání nad návrhy v jednotlivých segmentech musejí být ukončena do konce června tak, aby se závěrečné kolo mohlo uskutečnit 21.8.2013. Ze strany ZP bylo předběžně přislíbeno, že v segmentu praktických lékařů na rok 2014 by úhradové a regulační parametry měly zůstat stejné jako v roce 2013. Souběžně s tímto jednáním proběhlo jednání nad změnou jednacích řádů DŘ. Projednány návrhy ČLK, Asociace nemocnic a zástupců dopravních služeb na nové segmenty poskytovatelů (ambulace v nemocnici, logopedie, klinické psychologie, LSPP).

Zástupci zdravotních pojišťoven hlasovali proti návrhům, takže v portfoliu poskytovatelů nedochází ke změně.

Ve stejném termínu proběhlo na MZ jednání Komise péče o dítě. Programem jednání byla problematika péče o dorost starší 19 let, metodika propuštění novorozenců do domácí péče a doporučení k zavádění complementární výživy (příkrmu) u kojenců.

27.3.

Na ústředí VZP došlo k dalšímu kolu jednání Komise pro metodiku a datové rozhraní, které mělo na programu 16 bodů. Naši zástupci využili tohoto jednání k předložení návrhu na zrušení automatické odregistrace pojištěnce po dovršení věku 19 let. Vzhledem ke krátkosti času, který měli účastníci jednání k dispozici na prostudování argumentů našeho návrhu, došlo po vzájemné shodě k přesunutí tohoto bodu na další kolo jednání (červen 2013). Do té doby bude nutno zahájit separátní jednání se zástupci MZ a ZP tak, aby bylo možno tento návrh předložit jako společný. Hlavní změny v metodice se týkaly aktualizace odkazů na texty zákonů a prováděcích předpisů, plynoucí z legislativních změn. Nás se přímo dotýkají změny v předepisování ozdravené a lázeňské léčby. Vzhledem k některým logistickým nejasnostem v tomto předepisování (elektronicky versus 3 originální (?) kopie) bude nezbytné počkat na ověřený zápis, který není t. č. k dispozici.

Oznámení o konání:



Kongres Evropské konfederace primárních pediatrik ECPCP a Kongres izraelské pediatrické asociace

3.–5. 7. 2013 Tel Aviv, Izrael

Hlavní témata kongresu:

- očkování
- systémy primární pediatrické péče v evropských zemích
- dorostové lékařství
- školitelství a garance kvality
- možnosti vědeckého výzkumu v primární pediatrické péči

Kongres je určen pro lékaře poskytující ambulantní pediatrickou péči, **jednacím jazykem je angličtina**. Možnost přihlásit abstrakt pro příspěvek (přednášku nebo poster) má kdokoliv, termín podání abstraktu je 1. 5. 2013. Adresa pro odeslání abstraktu je: yonaamitai89@gmail.com • Podrobnosti naleznete na <http://www.ecpcp.eu/>



Koalice soukromých lékařů

Koalice soukromých lékařů v uplynulém období řešila především legislativu. Bylo zahájeno dohodovací řízení o cenách na rok 2014 s tím, že nemocnice se pokusily dojednat samostatný segment ambulanční péče při nemocnicích. I díky aktivitě Koalice se podařilo tomuto kroku zabránit. Koalice dále diskutovala nad dopady tzv. úhradové vyhlášky, a to především na segment ambulantních specialistů. Informujeme proto i o výstupu jednání tohoto segmentu se zástupci zdravotních pojišťoven.

■ I. Společný návrh AČMN, AN ČR, AKN a SSN ČR na změnu jednacího řádu dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení

Zástupci výše uvedených sdružení poskytovatelů ve skupinách poskytovatelů akutní lůžkové péče a poskytovatelů následné lůžkové péče společně předkládají návrh na doplnění článku 2 bod 2 jednacího řádu dohodovacího řízení o novou skupinu poskytovatelů:

- skupina poskytovatelů ambulantní péče v lůžkových zdravotnických zařízeních

Navrhovatelé tento návrh odůvodňují skutečností, že zásada stejné úhrady nemocničních ambulanční péče jako ostatních ambulanční péče je uplatňována tak, že o úhradách péče poskytované v nemocničních ambulancích se jedná ve zcela jiných skupinách poskytovatelů, než ve kterých se jedná o úhradách péče poskytované v nemocnicích a zařízeních následné péče.

Ani rozšíření „skupiny poskytovatelů akutní lůžkové péče“ v článku 2 bod 2 jednacího řádu o část „a dalších zdravotních služeb poskytovaných v nemocnicích“ při změně jednacího řádu v roce 2012 nevedlo k tomu, že by jednání o úhradách ambulantní péče poskytované v nemocnicích probíhalo také mezi zdravotními pojišťovnami a samotnými nemocnicemi.

Naopak, výsledek jednání v jednotlivých skupinách poskytovatelů ambulantní péče je automaticky aplikován i na úhrady ambulantní péče v nemocnicích a dalších lůžkových zařízeních. Tato praxe není v souladu se zákonem o zdravotním pojištění.

Z § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb. vyplývá, že hodnoty bodů, výše úhrad a regulační omezení v ambulancích zařízení lůžkové péče se dohodnou v dohodovacím

řízení zástupců zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů. Příslušnými profesními sdruženími poskytovatelů jsou pro ambulance nemocnic pouze asociace a sdružení nemocnic.

Proto je podáván tento návrh na změnu jednacího řádu dohodovacího řízení. Návrh na zapracování změny je obsažen v příloze.

V Praze dne 13. 3. 2013

Za navrhovatele

MUDr. Eduard Sohlich, MBA
předseda Asociace českých a moravských nemocnic

■ II. Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 19. března 2013

1. Jednání s náměstkem MZ ČR Ing. Petrem Noskem

- Ve středu 20. 3. 2013 začíná dohodovací řízení o hodnotě bodu, výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulačních omezeních na rok 2014. Jednání zástupců poskytovatelů a zdravotních pojišťoven o upřesnění harmonogramu DŘ bude předcházet jednání o změnách jednacího řádu DŘ. MZ ČR bude podporovat pouze ty návrhy na změny, které budou podloženy argumenty. Ing. Nosek nepředpokládá, že by se ZP a poskytovatelé v DŘ na úhradách dohodli, uvítal by však shodu alespoň na metodice úhrad.
- Členové Koalice nebudou v dohodovacím řízení podporovat snahu nemocnic doplnit účastníky DŘ o skupinu poskytovatelů ambulantní péče v lůžkových zařízeních. Ing. Nosek k tomuto tématu sdělil, že pokud nemocnice změnu jednacího řádu prosadí, bude usilovat o to, aby tato skupina měla stejné úhrady jako ostatní. Dr. Jojko trvá i na stejném režimu.

- Ing. Nosek informoval o připravované legislativní úpravě přeshraniční péče.
- Návrhy novel zákonů o veřejném zdravotním pojištění a o zdravotních pojišťovnách zašle zástupcům Koalice v průběhu příštího týdne.
- MZ ČR pokračuje v kultivaci Seznamu výkonů, aby alespoň tu část, která je dokončena, mohlo vydat v průběhu léta. Zástupci KSL dále diskutovali o podrobnostech kultivace Seznamu výkonů z hlediska jednotlivých odborností a seznamovali ing. Noska s problémy, které se během úprav výkonů vyskytly.

2. Výsledky jednání SAS s MZ ČR

- Dr. Jojko pošle z jednání zápis, až bude k dispozici.

3. Nová metodika VZP

- Zástupci KSL seznámili náměstků Noska s největšími extrémními metodikami, které prodražují péči a zneprjemňují pacientům život. Metodikou je třeba se vážně zabývat a zjednodušit ji. Je příliš obsáhlá, podrobná, plná zkratk a pro běžného lékaře nekonsumovatelná. KSL se bude snažit prosadit, aby se v metodice se řešily pouze základní problémy.

4. Změna mluvčího Koalice

- Zástupci Koalice se dohodli, že dalšího půl roku bude KSL zastupovat dr. Zorjan Jojko.

Krizový štáb sdružující

Asociaci českých a moravských nemocnic

Asociaci krajských nemocnic

Svaz pacientů ČR

Národní radu osob se zdravotním postižením ČR

Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR

Lékařský odborový klub – Svaz českých lékařů



za podpory

Odborového svazu pracovníků dopravy, silničního hospodářství a autoopravárenství Čech a Moravy

Odborového svazu dopravy

Federace strojířů ČR

Svazu odborářů služeb a dopravy

Českomoravské konfederace odborových svazů

České lékařské komory

Rady seniorů ČR

České internistické společnosti ČLS JEP

Asociace dialyzačních středisek ČR

■ K návrhu na zrušení úhradové vyhlášky Ústavnímu soudu

Krizový štáb se ztotožňuje s návrhem na zrušení vyhlášky Ministerstva zdravotnictví stanovící výši úhrad zdravotní péče pro rok 2013, podaným skupinou senátorů Ústavnímu soudu ČR a zpracovaným ČLK ve spolupráci s AČMN.

Vydáním této vyhlášky vyvrcholila svévole Ministerstva zdravotnictví a jeho experimenty se zdravotnickými zařízeními, zdravotnickými pracovníky, zdravotními pojišťovnami a především s občany a pacienty. Krizový štáb považuje úhradovou vyhlášku na rok 2013 a jí stanovené úhrady zdravotní péče za druhý pokus o rušení nemocnic a tentokrát i soukromých ambulancí lékařů, za další krok snahy o omezení zdravotní péče o občany. Důsledky razantně snížených úhrad za zdravotní péči se již projevují a první z nich jsou uvedeny i v samotném podání Ústavnímu soudu.

Vydat takovou vyhlášku Ministerstvo zdravotnictví nemohlo bez porušení principů, na kterých je založen ústavní pořádek ČR, bez přímého porušení konkrétních ustanovení Ústavy ČR a Listiny základních práv a svobod. Rozhodnout o tom, zda takové metody ústavní pořádek ČR dovoluje, náleží pouze Ústavnímu soudu.

Krizový štáb současně děkuje senátorům, kteří bez rozdílu politické příslušnosti podpořili nutnost zachovat dosaženou úroveň zdravotní péče o občany ČR a respektovat elementární principy práva a ústavnosti.

V Praze dne 28. 3. 2013

Mluvčí krizového štábu:

Bc. Václav Krása, předseda Národní rady osob se zdravotním postižením

MUDr. Ing. Petr Fiala, místopředseda Asociace českých a moravských nemocnic

■ Zápis z jednání se zdravotními pojišťovnami na půdě MZ dne 27. 2. 2013

Účastníci:

MZ:

Ing. Petr Nosek, náměstek ministra zdravotnictví pro zdravotní pojištění,

Ing. Helena Rögnerová, ředitelka odboru dohledu nad zdravotním pojištěním MZ.

ZP:

- VZP: Ing. Zdeněk Kabátek, generální ředitel,

- VoZP: MUDr. Libor Tuka, ředitel odboru zdravotní politiky,

- ČPZP: JUDr. Petr Vaněk, Ph.D., generální ředitel,

- OZP: Ing. Ladislav Friedrich, CSc., generální ředitel,

- ZPŠ: Ing. Eliška Zajícová, ředitelka zdravotního odboru,

- ZP MV ČR: Ing. Jaromír Gajdáček, Ph.D., MBA, generální ředitel,

- RBP: Jan Vomlela, asistent generálního ředitele.

SAS:

- MUDr. Zorjan Jojko, předseda SAS,

- MUDr. Marie Duřpektová, výkonná místopředsedkyně,

- MUDr. Andrea Vocilková, členka Rady,

- MUDr. Vladimír Medek, člen Rady.

Závěry jednání:

A. Úhrady:

- ZP i zástupce MZ opakovaně deklarovali, že účelem změn nebyla likvidace některých oborů, např. interny.

- Zástupci SAS slíbili v nejbližších dnech dodat všem ZP seznam odborností, u nichž kombinací dopadů z letošní úhradové vyhlášky a novely seznamu výkonů došlo k propadu jednotkové ceny práce převyšující 2 %. Stanovení konkrétní hranice je v kompetenci jednotlivých ZP a jejich správních orgánů. Zde je ze strany ZP deklarována vůle tento problém řešit.

- ZP slíbily, že všem ambulancím těchto oborů s výrazným počtem pojištěnců (nad 100 URČ) zavedou zálohovou platbu ve výši minimálně 98 % úhrady roku 2011. Současně provedou modelace dopadů těchto dvou dokumentů na dotčené obory s cílem eliminovat riziko propadu příjmů ZZ při dodržení výkonnosti na úrovni referenčního období pod 98 %.

Podmínkou této změny bude to, že si příslušné ZZ o tuto jinou úhradu požádá.

B. Regulace:

- ZP deklarovaly, že hodlají regulace na předpis léků, zdravotnických prostředků, ZÚM, ZÚLP a indukované péče za rok 2012 i 2013 užívat jen k postihování nákladově neefektivních poskytovatelů.

- ZP slíbily, že budou regulovat jen opravdu ta překročení, kde ZZ nedokáže obhájit navýšení, a že nepůjde o více než cca 10 % ZZ. I v těchto cca 10 % případech budou jednat se ZZ i zástupci poskytovatelů o důvodech překročení s příslibem vyhovět kvalitní, objektivní a odborně-ekonomické argumentaci ZZ.

- ZP slíbily všem ZZ poskytnout po dohodě s nimi nad rámec parametrů již obsažených v cenových návrzích jednotlivých ZP referenční hodnoty týkající se výkonů i regulací.

C. Smlouvy:

- Všechny ZP deklarovaly, že nebudou plošně vypovídat smlouvy ambulantním specialistům. Mají v plánu vytvořit kritéria, dle nichž provedou stratifikaci ZZ. Na základě ní pak valně většině nejpozději na začátku roku 2014 dají na vědomí, že s nimi bude smlouva prolongována, s ostatními zahájí jednání o změnách. Při tvorbě kritérií přihlédnou k doporučení SAS.

ZP slíbily v brzké době odpovědi na otázky poslané SAS k této věci (pozn.: výčet těchto otázek je součástí zápisu z jednání Rady SAS na www.sasp.cz pod datem 21. 1. 2013).

- Všechny ZP deklarovaly, že by se bezproblémová prolongace smluv měla týkat minimálně 90 % ZZ ambulantních specialistů.

Podpisy účastníků:

Ing. Petr Nosek

Ing. Zdeněk Kabátek

MUDr. Libor Tuka

JUDr. Petr Vaněk, Ph.D.

Ing. Ladislav Friedrich, CSc.

Ing. Eliška Zajícová

Ing. Jaromír Gajdáček, Ph.D., MBA

Jan Vomlela

MUDr. Zorjan Jojko

MUDr. Marie Duřpektová

MUDr. Andrea Vocilková

MUDr. Vladimír Medek

Pro VOX připravil:

MUDr. Pavel Neugebauer,
předseda SPLDD ČR



Porovnání poskytování zdravotních služeb formou fyzické a právnické osoby

(ekonomický a daňový pohled)

Ing. František Elis

Následující článek reaguje na stále se vyskytující dotazy, zda je pro poskytovatele zdravotních služeb odbornosti 01 a 02 ekonomicky výhodnější podnikat formou fyzické či právnické osoby. Pro jakékoliv porovnání těchto dvou forem podnikání je nezbytné mít k dispozici hodnověrné vstupní informace.

Níže uvedená tabulka vychází z informativních údajů ÚZIS ČR (Ekonomické informace ve zdravotnictví 2011). Uvádí u samostatných zdravotnických zařízení fyzických osob, které vedou daňovou evidenci, rozdíl mezi průměrnými zdanitelnými příjmy a daňově uznatelnými výdaji a u osob právnických, které vedou účetnictví, průměrný hospodářský výsledek (zisk) před zdaněním. Údaje jsou v tis. Kč.

Samostatná zdravotnická zařízení	Rozdíl příjmů a výdajů Fyzická osoba	Hospodářský výsledek Právnická osoba
PL pro dospělé	1 026	448
PL pro děti a dorost	1 120	967

Fyzická osoba

Předpokládáme, že poskytovatel zdravotních služeb vykázal za zdaňovací období kalendářního roku 2012 rozdíl mezi průměrnými zdanitelnými příjmy a daňově uznatelnými výdaji (v Kč) ve výši 1 100 000 Kč, a položíme si otázku, jaký bude jeho čistý roční příjem dle platné daňové legislativy.

Rozdíl mezi zdanitelnými příjmy a daňově uznatelnými výdaji 1 100 000

Tento rozdíl mezi příjmy a výdaji je ročním základem daně fyzické osoby. Zároveň se z něj vychází pro stanovení základu pro výpočet odvodů sociálního zabezpečení a zdravotního pojištění.

Daň z příjmů dle § 16 zák. č. 586/1992 Sb. (15 %) 165 000
Snížení daně dle § 35ba zák. č. 586/1992 Sb. 24 840
Konečná daň z příjmů 140 160

Platby pojistného a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti

Vyměřovací základ se odvíjí od § 5a odst. 1 zákona č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, dle kterého je vyměřovacím základem OSVČ pro pojistné na důchodové pojištění a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti od roku 2006 částka 50 % příjmů ze samostatné výdělečné činnosti, a to po odpočtu výdajů vynaložených na jejich dosažení, zajištění a udržení. Počínaje dnem 1. 1. 2008 není daňově uznatelné, a to i přesto, že jeho úhrada je ze zákona povinná. Pojistné představuje 29,6 % z vyměřovacího základu.

Vyměřovací základ je tedy roven 50 % z 1 120 000 Kč 560 000
Odvod pojistného (560 000 Kč × 0,292) 163 520

Platby zdravotního pojištění

Vyměřovací základ se odvíjí od § 3a odst. 1 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů, dle kterého je vyměřovacím základem OSVČ od roku 2006 částka 50 % příjmů z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti po odpočtu výdajů vynaložených na jejich dosažení, zajištění a udržení. Počínaje dnem 1. 1. 2008 není daňově uznatelné, a to i přesto, že jeho úhrada je ze zákona povinná. Pojistné představuje 13,5 % z vyměřovacího základu.

Vyměřovací základ je tedy roven 50 % z 1 120 000 Kč 560 000
Odvod pojistného (560 000 Kč × 0,135) 75 600

Čistý roční příjem provozovatele praxe

Rozdíl mezi zdanitelnými příjmy a daňově uznatelnými výdaji 1 100 000
Konečná daň z příjmů 140 160
Odvod pojistného – sociální 163 520
Odvod pojistného – zdravotní 75 600
Celkem 379 280
Čistý roční příjem provozovatele praxe 720 720

Komentář:

Dle shora uvedeného výpočtu představuje čistý příjem poskytovatele zdravotních služeb – fyzické osoby 65,52 % z vykázaného základu daně, či obráceně daňové zatížení poskytovatele zdravotních služeb – fyzické osoby včetně povinných odvodů sociálního a zdravotního pojištění je 34,48 %.

Právnická osoba

Z právnických osob přichází teoreticky v úvahu forma obchodní společnosti či družstva. Obchodní společností může být akciová společnost, společnost s ručením omezeným, veřejná obchodní společnost nebo komanditní společnost. Aniž bychom se zabývali základními charakteristikami jednotlivých společností, předpokládáme, že pro účely poskytování zdravotních služeb bude nejvhodnější formou právnické osoby společnost s ručením omezeným (s.r.o.). Vycházíme ze stejného schématu jako v předchozím případě fyzické osoby.

Varianta 1

Hrubý zisk před zdaněním a započtením mzdy poskytovatele zdravotních služeb 1 100 000
Hrubý zisk před zdaněním po započtení mzdy poskytovatele zdravotních služeb 776 000
(1 100 000 – 324 000)

Výpočet mzdy poskytovatele zdravotních služeb

	Kalendářní rok 2012 (v Kč)
--	-------------------------------



Hrubá měsíční mzda zaměstnance	20 000
Zdrav. poj. hrazené zaměstnancem (4,5 %)	900
Zdrav. poj. hrazené zaměstnavatelem (9 %)	1 800
Sociální poj. hrazené zaměstnancem (8 %)	1 600
Sociální poj. hrazené zaměstnavatelem (26 %)	5 200
Základ daně – superhrubá mzda	27 000 (20 000+1 800+5 200)
Daň	4 050 (15 % z 27 000)
Měsíční sleva na dani na poplatníka	2 070
Měsíční záloha na daň	1 980 (4 050 – 2 070)
Čistá měsíční mzda zaměstnance	15 520 (20 000 – 900 – 1 600 – 1 980)
Daňový výdaj zaměstnavatele – měsíční	27 000
Daňový výdaj zaměstnavatele – roční	324 000 (12 × 27 000)
Čistá roční mzda zaměstnance	186 240 (12 × 15 520)

Daň z příjmů právnických osob (776 000 × 0,19)	147 440
Čistý zisk (hrubý zisk minus daň)	628 560
Podíl na zisku (628 560 – srážková daň 0,15)	534 276
Čistý roční příjem provozovatele praxe	
Čistá roční mzda	186 240
Podíl na zisku	534 276
Celkem čistý roční příjem provozovatele praxe	720 516

Komentář:

Dle shora uvedeného výpočtu je v tomto konkrétním případě čistý příjem poskytovatele zdravotních služeb – fyzické osoby a poskytovatele zdravotních služeb právnické osoby v podstatě stejný. Tato varianta vychází z předpokladu, že se poskytovatel zdravotních služeb musí nechat ve „svém“ s.r.o. zaměstnat, což je převládající a doporučený názor.

■ Varianta 2

Tato varianta vychází z předpokladu, že poskytovatel zdravotních služeb v tomto „svém zdravotnickém s.r.o.“ zaměstnán být nemusí.

Hrubý zisk před zdaněním	1 100 000
Daň z příjmů právnických osob (1 100 000 × 0,19)	209 000
Čistý zisk (hrubý zisk minus daň)	891 000
Čistý roční příjem = podíl na zisku (891 000 – srážková daň 0,15)	757 350

Komentář:

V této variantě dosahuje čistý roční příjem poskytovatele zdravotních služeb 68,85 % z vykázaného hrubého zisku oproti 65,52 % u fyzické osoby.

■ Varianta 3

Tato varianta vychází z předpokladu zrušení srážkové daně z podílu na zisku pro fyzické osoby, tzn. že zisk právnické osoby (s.r.o.) vytvořený od okamžiku platnosti zákona č. 458/2011 Sb., o změně zákonů související se zřízením jednoho inkasního místa a dalších změnách daňových a pojistných zákonů, bude osvobozen od daně z příjmů, pokud bude vyplacen tuzemským fyzickým osobám. Současně vychází i z již ve variantě 2 zmiňovaného předpokladu, že poskytovatel zdravotních služeb ve „svém zdravotnickém s.r.o.“ zaměstnán být nemusí.

Hrubý zisk před zdaněním	1 100 000
Daň z příjmů právnických osob (1 100 000 × 0,19)	209 000
Čistý roční příjem = čistý zisk (hrubý zisk minus daň)	891 000

Závěrečná rekapitulace

	Čistý příjem z 1 100 000 Kč	% z hrubého zisku
Fyzická osoba	720 720	65,52
Právnická osoba – varianta 1	720 516	65,50
Právnická osoba – varianta 2	757 350	68,85
Právnická osoba – varianta 3	891 000	81,00

**OSTRAVA!!!**

Přihlášky a bližší informace
o konferenci:

Sanopharm CZ s.r.o.
Ing. Dana Salomonová
Martinovská 257/111
725 27 Ostrava-Plesná
www.sanopharm.cz
e-mail: info@sanopharm.cz
Tel/fax: 597 374 005

**Klinika dětského lékařství Lékařské fakulty Ostravské univerzity
a Fakultní nemocnice Ostrava**

Vás zve na

Pediatrický den

Sobota 21.září 2013, Hotel Imperial Ostrava

Téma konference:

Urgentní a závažné stavy v pediatrii

Garant konference:
Doc. MUDr. Michal Hladík, PhD.
e-mail: michal.hladik@fno.cz

Klinika dětského lékařství - FN Ostrava
17. listopadu 1790, 708 52 Ostrava-Poruba
Tel.: 597 373 515, fax.: 597 373 503



Usnesení regionálních konferencí SPLDD

■ Usnesení konference SVČ regionu SPLDD ČR, konané dne 6. 4. 2013 v Ústí nad Labem

Konference vzala na vědomí:

- zprávu o činnosti za předchozí období přednesenou předsedkyní SVČ regionu MUDr. Kulhánkovou
- zprávu o hospodaření za minulé období přednesenou pokladníkem SVČ regionu MUDr. Sudkovou

Konference schválila:

- návrh rozpočtu SVČ regionu na rok 2013

Konference přijala:

- zprávu revizní komise SVČ regionu za uplynulé období přednesenou jejím předsedou MUDr. Michalíkem

Konference dále vzala na vědomí: vystoupení hostů

Konference konstatuje: účast členské základny na konferenci je méně než 1/5 z celkového počtu, v průběhu let přibližně na stejné úrovni. Opět to svědčí o nízkém zájmu členské základny o dění ve Sdružení

Konference vyjadřuje: obavy z dalších legislativních kroků připravovaných ministerstvem zdravotnictví

Konference podporuje: Předsednictvo ve snahách o zachování oboru PLDD a jeho vysoké prestiže

Konference vyzývá:

- Předsednictvo SPLDD a sněm – k přípravě změn stanov tak, aby jednoznačně upravily možnost či nemožnost členství ve SPLDD pro zaměstnance řetězců
- Předsednictvo SPLDD – pokračovat v jednání o zrušení automatického ukončení registrace pacientů v 19 letech, zejména připravujících se na budoucí povolání a chronických pacientů

- Předsednictvo SPLDD – řešit odmítání úhrady akutní péče u pacientů starších 19 let ze strany ZP
- Předsednictvo SPLDD – řešit pozdní informace o přeregistracích pacientů k jiným ZP

V Ústí nad Labem dne 6. 4. 2013

MUDr. Balatková,
MUDr. Fastrová,
MUDr. Michalík

■ Usnesení konference východočeského regionu SPLDD, konané dne 23. 3. 2013 v Dříteči, Golf-resort

Mandátová komise: MUDr. Bartoňová,
MUDr. Janečková, MUDr. Prokopová
Návrhová komise: MUDr. Petrtýlová,
MUDr. Plšek, MUDr. Zavřelová

1. Konference bere na vědomí zprávu o činnosti SPLDD východočeského regionu za rok 2012, kterou přednesl MUDr. Hrunka.
2. Konference bere na vědomí zprávu o hospodaření východočeského regionu SPLDD za rok 2012, kterou přednesla MUDr. Doležalová.
3. Konference bere na vědomí zprávu revizní komise za rok 2012, kterou přednesla MUDr. Zavřelová.
4. Konference jednohlasně schválila rozpočet na rok 2013.
5. Konference opět vyzývá členskou základnu k větší účasti na akcích SPLDD.
6. Konference ukládá Výkonnému výboru jednat o navrácení kompetence PLDD vystavovat pracovní lékařské posudky pro své registrované pacienty.
7. Konference ukládá Předsednictvu SPLDD dále pokračovat v jednání o kompenzaci 30 Kč poplatků, případně jejich znovuzavedení.
8. Konference ukládá Výkonnému výboru dále jednat o zrušení automatického ukončení registrace v 19 letech u PLDD,

možnosti proaktivní registrace v 18 letech až do doby ukončení přípravy k výkonu povolání či přeregistrace k PL.

9. Konference ukládá okresním zástupcům projednat se svými členy formu konání příští regionální konference do regionální rady.
10. Konference odmítá povinné vystavování elektronických receptů plánované od r. 2015 pro nepřipravenost technické podpory, zajištění ochrany dat, ovládání systému poskytovateli zdravotní péče a velmi pravděpodobnou neochotu pacientů tuto formu receptu akceptovat.
11. Konference doporučuje využívat webové stránky SPLDD a OSPDL.
12. Konference doporučuje členům ponechat na uvážení způsob vyřízení o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb i přes zrušení této povinnosti Ústavním soudem, a to z důvodu odstranění rizika možného postihu v případě nesplnění některých podmínek registrace.
13. Konference doporučuje Předsednictvu SPLDD dále organizovat cyklus vzdělávacích seminářů s aktuální profesní problematikou.

Zapsal MUDr. Martin Plšek

■ Usnesení Konference regionu Praha a střední Čechy, konané dne 4. 4. 2013 v Hotelu Olympik v Praze 8

Konference vzala na vědomí **zprávu o činnosti za rok 2012** přednesenou MUDr. J. Němečkem.

Konference vzala na vědomí **zprávu o hospodaření** regionu v roce 2012 přednesenou MUDr. R. Růžkovou a **zprávu revizní komise za rok 2012** přednesenou MUDr. K. Kopeckým.

Myslete na ochranu proti HEPATITIDĚ A včas!



Nabídněte rodičům očkování dětí před nástupem do kolektivu.

HavrixTM
720 JUNIOR
Vakcína proti hepatitidě A

AKCE VÝRAZNÁ ÚSPORA NA OČKOVÁNÍ PROTI HEPATITIDĚ A od 1. 4. do 30. 6. 2013

SLEVA 20 %
OD VÝROBCE NA VAKCINU
HAVRIX JUNIOR*



MOŽNÝ PŘÍSPĚVEK
POJIŠTOVEN AŽ DO VÝŠE
1 500 Kč**

* Sleva 20 % je poskytnuta na vakcínu Havrix 720 Junior Monodose na úrovni výrobce a je platná v období od 1. 4. do 30. 6. 2013 nebo do vyprodání zásob.
** Výše příspěvku se může u jednotlivých zdravotních pojišťoven lišit. O přesné výši se informujte přímo v konkrétní pojišťovně.

ZKRÁCENÉ INFORMACE O PŘÍPRAVKU

NÁZEV PŘÍPRAVKU: Havrix 1440 a Havrix 720 Junior monodose, injekční suspenze. Vakcína proti hepatitidě A inaktivovaná adsorbovaná. **SLOŽENÍ:** Jedna dávka vakcíny Havrix 1440 (1 ml) obsahuje virus hepatitidy A inaktivovaný 1440 ELISA jednotek. Havrix 720 Junior monodose obsahuje virus hepatitidy A inaktivovaný 720 ELISA jednotek formaldemem inaktivovaný virus hepatitidy A je, adsorbovaný na hydroxid hliníku, celkem 0,50 miligramů **N3+**. **KLINICKÉ ÚDAJE:** **Indikace:** Vakcína Havrix je indikována k aktivní imunizaci proti infekci vyvolané virem hepatitidy A (HAV) u jedinců vystavených riziku nákazy HAV. V oblastech s nízkou až střední prevalencí hepatitidy A je vakcína Havrix doporučována především osobám, které jsou nebo budou ve zvýšeném riziku infekce virem hepatitidy A. Vakcína Havrix nevyvolává ochranu proti infekci hepatitidě způsobené virem hepatitidy B, hepatitidy C, hepatitidy E ani proti dalším patogenům vyvolávajícím onemocnění. **Dávkování a způsob podání:** Dospělí a mladší od 15 let věku – k základnímu očkování podává jedna dávka vakcíny Havrix 1440 (1,0 ml suspenze). Děti a mladší od 1 roku do 15 let (včetně) – k základnímu očkování se podává jedna dávka vakcíny Havrix 720 Junior monodose (0,5 ml suspenze). Pro mladší věk až do 18 let (včetně) je přijatelné podání jedné dávky vakcíny Havrix 720 Junior monodose. K zabezpečení dlouhodobé ochrany (nejméně na dobu 25 let) po základním očkování vakcínou Havrix 1440, nebo vakcínou Havrix 720 Junior monodose se doporučuje podat posilovací dávku každých 5 let od 5 měsíců do 5 let, přednostně mezi 6. a 12. měsícem po první dávce. **Způsob podání:** Vakcína je určena pro intramuskulární aplikaci. Dospělým a dětem se podává do deltoidní oblasti, malým dětem do anterolaterální strany stehna. Vakcína se nemá podávat do gluteální oblasti. Vakcína Havrix v žádném případě nesmí být podána intravenózně. Osobám s trombocytopenií nebo poruchami srážlivosti krve se musí vakcína Havrix podávat opatrně, neboť u nich po intramuskulární aplikaci může dojít ke krvácení. Na místo vpichu, má proto být na dobu nejméně 2 minut přiložen tlakový obvat (bez mrazu). **Kontraindikace:** Vakcína Havrix nesmí být aplikována jedincům se známou přecitlivělostí na kteroukoliv složku nebo jedinec, u nichž se po předchozím očkování vakcínou Havrix projevil známky přecitlivělosti. **Zvláštní upozornění:** Podobně jako u jiných vakcín i očkování vakcínou Havrix by mělo být odloženo u jedinců typických závažným akutním nebo chronickým onemocněním. Mírná infekce není kontraindikací očkování. Vzhledem k délce inkubační doby hepatitidy A je možné, že očkovaná osoba by mohla být v průběhu očkování již nositelem infekce. V takových případech není známo, zda očkování přípravkem Havrix ochrání proti rozvoji hepatitidy A. U hemodialyzovaných pacientů a osob s pokřiveným imunitním systémem se po jedné dávce vakcíny Havrix nemusí docílit odpovídajícího titru anti-HAV. Může tak u nich být nutné podat další dávky vakcíny. Podobně jako u všech jiných injekčních vakcín musí být při přípravě, že se po aplikaci vakcíny Havrix vzácně vyvine anafylaktická reakce, okamžitě

dostupná lékařská pomoc. Z tohoto důvodu je nutné, aby byla očkovaná osoba 30 minut po očkování pod dohledem lékaře. Vakcína může být podána HV postiženým osobám. **Séroneaktivita proti hepatitidě A není kontraindikací očkování.** Podobně jako u jakékoliv injekční aplikace se může po podání vakcíny Havrix nebo i před ní vyskytnout vzácně jako psychogenní reakce na injekční jehlu. Je důležité zajistit, aby při ev. malém nadožlu k úrazu. **Interakce:** Vzhledem k tomu, že Havrix je inaktivovaná vakcína, je nepravděpodobné, že by současně podání s jinou inaktivovanou vakcínou vedlo k ovlivnění imunitní odpovědi. **Současné podání vakcíny** proti břišnímu tyfu, žluté zimnici, choleře (injekční vakcína) nebo tetanu neovlivňuje imunitní odpověď na vakcínu Havrix. **Současné podání vakcíny** imunoglobulinu neovlivňuje ochranný účinek vakcíny. Pokud je nutně nutné současné podání více vakcín nebo imunoglobulinu, je nejdříve, přípravky musí být podány rozdílnými injekčními stříkačkami a jehlami do odlišných míst. **Nežádoucí účinky:** Bezpečnostní profil i uvedený níže je podložen údaj ziskovými od více než 5300 subjektů. Mezi velmi časté nebo časté nežádoucí účinky patří: snížení chuti k jídlu, podrážděnost, bolest hlavy, ospalost, gastrointestinální symptomy (jako průjem, nevolnost, zvracení), bolest a zarudnutí v místě vpichu injekce, únava, otok v místě vpichu injekce, malátnost, horečka (37,5 °C), reakce v místě vpichu (jako je zarudnutí). **FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI:** Obsahuje stopové množství neomycinu sulfátu (Havrix 720: méně než 10 ng a Havrix 1440: méně než 20 ng). **Inkompatibility:** Vakcína Havrix nesmí být smíchána s jinými vakcínami ani s imunoglobuliny v téže injekční stříkačce. **Doba použitelnosti:** 3 roky. Zvláštní opatření pro uchování: Vakcína musí být uchovávána při teplotě od +2 °C do +8 °C a chráněna před světlem. Pokud vakcína zmrazí, musí být znehodnocena. Havrix je bílá opalescentní suspenze. Během uchování se může vytvořit jemná bílá usazenina s bezbarvým supernatantem. Před aplikací vakcíny je nutné obsah lahviček nebo stříkaček protřepat. Před použitím musí být vakcína vizuálně zkontrolována na přítomnost cizorodných částic a na nehygienické změny vzhledu. Při jakémkoliv vizuálně zjevném odchylce musí být vakcína vyřazena. **Druh obalu a velikost balení:** Havrix 720 Junior Monodose 1 × 0,5 ml v předplněné stříkačce, Havrix 1440 1 × 1 ml v předplněné stříkačce. **DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI:** GlaxoSmithKline Biologicals s.a., Rue de l'Institut 89, B-1330 Rixensart, Belgie. **REGISTRAČNÍ ČÍSLO:** Havrix 1440: 59/681/96-C, Havrix 720 Junior monodose: 59/680/96-C. **DATUM PRVNÍ REGISTRACE/PRODLOUŽENÍ REGISTRACE:** 13. 11. 1996/4. 7. 2012. **DATUM REVIZE TEXTU:** 4. 7. 2012. Verze SPC platná ke dni 15. 3. 2013. Přípravek je vázán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Úplnou informaci pro předepisování najdete v Souhrnu údajů o přípravku nebo se obraťte na zastupování společnosti: GlaxoSmithKline s.r.o., Hlávčova 1734/2c, 140 00 Praha 4, www.gsk.cz. Případné nežádoucí účinky nám prosím nahláste na cs.safety@gsk.com. * Prosím věnujte si pozornost SPC.



Konference schválila **návrh rozpočtu** na rok 2013.

Konference byla seznámena předsedkyní OSPDL MUDr. Alenou Šebkovou s prací a novými úkoly OSPDL. Mimo jiné zdůraznila nutnost úzké spolupráce SPLDD a OSPDL. Konference byla seznámena MUDr. Milanem Kudynem s prací Výkonného výboru SPLDD.

Usnesení konference:

1. Bylo odhlasováno, že i v budoucnu se konference budou konat ve všední dny odpoledne.
2. Konference žádá Výbor OSPDL, aby obhajoval existenci oboru PLDD, a žádá, aby usiloval o navýšení počtu rezidenčních míst pro příští vzdělávací rok.
3. Konference apeluje na zástupce OZP, aby pojišťovna přehodnotila platby praktickým dětským lékařům, které poklesly bez reálného zdůvodnění, a ukládá Regionálnímu výboru projednat s vedením OZP změnu v pravidlech přiznávání bonifikací.
4. Konference požaduje zjednodušení a zpřehlednění vyúčtování ze strany VZP.
5. Účastníci konference apelují na členskou základnu a vybízejí ji k vyšší aktivitě, k účasti na všech pořádaných akcích a ke spolupráci s Regionálním výborem a tím i k podpoře činnosti vedení SPLDD.

Zapsala: MUDr. Dana Vurmová
MUDr. Ruth Adamová
MUDr. Jiřina Štrobachová

■ Usnesení Regionální konference regionu Severní Morava a Slezsko, konané dne 13. 4. 2013 v aule rektorátu Slezské univerzity Opava

Konference vyslechla zahájení předsedy regionu MUDr. Michala Pukovce

Konference zvolila

- návrhovou komisi ve složení Aleš Polách, Pavla Tvrdoňová, Ivana Přikrylová
- mandátovou komisi ve složení Eliška Křivská, Jindřiška Chalupová, Veronika Halašková

Konference konstatuje, že je přítomno 75 členů

Konference vyslechla odborné sdělení MUDr. Ireny Martinkové, vedoucí protiepidemického odboru KHS Ostrava – Aktuální epidemiologická situace v MSK
Konference vyslechla odborné sdělení MUDr. Renaty Vavrkové, KHS Brno – Klíšťová encefalitida z pohledu epidemiologa

Konference vyslechla

- zprávu o činnosti od předsedy Regionu severní Morava a Slezsko Michala Pukovce
- zprávu Ivany Přikrylové o hospodaření regionu za rok 2012

Konference bere na vědomí

- informaci o hospodaření regionu za rok 2012

Konference souhlasí s hospodařením regionu v roce 2012 a souhlasí s odhlasováním

- návrh rozpočtu Regionu severní Morava a Slezsko na rok 2013

Konference dále vyslechla

- zprávu revizní komise Heleny Kuběnové

Konference bere na vědomí

- na základě přednesené zprávy, že nebyly zjištěny nesrovnalosti v hospodaření

Konference vyslechla komerční sdělení

- firmy Johnson Baby
- firmy Medindex s preparáty fy Engelhard Arzneimittel

Konference vyslechla

- vystoupení hosta z VV SPLDD MUDr. Ctirada Kozderky, zejména k problematice
 - vykazování očkovacích látek
 - registrace devatenáctiletých
 - kódu 09555
 - generační výměny
 - přeregistrace pojištěnců k jiné zdravotní pojišťovně
 - E-receptu
 - novely zákona o zdravotních službách
 - metodiky předčasného propouštění fyziologických novorozenců
 - posudkové činnosti

- distribuce očkovacích látek do budoucna

- přeregistrace zdravotnických zařízení a zahájila diskusi nad uvedenými příspěvky

Dále konference vyslechla vystoupení zástupců zdravotních pojišťoven

- Ing. Michala Vojáčka, vedoucího zdravotního odboru VZP Ostrava
- Ing. Jany Karpetové, zástupce ČPZP Divize Východ
- MUDr. Jiřího Havranta, náměstka ředitele RBP, zdravotní pojišťovny

Konference s politováním konstatuje,

- že se přes pozvání nedostavil žádný zástupce Odboru zdravotnictví MSK

Konference vyslechla

- sdělení MUDr. Michala Holáska o účinnostní studii s desetivalentní pneumokokovou vakcínou

Konference žádá Výkonný výbor SPLDD o další jednání k registraci 19letých.

Konference žádá o vyvolání jednání k navýšení bodových hodnot výkonů očkování a prevence v souvislosti se zvyšující se náročností zajištění očkování.

Konference konstatuje, že očkování je pro praxi PLDD ekonomickým přínosem a většina přítomných je ochotna do budoucna nakupovat očkovací látky za předpokladu,

- a) že bude zohledněna náročnost očkování navýšením časové hodnoty očkovacího výkonu a tím celé bodové hodnoty,
- b) že nebude cena očkovací látky regulována věcně usměrňovanou cenou, ale stanovena možnost přijatelné marže,

Konference jako v minulých letech žádá členskou základnu o aktualizaci e-mailových adres a telefonních spojení pro zlepšení komunikace v rámci regionu.

Konference byla informována, že konference v roce 2014 se bude konat 12. 4. 2014, místo bude upřesněno.

Konference odhlasovala, že v roce 2014 bude konference jednodenní.

V Opavě, 13. dubna 2013

Zpracoval: MUDr. Aleš Polách

Předepsat, či nepředepsat? To je, oč tu běží

„Pouze menší část lékových interakcí nesmí být preskribována. Bylo by tedy škoda automaticky vyřazovat některé léky, které interagují. Je důležité vědět, že existují dva póly – kontraindikované interakce, kterým je vhodné se vyhnout, a nezávažné, které v podstatě není potřeba řešit vůbec,“ zahájil blok věnovaný farmakologii PharmDr. Josef Suchopár ze společnosti InfoPharm, Praha.

„V naší databázi potenciálních lékových interakcí bylo k 1. březnu 23 134 záznamů – u 3558 z nich podle studií k interakci nedochází, u 19 576 pak ano. Kontraindikováno je 4314 z nich,“ doplnil PharmDr. Suchopár. Poté se již zaměřil na představení výsledků pilotního projektu VZP, jehož cílem bylo analyzovat četnost lékových interakcí z dat královéhradecké a středočeské pobočky v období od 1. 7. 2009 do 30. 6. 2010. Sledovány byly lékové interakce závažné (stupeň 4 a 5) a kontraindikované (stupeň 6) u warfarinu, nesteroidních antiflogistik (NSA) a vybraných kardiovaskulárních léků. Rovněž byly posbírány údaje o duplicitách beta-blokátorů, statinů a NSA. Zahrnuto bylo celkem 3452 zdravotnických zařízení, v Královéhradeckém kraji okolo 340 000 pojištěnců a ve Středočeském kraji přibližně 715 000.

„V první fázi projektu bylo zjištěno, že potenciální lékové interakce byly předepsány alespoň jednou u 15 % pacientů užívajících kardiaka, 14 % warfarin, 9 % statiny a téměř 5 % NSA. Celkem bylo zaznamenáno 60 180 případů lékových interakcí – z toho kontraindikovaných 6979,“ upřesnil PharmDr. Suchopár a dodal, že lékařům, u nichž byly nalezeny klinicky významné interakce léků, byl rozeslán informační dopis a byla jim nabídnuta mj. možnost účasti na odborných seminářích o potenciálních lékových interakcích.

Následně proběhla analýza změn výskytu potenciálních lékových interakcí v období 2. a 3. čtvrtletí roku 2010 a 2011. „Ukázalo se, že v obou krajích byly statisticky významně redukovány kontraindikované interakce léků – konkrétně na 56 % v Královéhradeckém, respektive 64 % ve Středočeském,“ dokumentoval PharmDr. Suchopár. Nejčastěji šlo o interakce diklofenaku s nimesulidem a simvastatinu nebo lovastatinu s klarithromycinem. Došlo také ke snížení počtu duplicit příbuzných léků, shodně na 71 procent. „Je však třeba připomenout, že v řadě lékových skupin – od beta-blokátorů

přes ACE inhibitory až po statiny či NSA – existují desítky názvů léčivých přípravků. Je tedy značně obtížné se duplicitám vyhnout,“ uzavřel PharmDr. Suchopár s tím, že úsilí o účinnou a přitom bezpečnou farmakoterapii je nikdy nekončící příběh.

■ Podpora účelné farmakoterapie u nás pokulhává

Právě účelnou farmakoterapií se v následujícím příspěvku zabýval MUDr. Michal Prokeš rovněž z InfoPharm. Nejprve poukázal na data z Velké Británie, která hodnotila subjektivní příčiny předpisu nebezpečné kombinace léků. Ukázalo se, že v 76 % případů lékař neznal rizika léků, v 61 % předepisoval na doporučení nemocnice, v 56 % šlo o neznalost pacienta, a co je pozoruhodné, u pětiny případů bylo nezbytné oba léky preskribovat. Mezi objektivní příčiny patřily nejčastěji diseminace důležité informace, neúplnost dokumentace pacienta, nedostatečné prověřování opakované preskripce a špatná komunikace mezi pacientem a lékařem.

„Lékař tedy stojí před nelehkým úkolem – nalézt co nejúčinnější a nejbezpečnější lék s minimem nežádoucích účinků a nepřekročit přitom finanční limity od pojišťoven,“ konstatoval MUDr. Prokeš a posteskl si: „Bývalé Československo bylo jednou z průkopnických zemí, když v sedmdesátých letech začalo podporovat účelnou farmakoterapii. Tyto aktivity ale byly postupně erodovány a v roce 1990 byly komise účelné farmakoterapie jako socialistický přežitek zrušeny. Paradoxem je, že v témže roce byly v tehdejších západních Německu zavedeny.“ Ve vyspělých zemích jsou základem pro systém podpory účelné farmakoterapie národní diagnostické a terapeutické guidelines, zpracované nezávislými odborníky a s ohledem na dostupné množství financí. Mnoho takových doporučených postupů máme i v ČR, ale ne všichni lékaři o nich vědí. „Účelná farmakoterapie u nás jistě existuje.

Provádějí ji sami předepisující lékaři – nikoli však ve sto procentech. Existuje i podpora účelné farmakoterapie, ale je roztržštěná a není vždy prováděna odborně a důvěryhodně. Někdy jde jen o marketing firem,“ dodal MUDr. Prokeš.

■ Obavy z podání léků těhotným jsou přeceňovány...

„V prvních 2 až 3 týdnech po početí reaguje preembryo způsobem ‚vše nebo nic‘ – nelze je tedy poškodit, lze je nejvýše zahubit,“ zahájil další prezentaci věnovanou farmakoterapii v těhotenství MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc., z gynekologicko-porodnické ambulance Levret, Praha. Zdůraznil, že jakékoliv obavy z čehokoli, co žena užívala dříve, než zjistila, že je gravidní, jsou neopodstatněné.

„Mezi obecné principy patří, že nemoc obvykle ohrožuje plod více než její léčba. Pokud lék může poškodit embryo, dochází k tomu obvykle ve vzácných případech a je většinou možná prenatální diagnostika,“ konstatoval MUDr. Čepický s tím, že v důsledku dávné thalidomidové historie jsou obavy z negativního vlivu farmak na plod přeceňovány. V této souvislosti připomněl klasifikaci FDA, kdy kategorie A znamená žádné riziko v kontrolovaných studiích, B není popsáno žádné riziko, C je podezření na riziko, D je známé riziko a kategorie X znamená, že riziko převyšuje přínos. To se odráží i v SPC jednotlivých přípravků. Už u kategorie B je nabádáno „k opatrnosti“ a u kategorie C je kontraindikace. „Za těchto podmínek bychom však v praxi nemohli léčit vůbec,“ uvedl MUDr. Čepický a dodal, že předepisující lékař by se měl u gravidních žen držet několika zásad:

- Je-li lék indikován, je obvykle indikován i v těhotenství.
- Preferována je monoterapie.
- Preferovány jsou dávno používané léky.
- Preferována je kategorie B, eventuálně C.

- Je třeba podat dostatečnou dávku (zvýšený distribuční objem v těhotenství).
- Kontraindikovány jsou byliny a homeopatie.

„Mezi časté chyby patří právě vysazení chronické medikace. Dále léčba praktickým lékařem v případech, kdy má terapii vést specialista. Postoje těhotných žen jsou však mnohdy rozporuplné – předepsané léky raději neužívají, aby ‚neublížily miminku‘. To jim však nebrání v nadužívání nejrůznějších potravinových doplňků s nejasnými a neznámými důsledky pro plod,“ zdůraznil MUDr. Čepický. Upozornil také, že pokud je praktický lékař při preskripci na pochybách, měl by konzultovat ošetřujícího gynekologa, pokud ani ten neví, pak klinického genetika. Poté se již zabýval jednotlivými lékovými skupinami. V případě antibiotik jsou lékem první volby penicilin a polosyntetické peniciliny, cefalosporiny, makrolidy a klindamycin. U analgetik a antipyretik je to paracetamol, nicméně krátkodobá aplikace jakéhokoli analgetika je bezpečná. „Lokální a svodná anestezie je v těhotenství bezproblémová a naopak je jasně indikovaná,“ zdůraznil MUDr. Čepický. Pokud jde o užívání lokálních přípravků, jak uvedl přednášející, „vše, co se natírá na kůži, zavádí do pochvy, kape do oka, nosu či krku, je obecně v těhotenství

bezpečné – a to včetně kortikoidů.“ Mezi další běžně užívané léky, které jsou v graviditě obecně bezpečné, patří antitusika a expektorancia, obstipancia a laxativa, antiemetika, antacida, antihistaminika a spasmolytika. „Nicméně existují přípravky, které žena užívat musí, ale které současně mohou poškodit plod. Jedná se o lithium, antiepileptika, tyreostatika a anti-malarika. Terapie takových pacientek však patří do perinatologických center,“ upřesnil MUDr. Čepický. Jasně kontraindikovány jsou pak inhibitory ACE, tetracykliny, cotrimoxazol, chinolony, perorální antidiabetika, perorální antikoagulační, isotretinoin, androgeny a antiandrogeny, anabolika, cyto-statika, prostaglandiny a radiofarmaka. Závěrem MUDr. Čepický apeloval, že do ambulance praktického lékaře rozhodně nepatří těhotná chronicky nemocná pacientka s diabetem, hypertenzí, chronickou nemocí ledvin, epilepsií, maniodepresivní psychózou, tyreotoxikózou a chronickou antikoagulační terapií.

■ ... a co při kojení?

Pohledem farmakologa se na podávání léků v těhotenství a při kojení podívala MUDr. Eva Jirsová ze Státního ústavu pro kontrolu léčiv.

Uvedla, že riziko léků bývá v obou těchto situacích vnímáno společně, přestože se jedná o dva zcela rozdílné stavy. Příkladem je warfarin, který je v těhotenství kontraindikován, ale během kojení může být podáván, protože nepřestupuje do mateřského mléka.

Jak dodala MUDr. Jirsová, s rizikem léků během kojení bývá mnohem méně klinicky doložených zkušeností než v případě gravidity. Při hodnocení je potřeba posuzovat množství léku, které dítě přijímá mateřským mlékem, farmakokinetiku léku u dítěte, bezpečnostní profil přípravku a stav dítěte. Dále je nutné pamatovat i na možné riziko ovlivnění vlastní tvorby mléka.

„Velikost přestupu léčivého přípravku do mléka je obvykle závislá na velikosti jeho plazmatické koncentrace u matky. Tedy léky, které dosahují jen nízkých koncentrací v plazmě matky, bývají zpravidla v mateřském mléce jen ve stopových množstvích – pro dítě klinicky nevýznamných,“ dodala MUDr. Jirsová a připomněla, že odborné údaje o podávání mnoha léků během kojení jsou dostupné v americké databázi LactMed.

jat

převzato: ZN Kongresový list, odborná příloha Zdravotnických novin, 2/2013

Preskripčními a výkonovými omezeními se proti primární péči vymezují téměř všechny specializace

Jedním z doprovodných programových bodů 7. kongresu primární péče bylo i rokování praktiků u kulatého stolu o některých limitujících prvcích práce praktiků pro dospělé a praktických pediatriů. Dominantními a nejmasivněji diskutovanými tématy zde byl jednak nesouhlas s nastavením preskripčních omezení, jednak debata o nepříznivém vývoji struktury ambulantní zdravotní péče v České republice.

Preskripční omezení stanoví Seznam léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely hrazených ze zdravotního pojištění, zveřejňovaný na základě ustanovení § 39n odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění.

Praktici debatovali zejména o preskripčním omezení kategorie „L“, tedy o omezení na odbornost – delegovatelném. Vesměs se shodují v názoru, že jednak je chybný již vlastní systém koncipování tohoto omezení,

jednak že neplatí ekonomické argumenty, kterými je zdůvodňován.

Doc. Svatopluk Býma v této souvislosti uvedl ilustrativní případ z r. 2011, kdy pouze bezprostřední zásah odborné společnosti zabránil tomu, aby – jak řekl – byl „omezen i acylpyrin“. Tehdy Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) provedl revizi perorálních léčivých přípravků obsahujících kyselinu acetylsalicylovou a závěrečnou zprávou z 18. února je zařadil do kategorie „L/HEM, KAR, NEU, GER“. Společnost všeobecného lékařství

ČLS JEP vyslovila 22. února nesouhlas, byla zpracována studie, z níž vyplynulo, že ztráty pojišťoven způsobené tímto preskripčním omezením by přesáhly 100 miliónů Kč.

Mgr. Rrahmaniová ale právě uvedenou „acylpyrinovou kauzu“ považuje za určitý důkaz, že systém preskripčních omezení je koncipován dobře, neboť nese i možnost uplatnění ochranného opatření. K logice fungování preskripčního omezení kategorie „L“ uvedla jako příklad endokrinologii: „Ke specialistovi endokrinologovi jde pacient

obvykle jednou do roka – ten mu zřejmě předepíše lék na tři měsíce a na další tři čtvrtletí tak činí jeho praktik.“

Oponovala i argumentu, že delegovaná preskripce v takovémto případě zvyšuje náklady ošetřujícího praktika: „Je-li na zadní straně receptu uvedeno IČP delegujícího specialisty, má lékárník povinnost předat to do datového rozhraní pojišťovny a preskripce jde za specialistou, nikoli za praktikem. Ten by tedy při správném postupu neměl být finančně zatěžován.“

Plénium praktiků ale takto vysvětlovanou užitečnost systému omezení a „ambulantní dělbu práce“ neakceptovalo. Slovy MUDr. Šmatláka: „Jestliže specialista vidí pacienta jednou ročně, pak za celou léčbu de facto odpovídá praktik. Zjišťuje reakci na léky, provádí kontinuální sledování a kontroli pacienta. Pak pacient opět jde ke specialistovi a ten vykáže výkony a vyšetření, v podstatě aby se zavděčil pojišťovně, a je hotovo. Logicky by situace měla vypadat tak, že buď pacient třeba k onomu uvedenému endokrinologovi patří a ten o něj plně pečuje, nebo je po konzultačním vyšetření pacient předán k další léčbě praktikovi, který ho při případných změnách odešle opět ke kontrolnímu vyšetření. K jinému toku péče není důvod.“

Podle mínění praktických lékařů by mělo dojít u léků s preskripčním omezením „L“ k redefinování v tom smyslu, že zde zůstanou výhradně léky, které může předepsat jen specialista (tedy de facto stávající kategorie „E“), a ostatní budou z omezení uvolněny. PharmDr. Suchopár upozornil na časový vývoj v agendě omezení. Prvotní ideou podle něho bylo, že půjde o fenomén ryze odborný, ale postupem času do ní začal intenzivně infiltrovat prvek ekonomický, který dnes již nad aspektem odborným drtivě převládá. „Podle mne jde o panickou snahu nezvýšit úhradu

čehokoli, respektive v případě, že se z objektivních důvodů úhrada zvýší, okamžitě zavést nějaké nové omezení. Důkazem budtež případy anopyrinu, digoxinu a podobně,“ řekl J. Suchopár, který, jak sdělil, ještě jako pracovník ministerstva zdravotnictví stál u vzniku této agendy.

■ Jiná struktura ambulancí

Systémový „malér“, z něhož se do značné míry odvíjejí i stále masivnější preskripční omezení, vidí praktičtí lékaři v měnící se struktuře ambulantní péče, v situaci, kterou lze shrnout do elementárního konstatování (které v diskusi zaznělo): „Narostl počet specialistů a tito lidé potřebují práci. Jak ji zabezpečit? Omezíme preskripci a máme dodávku rodných čísel!“

Zmíněné změny struktury ambulantní péče dokumentují i reálné statistické údaje: Počet ambulantních specialistů (včetně komplementu) se v letech 1990 až 2008 zvýšil o 150 %, zatímco počet všeobecných praktických lékařů stagnoval. V roce 1999 podíl praktiků na ambulantní péči činil přibližně 75 %, vzhledem k expanzi specializované péče pak v r. 2008 cca 45 procent.

Praktici jsou podle svého mínění nyní v situaci, kdy se prostřednictvím řady preskripčních a výkonových omezení proti primární péči vymezují téměř všechny specializace. Argumentují rizikem poškození pacienta a snížením kvality péče.

Bezesporu ale platí, že čím více různých specialistů o pacienta pečuje, tím vyšší je celková cena za jeho péči, počet diagnostických vyšetření (vč. falešně pozitivních nálezů) a druhů medikace. K této situaci určitě přispívají chyby zdravotního systému, který dovoluje refundaci specializované péče při silném omezení preskripční i výkonové kompetence všeobecných praktických

lékařů a díky nízkým nákladovým limitům nutí specializovanou péči vychytávat hlavně polozdravé nízkonákladové pacienty.

Všeobecní lékaři považují za systémově účinná opatření jednak omezení preskripce vázané na specialisty, zrušení kategorie „L“ a nové počítání nákladů na léky (se započtením všech nákladů na preskripci u specialisty), jednak důsledné dodržování dispensární vyhlášky jasně stanovující, že všeobecný praktický lékař odpovídá za léčebně-preventivní péči a on také indikuje, zda pacienta předá do dispensární péče specialisty, či zda ho jen posílá na kontrolní vyšetření.

■ U kulatého stolu debatovali

MUDr. Alena Šebková, předsedkyně Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP (OSPDL), MUDr. Milan Rytíř, vědecký sekretář OSPDL, doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., předseda Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP, MUDr. Václav Šmatlák, předseda Sdružení praktických lékařů ČR (SPL), MUDr. Jana Uhrová, místopředsedkyně SPL, MUDr. Petr Šonka, člen výboru SPL, MUDr. Jiřina Dvořáková, místopředsedkyně Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR, Mgr. Daniela Rrahmaniová, pověřená řízením Odboru farmacie Ministerstva zdravotnictví ČR, MUDr. Jarmila Bohumínská, předsedkyně Lékové komise Svazu zdravotních pojišťoven ČR, PharmDr. Josef Suchopár, INFOPHARM, a.s., MUDr. Michal Prokeš, INFOPHARM, a.s.

top

převzato: ZN Kongresový list, odborná příloha Zdravotnických novin, 2/2013





Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Alena Šebková

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

■ 21.3. proběhlo další zasedání výboru OSPDL

Vybraná problematika:

Byl diskutován systém regionálních zástupců, doporučeno využití sítě okresních zástupců SPLDD, mnohde se již spolupráce osvědčila. Řešena otázka financování akcí OSPDL, odměn přednášejících, výše poplatků – MUDr. Svobodová zpracuje „finanční řád“.

MUDr. Szitanyi informovala o výstupech z Komise pro výživu dětí k zavádění komplementární výživy u kojenců. Postup, který je vyvěšen na stránkách MZ, je v tuto chvíli kompromisní dohodou mezi zainteresovanými odborníky, v doporučení zůstává výlučné kojení do 6 měsíců v případě prospívajícího dítěte, příkrmy se doporučují zavádět nejpozději od ukončeného 6. měsíce se současným zaváděním potravin obsahujících lepek – zpočátku v malém množství, ale ne před 4. měsícem.

MUDr. Procházka informoval o účasti v Národní radě pro obezitu – diskutována otázka obezity kojenců, což je složitá otázka, v současné době ne prioritní. Byla sestavena pracovní skupina, která sestaví Doporučený postup prevence a léčby kojenecké nadváhy. MUDr. Šebková, MUDr. Kubátová – informace z Komise péče o dítě:

- Nastolena problematika 19letých – dochází k automatické odregistraci 19letých mladistvých od PLDD, značná část z nich není zaregistrována u VPL, problém se týká především studentů a chronicky nemocných dorostenců, dochází k významnému poklesu provedených preventivních prohlídek.

- Dr. Šebková požádala o podporu MUDr. Kabíčka za dorostové lékařství, požádá ČPS.
- Diskuse nad metodickým pokynem k předčasnému propouštění novorozenců – na komisi nedošlo k dohodě, kdo má provést kontrolu předčasně propuštěného novorozence. Materiál bude znovu zaslán z ministerstva k připomínkování.

MUDr. Šebková – informace z Akreditační komise: Na letošní rok pouze 15 rezidenčních míst. Předložen návrh na zařazení – rozpracování posudkového lékařství do vzdělávacího programu (vypracoval Neugebauer, Šebková), bude diskutováno s dalšími návrhy změn ve vzdělávacím programu na další AK, předem oslovení MUDr. Kabíčka – návrh zařazení problematiky ke kursu dorostového lékařství.

Návrh programu na Setkání školitelů – MUDr. Rytíř – Doporučené postupy – teplo. Chronická onemocnění a fyzická zátěž. Pedagogicko-psychologické minimum. Omezení a posudková činnost u epilepsie. MUDr. Kubátová zpracovává materiály z evropských organizací, které se zabývají primární péčí o dítě. V Evropě tendence k našemu modelu, požadavek, aby v primární péči pracoval vzdělaný pediatr. Materiály budou použity i jako podklad pro jednání s ministrem zdravotnictví.

Oslovení prof. Pohunkem k pokračování kulatého stolu s tématem asthma bronchiale, který byl zahájen na KPP. Další schůzka nad vypracováním doporučeného postupu by měla být v květnu, ladí se termíny vyhovující všem zúčastněným.

Setkání – MUDr. Šebková s předsedou Společnosti pro výživu doc. Tláskalem: OSPDL požádána o další spolupráci na poli dětské výživy, pravděpodobně na podzim bude studie mapující výživu dětí od 6 měsíců do 3 let. Měla by proběhnout ve čtyřech krajích za spolupráce PLDD.

■ 11.4. proběhla pracovní schůzka na MZ ČR

Účastni byli za MZ – ministr zdravotnictví MUDr. Heger, vedoucí oddělení vzdělávání JUDr. Janda a vedoucí oddělení zdravotních služeb MUDr. Seidlová, za OSPDL MUDr. Šebková, MUDr. Kubátová, za SPLDD MUDr. Hülleová, MUDr. Kudyn.

Projednávaná témata:

- Vzdělávání v oboru včetně nedostatečné výuky pediatrie na LF.
- Směrování primární péče o dítě v Evropě.
- Připomínky k novele zákona č. 372/2011 Sb.
- Generační problém – úbytek PLDD, rezidenční místa.
- Udělování specializované způsobilosti v oboru PLDD.
- Předčasné propouštění novorozenců.
- Ochrana PLDD při nežádoucích účincích u povinného očkování.

Plánována schůzka se zástupci ČPS na 30. 4. – navržené téma ze strany ČPS – společné curriculum!



Česká dermatovenerologická společnost ČLS J. E. Purkyně

Sekce dětská dermatologie

pořádá II. odborný seminář na téma

VÝZNAM KOMPLEXNÍ PÉČE O PACIENTY S EPIDERMOLYSIS BULLOSA CONGENITA VE SPECIALIZOVANÉM EB CENTRU ČR

pro pediatriy, obvodní lékaře, farmaceuty a jiné nelékařské profese

TOP HOTEL Praha dne 7. 6. 2013 (13⁰⁰–17⁰⁰)

Blažimská 1781/4, Praha–Chodov

Přihláška: www.teoconsulting.cz

Nyní
ještě blíže
mateřskému
mléku

**nutra
defense**

Prebiotika/Prebiotika
DHA a ARA
Nukleotidy

Prebiotická vláknina GOS

Podporuje růst střevní mikroflory^{1,2}
Pouze prebiotická vláknina GOS je přirozenou součástí
mateřského mléka.

Nenasycené mastné kyseliny DHA a ARA

Přispívají ke zdravému růstu a vývoji kojení
Organismus si je nedokáže sám vytvořit, proto je nutné je v dostatečném
množství přijímat stravou.

Nukleotidy

Významně podporují imunitní systém dítěte^{3,4,5}
Mateřské mléko obsahuje významné
množství nukleotidů, v průběhu
kojení a s postupem věku
dítěte jejich množství
klesá.

Mateřské mléko je naší inspirací.

Jeho ochranná funkce nás přirozeně inspirovala k vytvoření
kojenecké mléčné výživy Nutradefense s unikátní směsí látek,
které jsou přirozeně přítomny v mateřském mléku.

Nové vyvážené složení Nutradefense obsahuje kromě bílkovin,
sacharidů, tuků, vitamínů a minerálních látek také
tři další významné složky:

- ◆ PREBIOTICKÁ VLÁKNINA GOS
- ◆ NENASYCENÉ MASTNÉ KYSELINY DHA a ARA
- ◆ NUKLEOTIDY

WHO (Světová zdravotnická organizace) doporučuje pít kojení během prvních 6 měsíců věku dítěte, poté se
doporučuje ke kojení začít s postupným zaváděním nemléčných příloh. Kojení je nejlepší způsob výživy dítěte.
Pokračování pro zvláštní výživu. Tento materiál je určen speciálně pro odbornou veřejnost.

Odkazy na odbornou literaturu: 1. Ben HM, Zhou XY, Zhao WH, Yu WL, Pan W, Zhang WL, et al. Supplementation of milk
formula with galacto-oligosaccharides improves intestinal micro-flora and fermentation in term infants. Chin Med J 2004;
117:327-33. 2. Fanaro S, Mariani B, Bagna R, Vigi V, Fabris C, Pao-Quintana L, et al. Galacto-oligosaccharides are bifidogenic
and safe at weaning: a double-blind randomized multicenter study. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2009; 48(1): 82-9. 3. Buck RH,
Thomas DL, Winship TR, Cordile CT, Kuchan MJ, Bagges GE, et al. Effect of dietary ribonucleotides on infant immune status.
Part 2: Immune cell development. Pediatr Res 2004 Dec; 56(5): 890-900. 4. Schaller JP, Kuchan MJ, Thomas DL, Cordile CT, Winship TR,
Buck RH, et al. Effect of dietary ribonucleotides on infant immune status. Part 1: Humoral responses. Pediatr Res 2004 Dec; 56(5): 883-90.
5. Gutiérrez-Castrellón R, Mora-Mugabli L, Díaz-García L, Jiménez-Gutiérrez C, Ramírez-Mojana J and Salomon-Santibáñez GA. Immune
response to nucleotide-supplemented infant formulas: systematic review and meta-analysis. British Journal of Nutrition 2007; 98 (Suppl.1):S54-7.

NOVINKA
NA DOBRU
NOC



800 201 102

www.nutradefense.cz



Syndromy benigní fokální epilepsie dětského věku

MUDr. Ladislava Renerová

Neurologická ambulance Demosthenes s.r.o.

Novorozenecké oddělení Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem

Benigní dětské fokální křeče a příbuzné epileptické syndromy jsou časté a v dětské epileptologii patří mezi nejvděčnější. Postihují 25 % dětí s nefebrilními křečemi a patří do každodenní praxe dětských neurologů a pediatriů.

Benigní fokální epileptické syndromy mají následující charakteristiky:

A. klinické:

- a) normální neurologický náález
- b) normální intelekt,
- c) normální náález na zobrazení mozku,
- d) výskyt benigních záchvatů v RA,
- e) semiologicky krátké stereotypní záchvaty,
- f) častý výskyt nočních záchvatů,
- g) záchvaty jsou snadno kontrolovatelné antiepileptiky,
- h) během adolescence dochází k trvalé remisi.

B. elektroencefalografické:

- a) normální základní aktivita,
- b) hroty o typické morfologii a lokalizaci,
- c) aktivace výbojů ve spánku,
- d) tendence ke generalizovaným hrot-vlna komplexům (SWC).

Charakteristický specifický EEG náález se objevuje až u 2–4 % všech dětí (s epilepsií i zcela bez epilepsie)!

Do této skupiny epilepsií patří:

- a) benigní dětská epilepsie s centroporálními hroty,
- b) časně nasedající benigní dětská okcipitální epilepsie – Panayiotopoulos typ,
- c) pozdně nasedající dětská okcipitální epilepsie – Gastautův typ.

■ Benigní dětská epilepsie s centroporálními hroty (rolandické křeče)

Objevuje se mezi 1. a 14. rokem, u 75 % pacientů mezi 7. a 9. rokem. Častěji postihuje chlapce. Prevalence je kolem 15 % dětí s křečemi mezi 1 a 15 roky. Incidence je 10–20/100 000 dětí do 15 let.

Zásadním znakem jsou nečetné, často jednotlivé fokální křeče s jednostrannými senzomotorickými symptomy na tváři, v oblasti úst, faryngu a laryngu a charakteristická je i zástava řeči a zvýšené slinění. Senzomotorické křeče na tváři se objevují asi u 1/3 pacientů, většinou jde o motorické, náhlé kontinuální nebo paroxysmální klonické záškuby tváře trvající několik sekund až 1 min. Dále jsou možné tonické deviace úst. Méně často se současně nebo postupně šíří záchvat na horní končetinu, nečetně je zapojena i dolní končetina nebo probíhají jen jako necitlivost ústního koutku. U více než poloviny případů se objevují příznaky uvnitř dutiny ústní jako parestezie – brnění, svědění, pocit mražení. Motorickým projevem z této oblasti je produkce zvuku – hrdební výkřiky apod. Asi 40 % dětí není schopno artikulace, objevuje se anartrie, dysartrie až afonie. V 1/3 případů se objevuje zvýšená salivace a pěna u úst. Vědomí může zůstat zachováno, a tak je většina pacientů po skončení záchvatu schopna záchvat popsat. Může se objevit sekundární generalizace. Záchvaty jsou většinou krátké a končí do 1–2 min. U 3/4 pacientů se záchvaty objevují během NREM II spánku, při usínání nebo při probouzení. Křeče během spánku jsou delší a mohou spíše generalizovat. Sekundární generalizace jsou výjimečné u záchvatů v bdělosti. Generalizovaný status epilepticus je výjimečný, může se objevit fokální motorický status či status epilepticus na polovině těla. Etiologie se předpokládá genetická. Byly identifikovány některé predispoziční geny, ale roli hrají i další tzv. modifikující geny či vlivy prostředí.

Diagnostika se dále opírá o charakteristický EEG náález. Vysokovoltážní bi- až trifázické ostré vlny nejčastěji lokalizované v C3/C4 – centrální oblast, ale mohou být zachyceny i temporálně, parietálně či frontálně.

Remise se objevuje nejčastěji za 2–4 roky, před 16. rokem. Většina dětí má do 10 záchvatů dohromady. U 10–20 % dětí proběhne jen jeden záchvat. Jen asi 10–20 % dětí má čtenější záchvaty, ale ty také časem slábnou. U dětí se mohou objevit reverzibilní abnormality ve vývoji řeči. U méně než

1 % dětí s atypickým vývojem se mohou rozvinout poruchy řeči, chování a neuropsychologické deficity jako u Landau-Kleffnerova syndromu, atypické benigní parciální epilepsie či epilepsie s kontinuálními SWC v pomalém spánku.

Pacienti většinou nepotřebují antiepileptickou medikaci, zvláště jsou-li záchvaty klasické noční a nefrekventní. U křečí četných se sekundární generalizací nebo s komorbiditami se léčba nasazuje. Lékem volby je sultiam, vaproát. Karbamazepin může stav zhoršovat.

■ Benigní epilepsie s okcipitálními hroty – časný typ – Panayiotopoulos syndrom

Věkově vázaný benigní fokální epileptický syndrom. Objevuje se mezi 1. a 14. rokem s vrcholem mezi 4. a 5. rokem. Postihuje stejně dívky i chlapce s frekvencí 2–3/1000 dětí. Semiologie křečí se týká autonomních projevů, zejména nauzey a zvracení, s jednostrannou deviací bulbů. Zpočátku je zachováno vědomí i řeč. Většinou se dítě probouzí a stěžuje si na nevolnost, je bledé, může být klidné nebo naopak agitované. Zvracení se většinou objevuje do 5 minut. Zvracení se může opakovat. Méně často se objevuje cyanóza, při poruše vědomí se může objevit inkontinence, často se zachytí mydriáza, iktální nebo postiktální cefalea, změny termoregulace, zrakové halucinace, iluze, slepota, u 1/5 případů je iktální synkopa, hemikonvulze či generalizované křeče. U asi 40 % dětí trvá záchvat déle než 30 minut, hovoříme o autonomním status epilepticus. Asi u 17 % dětí předchází febrilní křeče. Až u 90 % případů se na interiktálním EEG objeví většinou multifokální vysokovoltážní komplexy SWC. Hroty se mohou objevit kdekoliv, většinou nad zadními kvadranty. 2/3 pacientů mají nejméně v jednom EEG náález okcipitálně či okcipitální hroty zároveň s extraokcipitálními hroty alespoň v jednom EEG. Náález na EEG může přetrvávat mnoho let po skončení klinických projevů a většinou zcela mizí v pubertě. Frekvence, lokalizace,



přetrvávání EEG nálezu nekoreluje s klinickou manifestací, tedy tíží a frekvencí křečí nebo prognózou.

■ Benigní epilepsie s okcipitálními hroty – pozdně nasedající – Gastautův typ

U dětí se vyskytuje mezi 3. a 15. rokem. Nejčastěji se objevuje ve věku kolem 8 let. Postihuje stejně často dívky i chlapce. Záchvat je čistě okcipitální a je charakteristický jednoduchými zrakovými halucinacemi, slepotou nebo obojím. Záchvaty jsou často četnější a denní, rozvíjejí se velmi rychle během sekund a trvají několik sekund až do 3 minut, výjimečně déle. Zrakové halucinace jsou charakteristickým iktálním symptomem, prvním a často jediným. Většinou to jsou malé vícebarevné vzory na periférii zrakového pole, stávají se větší během záchvatu a mohou se posunovat horizontálně k druhé straně. Deviace očí je také běžná až u 70 % pacientů, ale většinou se objevuje až po fázi zrakových halucinací. Záchvatová bolest hlavy se může objevit ještě před nástupem zrakových vjemů, ale u asi 1/2 pacientů se objevuje po záchvatu a u 10 % pacientů může být spojena s nauzeou a zvracením. Vědomí nebývá v úvodu postiženo, ale jeho porucha se může objevit zejména při progresi do hemikonvulzí nebo generalizovaného záchvatu, na který může asi u 10 % pacientů upozornit vynucené zavření očí nebo mrkání, které mohou generalizaci předcházet.

Na rozdíl od ostatních benigních fokálních epilepsií pacienti s tímto druhem epilepsie trpí častými projevy, proto je doporučeno zde léčbu nasadit, nejčastěji karbamazepinem.

■ Kazuistika č. 1

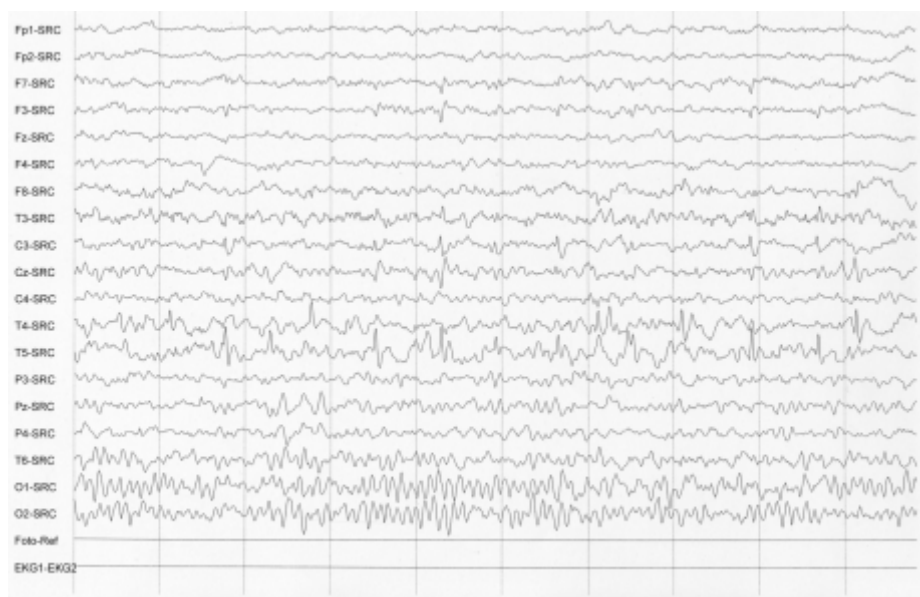
RA: matka matky měla v dětství epilepsii

OA: z II. grav., norm. průběhu, porod v termínu, spont. hlavičkou, PH 3400, AS 10-10-10, fyziologický novorozenec, PMV norm., vážně nestonala

NO: poprvé po 4. roku věku 12/10 při T v noci při probouzení na ATB měla několik záškubů levého koutku – nikam nešli, stav se opakoval při dalším onemocnění 6/11 – 2× v noci ve spánku, 1× opět při buzení v noci na ATB zachycena křeč obličejového svalstva, vyšetřena na spádové neurologii, EEG – spec. abnormalita CT vpravo s jednotlivými generalizacemi, nasazen valproát a dále



EEG č. 1: Kazuistika č. 1 – záznam na terapii VPA a CBZ



EEG č. 2: Kazuistika č. 1 – záznam na medikaci sultiamem

sledována, v 10/11 se v odpoledním spánku náhle vzbudila a měla záškuby levého koutku, ty po chvíli ustaly, při opětovném usínání znovu záškuby koutku a zároveň levostranných končetin, hospitalizace, provedeno MRI mozku s normálním nálezem, v medikaci k valproátu přidán karbamazepin, po 2 týdnech v noci levostranné křeče v trvání asi 10 minut, přichází na vyšetření do naší ambulance, EEG – na pozadí v širší normě k věku výskyt spec. grafoelementů centrotemporálně vlevo a centrofrontálně

vpravo, v medikaci vysazen nejprve karbamazepin a z valproátu převedena na sultiam, dále bez záchvatů, 12/11 EEG zcela bez spec. grafoelementů, PMV pokračuje dále zcela normálně.

Dg. Rolandická epilepsie

■ Kazuistika č. 2

RA: tyreopatie v rodině

OA: z I. grav, norm. průběhu, porod ve 38. t.,



spontánní záhlavím, PH 3130, AS 10-10-10, kojený 1 měsíc, PMV norm., vážně nestonal NO: 1. parox. stav v 9 letech, noční generalizovaný, hospitalizace – MRI mozku – bpm, recidiva za hospitalizace, EEG – abnormní záznam pro výskyt spec. ložiska FCT vlevo – rolandické ložisko, nasazen valproát, stav se opakoval 6× bez provokace vždy nad ránem – křeče popisované rodinou jako generalizované, do medikace přidán sultiam, dále bez záchvatů, valproát vysazen, PMV probíhá dále příznivě.

Dg. Rolandická epilepsie

■ Kazuistika č. 3

RA: negativní

OA: z I. fyziol. gravidity, porod v termínu, spontánní hlavičkou, PH 3100, AS 9-10-10, fyziol. novorozenec, PMV norm.

NO: v 5,5 letech po návratu z týdenního pobytu na horách, kde celý týden lyžoval a současně byl narušen pravidelný režim spánku, doma v noci nad ránem klonické křeče, při vyšetření norm. neurologický nález, EEG – četné trifazické OV v řetězcích CT vlevo, medikace nenasažena, stav se neopakoval, nyní 8 let.

Dg. St.p. 1. epileptickém paroxu provokovaném s nálezem rolandického ložiska CT vlevo

■ Kazuistika č. 4

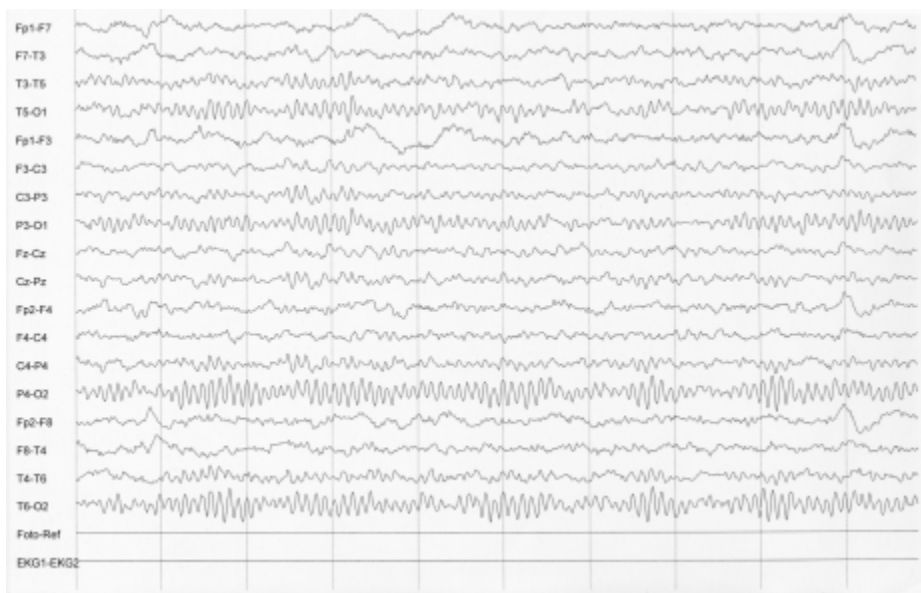
RA: negativní

OA: z I. fyziologické gravidity, porod v 38. t. plánovaná SC, fyziol. novorozenec, PMV norm., vážně nestonal, od 4,5 r. se objevují při teplotě (praktikem diagnostikována viróza), ale i bez teploty noční stavy nevolnosti a zvracení s lehkou přechodnou alterací celkového stavu, po vyspání se stav zcela normalizuje, EEG interiktálně s nečetnými OV O s normálním pozadím, normální oční pozadí, normální neurol. nález, zobrazení neprovedeno na žádost rodičů, bez medikace, od 7,5 let se stav neopakoval, t.č. premiant na gymnáziu.

Dg. Panayiotopoulos syndrom



EEG č. 3: Kazuistika č. 2 – záznam spánku – terapie valproátem – spec. GE FT vlevo



EEG č. 4: Kazuistika č. 2 – záznam bdělosti – terapie valproátem – bez spec. GE

■ Závěr

Benigní parciální epilepsie jsou častou formou epilepsie v dětském věku. V typické formě (viz výše) je jejich diagnostika lehká. Správnou diagnostikou se může zabránit zbytečným vyšetřením a často dlouhé léčbě antiepileptiky či zhoršení průběhu nemoci nesprávně voleným antiepileptikem (např. aktivace EEG výbojů karbamazepinem u rolandické epilepsie). Správná diagnóza

umožňuje poskytnout pacientovi a jeho rodině informace o prognóze onemocnění a postupně zbavit rodinu přirozeného strachu z diagnózy tohoto typu epilepsie.

Zdroj: Panayiotopoulos CP. The Epilepsies, Seizures, Syndromes and Management. Oxfordshire: Bladon Medical Publishing, 2005



Psychogenní neepileptické záchvaty v dětství a adolescenci

MUDr. Jitka Rokytová, Mgr. Pavel Brenkus

Neurologická klinika LF UK a FN Plzeň

■ Úvod

Onemocní-li dítě nebo začne-li být jeho chování nápadné, obrací se rodiče v první řadě na dětského nebo praktického lékaře. Děti a mladiství jsou z hlediska věku a vývoje závislí na své rodině.

V kojeneckém věku přivádějí matky do ordinací dětských lékařů ve většině případů takzvané „poruchy křiku a prospívání“. Za těmito poruchami se skrývají jak poruchy spánku, tak poruchy krmení, které se mohou objevovat jako výraz psychických problémů s příčinností v rámci interakce mezi rodiči a dítětem.

V raném dětství a předškolním věku se dostávají rodiče také kvůli záchvatům vzteku svých dětí. Děti, které jsou v rodinném kruhu popisovány jako nenápadné, se stávají nápadnými tím, že nejsou schopny se integrovat v rámci určité skupiny hrajících si dětí a na výchovné omezovací pokusy odpovídají vztekem a agresivním chováním vůči druhým osobám.

Ve školním věku jsou často děti přiváděny kvůli psychosomatickým obtížím (bolestem břicha a hlavy, ale také pomočování, poruchám spánku a příjmu potravy), dále kvůli různým formám emocionálních poruch (strachu ze školy a ze zkoušení, depresím, sebevražednému chování). Zvláště chlapci jsou nápadní také kvůli takzvaným hyperkinetickým poruchám (impulsivnosti, nepozornosti) a poruchám chování.

V pubertě a adolescenci vyhledávají mladiství lékaře převážně již z vlastní iniciativy a samostatně. Důležitou roli při tom hrají emocionální poruchy, často spojené se sebevražednými krizemi, ale také sebepoškozujícím chováním.

U dětí a adolescentů se mohou recidivujícím způsobem vyskytovat různé somatické potíže, jež vedou k nadměrnému a neefektivnímu využívání lékařské diagnostiky, která nepřináší žádné patologické nálezy.

■ Epidemiologie

Epidemiologické výzkumy prokázaly vysoký výskyt somatoformních obtíží v dětské populaci, udává se 20–40 %. Dívky jsou postiženy častěji než chlapci.

Somatoformní obtíže jsou často doprovázeny emocionálními poruchami, jejichž hlavní symptomatika je charakterizována převážně depresivními rozladami a stavy úzkosti.

Somatoformní obtíže se zpravidla vyskytují s akutní zátěží, mohou být nezřídka indikátorem rodinných konfliktů, emocionálního zanedbávání, tělesného a sexuálního zneužívání.

Do ambulance dětského neurologa se pak nejčastěji dostávají děti s bolestmi hlavy tenzního charakteru a s celou škálou paroxysmálních událostí, které jsou typické pro určité věkové kategorie a projevy u novorozenců, kojenců a batolat se liší od projevů u starších dětí, adolescentů a dospělých. Jedním z nejdramatičtějších a nejzávažnějších klinických projevů jsou psychogenní neepileptické záchvaty (PNES).

■ Diferenciální diagnostika

Diferenciálnědiagnosticky je nutné odlišit epileptické a neepileptické projevy.

Se stanovením diagnózy epileptických záchvatů musíme být velmi opatrní, zvláště pokud bychom tak činili na základě vyhodnocení interiktálních EEG. Interiktální nálezy a jejich interpretace se mění s vyžíváním mozku dítěte a EEG záznam normální pro určitou věkovou kategorii může být již abnormální pro dítě o několik měsíců starší. Navíc v interiktálních EEG záznamech neznamená výskyt „epileptiformních výbojů“ vždy potvrzení epileptické patogeneze příhod. Neepileptické záchvaty rozdělujeme do dvou skupin, a to na somaticky podmíněné a psychogenně podmíněné.

Tabulka: Somaticky podmíněné neepileptické záchvaty

Typy záchvatů	Věk obvyklého výskytu
Neepileptické novorozenecké záchvaty	NV, KV
Apnoe, tonická protahování, dystonické ataky, kmenové delirantní fenomény	NV, KV
Výrazné úlekové reakce, hyperekplexie (stiff baby syndrom, startle disease)	NV, KV, PDD
Familiární syndrom rektální bolesti	NV, KV, PDD
Benigní novorozenecké spánkové myoklonie	NV, KV
Patologické neepileptické myoklonie	NV, KV, PDD
Otřásání se, chvění se (shuddering attacks), epizody třesu	KV, BV
Afektivní záchvaty	NV, KV, BV
Sandifer syndrom a gastroezofageální reflux	NV, KV
Masturbace	KV, BV, PV, ŠV, PDD
Spasmus nutans	KV, BV, PV
Syndrom kývavé panenky	KV, BV, PV
Opsoclonus – myoclonus syndrom	BV, PV, ŠV
Benigní paroxysmální tonická deviace pohledu nahoru	KV, BV
Paroxysmální spánkové poruchy NREM a REM spánku	BV, PV, ŠV, PDD
Stereotypy	KV, BV, PV, ŠV, A, PDD
Migréna a migrenózní ekvivalenty	BV, PV, ŠV, A, PDD
Paroxysmální pohybové poruchy	KV, PV, ŠV, PDD
Hyperventilační syndrom akutní a chronický	ŠV, PDD
Neepileptické psychogenní záchvaty	ŠV, PDD

Legenda: NV – novorozenecký věk, KV – kojenecký věk, BV – batolec věk, PV – předškolní věk, ŠV – školní věk, A – adolescence, PDD – přesah do dospělosti



V tabulce uvádíme přehled somaticky podmíněných neepileptických záchvatů v dětském věku.

■ Psychogenní neepileptické záchvaty (PNES)

Psychogenní neepileptické záchvaty (PNES) představují pravděpodobně nejčastější mylnou diagnózu v epileptologii. Udává se až 40 %. Důvodem je nedobře odebraná anamnéza a nedostatečná znalost neepileptických paroxysmálních projevů. V anamnéze je třeba věnovat pozornost důležitým bodům, jako jsou vzorec výskytu záchvatů, reakce na léčbu, doba trvání záchvatů a jejich další zvláštní charakteristiky.

■ Etiopatogeneze

Nejčastějšími mechanismy vzniku jsou konverze a disociace. Konverzí rozumíme psychický obranný mechanismus, kdy nevědomý psychosociální konflikt je „konvertován“ do symbolických somatických projevů. Disociace se vyznačuje změnou normálních integrativních funkcí vědomí, paměti, identity nebo vnímání. Nemocný nezahrnuje traumatizující příhody do svého sebepojetí, což mu nedovoluje je uspokojivě zpracovat. Oba tyto obranné mechanismy se často kombinují a přinášejí pacientovi primární či sekundární zisky. Primárním ziskem je zejména výrazné snížení anxiety, sekundárním ziskem získání podpory okolí nebo získání možnosti vyhnout se nepříjemným životním situacím. U konverze ani u disociace nemá pacient volní kontrolu nad vznikem a průběhem symptomů, což je odlišuje od simulace. U pacientů s PNES je v anamnéze přítomno psychotrauma nebo dlouhodobá frustrace. Obvykle při podrobnější anamnéze lze nalézt vztah mezi stresovými faktory a rozvojem PNES. Mezi hlavní rizikové faktory patří sexuální zneužívání (u dětí s PNES v anamnéze u 1/3), rodinný nesoulad, hyperprotektivita, nízké IQ. Dále známky narušené osobnosti a poruchy emotivity, jako např. anxiety, pitiatické rysy.

V epileptologických centrech je incidence PNES udávána v rozmezí 10–40 %. Vyšší výskyt těchto pacientů ve specializovaných centrech je z důvodu chybně stanovené diagnózy epilepsie a následné „farmakorezistence“, což přivede pacienta do specializovaného centra k dalšímu podrobnějšímu vyšetření, které často odhalí neepileptický původ záchvatů.

Pro dětský věk je nejčastější výskyt mezi 8. a 12. rokem, dříve jen výjimečně. Na rozdíl

od dospělé populace není přítomna genderová převaha. U 30 % dětí je výskyt epilepsie v rodině.

■ Diagnostika

Diagnostika je založena na pečlivém rozboru anamnézy, vyšetření neurologickým, psychologickým a psychiatrickým, vyšetření pacienta v záchvatu a laboratorním vyšetření. Nejdůležitějším nástrojem pro správnou diferenciaci neepileptického paroxysmálního projevu nadále zůstává především velmi podrobná anamnéza klinického průběhu příhody, všech okolností jejího vzniku a domácí videonahrávka. V nemocničním prostředí je velmi přínosné vyšetření video-EEG, zvláště pak iktální, popřípadě v kombinaci s polysomnografií, význam má i sledování chování dítěte během hospitalizace. Předpokladem jsou klinické zkušenosti hodnotícího lékaře a správná interpretace EEG nálezů.

■ Klinické projevy

PNES mohou napodobovat jakýkoliv typ epileptického záchvatu. Semiologie je různorodá. Dělí se na 3 skupiny – velké motorické záchvaty (klonické, tonické, tonicko-klonické), malé motorické záchvaty (pohyby podobné třesu), psychogenní atonické záchvaty (pády na zem, hypotonie). Nejčastějšími iktálními projevy u dětí jsou hyperventilace, zahledění, areaktivita.

Zranění při záchvatu. U PNES se často objevuje volní ochrana obličeje nebo končetin. Nicméně dle různých prací se udává, že 8–14 % pacientů s PNES se během záchvatu zraňuje. Jedná se většinou o lehká poranění, spáleniny a opařeniny jsou jen u pacientů se záchvaty epileptickými. K pokousání jazyka může dojít, ale většinou jen na špičce jazyka.

Vzorec výskytu záchvatů. PNES obvykle začínají provokačním momentem emočního charakteru, bývají vázány na přítomnost jiných lidí a až u 40 % dojde k pomočení. Výskyt je v přítomnosti lidí nebo naopak vždy je přítomnost další osoby negována.

Průběh záchvatu. Typické jsou asynchronní pohyby končetin a aktivní odpor při pokusu o otevření očí. Po odeznění záchvatu je pacient většinou v celkově dobrém stavu, nebývá zmatenost ani spavost. PNES se mohou vyskytovat i v noci, ale při videomonitoraci se v EEG nejprve objeví probuzení a až poté záchvat. Záchvat, který se objeví

v EEG verifikovaném spánku, by měl být považován za epileptický.

Trvání záchvatů. Většina epileptických záchvatů trvá krátce, kolem dvou minut. Pokud je udáváno trvání konvulzivního generalizovaného záchvatu v řádu desítek minut, je velmi podezřelé z PNES. Epileptik je častějším výskytem záchvatů stresován, zatímco pacient s PNES často lhostejně konstatuje, že jich měl v minulém týdnu deset.

Reakce na léčbu. Léčba psychogenních neepileptických záchvatů je obtížná, vyžaduje dlouhodobé sledování. Často dochází ke střídání různých pracovišť. Záchvaty mohou mít vysokou frekvenci, střídají se různé typy záchvatů, často rezistentní na léčbu. Reakce na antiepileptika může být paradoxní, při vyšší dávce mívají více záchvatů a mnoho nežádoucích účinků, často na dávce nezávislých.

Komplexní přístup. Důležitý je multidisciplinární přístup, na kterém se podílí komplex odborníků včetně neurologa, psychologa, psychiatra, sociálních pracovníků a zdravotních sester. Všechny tyto zúčastněné osoby by měly zvláště dbát na přístup k pacientovi, který by měl vyjadřovat pomoc a podporu. Důležité je pochopení pacienta a vysvětlení podstaty jeho potíží, tak aby diagnózu psychogenního onemocnění přijal, což je základem dalšího úspěšného léčení. Vlastní terapeutické metody zahrnují psychoterapii a farmakoterapii, zvl. v případech, kde je přítomna úzkost a deprese. Užitečná může být hypnóza, u menších dětí se využívají herní techniky. Často je potřebná rodinná terapie.

■ Prognóza

Prognóza je udávána různě. Průměrně u 40 % pacientů záchvaty ustanou. Lepší prognóza je spojena s časnou diagnózou.

■ Závěr

Bohužel neexistují závazné a vyzkoušené postupy, jak PNES léčit. Víme, čím pacienta neléčit a jakým postupům se vyhnout, a často je nezbytné postupovat intuitivně. Aby byla možná včasná diagnóza, je třeba, aby bylo povědomí o existenci PNES rozšířené mezi všechny lékaře, kteří přicházejí do styku s různými neepileptickými paroxysmálními projevy.



Škytavka

MUDr. Ctirad Kozderka

PLDD, Kralovice

S dotazy na škytavku u kojenců se setkávám relativně často. Déletrvající škytavka u staršího dítěte nebývá v našich ordinacích častá. Níže popsáný případ mne přinutil se poohlédnout po informacích na toto téma. V české pediatrické literatuře jsem ucelené pojednání o škytavce nenašel.

Galén ve starověkém Řecku považoval škytavku za výbuch emocí žaludku. Hippokrates a Celsus viděli spojitost škytavky se zánětem jater. V r. 1833 Shortt prokázal souvislost s podrážděním n. phrenicus a v r. 1943 Bailey popsal, že škytavka je reflex složený z řady kroků. Přesto se dodnes tradují lidové pověry o škytavce (škytáme, když na nás někdo myslí nebo o nás mluví v naší nepřítomnosti).

Škytavka (MKN-10 R06.6) je definována jako prudký **reflektorický stah bránice (myoklonus)** vyvolávající inspiraci **při současném uzavření glottis**, což vyvolá typický zvukový fenomén. Reflexní oblouk má svoji **část aferentní** (senzitivní vlákna n. phrenicus, n. vagus a hrudní sympatikus z Th6–12), **část centrální** (míšní centrum škytavky na úrovni C3–C5), která je napojena na vyšší centra v CNS (dýchací centrum, jádra n. phrenicus, medulární retikulární formaci a hypothalamus), a **část eferentní** (motorická vlákna n. phrenicus pro bránici, n. vagus pro glottis, nn. intercostales Th1–11 pro mm. intercostales externi a vlákna C5–7 pro přední skaleny).

Nedořešená je otázka, **proč vlastně škytáme a k čemu tento reflex slouží**. Stovky let se nedaří nalézt odpověď a nenašel se smysluplný účel. Škytavka se vyskytuje pouze u savců. U člověka pozorujeme škytání během celého života, a to i intrauterinně, s věkem frekvence klesá. UZ prokázal škytavku již u 2měsíčních plodů ještě před zahájením dechové aktivity. Jedna teorie říká, že kontrakce připravují dýchací svaly nenarozeného dítěte pro dýchání po porodu. Jiná teorie spekuluje, že škytání brání průniku plodové vody do plic. Jedna z nejnovějších teorií srovnává podobnost mechanismu dýchání a škytání u skupiny živočichů, kteří disponují žábry a plicemi (obojživelníci, některé ryby, pulci). Tito tvorové tlačí vodu přes žábry při uzavření glottis, aby zamezili vniknutí vody do plic. Z uvedeného se

vyvozuje, že tento archaický řídicí nervový systém přetrvává i u savců a umožňuje sání a ochranu před aspirací.

Prematuritní novorozenec proškvtá cca 2,5 % dne. Výskyt dle pohlaví je bez rozdílu, častější je u mladších žen a u starších mužů. U žen kulminuje několik dnů před menses. Pro rozhodování o tíži škytavky, zvolení dalšího diagnostického a léčebného postupu členíme škytavku do několika kategorií (viz tabulku 1). Škytavka má obvykle frekvenci 2–60/min., benigní cca 6/min.

Tabulka 1

typ singultu			délka trvání
izolované škytnutí			
opakované škytání	benigní		několik minut
	chronický	perzistující	> 48 hodin
		refrakterní	> 1 měsíc

Výskyt chronického singultu je udáván 1:100 000 (tj. v ČR by mělo být cca 100 případů). Chronický singultus převažuje u mužů (82 %). V 80 % se jedná u chronického singultu o levostranný myoklonus diafragmy. Až 30 % pacientů na chemoterapii má singultus jako vedlejší účinek léčby.

U chronické škytavky je imperativem pátrání po etiologii. Bylo popsáno **více než 100 příčin (chronické) škytavky**. V mnoha případech se jedná o idiopatickou škytavku. Organický podklad singultu se nachází cca u 80 % chronicky škytajících (u mužů v 93 %, u žen v 8 %). Neorganická – psychogenní etiologie se vyskytuje u zbývajících cca 20 % škytajících.

V pátrání po příčině singultu vycházíme z výše popsaného reflexního oblouku: dráždění aferentní části oblouku, dráždění v obl. struktur CNS, dráždění eferentní části reflexního oblouku. Z tabulky 2 vyplývá, kde všude bychom měli po zdroji pátrat.

Vždy je nutno pátrat zejména po příčinách závažných, akutních, ev. život ohrožujících.

Z uvedeného přehledu možných příčin lze odvodit i postup při vyšetřování. I zde se nevyhne **odebrání rodinné anamnézy** (se zaměřením např. na metabolická, degenerativní, onkologická onemocnění). V osobní anamnéze pátráme např. po farmakoterapii, abúzu, životním stylu, VVV, psychotraumatice apod. V objasňování singultu hledáme možné souvislosti (jídlo, pití, abúzus, trauma, bolesti, teploty, denní doba, poloha, psychika...). O potřebě **fyzikálního vyšetření** není snad třeba se zmiňovat.

Při diagnostice chronického singultu se neobejdeme bez **laboratorních vyšetření**. K základní orientaci bychom měli provést bazální laboratorní vyšetření zánětlivých parametrů (FW, CRP, KO+diff., kultivace, sérologie), statutu vnitřního prostředí (ionty, glykémie, renální soubor...) a parametrů orgánově specifických (JT, AMS, lipáza, moč, kardiální markery, TSH...). Dle potřeby mohou být indikovány laboratorní metody specializované (některé jsme schopni provést i v primární péči, jiné jsou již záležitostí specializovaných ambulancí či lůžkových zařízení), jako je např. vyšetření ABR, likvoru, autoprotilátek, hemokoagulace, drogový screening aj. Možnou součástí pátrání po původu škytavky je i **grafické vyšetření** (RTG hrudníku, C páteře, skiaskopie brániční obl., sonografické vyš. krku, hrudníku, břicha, CT, MR, EKG, EEG) či **vyšetření endoskopická** (ezofagogastroskopie, laryngotracheoskopie), jícnová pH-metrie aj. Dle potřeby se na diagnostice podílí i plejáda **specialistů**.



Chronický singultus pacienta nejen obtěžuje společensky a psychicky, ale má i zdravotní komplikace, takže kvalita jeho života je značně narušena. Chronická škytavka může mít své **důsledky** (hypoxie, ovlivnění řeči, malnutrice, dehydratace, zhoršené hojení operačních ran, dysrytmie, GER, metabolický rozvrat, poruchy spánku, deprese, suicidium, exkomunikace...)

V diferenciální diagnostice musíme pomýšlet i na **simulaci**, kterou lze odhalit pomocí skioskopie. U dětí se můžeme setkat s **Touretteovým sy.** Jde o dědičnou neuropsychologickou poruchu, která je charakterizována motorickými tiky (mrkání, cukání, mávání horními končetinami) a vokálními tiky (mručení, chrochtání, pokašlávání, vzácněji vykřikování vulgárních výrazů), které jsou vyvolány nekontrolovatelnými stahy svalů dýchacího ústrojí. Dalšími projevy jsou poruchy pozornosti a hyperaktivita. Vyskytuje se u dětí do 10 let s frekvencí přibližně 10 případů na 1000 dětí. V dospělosti se téměř nevyskytuje. Ve většině případů má lehkou formu, která ani nevyžaduje léčbu. Touretteův syndrom nemá vliv na délku života ani inteligenci. Není známa medikamentózní terapie. Pozitivních výsledků bylo dosaženo při léčbě marihuanou.

Terapie: Nejprve je třeba rozhodnout, zda je vůbec nutná. Chronická škytavka vyžaduje nejen důkladné vyšetření, ale i léčbu. Pokud je známa příčina, řešíme terapeuticky tu (nejlépe kauzálně, ev. symptomaticky). K potlačení singultu existují postupy „lidové“, alopatické i alternativní. Některé se vzájemně prolínají, protože se více či méně snaží ovlivnit škytavku jako reflex. Na <http://www.musanim.com/mam/hiccup.htm> nalezneme na 260 léčebných **lidových postupů**, nejednou i paradoxních (skok z letadla, pověsit se za nohy, lok Jägermeistera, vzpomenout si na všechny plešaté muže, opakovaně říci: nejsem ryba, soustředit se na současné močení a dýchání, zpívat své oblíbené CD při stožení na hlavě, vypít sklenici vody a čekat, až se škytavka zastaví, modlitba ke sv. Judovi – patronu v zoufalých situacích, dosažení orgasmu, fyto terapie: kopr – uklidňuje, anýz – antidepresivum, estragon – myorelaxace... K těm známějším patří postupy zvyšující koncentraci CO₂ (apnoe, inhalace vydechovaného vzduchu ze sáčku), vagové manévry (masáž zevního zvukovodu, ponoření obličeje do ledové vody, masáž očního bulbu, polykání suchého chleba, krystalového cukru, cucání citronu, kostky ledu, pití ledového nápoje, vyvolání davi-

Tabulka 2

Systém	Lokalizace, etiologie
Zdroj z respir. systému a mediastina	Hltan: faryngitis, tumor, NG sonda, kouření (> 10 cigaret/den)
	Hrtan: laryngitis, tumor
	Plíce, pleura: pneumonie, pleuritida, tumor, absces, plicní infarkt
	Mediastinum: mediastinitis, tumory, aneurysma aorty
Zdroj z GIT, peritonea, diafragmy	Ucho: myringitis, mechanické dráždění bubínku (vlasy, chlup, cizí těleso zvukovodu)
	Jícen: ezofagitis vč. refluxní, dilatace jícnu (cizí těleso, sousto), jícnové varixy, tumory, dráždění NG sondou
	Žaludek: gastritis, žaludeční vředy, karcinom, akutní dilatace žaludku (objem, syčené nápoje, aerofagie), prudké teplotní změny v žaludku (studené nápoje)
	Střeva: ileus
	Játra/slezina: hepato-/splenomegalie (záněty, tumory, mtb. vady), infarkt sleziny...
	Pankreas: pankreatitis, tumor
	Peritoneum: peritonitis, subfrenický absces, karcinóza peritonea
	Hiátová hernie
	Zdroj v obl. krku
	Struma
Zdroje kardiální	Cysty
	Tumory
	Vertebropatie C, diskopatie C
	Infarkt myokardu
Zdroje z CNS	Dysrytmie
	Patologie perikardu (zánět, tumor...)
	Infekční: encefalitis (epidemická škytavka jako jediný symptom), meningitis, absces
	Cévní: ischemie (např. při SLE, antifosfolipid. sy. s trombózou)
	Toxické a metabolické: alkohol, urémie (renální insuf.), hyperurikémie, sepse, elektrolytové poruchy (hypokalémie, hyponatrémie, hypokalcémie), hyperglykémie (diabetes mell.)
	Degenerativní: sclerosis multiplex (RS), demyelinizační choroby...
Zdroje z perif. NS	Nitrolební hypertenze: edém mozku, krvácení nitrolební, absces, tumor, trauma
	Hysterie, psychózy, neurózy
	Zdroje z perif. NS
	Léze n. phrenicus
Zdroje z urotraktu	Léze n. vagus
	VVV ledvin a uropoetického traktu
	Renální insuficience
	Tumory ledvin
Zdroje jiné	Karcinom prostaty
	Glaukom
	Gravidita
	Chemoterapie
	Medikace (kortikoidy, anestetika – bipuvakain epidurálně, agonisté dopaminu – používané např. u parkinsonismu)



vého reflexu, trakce jazyka, úder na plexus solaris, Valsalvův manévr...) či dráždící n. glossopharyngeus (instilace octa do nosu). Z **alternativních terapeutických postupů** můžeme vyzkoušet akupunkturu, homeopatii, hypnózu, psychoterapii. **Alopatická medicína** vedle medikamentů využívá i **postupy nefarmakologické** (odsátí žaludečního obsahu, ev. žaludeční laváž ledovým roztokem, digitální masáž rekta, dosažení orgasmu, lokální anestezie n. phrenicus, frenikotomie, zavedení elektrostimulátoru n. vagus implantovaného v horní partii hrudníku). **Farmakologická léčba** využívá **antiemetika, prokinetika** (chlorpromazin – účinnost v 80 % případů, metoklopramid), **antikonvulziva** (fenytoin, valproát, gabapentin, karbamazepin), **anestetika** (ketamin, lidokain), **myorelaxancia** (baklofen), **sedativa** (chlorpromazin, morfin, haloperidol, chloralhydrát), **tricyklická antidepresiva** (amitriptylin) a **stimulancia** (efedrin, amfetamin, methylenfenidát). Do spektra farmak používaných u léčby chronického singultu patří též **kortikosteroidy** (dexamethason), **blokátory Ca kanálu** (nifedipin), **blokátory protonové pumpy** (omeprazol). Na použití benzodiazepinů jsou v literatuře rozdílné názory. Uvádí se, že **benzodiazepiny** vedou k exacerbaci nebo prohloubení škytavky, proto nejsou doporučovány. Naopak v doporučených postupech ČLS JEP je použití benzodiazepinů uvedeno na prvním místě. Jaká by měla být **prevence škytavky**? Nejíst hltavě a velké porce, nepít příliš syčené nápoje a alkohol, nevystavovat žaludek ani organismus prudkým teplotním změnám (studené nápoje, zmrzlina).

Světový rekord se záznamem nejdelší škytavky drží 97letý Charles Osborn (1893–1991) z USA (Iowa). Škytavka začala v roce 1922 při porážce prasete, které ho zavalilo. Zprvu měla frekvenci 40 za minutu, dále zpomalila na 20 za minutu a nakonec se zastavila v únoru 1990 s celkovým časem 68 let. Za rok zemřel na komplikace žaludečních vředů.

Co by měl, resp. mohl provést PLDD? Odlišit benigní škytavku od patologické/chronické. Provést základní vyšetření k rozlišení typu. Dle výsledků vyšetření rozhodnout o dalších opatřeních (zvládnout doma či odešlu ke specialistovi či k hospitalizaci) Chronický singultus by měl být hospitalizován vždy.

Je důležité si uvědomit, že singultus je symptom, za nímž se může skrývat i závažné onemocnění!

■ Kazuistika:

Chlapec O. Č., nar. v r. 2002. V RA zátěž neudána. Z II. gr., fyziol. průběhu, porod spont. záhl., v 39. týdnu, p. h. 3950 g, p. d. 51 cm. Apgar 9-10-10 bb. Hyperbilirubinémie s fototerapií. Nemocnost střední (2× laryngitis, běžné respir. infekty, 1× průjmové onem.). V 2/2007 (5 let) přichází matka s chlapcem s údajem, že chlapec má singultus trvající 2 měsíce. Objevuje se denně, ale v nepravidelných epizodách bez zjištěné vazby na možný zdroj. Singultus nebyl zaznamenán ve spánku. Jiné symptomy dítě nemělo (bez alterace celkového stavu, chuť k jídlu norm., bez zvracení, stolice pravidelně denně, močení bez potíží, bez abdominálních, afebrilní...). Fyzikálním vyšetřením jsem neodhalil žádnou patologii, nebyla zaznamenána ani dynamická odchylka v antropometrických parametrech. Během pobytu v ordinaci (cca 30 minut) chlapec škytl izolovaně 2×. Indikoval jsem proto laboratorní vyšetření (KO+diff., CRP, Na, K, Cl, Mg, urea, kreatinin, ALT, AST, AMS, glykémie, TSH, fT4, moč ch.+sed., stolice na a. H. pylori – vše v referenčních mezích). Současně byl odeslán na sonografické vyšetření krku (štítná žláza norm. velikost a struktura, bez lymfadenopatie) a břicha (játra přesahují oblouk žeberní, ale nezvětšená, norm. echostruktura. Žlučník, žlučové cesty, pankreas, slezina, ledviny, moč. měchýř – vše n. n. Bránice bez patol. změn. Pánev a dutina břišní bez výpotku.). Matce dítěte jsem proto nabídl další vyšetření (RTG mediastina, ev. skioskopie, polykací akt, neurologie, ORL, psychologie). Tato vyšetření ale matka nechtěla ihned akceptovat a požádala o jejich odložení. Doporučil jsem racionální stravu, klidné prostředí, pravidelné menší porce, nedráždíva jídla – a samozřejmě pečlivé sledování dalšího vývoje. Matka se s dítětem dostavila do ordinace v 6/2007 (po 5 měsících) pro interkurentní onemocnění, přičemž udala, že singultus spontánně odezněl cca po dalších 2 měsících. Dnes je chlapec již 11letý a při poslední preventivní prohlídce negoval recidivu škytavky. Etiologie škytavky v tomto případě nebyla zjištěna, spekulativně mohu zvažovat psychogenní příčinu či idiopatický singultus.

I když tento případ dopadl dobře, jistě bychom i tzv. banální symptom, jako je škytavka, neměli podcenit.

■ Slovákům hrozí čekací doba na praktického lékaře

Na Slovensku je alarmující nedostatek mladých praktických lékařů. Menší města a vesnice slibují hory doly, jen aby své obvodáky udržely nebo získaly nové. Pokud však nedorazí během několika let k zásadní změně, bude se na vyšetření u praktického lékaře čekat, podobně jako na operaci kyčle nebo transplantaci. Z 2324 všeobecných lékařů je jich podle údajů Slovenské lékařské komory 1700 ve věku nad padesát let. „Je možné odhadnout, že v průběhu deseti let můžeme očekávat úbytek 900 lékařů v tomto oboru,“ uvedl pro deník Pravda viceprezident komory Mikuláš Buzgó. Podle slovenských lékařských organizací dnes drží ordinace praktických lékařů nad vodou pouze důchodci. „Kdyby teď odešla jen polovina lékařů v penzijním věku, tak systém zkolabuje,“ uvádí Ladislav Pásztor, prezident Asociace soukromých lékařů. Důsledkem může být podle něj nejen horší dostupnost praktického lékaře, kdy za ním budou lidé muset jezdit i desítky kilometrů, ale také čekací lhůty. Ty v některých hůře fungujících systémech, jako je například britské veřejné zdravotnictví, existují už dnes. „Když přijdete v Británii s akutním problémem, jako je zápal plic nebo mandlí, tak tam platí norma, že do 48 hodin je vás povinná vyšetřit jen sestra a k doktorovi se dostanete za tři až čtyři dny,“ uvedl Pásztor.

Obce lákají, ale marně

Na mnohých místech Slovenska zejí ambulance prázdnotou už nyní. Například v Trnavě Hore u Žiaru nad Hronem nepomohlo ani to, že obec nabízí novému praktickému lékaři zařízenou ambulanci, příspěvek na elektřinu a výhodný nájem. Minulý lékař dostal od vsi 3000 eur jako příspěvek za to, že zůstane rok. Peníze vzal, rok vydržel a pak minulý měsíc odešel. Největším problémem je však odchod lékařů do zahraničí. Podle údajů slovenských lékařských fakult mizí ročně třetina absolventů do zahraničí, část z nich i do Česka. Situaci má pomoci řešit postupné zvyšování platů slovenských lékařů. Od 1. 1. 2014 by se měla mzda lékaře po škole přiblížit tisícovce eur (asi 25 000 korun), atestovaný pak má brát 1646 eur.

Zdroj: L. Palata, MF Dnes, 16. 4. 2013



Rizika léčby epilepsie gravidních žen – fetální valproátový syndrom

MUDr. Hana Tobrmanová, MUDr. Alice Mocková

Neonatologické oddělení Fakultní nemocnice Plzeň

Jako epilepsie je dle International League Against Epilepsy (ILAE) a International Bureau for Epilepsy (IBE) označována trvalá predispozice mozku generovat epileptické záchvaty, které mají neurobiologické, kognitivní, psychologické a sociální následky. Záchvaty jsou vyvolány abnormálními synchronními výboji gangliových buněk mozku. Epilepsie jako chronické onemocnění se vyskytuje u zhruba půl až jednoho procenta populace. Epilepsie představuje rovněž zvýšené riziko pro gravidní ženy. Během těhotenství se u epileptiček mohou vyskytovat ve zvýšené míře vrozené vývojové vady plodu, potraty, perinatální úmrtí a v neposlední řadě i zvýšená frekvence záchvatů, která je pozorována u 17–33 % gravidních žen. Proto je nutné již v prekoncepčním období co nejpřesněji diagnostikovat typ epilepsie a stanovit optimální farmakoterapii.

■ Valproáty v léčbě epilepsie

Podle statistik je antiepileptiky léčeno asi 0,4 % těhotných žen. Žádné z antiepileptik není v graviditě zcela bezpečné, avšak u některých preparátů je riziko poškození plodu významně vyšší. V minulosti bývaly známým teratogenem hydantoináty. Je popsán jejich nepříznivý vliv nejen na fenotyp a psychiku, ale i na krvetvorbu. V průběhu léčby hydantoináty byla pozorována leukopenie až agranulocytóza nebo aplastická anémie. Antifolátový efekt hydantoinátů mohl vést k rozvoji megaloblastické anémie a popsána byla i trombocytopenie.

V současné době patří k rozšířeným antiepileptikům valproáty (valproát sodný a kyselina valproová), které jsou distribuovány pod firemními názvy např. Orfiril, Convulex, Depakine, Depakene, Absenor. V léčbě epilepsie jsou používány již více než 35 let. Vyznačují se širokým antikonvulzivním účinkem a relativně nízkým množstvím nežádoucích účinků. Nemají obvykle sedativní ani hypnotické účinky a neovlivňují intelektuální výkonnost. Kromě léčby epilepsie jsou valproáty používány s úspěchem také v léčbě migrény a psychiatrických onemocnění jako bipolární porucha, mentální anorexie, panická ataka či posttraumatická stresová porucha.

Valproát sodný je sůl kyseliny valproové, je konjugován v játrech a má krátký biologický

poločas. Valproát sodný zvyšuje syntézu kyseliny gama-aminomáselné (GABA) aktivací dekarboxylázy kyseliny glutamové, potlačuje degradaci GABA inhibicí dehydrogenázy sukcinylsemialdehydu, snižuje uvolňování kyseliny gama-hydroxymáselné. Zvýšená hladina GABA posiluje inhibici v CNS a má přímý postsynaptický účinek na sodíkové kanály neuromuskulární membrány. Valproáty ovlivňují přímo i mitochondrie, tím poškozují buněčný energetický metabolismus. Valproát sodný je z 80–90 % vázán na plazmatické proteiny. Je-li používán v kombinaci, může z této vazby vytěsňovat další léky a zvyšovat tak jejich toxicitu. Dlouhodobá léčba valproáty může vést k depleci karnitinu, poškození metabolismu mastných kyselin v mitochondriích a k hepatotoxicitě. Doporučená terapeutická hladina je 50–100 µg/ml, dostatečného efektu je však možno dosáhnout i při nižších sérových koncentracích, proto se dávkování léku řídí klinickou odpovědí na léčbu.

Valproáty mají 2–3× (podle některých zdrojů až 5×) větší teratogenní riziko než ostatní používaná antiepileptika. Kyselina valproová prochází placentou a její koncentrace u plodu je vyšší než u matky. Přesný mechanismus vedoucí k teratogenitě není dosud znám. V současné době se uvažuje zejména o ovlivnění buněčného pH, interferenci s embryonálním lipidovým metabolismem a metabolismem zinku. Riziko vrozených vývojových vad u dětí matek užívajících

valproáty je 6–9 % (udává se ale i 8–10 %). Ještě vyšší výskyt vrozených vad je při léčbě v kombinaci s jiným antiepileptikem.

■ Fetální valproátový syndrom

První literární údaje o teratogenním účinku valproátů pocházejí z roku 1980. Souhrnně soubor postižení plodu a novorozence – fetální valproátový syndrom (FVS) – popsal poprvé v roce 1984 di Liberti. V roce 1988 Ardinger upozornil, že minimálně dvě třetiny novorozenců s fenotypovými projevy FVS vykazují odchylky v psychomotorickém vývoji. Užívání valproátů neovlivňuje negativně průběh gravidity, nezvyšuje riziko porodu císařským řezem či riziko porodní asfyxie. Stejně tak není ovlivněna porodní hmotnost novorozence. Mikrocefalie bývá mnohem častěji spojována s jinými antiepileptiky (např. karbamazepinem), při monoterapii valproáty není zvýšený výskyt mikrocefalie popisován.

V časném poporodním období jsou u novorozenců matek léčených valproáty časté příznaky diskontinuálního syndromu zahrnující zvýšenou dráždivost, třes a hypotonii. Typicky se objevují mezi 12 a 48 hodinami po narození. Postižení novorozenci mohou mít také problémy s příjmem potravy a sklon k hypotermii. Tyto příznaky ustupují v průběhu několika hodin až dnů a jejich závažnost závisí na dávce valproátu podávaného matce.



Postižení novorozenci a kojenci mívají charakteristický vzhled obličeje. Typické je vysoké a úzké čelo s prominující metopickou suturou. Její předčasný srůst vede k rozvoji trigonocefalie, u části postižených je nutné časné operační řešení kraniosynostózy i před 6. měsícem věku. Obočí postižených dětí bývá tenké a klenuté, s chyběním nebo prořídnutím mediální části oblouku, bývají přítomny epikanty a kruhy pod očima. Nos je krátký, s širokým kořenem a antevertovanými nostrilami. Ústa jsou malá, s pokleslými koutky, bývá nápadný nepoměr mezi tenkým horním a silným dolním rtem, filtrum je vyhlazené a dlouhé. S přibývajícím věkem jsou tyto projevy obvykle méně nápadné. Výrazněji vyjádřená faciální dysmorfie bývá spojena s poruchami učení.

Fetální valproátový syndrom zahrnuje defekty nervové trubice, srdeční vady, rozštěpy rtu a patra, malformace urogenitálního traktu, tracheomalacii, vrozené vady končetin a defekty břišní stěny. Charakteristické je postižení středočárových struktur (tzv. fusion abnormalities), zahrnující defekty nervové trubice, rozštěpy patra, hypospadie, trigonocefalie a vzácněji kolobomy duhovky.

Riziko vrozených vad nervové trubice u plodu je při léčbě matky valproáty až 10× vyšší (1–2 %) než obecné riziko (0,2–0,5 %), závisí na dávce valproátu (obvykle až nad 1000 mg/den) a je dále zvýšeno při deficitu kyseliny listové a zinku. Typicky je postižena kaudální část páteře (poměr spina bifida: anencefalie je 33:1) a současně bývá většinou později přítomen hydrocefalus. Defekty páteře bývají kryty kůží, proto hladina alfafetoproteinu v plodové vodě nebývá zvýšená a prenatální záchyt vady závisí na pečlivém USG vyšetření.

Frekvence vrozených srdečních vad je zvýšena asi čtyřnásobně. Nejčastěji bývá diagnostikován defekt komorového septa, dále stenóza aorty či plicnice nebo perzistující Botalova dužej.

Výskyt rozštěpových vad obličeje je při prenatální expozici valproátům 5× vyšší než v běžné populaci. Charakteristický pro FVS je izolovaný rozštěp patra. Současný rozštěp rtu je častější při kombinované antiepileptické léčbě.

Vůbec nejčastěji bývá u případů FVS postiženo pohybové ústrojí (62 % vrozených vad

spojených s FVS). Typická je arachnodaktylie se vzájemným křížením prstů na ruce a nohou nebo postavení třetích prstů nohou mimo řadu (digiti infraducti). Časté jsou také defekty radiálního paprsku s krátkou nebo chybějící vřetenní kostí, chybějícím nebo naopak tříčlankovým palcem, preaxiální hexadaktylie a rozštěp ruky. Jednoznačně nejrozšířenější manifestací valproátového syndromu v oblasti pohybového aparátu jsou kontraktury malých kloubů ruky.

V oblasti urogenitálního traktu bývá mnohem častější výskyt hypospadie a retence varlat, zvýšené je i riziko vrozených vad ledvin (hypoplazie ledvin, hydronefróza, zdvojení dutého systému).

V předškolním a školním věku trpí děti s FVS kloubní hypermobilitou (až v 70 %), velmi časté jsou pedes plani. Poruchy zraku (myopie, strabismus) vyžadují pravidelné sledování, korekční léčbu či operační řešení. Zvýšený výskyt rekurentních otitid může vést k poruše sluchu.

Psychomotorický vývoj postižených dětí bývá výrazněji ovlivněn jen u nejtěžších případů. Obvykle je opožděn rozvoj řeči, a to jak v expresivní, tak i v perceptivní složce, je vhodná časná logopedická péče. Svalová hypotonie přítomná po narození obvykle brzy ustupuje, čemuž napomáhá správně vedená celková rehabilitace. V průběhu dalšího vývoje se stává výraznější koordinační porucha (porucha jemné motoriky, porucha koordinace oko – ruka), která se projevuje v běžných denních činnostech (oblékání, psaní, problémy při jízdě na kole, plavání), děti působí „nemotorným“ dojmem. Potíže bývají s nácvikem hygieny, děti déle potřebují pleny. Průměrné IQ dětí s plně vyjádřeným fetálním valproátovým syndromem bývá 80–90, přičemž horší výsledky mají ve verbální složce. Těžce postižené děti mohou mít IQ i jen kolem 30–40. Většina dětí má problémy s učením v důsledku poruchy koncentrace a hyperaktivity.

V sociální oblasti mívají zejména děti do pěti let problémy se zařazením do kolektivu. Autismus či poruchy autistického spektra se u dětí s fetálním valproátovým syndromem vyskytují téměř v 9 %. Jedná se pravděpodobně o důsledek poruchy časného embryonálního serotonergního neuronálního vývoje.

Různá exprese fetálního valproátového syndromu a další vývoj dítěte jsou ovlivněny nejen dávkou léku podávaného matce a dobou podávání (první trimestr), ale i kompenzací epilepsie během gravidity, socioekonomickou situací a inteligencí rodičů. Nepříznivým faktorem zvyšujícím riziko vzniku fetálního valproátového syndromu je deficit kyseliny listové, potencovaný sníženou aktivitou metylenetetrahydrofolát reduktázy (MTHFR), zejména při přítomnosti mutace C667T v genu pro MTHFR. Vzhledem k vyššímu výskytu valproátového syndromu u sourozenců je pravděpodobná určitá genetická predispozice.

■ Kazuistika

N. M. se narodila v Perinatologickém centru Fakultní nemocnice Plzeň v květnu 2012. Její 24letá matka byla 9 let léčena pro sekundární poudarovou epilepsii, v minulosti s přítomností generalizovaných záchvatů s křečemi. V době plánování první gravidity byla již 7 let bez epileptických záchvatů, na EEG však přetrvával patologický nálezn. Po domluvě s neurologem užívala matka během celé gravidity monoterapii natrium valproát (Absenor 300) v nezměněné dávce (300 mg/den). Vzhledem k asthma bronchiale užívala matka rovněž inhalační budesonid (Pulmicort). Matka byla nezařeznaná, otec dítěte pracoval jako dělník a byl zdrav.

Ve 14. týdnu těhotenství matka navštívila na doporučení gynekologa spádové genetické pracoviště, kde bylo provedeno sonografické vyšetření plodu s normálním nálezem. Vzhledem k anamnestickému údaji psychomotorické retardace nejasné etiologie u bratrance otce dítěte byla provedena v 17. týdnu gravidity amniocentéza. Před odběrem plodové vody bylo provedeno kontrolní sonografické vyšetření plodu, při kterém byla zjištěna multicystická dysplazie pravé ledviny plodu, jiné patologické nálezy nebyly popsány. Amniocentéza proběhla bez komplikací, následné cytogenetické vyšetření prokázalo normální ženský karyotyp plodu. V dalším průběhu gravidity byla při sonografických kontrolách plodu nalezena stacionární dilatace ledvinné pánvičky a ureteru vlevo. Vzhledem k patologiím uropoetického systému plodu byl porod dítěte směřován do Perinatologického centra FN Plzeň.



Po neúspěšné indukci byla v týdnu 39+3 porozena císařským řezem eutrofická holčička (porodní hmotnost 3470 g, porodní délka 48 cm, obvod hlavy 35 cm). Bezprostřední adaptace dítěte byla fyziologická (skóre podle Apgarové 10-10-10 bodů, pupečníkové pH 7,35). V klinickém nálezů byl po narození překvapením kompletní rozštěp tvrdého i měkkého patra. V dutině břišní v pravém mezo- a hypogastriu byla přítomna hmatná rezistence. Sonografické vyšetření potvrdilo prenatální nález multicystické ledviny vpravo, na levé straně byla nalezena zdvojená ledvina s dilatací kraniálního dutého systému a dilatovaným ureterem. Sonografické vyšetření mozku a orgánů dutiny břišní bylo bez patologie. Vzhledem k auskultačnímu nálezu srdečního šelestu bylo indikováno kardiologické vyšetření, které prokázalo hypertrofii komorového septa a mitrální a aortální insuficienci 1. stupně. V rámci celkového vyšetření byl proveden rentgenový snímek plic s normálním nálezem, rovněž dětský oftalmolog nezjistil při vyšetření očního pozadí žádnou patologii. Tranzientní evokované otoakustické emise se nám nepodařilo vzhledem k rozštěpové vadě v dutině ústní prokázat.

Během hospitalizace byly opakovaně kontrolovány ledvinové funkce, zpočátku vyšší hodnoty sérového kreatininu se postupně normalizovaly. Zjištěné hraniční hodnoty krevního tlaku na podkladě postižení ledvin nevyžadovaly vzhledem k zlepšující se tendenci zahájení antihypertenzní léčby. Vezikoureterální reflux nebyl během mikční cystoureterografie prokázán, moč byla opakovaně sterilní, proto nebylo indikováno zahájení zajišťovací léčby. Dítě bylo vyšetřeno genetickým konziliářem, který vzhledem ke komplexu somatických odchylek a vrozených vývojových vad (užší oční štěrby, rozštěp patra, výrůstky na gíngivách, VVV ledvin, echokardiografický nález) podpořil naše podezření na toxické poškození plodu medikací matky.

Pro nedostatečnou laktaci matky bylo dítě krmeno formulí Habermannovým dudlíkem. Pro línější pití byla prováděna orální stimulace a z důvodu mírné svalové hypotonie dítěte byla zahájena celková rehabilitace. Maminka pobyt na oddělení a odloučení od rodiny pro velkou vzdálenost od místa bydliště obtížně zvládala. Vzhledem k epilepsii matky bylo nutné edukovat i otce v ošetřování a krmení novorozence. Po 23denní

hospitalizaci bylo možno propustit holčičku do domácího prostředí.

Ve stáří 5 týdnů byla pacientka kontrolována dětským kardiologem ve FN Plzeň, který našel pouze lehkou systémovou hypertenzi bez známek zátěže levé komory, dále byla zjištěna nevýznamná stenóza pravé větve plicnice a drobné foramen ovale (FoA), nález na atrioventrikulárních chlopních se upravit k normě. Byly doporučeny pravidelné kontroly krevního tlaku v místě bydliště, antihypertenzní terapie nebyla dosud indikována. Poslední kardiologické vyšetření ve FN Plzeň bylo provedeno ve stáří 7 měsíců s přetrvávajícím nálezem filiformního FoA. Hodnoty krevního tlaku zůstávají uspokojivé, echokardiograficky nebyly detekovány známky zátěže levé komory. Dítě bylo předáno k dalšímu sledování na spádové kardiologické pracoviště.

Holčička je ve sledování Centra vývojové péče Neonatologického oddělení FN Plzeň. Během ambulantních kontrol bylo opakovaně prováděno sonografické vyšetření ledvin se závěrem multicystické dysplazie pravé ledviny a neprogredující dilatace kraniálního dutého systému zdvojené levé ledviny. V kaudální části ledvinového parenchymu levé ledviny byly detekovány drobné cysty, původně dilatovaný levostranný močovod již nebyl během kontrol zastižen. Biochemické parametry funkce ledvin jsou zatím opakovaně ve fyziologickém rozmezí. Scintigrafické vyšetření ledvin nebylo po domluvě s dětským urologem zatím indikováno.

Ve stáří 7 měsíců byla pacientka hospitalizována na spádovém dětském oddělení pro akutní pyelonefritidu s kulturačním průkazem *Escherichia coli*, provázenou elevací zánětlivých parametrů. Po této komplikaci bylo dítě ponecháno na zajišťovací terapii furantoinem a předáno do péče nefrologické poradny Dětské kliniky FN Plzeň.

Holčička má mírné známky faciální dysmorfie, dobře prospívá na hmotnosti, ale její psychomotorický vývoj je opožděný. Pro hypertenzní syndrom je rodiči prováděna celková rehabilitace, zatím bez výraznějšího zlepšení. Dítě bylo vyšetřeno na Klinice plastické chirurgie FN Královské Vinohrady a byla naplánována operativní korekce rozštěpu patra ve věku 9 měsíců.

V rámci ambulantního sledování bylo dítě znovu vyšetřeno genetikem, klinický obraz odpovídá možnému valproátovému syndromu. Další osud pacientky je nepříznivě ovlivněn závažnou vrozenou vývojovou vadou ledvin.

■ Závěr

Žádné antiepileptikum užívané během gravidity není zcela bezpečné. Při strategii léčby epilepsie u dívek a žen ve fertilním věku je vhodné volit léky s nejnižším možným rizikem poškození plodu, jako jsou v současné době lamotrigin (např. Lamictal) nebo levetiracetam (např. Kepra). Tyto preparáty jsou lékem volby při zahajování léčby epilepsie u dívek nad 13 let věku. V případě již zavedené antiepileptické léčby by mělo být snahou neurologa pacientku na tyto léky převést. Není-li to možné z důvodu špatné odpovědi na léčbu, pozorované zejména u generalizované epilepsie, je preferována alespoň monoterapie jiným antikonvulzivem.

Otěhotní-li žena léčená antiepileptikem s vyšším teratogenním rizikem, neměla by se léčba během gravidity z důvodu možného zhoršení epilepsie měnit. Antiepileptikum by mělo být podáváno v co nejnižší účinné dávce a pokud možno v několika denních dávkách k zamezení kolísání hladin léku, čímž se sníží teratogenní riziko.

Je třeba zdůraznit, že riziko poškození matky a plodu během opakovaných epileptických záchvatů během gravidity převyšuje teratogenní riziko všech v současnosti užívaných antiepileptik.

Ke koncepci žen epileptiček by v ideálním případě mělo dojít plánovaně v období dobré kompenzace onemocnění. Prekoncepčně je doporučováno minimálně šestitýdenní podávání vysokých dávek kyseliny listové (4 mg/kg/den). V jejím podávání je vhodné pokračovat minimálně během prvního trimestru, nebo až do porodu (kontinuální vývoj mozku plodu). Edukace dívek epileptiček ohledně budoucí gravidity či používání antikoncepce je záležitostí nejen neurologa či gynekologa, ale i praktického lékaře pro děti a dorost.

Literatura u autorek.



Interdisciplinární výpomoc rodičům dítěte s postižením

**MUDr. Pavel Biskup, MUDr. Ludmila Pádrová, PhDr. Renata Staňková,
Mgr. Pavla Rojová, Eva Pokorná**

Dětské centrum Strančice, příspěvková organizace

Systém péče o dítě v České republice je ze zákonů vyplývající proces, který definuje jak zdravotní služby pro fyziologicky se vyvíjející dítě v biologické rodině, tak zajištění péče o dítě se zdravotním anebo sociálním handicapem. V současné době Česká republika nepodporuje umisťování dětí do institucionální péče. Při řešení potřeb dětí se zdravotním postižením je tak mnohdy aplikováno jen hledisko zajištění adekvátních zdravotních služeb. Většina dětí s postižením se proto umisťuje do ústavní péče, protože rodiče nevydrží o handicapované děti trvale pečovat. Transformace ústavní péče by měla být charakterizována preferenční péčí v náhradních rodinách, pokud to celkový vývoj dítěte umožňuje. Umisťování dětí do ústavů by mělo být jen v případech mimořádných, to znamená u dětí s velmi těžkým handicapem.

Konkrétním příkladem jsou změny v umisťování dětí do Dětského centra Strančice. Toto zdravotnické zařízení je v současné době specializováno na péči o děti s hendikepem. Děti jsou přijímány většinou na žádost rodičů, kteří dostávají informaci o tomto zařízení v porodnici, na jednotce intenzivní péče klinik či od praktického lékaře pro děti a dorost.

Typickým příkladem umístění je:

- dítě s vážným zdravotním problémem přicházející z kliniky (rodiče se na péči o něj necítí, nebo ji v domácích podmínkách zvládat nemohou),
- dítě s vážným zdravotním problémem přicházející z domácího prostředí na žádost rodičů (rodina již péči nezvládá a potřebuje úlevový pobyt),
- dítě s vážným zdravotním problémem přicházející z domácího prostředí na žádost rodičů (při narození zdravého sourozence, kterému se musejí věnovat).

Po dohodě s rodiči preferujeme různé formy stacionárních pobytů, např. 5 dní stacionář a 2 dny doma nebo týden stacionář a týden doma. V současné době již máme například

klientelu dětí, které jsou zde ošetřovány jen v době rodinné dovolené.

Čím dál, menší skupinu tvoří děti přijímané čistě z důvodů sociálních:

- dítě se zdravotním problémem či bez něj, přicházející z rodiny na žádost lékaře či sociálních pracovníků (dítě týrané, zanedbávané),
- dítě zdravé, přicházející přímo z porodnice, pokud se matka před porodem rozhodla pro svolení s adopcí. Kojenec pak „čeká“ na další sociálně-právní úkony minimálně 6 týdnů, to je doba, kdy matka své rozhodnutí může změnit. A stává se to!

Kdo se zabývá problematikou života dětí s handicapem, je mu známo, že péče o ně musí být komplexní a trvalá. Je to především péče rodičovská, lékařská, zdravotně-ošetrovatelská, speciálněpedagogická, sociální a rehabilitační. Zdravotní problematika, se kterou se při péči o děti v Dětském centru Strančice setkáváme, je velmi širokospektrální. Z mnoha diagnóz jmenujme děti s dětskou mozkovou obrnou, s genetickými vadami, děti s mentálních retardací, děti s různými syndromy, děti čekající na transplantaci různých orgánů, ale i předčasně narozené děti z umělých oplodnění, u kterých se „něco“ nepodařilo (jsou slepé, hluché, s psychomotorickou retardací).

Pro představu vypisujeme obsah realizované širokospektré rehabilitační péče. Rehabilitační péče zahrnuje individuální cvičení na neurofyziologickém podkladě. Především reflexní lokomoci dle V. Vojty, dále bazální stimulaci (v té je proškolen veškerý personál), hydroterapii (všechny pokoje jsou vybaveny hydromasážní vanou), různé facilitační postupy, masáže, cvičení v zařízení RedCord, dále cvičení na velkých míčích, nácvik chůze s různými pomůckami (u starších), polohování na lůžku i ve speciálních, na míru konstruovaných tělových ortézách. Dále pak dechová cvičení a respirační handling, orofaciální stimulaci, rela-

xaci či stimulaci ve Snoezelen terapii a poskytujeme různá pasivní cvičení zabraňující vzniku kontraktur. Za velmi významnou část péče považujeme klimatoterapii, tedy pobyt ne na lůžku, ale v přírodě, na čerstvém vzduchu. Všechny zmíněné metody se vhodně kombinují, dle stupně a typu postižení, samozřejmě na základě konzultací s klinickými specialisty.

Každé dítě je fyzioterapeutem vyšetřeno a jsou u něj stanoveny cíle a plán k jejich dosažení. Každodenní péče se pak odvíjí od aktuálního zdravotního stavu a případně i psychického naladění. Tím je péče limitována a směřována. Problematika, kterou zde řešíme, je většinou velmi závažná, a tak úspěchy rehabilitační a další jsou pro laika mnohdy jen málo patrné. My jsme se však naučili radovat i z úspěchů malých: lépe se mu dýchá, snadněji se vyprázdní, akceptuje určitou polohu, usměje se, už natáhne nohy, nebo naopak pokrčí nohu, otočí hlavu i na druhou stranu, v těch nejlepších případech – hurá – začal chodit.

V současné době je hlavním trendem v péči o dítě s hendikepem snaha zlepšovat a stabilizovat zdravotní stav dítěte. A pokud je to možné, umístit dítě v co nejkratším čase do domácí péče. Zásadou je tedy spolupracovat s rodinou dítěte a být nápomocní těm, kteří se rozhodli pečovat o dítě doma a potřebují podporu.

Snaha spolupracovat s rodinou je z naší strany jednoznačná. Víme, že rodina péči nemůže sama zvládnout a potřebuje pomoc. Často u nás končí zcela vyčerpaní rodiče (citujeme): „Celých 24 hodin odsávám po 10 minutách, sleduji, zda dýchá, chci se také věnovat druhému, zdravému dítěti, ale nestíhám to, už prostě nemůžu...“ Dovedete si to představit? Nelze se divit rodičům, kteří jsou svým osudem velice zraněni, teprve svou bolest zpracovávají a síly na celodenní domácí péči prostě zatím nemají.

Pokud se ošetřování dítěte rozloží mezi více lidí, kteří si mezi pracovními směny



mohou odpočinout, nabratsil, aby pak znovu a znovu zvládali den i noc být připraveni zasáhnout, když je třeba, je vidět efekt léčby velmi rychle.

Děti patří ke svým rodičům, avšak narození dítěte s postižením je vždy v první fázi po oznámení tohoto faktu velkou zátěží. Rodiče jsou zoufalí, dítě odmítají, případně se obviňují navzájem, kdo za to může. Úkolem zdravotníků je docílit přijetí postiženého dítěte do rodiny a na druhé straně pomoci této rodině. To se týká především léčby dítěte, jeho výchovy a výhledů do budoucnosti. Profesionální pracovníci a rodiče by se měli mezi sebou dohodnout, zda budou dítěti pomáhat po celý život a jaké jsou reálné možnosti při práci s jejich dítětem.

Je třeba respektovat, že v prvních dnech po narození nelze u všech těchto dětí zcela odhadnout jejich vývoj a jeho možnosti. Ty se během života mohou měnit.

V životě je jen málo problémů, které by narušily život rodiny tolik jako narození dítěte s postižením. Vznikají pocity zklamání a beznaděje, které jednoznačně ohrožují jednotu rodiny. Problémy jsou zdrojem permanentního stresu v rodině. Selhávání rodiny má zpětně špatný vliv na vývoj dítěte. Proto je třeba odbornou péči o celou rodinu dítěte s postižením považovat za prioritní prevenci možných problémů v její komunikaci teď, ale i v budoucnu.

Těžkosti začínají již při narození dítěte s postižením. Postupem času se situace v rodině často vyhroutí tak, že si matka klade otázku: „Manžel, nebo dítě?“

Životní potřeby dítěte s postižením vyvolávají takové situace, které zdravé dítě vytvoří zřídka. Někteří rodiče reagují na situaci stažením se do sebe, jindy se manželství společně sdíleným břemenem paradoxně upevní. Na to však nelze spoléhat. Otcové často považují životní břemeno za převeliké, utíkají do své práce, ke koníčkům, případně ale také do nových vztahů. Matka dítěte prožívá to, že ji muž nepodporuje, jako zradu a uzavírá se do svých starostí. Citové ochladnutí muže, vyvolané stálou duševní a tělesnou přetížeností ženy, vede ke krizovým stavům a následně k rozpadu manželství.

Dalším, kdo nese břímě narození dítěte s postižením do rodiny, jsou jeho sourozenci. Důležitý je postoj rodičů vůči postiženému sourozenci, protože jak se k dítěti chovají rodiče, tak se budou k dítěti chovat

jeho sourozenci. Tedy tak, jak matka a otec přijmou takové dítě – buď samozřejmě a dobrosrdečně, anebo přehnaně ustaraně či bezradně v rozpacích. Jestliže se rodiče za postižení svého potomka stydí nebo je bagatelizují, ani okolí nezíská k dítěti přirozený vztah. Někdy však péče o postižené dítě zaměstnává rodiče natolik, že zanedbávají péči o své ostatní, zdravé děti. Ty se pak cítí ostrčené a přirozeně mohou i žárlit.

Prevencí těchto případů je pomoc rodině s postiženým dítětem zvenku. To znamená různými službami, odlehčením, až po umístění dítěte v instituci. Toto umístění naprosto nemusí být trvalé, ale pouze jako výpomoc rodině. Znamená to domluvu rodičů s institucí. Vždy záleží na dohodě, jaký typ pobytu je pro dítě nejvhodnější a jaká délka pobytu rodině odlehčí a pomůže. Pro rodiče i sourozence dítěte s postižením je důležité nejdříve si takové zařízení prohlédnout a získat k němu důvěru. Teprve potom je možno o umístění dítěte uvažovat. Rodina se může domluvit na umístění občasném, denním, týdenním. Vždy je potřeba jednat individuálně, vždy záleží na aktivitách rodiny, dalších sourozencích, ale i povolání rodičů.

Zařízení mohou obvykle rodičům nabídnout zdravotně-sociální a ošetrovatelské služby, bez toho, aby s dítětem museli objíždět různé odborníky. Čím je dítě mladší, tím snáze si zvyká na krátké odloučení od rodiny, rodičům se tím uleví od permanentní 24hodinové „služby“. Při dobré spolupráci s rodinou zůstává zachován vztah s dítětem. Co je však důležité a je to pravidlem, že rodina pak zvládá péči lépe a nerozpadá se. Na příkladu dvou kazuistik uvádíme diagnózy, se kterými máme zkušenost, a zároveň jak jde skloubit spolupráci rodiny s institucí:

■ Dítě A. Z.

nar. 2010, matka – zdráva, nar. 1979, otec – zdrav, nar. 1979

Základní diagnóza: kongenitální artrogrypóza, centrální hypokortikalismus, parciální diabetes insipidus, smíšený hypotonický syndrom, psychomotorická retardace, fatální stigmatizace, centrální porucha zraku a sluchu.

Dítě bylo opakovaně hospitalizováno na klinice – kompletně geneticky vyšetřeno prenatálně i postnatálně s určením karyotypu, následně pro neprospívání zavedena nazogastriká sonda. Dispenzarizováno na různých odborných pracovištích dětských

klinik, např. endokrinologii, neurologii, na očním oddělení, ortopedii.

Rodiče si jednotlivá vyšetření zajišťují sami. Epikríza:

V rámci pobytu v D.C.Strančice je pravidelně monitorována glykémie, zajištěna aplikace léků, včetně injekcí, odsávání hlenů, rehabilitační cvičení a polohování. Na počátku pobytu dítě krmeno sondou, v současném období již přijímá kašovitou stravu, která je podávána lžičkou. V rámci pobytu poskytujeme muzikoterapii, bazální stimulaci, fyzioterapeutickou péči dle V. Vojty včetně cvičení na míči a protahování.

Ve vzájemné spolupráci s rodiči jsou zajišťovány rehabilitační pomůcky (sedačka).

SA: V osmi měsících věku dítěte nás rodiče navštívili, sdělili své potřeby a představy vzájemné spolupráce. Po vzájemné domluvě dítě pobývá týden v zařízení a týden v domácím prostředí. V tomto případě pomáhají i prarodiče. Vzájemná spolupráce trvá doposud, rodiče se psychicky uvolnili. V současném období se jim narodilo další, zdravé dítě.

■ Dítě D. Š.

nar. 2002, matka – zdráva, nar. 1973, otec – zdrav, nar. 1973, sourozenec nar. 2000 – zdrav

Základní diagnóza: bronchopulmonální dysplazie, hypoplazie a dysplazie plic, hypoplazie pravé plicní větve, atelektáza plicní vpravo, dextropozice srdce, atrofie mozku, těžká psychomotorická retardace, retinopatie NNPH, st.p. recidivujících pyelonefritidách, st.p. zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG).

Epikríza:

Na počátku pobytu byl nutný trvalý přívod kyslíku, bronchodilatační léčba, opakované odsávání hlenů z HDC i DCD, inhalace, rehabilitace dýchacích cest, Vojtovo reflexní cvičení, relaxační cviky, polohování, krmení a péče o PEG. V současném období oxynoterapie jen sporadická, monitoring funkcí a stavu dítěte.

SA.: Rodiče navštívili zařízení v roce 2005. Po třech letech věku dítěte cítili potřebu řešení rodinné situace. Zdravotní stav dítěte vyžadoval neustálý dohled jednoho z rodičů, to vedlo k limitaci **společného (odpočinkového) života** se zdravým sourozencem. Dosud to možné nebylo. Jak sami popsali, došlo k vzájemnému odcizování. Manželé ještě asi rok prožívali vážnou partnerskou krizi. V tomto období využívali častější krátkodobé pobyty dítěte v zařízení. Ve věku 6let



věku dítěte začali využívat speciální zařízení – denní stacionář. V období zimních a letních prázdnin rodiče využívají možnost celotýdenního pobytu dítěte v zařízení.

■ SNOEZELLEN

Pod tímto cizím slovem se skrývá jedno z velice příjemných míst v Dětském centru Strančice, svým vybavením unikátní.

Představte si ztemnělou místnost, na stěnách vidíte příjemně světlé smetanové barvy. V místnosti cítíte příjemnou nevtíravou vůni a slyšíte poklidnou tichou hudbu. Po chvíli váš zrak zachytí na stěnách pohyb netradičních světelných efektů, jsou to například letící motýli, padající kapky nebo měnící se velké obrazy. Děti zde leží na vod-

ním vyhřívaném lůžku či se nechávají hýčkat doteky hebkých polštářů. Vše je dovoleno, vše vybízí a podněcuje dítě ke zkoumání, pousmání, relaxaci.

Pojem Snoezelen vznikl kombinací dvou holandských slov „snuffelen“ (čichat, zkoumat) a „doezelen“ (odpočívát, relaxovat). V anglicky mluvících zemích se rozšířil pojem „multisensory environment“, tedy multisenzorické, vícesmyslové prostředí. Zde jsou komplexně oslovovány smysly dětí – sluch, zrak, čich, hmat, chuť a rovnovážný aparát. Pro děti s různými stupni mentálního postižení je takové prostředí na jedné straně velice podnětné a na straně druhé i relaxující. Pozitivními výsledky jsou, kromě rozvoje smyslového vnímání, zlepšení schopnosti relaxace a uvolnění se, rozvoj poznávání, emocionality, komunikace, kreativity, sni-

žení agresivního, ale také autoagresivního chování, redukce stresu a stereotypního chování, zvýšení spontaneity a zlepšení vztahu dětí a terapeutů. V našem zařízení realizují pobyt ve Snoezelenu speciální pedagožka, fyzioterapeut a zdravotní sestry. S každým zde pracujeme individuálně, je nutné vycházet z konkrétních potřeb jednotlivých dětí. Vnímáme, co se komu líbí a co ne, a podle toho se přizpůsobí hudba, vůně, poloha dítěte, délka pobytu i užití některého z mnoha nabízených světelných efektů. Snoezelen je založen na nedirektivním přístupu, kdy poskytneme jednotlivci čas, prostor a příležitost užít si prostředí vlastním tempem a způsobem, bez očekávání ze strany druhých.



Dr. Wolff's acne attack

- **Nový** zdravotnický prostředek pro léčbu akné
- **Účinnost klinicky prokázána¹**

- Princip účinku krému Dr. Wolff's acne attack spočívá v puřovací schopnosti obsažených ovocných kyselin a jejich solí (obsah 10%). Dochází tak ke snížení pH na kůži a k omezení růstu akneformních bakterií.
- Aplikace 1x denně krému Dr. Wolff's acne attack významně zlepšuje stav pokožky většiny pacientů s běžnými formami akné už za 6,5 týdne¹
- Díky vynikající snášenlivosti je možné i dlouhodobé používání zdravotnického prostředku Dr. Wolff's acne attack

¹ Kraszús A (2006). Data on file Dr. A. Wolff



Praktické zkušenosti s hypoalergení kojeneckou výživou v ordinaci dětského lékaře

MUDr. Marie Stluková

Praktický lékař pro děti a dorost

Hypoalergenní kojenecká výživa je pro mne tématem, kterým se ve své praxi zabývám již 17 let – prakticky od jejího uvedení na českém trhu.

O mateřském mléku víme, že v prvních měsících života dítěte redukuje riziko alergických onemocnění, a takto ho chápeme jako hypoalergenní. Víme, že v rodinách s pozitivní alergickou anamnézou jsou děti ohrožené určitými stupni alergií, ale že i u dětí s negativní rodinnou alergickou anamnézou se může v průběhu života objevit různá forma či stupeň alergie. A i přes všechna tato „zjištění“, se kterými umíme pracovat, nás pediatrii stále trápí opakovaná nemocnost dětí. Zvláště pak opakující se komplikovaná nemocnost dýchacích cest.

Předmětem tohoto článku tedy nebude výčet H.A. formulí, ani popis systému H.A. výživy. Chci se zaměřit na pozitivní a negativní zkušenosti s prací s hypoalergení dětskou výživou tak, abychom si snáze mohli určit, zda úsilí, práce a zkoumání s ní spojené, má adekvátní význam.

Geografická oblast mé praxe je spojena s městečkem, ležícím v přírodní kotlině, kterážto velmi negativně ovlivňuje nemocnost dýchacích cest mých pacientů. Masivní využívání tuhých a zvláště nekvalitních paliv k vytápění, spojené v neposlední řadě s neúnosnou frekvencí automobilové dopravy vytváří v naší kotlině prostředí, které mi do dnešní doby nedovolilo zmírnit můj zájem o zlepšení obranyschopnosti mých pacientů.

V této souvislosti jsem se začala zajímat i o systém hypoalergenní výživy, ale mé počáteční nadšení novým způsobem boje proti nemocnosti však brzy skončilo neúspěchem. A sice úplnou nedůvěrou matky dítěte, které se narodilo jako třetí v rodině s významně pozitivní alergickou anamné-

zou. Matka dítěte trpěla silným atopickým ekzémem, jedna ze starších sester astma bronchiale a druhá ze starších sester potravinnou alergií na ovoce – OAS. Ve věku 2 měsíců dítěte matka přestala kojit a rozhodla se dítěti neposkytnout mnou navrhanou formuli Beba H.A. 1. Důvodem byly protichůdné informace, které matka získala u jiných odborníků, mimo jiné od lékárníka a imunoalergologa. To mi na čas sebralo odvahu aktivně se zabývat H. A. výživou. To mě dodnes mrzí, protože z dnešního pohledu jsem přesvědčena, že alergie, které byly součástí rodinné anamnézy pacientky, tedy: astma bronchiale, potravinová alergie – OAS a atopický ekzém, a které u pacientky později skutečně propukly, by bylo možno za přispění H. A. výživy pozitivně ovlivnit.

H. A. výživu ale díky narůstajícímu objemu pozitivních informací nešlo i přes počáteční negativní postoje matek ignorovat.

Považuji za samozřejmost maximální podporu kojení, ale osvědčilo se mi informovat o možnosti podání H. A. mléka již při prvním kontaktu s matkou a dítětem, aniž bylo dosud jasné, zda bude nutno k alternativnímu způsobu výživy přistoupit – hlavní přísadou k úspěchu se ukázala má aktivita. Naučila jsem se informovat matky zavčasu – tak, aby měli dostatek času si vše svobodně rozmyslet a dojít ke správnému rozhodnutí v podstatě samy, a komplexně – tak, abych je pro jejich rozhodování vybavila dostatkem argumentů. Za podstatné k tomuto považuji vybudování důvěry mezi lékařem a matkou. Další důležitou věcí je podpořit sebevědomí matky, aby zvládla zdravě odolat protichůdným argumentům, například od rodinných příslušníků, hlavně starší generace, která s touto formou výživy logicky nemá žádné zkušenosti. Tím, že matky o možnosti H.A. výživy informuji při první možné příležitosti, jim dávám dostatek času, aby na mě mohly vznést dotazy a ujasnit si nesrovnalosti.

Tímto způsobem se mi podařilo nastartovat vlnu přijetí H. A. výživy a k H. A. výživě

mléčnou formuli matky postupně přijaly i zavádění systému H. A. příkrmů v druhém půlroce života. Matkám poskytuji informační materiály o výživě dítěte do prvního roku poměrně brzy. Již při preventivní prohlídce v 6. týdnu či 3. měsíci. Téměř při každém kontaktu s matkou, hlavně při preventivních prohlídkách, věnuji dostatek času tomu, aby mi matky samy sdělovaly, jakou výživu dítě má, jak ji toleruje a co nového má dítě do jídelníčku zařazeno, pakliže již dosáhlo druhého půlroku života. Tento dialog je významný v tom, že utvrdí matky ve správnosti zvolené výživy a pomáhá vyvarovat jejímu neuváženému vysazení. Nezapomínám matky opakovaně chválit, což má opět výsledky na jejich sebevědomí a chuti o své dítě maximálně pečovat.

Je nutno přiznat, že tento velmi osobní způsob péče je časově velmi náročný, ale má své výsledky. Odměnou je spokojenost při tříleté prohlídce, kdy s matkou společně zjišťujeme, že dítě je bez atopického ekzému, dosud nebylo nemocné, nebo onemocnělo jen několika banálními infekty horních cest dýchacích. A to převážně v případech podávání formule H. A. Beba.

Z mé osobní statistiky vyplývá, že děti s hypoalergenní výživou jsou na tom zdravotně významně lépe. Výsledky jsou velmi dobře pozorovatelné. Stává se, že mi matky při druhém dítěti samy sdělují, že jsou předem rozhodnuty pro H. A. mléčnou formuli při nedostatku mateřského mléka a dokonce eviduji případ, kdy si matka sama nakoupila zásobu H.A. mléka ještě před porodem, kdyby došlo ke komplikacím s kojením již v porodnici.

Praktické zkušenosti s H. A. výživou, včetně mléčných formulí, nemohu v rámci své praxe hodnotit jinak než pozitivně.

Hydrolyzát v BEBA H.A., jediný originál již 25 let!



- ✓ BEBA 1 H.A. – nejvíce klinicky testovaná – snižuje riziko atopické dermatitidy v 1. roce života o více než 50 %
- ✓ Ochranný účinek je potvrzen až do 6. roku věku dítěte
- ✓ Ochranný účinek potvrzen studií GINI, 2 meta-analýzami a dalšími uznávanými klinickými studiemi
- ✓ Dobrá chuť a rozpustnost, praktické balení



Důležité upozornění: Mateřské mléko představuje nejlepší způsob výživy kojence chránící jeho zdraví. Světová zdravotnická organizace (WHO) doporučuje výhradní kojení nejméně do 6. měsíce věku dítěte. V případě přerušení kojení musí být matka informována o zdravotních, sociálních a finančních důsledcích takového rozhodnutí.

**Účinná prevence
atopické dermatitidy**



Ze světa odborné literatury...

■ Hladina glukózy u žen v graviditě u nepoznaného pregestačního diabetu nebo gestačního diabetu a kardiometabolické riziko pro jejich děti v 7 letech věku

Smyslem sdělení bylo určit asociaci mezi hladinami glukózy u žen u nepoznaného pregestačního nebo gestačního diabetu a na to navazující kardiometabolické riziko u jejich dětí. Longitudinální studie 211 dětí Američanek mexické národnosti s nepoznaným diabetem v graviditě. Hodnoty cholesterolu, triglyceridů, krevního tlaku systolického i diastolického a obvodu pasu v 7 letech věku byly v určité korelaci s předchozími zvýšenými hodnotami glykémie v graviditě. Důsledky uvedeného onemocnění matky v graviditě pro fetus a pozdní morbiditu jsou zcela evidentní a představují obezitu, diabetes, hypertenzi a také pozdější rozvoj srdečního onemocnění. Narušená a neléčená glukózová tolerance v graviditě má pro dítě kardiometabolické následky.

J. Pediatr. 2012;161(6):1016-1021

■ Poměr mezi váhovým přírůstkem a kardiometabolickými abnormalitami u dětí a adolescentů

Otázkou autorů bylo, zda poměr vzestupu hmotnosti je v relaci s kardiometabolickými riziky. Zdraví, 7-17letí risperidonem léčení pacienti (105, z toho 88 % chlapců) byli antropometricky vyšetřováni, byly jim měřeny tlaky a prováděna laboratoř. Historie růstu a váhy vycházela ze zdravotních záznamů. Vzestup váhy se také poměřoval s BMI. Po 1,9 roku trvající léčbě risperidonem bylo posuzováno absolutní zvýšení váhy i BMI u tohoto vzorku pacientů. Tyto změny byly asociovány s hodnotami glykémie, C peptidem, indexem inzulínové rezistence, HDL cholesterolem a skórem metabolického syndromu. Dále pak se změnami hodnot adiponektinu i vysoce senzitivního C reaktivního proteinu. „latrogenní“ váhové přírůstky mohou sloužit jako model, zvláště když zvýšení hmotnosti je rychlé.

J. Pediatr. 2012;161(6):1010-1015

■ Plazmatický follistatin-like protein je zvýšený při Kawasakiho nemoci a může predikovat formace koronárních aneurysmat

Kawasakiho choroba (KD) je hlavní příčinou aneurysmat koronárních arterií v dětském

věku. Etiologie zůstává stále neznámá. Jedná se zřejmě o kombinaci infekčního zánětu a vaskulitidy u disponovaných jedinců. Incidence aneurysmat poklesla s léčbou intravenózními imunoglobuliny. Aneurysmata se přesto vyvíjejí u 5 % léčených pacientů ve srovnání s 25 % neléčených. Follistatin-like protein 1 (FSTL 1) je extracelulární glykoprotein, který byl klonován z osteoblastů. Je secernován mj. i kardiálními myocyty. Má roli v revaskularizaci skeletální svaloviny po ischemickém poškození. Bývá zvýšený při srdečním selhání. Po úpravě se vrací k normě. FSTL 1 může mít prozánětlivý efekt. Proto v práci zjišťovali jeho korelaci s KD. Byl měřen u 48 pacientů s KD v čase diagnózy, 2 a 6 týdnů a 6 měsíců po začátku KD. Byl srovnáván s hodnotami u 23 kontrolních subjektů. Plazmatický FSTL 1 byl významně zvýšen u pacientů s akutní KD. Hladiny zůstávaly ještě zvýšené ve 2 týdnech po začátku nemoci, ale vrátily se k hodnotám kontrolní skupiny do 6 měsíců. 7 pacientů s aneurysmaty mělo velmi výrazně zvýšené hodnoty v čase diagnózy oproti pacientům bez těchto komplikací.

J. Pediatr. 2012;161(1):116-119

■ Neonatální herpes následující antenatální antivirovou supresivní terapii matky

Cílem bylo popsat infekci virem herpes simplex (HSV) u novorozence, jehož matka dostávala supresivní antivirovou terapii pro HSV infekci. Shromáždili celkem 8 dětí s neonatální HSV nemocí, která následovala po mateřské antivirové léčbě během gravidity. Všechny 6 matek těchto dětí infikovaných HSV mělo pozitivní výsledek screeningového vyšetření streptokoka skupiny B. Jedna matka nebyla testována a jedna měla genitální papilomatózní virovou infekci. 6 matek mělo první klinické epizody genitální HSV infekce během gravidity. Perinatální přenos HSV byl pozorován u 7 dětí. Sedm z osmi pacientů bylo narozeno v termínu, z toho 6 děvčat. V 7 z 8 případů byla diagnóza provedena 8. den věku. Pět dětí mělo oční, kožní příznaky a poškození mukózních membrán, dvě pak poškození CNS a jedno mělo intrauterinně diseminované onemocnění.

Supresivní terapie matky není prevencí neonatální HSV infekce. Ta se zákonitě manifestuje vždy v prvním měsíci života. Může probíhat ve třech formách. Jednak jako diseminované onemocnění postihující viscerální orgány s poškozením nebo bez poškození kůže a mozku, dále pak ve formě postihující CNS s kožní lézí nebo bez ní, a nakonec jako onemocnění limitované

poškozením kůže, očí, mukózních membrán nebo sliznic. Americká gynekologická společnost doporučuje rekurentní HSV supresivní antivirovou terapii začít léčit kolem 36. týdne gestace a mnohdy se přimlouvá za provedení císařského řezu u aktivních lézí.

J. Pediatr. 2012;161(1):134-138

■ Srovnání beta-laktamové monoterapie a kombinační terapie beta-laktamovým antibiotikem s makrolidem u dětí s komunitní pneumonií

Děti hospitalizované s komunitní pneumonií ve věku 1-18 let dostávaly beta-laktamová antibiotika samotná anebo v kombinaci s makrolidy. Bylo posouzeno přes 20 000 pacientů. Většinou byl původcem *Streptococcus pneumoniae*. U starších dětí právě pro častou přítomnost *Mycoplasma pneumoniae* je přidáván makrolid. Ukázalo se, že zvláště školní pacienti by měli dostávat kombinovanou léčbu. Zkracuje pobyt v nemocnici, neovlivní však opětovné přijetí.

J. Pediatr. 2012;161(6):1097-1103

■ Léčba rekombinantním růstovým hormonem během dětství je spojena se zvýšením nitroočního tlaku

Indikací pro léčbu rekombinantním růstovým hormonem je jeho deficit, dále idiopatický malý vzrůst, intrauterinní růstová retardace, chronické renální selhání, Praderův a Turnerův syndrom. Většinou podáván relativně krátkou dobu, ale i po dobu deseti let i více, zvláště při prvním udávaném deficitu.

Byla zde porovnávána asociace mezi skupinou léčenou rekombinantním růstovým hormonem v posledních 12 měsících, skupinou dětí před léčbou a skupinou s normálním nitroočním tlakem zcela bez léčby. Léčená skupina zahrnovala 55 dětí, kontrolní 24 dětí. Střední věk byl 11 let. Průměr délky léčby byl 37 měsíců a střední průměrná dávka hormonu 0,04 mg/kg/den. Nitrooční tlak byl signifikantně zvýšen u skupiny léčené na hranici významnosti 0,001. Nitrooční tlak byl korelován s dávkou i dobou léčby.

J. Pediatr. 2012;161(6):1116-1119

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



Aktuality...

■ **Lékaři pijí, protože je ničí stres, říkají odborníci**

Za poslední tři týdny řešili policisté v Praze tři případy, kdy lékař ordinoval pod vlivem alkoholu. Odborníci mluví o problému, za nímž stojí především stres lékařů. Česká lékařská komora by zase ráda získala od zákonodárců do ruky nástroj, aby mohla nedisciplinované lékaře účinně trestat. Příklad z konce letošního března: Na sedmapadesátiletého lékaře z polikliniky v Praze 8 volají pacienti policii. Mají podezření, že ordinuje opilý. Lékař poté nadýchal 2,4 promile. Policisté navíc zjistili, že za stejný prohřešek byl stíhán už loni. Příklad druhý: Pětapadesátiletá pediatrička z Prahy 4, která začátkem dubna dívce s kožní vyrážkou údajně předepsala kapky do nosu. Dechovou zkouškou jí naměřili 0,94 promile. Tentýž den ve stejné městské části osmapadesátiletý psychiatr potvrdil, že požil alkohol. Dechovou zkoušku i odběr krve však odmítl. Jiný známý případ se v hlavním městě stal loni v červenci, kdy policisté zadrželi lékaře a sestru na pohotovosti Nemocnice Na Bulovce. Ti v ordinaci slavili narozeniny, přestože v čekárně byli pacienti. Lékař už v nemocnici nepracuje, sestra vzhledem k tomu, že oficiálně byla zaměstnána na jiné pozici, dostala vytýkáci dopis a bylo jí sebráno osobní ohodnocení.

Proč tito vysokoškolsky vzdělaní lidé, kteří se všeobecně těší úctě, svým chováním ohrožují pacienty a riskují pobyt za mřížemi? Podle odborníků za to může napětí. „Stres je základní faktor, který tu hraje roli. Lékaři, kteří stále žijí v napětí, se potřebují uvolnit. A alkohol jim v tom pomůže. Ale následky jsou špatné,“ tvrdí psycholog Karel Humhal. Dodává, že stresující je hlavně jejich styl práce, služby a podobně. „Když se to zjednoduší – alkohol je něco jako drogy a léky. A spousta lékařů si řekne, že alkohol je lepší než ty léky,“ dodává Humhal. Podobně hovoří Karel Nešpor, psychiatr a odborník na závislosti. „Nechci to převádět do morální polohy, ale je třeba si uvědomit, že lékaři stejně jako kdokoliv jiný mají mozek a ten je prostě zranitelný návykovými látkami,“ říká Nešpor a dodává: „Lékař má často alkohol zadarmo, od pacientů. A jeho dostupnost na pracovišti plus stres – to není dobrá kombinace. Pokud něco způsobí, tak následky jsou pro něj samozřejmě mnohem závažnější, než když v továrně dělník vyrobí zmetek.“

ČLK: Nemáme účinný nástroj

Lékařům, kteří ordinují pod vlivem alkoholu, hrozí trest vězení od šesti měsíců do tří let, peněžní trest nebo zákaz činnosti. Ale třeba Česká lékařská komora (ČLK) může takovému hříšníkovi pouze udělit důtku. Proto chce mít na opilé lékaře páku. „Samozřejmě, že se nám nelíbí, co se děje. Ale účinný nástroj nemáme. My nemáme právo zahájit s dotyčným disciplinární řízení,“ uvedl mluvčí komory Michal Sojka. Komora by proto uvítala, kdyby měla možnost lékaře preventivně postavit mimo službu. „Něco jako předběžné opatření u soudu,“ dodal Sojka. Ideální z pohledu ČLK by také například bylo, kdyby komora mohla lékaře donutit absolvovat protialkoholní léčení a pak ho po přechodnou dobu nechat pracovat pod dohledem. Až poté by se směl vrátit k pacientům. Posun by mohl přinést nový předpis. „Zákon v podobě vylepšení našeho disciplinárního řádu,

který by tohle řešil, máme napsaný. Ale poslanci nikdy neměli chuť nám přidávat kompetence, spíše naopak,“ postěžoval si Sojka.

Podle loňského průzkumu agentury Median mezi téměř osmi tisíci respondenty patří lékařská profese mezi tři nejvíce stresující. Uvedlo to třináct procent dotázaných. Více stresu zažívají už jen pracovníci v dopravě, logistice a ve školství. Řešení pro pacienty, kteří spatří ordinujícího opilého lékaře, je podle odborníků zřejmé – kontaktovat policii. „Měli by okamžitě odejít a ohlásit to. Nikoliv ve svém zájmu, ale aby ochránili další pacienty,“ uzavírá Humhal.

Zdroj: Mladá fronta DNES, 16. 4. 2013

■ **Nemocnice v Litomyšli uzavře na konci dubna dětské oddělení**

O malé pacienty se napříště postarají nemocnice ve Svitavách a Ústí nad Orlicí. Pokud budou personální potíže přetrvávat, je v Litomyšli ohrožena i existence porodnice, sdělila dnes ČTK za představenstvo nemocnic Pardubického kraje Zdenka Hanyšová Celá. „Opakovaně jsme zkoušeli najít lékaře na dětské oddělení, abychom splnili kritéria daná pojišťovnami, ale nikdo nebyl ochoten přijít do našeho regionu,“ uvedl ředitel litomyšlské nemocnice Libor Vylíčil. Oddělení přestane přijímat malé pacienty od 25. dubna, následně je převzou okolní nemocnice. Litomyšlská nemocnice bude dál shánět dětského lékaře. „Pokud se nám nepodaří zajistit pediatra ani do poloviny května, budeme muset k 31. květnu uzavřít novorozenecké oddělení, a tím i porodnici. Dětské ambulance zůstávají v provozu,“ uvedl Vylíčil. V porodnici se denně narodí jedno či dvě děti. Ročně v Litomyšli rodí okolo 560 žen. Podle ředitele je otázka roku až dvou, kdy porody klesnou pod 500, a porodnice tak ztratí akreditaci. Problém s nedostatkem kvalifikovaných lékařů řeší malé nemocnice v celé republice. „Většina dětských oddělení v menších nemocnicích jsou využita na méně než 60 procent,“ uvedl místopředseda představenstva nemocnic Jiří Benedikt.

Podle něj se v posledních 20 letech dětská medicína posunula od hospitalizací k ambulantnímu ošetření a domácímu léčení. Vzrůstá počet ošetřených pacientů v soukromých pediatrických ordinacích, které jsou dětem blíž.

Zdroj: P. Dosoudil, ČTK, 17. 4. 2013

■ **Pojišťovny utlumí platby za záchranu dětských pacientů**

Objev Insideru – Zdravotní pojišťovny nemusejí od ledna de facto platit nemocnicím za léčbu dětí, které jsou trvale odkázány na umělou plicní ventilaci. Úhradová vyhláška na rok 2013 totiž zavedla pravidlo, podle kterého se za chronické pacienty bude platit, až skončí jejich hospitalizace. A to u dětí s ventilátorem trvá zpravidla několik měsíců nebo let.

Za pět let pošlete účet

Podle statistiky České pediatrické společnosti se nemocnice nyní starají minimálně o 17 dětských pacientů, kteří nedokážou sami dý-



chat v důsledku genetických a mozkových poruch, jako jsou mitopatie, svalová atrofie nebo Arnold-Chiariho malformace. V některých případech se ani nedají vyléčit. Sedm z těchto dětí leží v nemocnici přes pět let, dalších šest nejméně půl roku. Pacienty nelze svěřit do domácí péče, a proto se o ně musí starat personál na jednotkách intenzivní péče fakultních a krajských nemocnic. Náklady na pacienta se zde pohybují okolo částky 10 tisíc korun denně. Na chybu v úhradové vyhlášce upozornila senátorka Alena Dernerová (Severočeši.cz). „Obrátili se na mě experti z této oblasti, protože stále pracuji jako lékařka,“ vysvětluje. Lékaři zatím nechtějí veřejně vystoupit, protože pracují ve státních zařízeních a nechtějí se dostat do konfliktu s ministerstvem, které vyhlášku sepsalo. „Naprostě nechápu, že se něco takového mohlo stát,“ komentuje stav věci senátorka. O případu už jednala s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou a chystá se i na ministerstvo zdravotnictví. Zatím však nedostala jasnou odpověď, jak se předpisy budou měnit.

Úkol pro pracovní skupinu

Výpadek plateb pro chronické dětské pacienty potvrzuje také VZP. „Pojišťovna si je problému vědoma,“ uvedl mluvčí Oldřich Tichý. Upozorňuje, že otázku už řeší pracovní skupina na ministerstvu zdravotnictví. Právě tato skupina by měla doporučit, aby pacienti napojení na umělou ventilaci byli po určité době přeloženi na tzv. „lůžka následné intenzivní péče“, kdy by se za ně platilo každý měsíc. Současná chyba neznamená podle mluvčího pro nemocnice žádnou finanční katastrofu. „Jen pro dokreslení toho, zda a jak moc je tento problém zásadní, si dovoluji upozornit, že v roce 2012 vykazala zdravotnická zařízení VZP celkem čtrnáct takových případů. Většinou šlo o staré lidi, nikoliv děti,“ uvádí Tichý. Tyto údaje však zachycují pouze případy, kdy hospitalizace skončila.

Když ventilace, tak aspoň čtyři dny

Experti na intenzivní léčbu dětských pacientů upozorňují, že úhradová vyhláška zasáhne nejen výjimečné případy dětí postižených vzácnými chorobami. Umělou ventilaci používají zdravotníci každý rok u desítek novorozenců, kteří mají potíže s dýcháním. Potíže trvají například dva dny a ventilátory přitom dětem zachrání život nebo zabrání překrvení mozku. Úhradová vyhláška pojišťovnám předepisuje, aby novorozencům tento zásah nehradily. Nemocnice dostanou zaplacenou za běžnou léčbu, o příplatek za použití ventilátoru mohou žádat pouze v tom případě, že děti budou na umělou ventilaci zapojeny nejméně 96 hodin. Pojišťovny tak ušetří za jednoho pacienta 5–7 tisíc korun denně.

Zdroj: P. Holub, aktualne.cz, 12. 4. 2013

Ministerstvo zdravotnictví sloučí jedenáct institucí, ušetří 60 miliónů

Ministerstvo zdravotnictví představilo plány slučování ústavů, které spadají do jeho kompetence. Z jedenácti institucí jich zůstane pět. Zaměstnanci pražského Revmatologického ústavu se změnami nesouhlasí. Ministerstvo chce slučováním ušetřit jednorázově 60 miliónů korun. „Čekají se úspory v lepší organizaci zdravotní péče. Instituce budou odstátněny a budou se samy řídit ve formě neziskových organizací,“ řekl na tiskové konferenci ministr Leoš Heger.

„Všechny tyto akty jsou v návaznosti na náš záměr zřídit univerzitní nemocnice, kde je vypracován již konkrétní paragrafový zákon, který bude v následujících několika týdnech předložen do vlády,“ doplnil ministr Heger. Slučování proběhne zákonem. Ten ministerstvo zašle

na začátku května k projednání vládě, v létě by jej mohl projednat parlament. K samotnému slučování by mělo dojít po 1. prosinci letošního roku. U některých institucí však celý proces potrvá měsíce či roky. Krok fakticky znamená, že instituce budou mít jedno vedení. Část z nich pak čeká stěhování. Například Endokrinologický ústav se do konce desetiletí přestěhuje do IKEM. V Brně se zase postupně porodnice na Obilném trhu přesune do Bohunic. Ale až poté, co tam vyrostе nová budova. Autoři změn tvrdí, že nedejde k ovlivnění kvality zdravotní péče. Hegerův náměstek Martin Plíšek zdůraznil, že pracoviště musejí zůstat zachována jak personálně, tak i co se týče vědecké činnosti.

Zaměstnanci Revmatologického ústavu vyhlásili stávkovou pohotovost

Zaměstnanci Revmatologického ústavu v Praze se změnou nesouhlasí. „V případě sloučení s Všeobecnou fakultní nemocnicí hrozí, že lůžka a prostředky budou přesměrovány na jinou péči,“ varují v prohlášení rozdaném médiím. Podle nich může dojít ke zhoršení péče o pacienty. Většina z nich proto počínaje čtvrtkem vstoupila do stávkové pohotovosti. To znamená, že budou nosit stužky, vyvěsí v ústavu plakáty a zesílí apely na politiky.

„Je to jednoznačná geografická blízkost institucí, odborné týmy zůstanou zachovány a je možné ty v ústavu doplnit o pracovníky z VFN,“ zdůraznil na tiskové konferenci Plíšek s tím, že obě instituce při spojení mohou ušetřit také na nákladech a nákupu prostředků.

„V žádném případě nemůže být řeč o redukcí lůžek nebo zaměstnanců. To nejcnější, co ústav má, jsou jeho vědecké týmy a my je hodláme rozšířit či doplnit,“ reagovala ředitelka VFN Dana Jurásková. Podle ní se už nyní obě instituce v péči doplňují. „Spojení bude přidanou hodnotou v kvalitě a spolupráci obou pracovišť,“ doplnila Jurásková.

Opozice: Jste nekoncepční, molochy už jsme tu měli

Krok kritizuje také senátor Jan Žaloudík, který má v ČSSD funkci stínového ministra zdravotnictví. Podle něj jsou Hegerovy změny nekoncepční a chaotické. „Velké a neřiditelné zdravotní molochy jsme zažili již za socialismu. Pokud si ministr bere vzor z dob minulých, pak by si měl osvojit z této doby především dobré příklady – lépe strukturované zdravotnictví, tedy nemocnice prvního, druhého a třetího typu a také specializované ústavy,“ uvedl Žaloudík.

„Je to krok ke vzniku univerzitní nemocnice, který zcela jistě ekonomicky stabilizuje obě zdravotnická zařízení,“ přivítal slučování ředitel FN Brno Roman Kraus. Podle něj instituce po sloučení dokážou na provozu ušetřit 80 miliónů korun ročně. „Už nyní se tam šetří v řádech miliónů korun,“ podotkl. Další stovky miliónů přinese prodej některých budov blízko brněnského výstaviště. Peníze by podle ředitele mohly zůstat nemocnici na další investice.

Podle Krause se slučování dotkne i personálu. Nemocnice však nechce propouštět, pouze načas přestane přibírat nové zaměstnance. Zejména zdravotní sestry, kterých by sloučené instituce měly pět tisíc. „Přirozená fluktuace je 15 procent ročně,“ uvedl Kraus.

Ministerstvo zdravotnictví už předloni oznámilo spojování zdravotních ústavů, které monitorují například výskyt chorob, spolupodílejí se na tvorbě strategií pro ochranu zdraví či pod ně spadají referenční laboratoře pro HIV či lymeskou borreliózu. Tehdy se proti kroku ohradili pracovníci z Brna.

Zdroj: H. Válková, iDnes.cz, 18. 4. 2013



INZERCE

248 10-12

Přijmeme pediatra na plný úvazek (ev. i částečný) pro ordinaci v Praze 4, **Poliklinika Budějovická**. Práce v dobře vybaveném zdravotnickém zařízení, dobré platové podmínky, benefity, zavedená praxe. Nástup možný ihned.

kontakt: alena.petrakova@mediconas.cz, tel.: 261 006 476.

257 2-13

Přijmeme pediatra pro ordinaci PLDD v **Roztokách u Prahy** na plný či částečný úvazek. Moderně vybavená ordinace, přátelské prostředí, dobré ohodnocení, benefity, dostupné pražskou MHD. Nástup 5/2013 či dle dohody. Tel.: 608 284 740, prace@stredis-koroztoky.cz.

259 2-13

Hledám nástupce do ordinace PLDD v **Třebíči**.
Telefon 723 448 566.

261 3-13

Přenechám za výhodných podmínek praxi praktického lékaře pro děti a dorost v blízkosti Českých Budějovic. Bližší informace na tel.: 604 318 717.

262 3-13

Prodám praxi PLDD na Vysočině, tel.: 603 732 466.

263 3-13

Do ordinace PLDD **hledám** kolegyni či **kolegu** ke spolupráci od září 2013. Práce na 2–3 dny v týdnu na menším zaběhnutém obvodu **20 km od Prahy a Kladna** (Praha–západ). Pěkné nové prostředí, šikovná sestra. Spolupráce možná až na 2–3 roky. Tel. 605 887 300, mail: posta@terapiedeti.cz.

264 3-13

Prodej ordinace PLDD s praxí. Ordinace je perspektivní, moderní, nachází se ve vlastních prostorách v paneláku po rekonstrukci (bývalé kyjeváky), vlastní vchod, v **obci Milovice nad Labem** – byt 3+1, plocha 55,17 m², k ní náleží sklep 2 m², kočárkárna 4,96 m², vstupní rampa. Cena za nemovitost 1 500 000 Kč, cena vybavení 200 000 Kč, cena praxe 500 000 Kč, mob.: 723 432 281.

265 3-13

Prodám zavedenou **praxi** praktického lékaře pro děti a dorost v **Brně**. Tel. 607 950 602.

266 3-13

Prodám plně funkční **přístroj** na vyšetření **CRP-Quickread 101** a přístroj na stanovení hemoglobinu z kapilár. odběru Mission-Hb Hemoglobin testing system. Bližší info na tel. 724 058 303.

267 3-13

Prodám zavedenou **praxi** praktického lékaře pro děti a dorost v **Brně**. Tel.: 723 761 652.

268 4-13

Do ordinace praktického lékaře pro děti a dorost v **Liberci hledáme lékaře**. Požadujeme: specializovanou způsobilost, samostatné rozhodování, vstřícný přístup k pacientům. Nabízíme: odpovídající platové ohodnocení, týden dovolené navíc, týden na další vzdělávání. Kontakt: lucie.zackova@mediclinic.cz.

269 4-13

Do ordinace praktického lékaře pro děti a dorost v **Loděnici u Berouna hledáme lékaře**. Požadujeme: specializovanou způsobilost, samostatné rozhodování, vstřícný přístup k pacientům. Nabízíme: odpovídající platové ohodnocení, týden dovolené navíc, týden na další vzdělávání. Kontakt: lucie.zackova@mediclinic.cz.

270 4-13

Přenechám praxi PLDD v Horní Lidči, tel: 721 134 356.

271 4-13

Jihomoravské dětské léčebny, p.o., **přijmou** pro OLÚ – Dětskou léčebnu se speleoterapií **Ostrov u Macochy** a pro Dětskou léčebnu pohybových poruch **Boskovice** vedoucí lékaře pro jednotlivé léčebny. Požadujeme I. a II. atestaci v oboru pediatrie či nastavbovou atestaci (pro Boskovice FBLR), případně specializovanou způsobilost v oboru dětské lékařství, praxi minimálně 8 let. Nabízíme: velmi dobré pracovní a mzdové podmínky, možný snížený úvazek. Kontakt 603 433 754, bednarikova@detskelecebny.cz.

272 4-13

Přijmu ihned **lékaře** na částečný úvazek do ordinace PLDD 1–2 dny v týdnu nebo jinak dle dohody. S možností přenechání praxe během 2–5 let, není podmínkou. **Benátky nad Jizerou I**, tel.: 606 479 946.

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

Autodidaktický test 5/2013

Kalciofosfátový metabolismus

1. Kalcitonin je produkován v:

- a) příštítných tělískách
- b) parafolikulárních buňkách štítné žlázy
- c) folikulárních buňkách štítné žlázy
- d) A-buňkách pankreatu

2. Produkce parathormonu (PTH) je řízena:

- a) rPTH faktorem (releasing PTH faktor), který je produkován v hypotalamu, a to na principu zpětné vazby
- b) receptorem pro koncentraci Ca v moči v proximálním tubulu ledviny
- c) vlastními buňkami příštítných tělísek reagujícími na hladinu Ca v krvi na principu jednoduché zpětné vazby
- d) poměrem Ca a P v tkáni příštítných tělísek

3. K primární hyperparatyreóze dochází zejména u adenomu příštítných tělísek. Ta se laboratorně projeví:

- a) hyperkalcémií, hyperfosfatémií, zvýšením ALP, zvýšeným vylučováním Ca a P močí
- b) hyperkalcémií, hypofosfatémií, norm. hladinou ALP, zvýšeným vylučováním Ca močí a sníženým vylučováním P močí
- c) hypokalcémií, hyperfosfatémií, zvýšením ALP, zvýšeným vylučováním Ca a P močí
- d) hyperkalcémií, hypofosfatémií, zvýšením ALP, zvýšeným vylučováním Ca a P močí

4. Kalcémie je korigována parathormonem a kalcitoninem. Hypokalcémii můžeme nalézt:

- a) pouze u nedostatku parathormonu
- b) pouze při nadbytku parathormonu
- c) pouze při nedostatku kalcitoninu
- d) pouze při nadbytku kalcitoninu
- e) při nedostatku, ale i nadbytku parathormonu
- f) při nedostatku, ale i nadbytku kalcitoninu

5. Pseudohypoparatyreóza je podmíněna:

- a) nadměrnou produkcí parathormonu, jehož molekula je vlivem mutace neúčinná
- b) nadměrnou produkcí parathormonu v důsledku snížené citlivosti receptorů na PTH
- c) sníženou produkcí parathormonu, jehož molekula je vlivem mutace mnohonásobně účinnější než molekula bez mutace
- d) sníženou produkcí parathormonu v důsledku zvýšené citlivosti receptorů na PTH

6. U nepoznané či neléčené hyperparatyreózy může dojít ke vzniku:

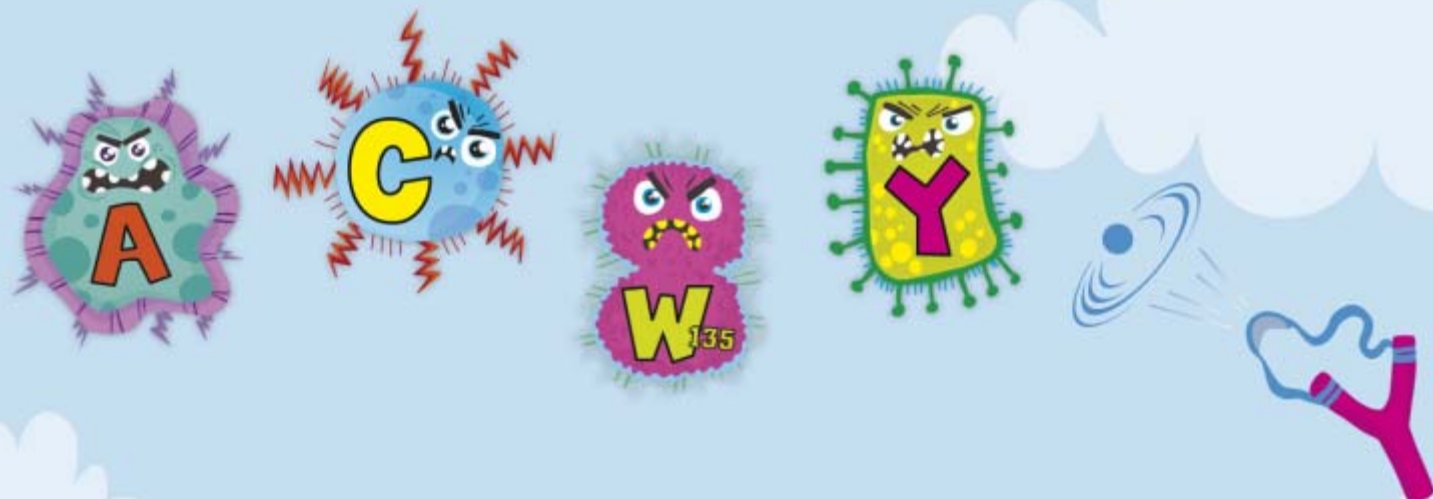
- a) bradykardie či AV blokády
- b) katarakty
- c) hyperhydratace
- d) hypotenze
- e) nespavosti

7. Rachitida může být kalcipenická nebo fosfopenická. Kalcipenická vzniká na podkladě nedostatečného přívodu Ca a P ve výživě u předčasně narozených, při deficitu vit. D (nízký příjem, malabsorpce, chr. renální insuf.) a při pseudodeficitu vit. D (dědičné choroby – deficit 1-alfa hydroxylázy, defekt interakce kalcitriolu s cílovými tkáněmi). Fosfopenická rachitida vzniká na základě nedostatečného příjmu P u předčasně narozených nebo při zvýšených ztrátách P ledvinami (familiární hypofosfatemická rachitida) nebo renálních tubulárních defektech. U kalcipenické rachitidy z deficitu vitamínu D nalézáme:

- a) hypokalcémii, hypofosfatémii, elevaci ALP, elevaci PTH, snížení kalcieurie a elevaci fosfaturie
- b) hypokalcémii, hyperfosfatémii, snížení ALP, elevaci PTH, snížení kalcieurie a elevaci fosfaturie
- c) hypokalcémii, hypofosfatémii, elevaci ALP, elevaci PTH, snížení kalcieurie a snížení fosfaturie

Nimenrix™

Konjugovaná vakcína proti meningokokům skupin A, C, W₁₃₅ a Y



**Nabídněte ochranu dětí již od 12 měsíců věku
proti invazivním meningokokovým onemocněním¹**

**Nimenrix™ je jako první a jediná konjugovaná vakcína
proti séro skupinám A, C, W₁₃₅ a Y schválen v Evropě
pro použití již od 12 měsíců věku^{1,2}**

Zkrácená informace o léčivém přípravku Nimenrix™

Nimenrix™ prášek pro přípravu injekčního roztoku s rozpouštědlem v předplněné injekční stříkačce. Konjugovaná vakcína proti meningokokům skupin A, C, W-135 a Y. **Složení:** Po rekonstituci 1 dávka (0,5 ml) obsahuje: *Neisseria meningitidis* A polysacharidum 5 µg, *Neisseria meningitidis* C polysacharidum 5 µg, *Neisseria meningitidis* W-135 polysacharidum 5 µg, *Neisseria meningitidis* Y polysacharidum 5 µg. Antigeny konjugovány na proteinový nosič tetanický toxoid 44 µg. **Terapeutické indikace:** Nimenrix™ je indikován k aktivní imunizaci osob od 12 měsíců věku a starších proti invazivnímu meningokokovému onemocnění způsobenému *Neisseria meningitidis* skupiny A, C, W-135 a Y. **Dávkování a způsob podání:** Nimenrix se má podávat v souladu s dostupnými oficiálními doporučeními. Základní očkování: K imunizaci se používá jedna dávka 0,5 ml rekonstituované vakcíny. **Předočkování:** Nimenrix™ lze podat jako druhou (booster) dávku subjektům, kteří byli dříve očkováni obyčejnou polysacharidovou meningokokovou vakcínou. Nutnost podání druhé dávky u osob primárně očkových vakcínou Nimenrix™ nebyla dosud stanovena. Bezpečnost a účinnost vakcíny Nimenrix™ u dětí mladších 12 měsíců nebyla dosud stanovena. K dispozici nejsou žádné údaje týkající se osob ve věku > 55 let. Imunizace se provádí pouze intramuskulární injekcí, nejde o deltového oválu. U dětí ve věku 12 až 23 měsíců lze vakcínu rovněž aplikovat do anterolaterální strany stehna. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku tohoto přípravku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Nimenrix™ se nesmí za žádných okolností podávat intravenózně, intradermálně ani subkutánně. Podle zásad správné klinické praxe předcházejí očkování zhodnocení anamnézy (zejména s ohledem na předchozí očkování a možný výskyt nežádoucích účinků) a klinické vyšetření. Pro případ závažné anafylaktické reakce po podání vakcíny musí být vždy k dispozici příslušná lékařská péče a dohled. Očkování vakcínou Nimenrix™ je třeba odložit u osob trpících závažným akutním horečnatým onemocněním. Lehká infekce, jako je např. nachlazení, by neměla být důvodem k odložení očkování. Během jakéhokoli očkování, nebo dokonce před ním, může dojít zejména u dospívajících v důsledku psychogenní reakce na injekční jehlu k synkopě (mdlobě). Je důležitá příjmut příslušná opatření, aby při mdlobách nedošlo k poranění. Nimenrix™ je třeba podávat s opatrností osobám s trombocytopenií nebo s jakoukoli poruchou krvetvornosti, protože po intramuskulární aplikaci může dojít u těchto osob ke krvácení. Nimenrix™ poskytuje ochranu pouze proti *Neisseria meningitidis* skupiny A, C, W-135 a Y. Tato vakcína nechrání proti žádným jiným skupinám *Neisseria meningitidis*. K vyvolání protektivní imunitní odpovědi nemusí dojít u všech očkových osob. Lze očekávat, že u pacientů s těžkým imunosupresivním nebo u pacientů s imunodeficíci nemusí dojít k vyvolání odpovědní imunitní odpovědi. Ačkoli po očkování vakcínou Nimenrix™ bylo pozorováno zvýšení koncentrace protitělné proti tetanickému toxidu (TT), přípravek Nimenrix™ nenechává očkování proti tetanu. Podávání vakcíny Nimenrix™ společně s vakcínou obsahující TT, nebo jeden měsíc před jejím podáním během druhého roku života nemělo vliv na odpověď na TT ani výrazně neovlivnilo bezpečnost. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Nimenrix™ lze podávat společně s jakoukoli z následujících očkových látek: vakcíny proti hepatitidě A (HAV) a hepatitidě B (HBV), vakcína proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám (MMR), vakcína proti spalničkám, příušnicím a planým neštovicím (MMRV), desivakcentní pneumokoková konjugovaná vakcína nebo neadjuvovaná vakcína proti sezónní chřipce. Nimenrix™ lze rovněž podávat společně s kombinovanými vakcínami proti záškrtu, tetanu a černému kašli (acelulární pertuse) během druhého roku života, včetně kombinace vakcín DTap s vakcínou proti hepatitidě B, dětské obrně (inaktivovaná vakcína) nebo *Haemophilus influenzae* typu b, jako je vakcína DTap-HBV-IPV/Hib. Kdykoli je to možné, mají se vakcína Nimenrix™ a vakcína obsahující TT, jako je např. vakcína DTap-HBV-IPV/Hib, podávat společně, nebo je třeba přípravek Nimenrix™ podat alespoň jeden měsíc před podáním vakcíny obsahující TT. Pokud se vakcína Nimenrix™ podává spolu s jinou injekční vakcínou, je třeba vakcíny aplikovat do různých míst. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Nimenrix™ by se měl v těhotenství a při kojení použít pouze pokud možná převažují přínosy nad možná rizika. Studie se zvířaty nenašly na přímé ani nepřímé škodlivé účinky s ohledem na fertilitu. **Nežádoucí účinky:** Ve všech věkových skupinách byly nejčastěji hlášenými lokálními nežádoucími účinky po očkování bolest, zarudnutí a otok. Ve věkových skupinách 12 – 23 měsíců a 2 – 5 let byly nejčastěji hlášené celkové nežádoucí účinky po očkování podrážděnost, spavost, ztráta chuti k jídlu a horečka. Ve věkových skupinách 6 – 10, 11 – 17 a ≥ 18 let byly nejčastěji hlášené celkové nežádoucí účinky po očkování bolest hlavy, únava, gastrointestinální příznaky a horečka. Dalšími hlášenými nežádoucími účinky byly nespavost, pláč, hypotenze, závrať, svědění, vyrážka, myalgie, bolest končetin, malátnost, hematom v místě vpichu injekce, reakce v místě vpichu injekce (včetně indurace, svědění, ztupění a neustálosti). **Doba použitelnosti:** 3 roky. Po rekonstituci musí být vakcína použita okamžitě. Chemická a fyzikální stabilita byla nicméně po rekonstituci prokázána po dobu 24 hodin při teplotě do 30 °C. **Podmínky uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Druh obalu a velikost balení:** Prášek v injekční lahvičce (složka typu I) se zátkou (butylová pryž) a rozpouštědlo v předplněné injekční stříkačce se zátkou (butylová pryž). Velikost balení 1 a 10, s jehlkami nebo bez jehel. Na trhu nemusí být k dispozici všechny velikosti balení. **Držitel rozhodnutí o registraci:** GlaxoSmithKline Biologicals S.A., Rue de l'Institut 89, B-1330 Rixensart, Belgie. **Registrační číslo(a):** EU/1/12/757/001-004. **Datum první registrace:** 20. 4. 2012. **Datum revize textu:** 20. 4. 2012. Verze SPC platná ke dni 13. 9. 2012. Přípravek je vložěn na lékařský předpis a není hrazen z veřejného zdravotního pojištění. Úplnou informaci pro předepisování najdete v Souhrnu údajů o přípravku nebo se obraťte na adresu společnosti: GlaxoSmithKline s.r.o., Praha 4, www.gsk.cz. Případné nežádoucí účinky nám prosím nahláste na cs.safety@gsk.com.

STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE

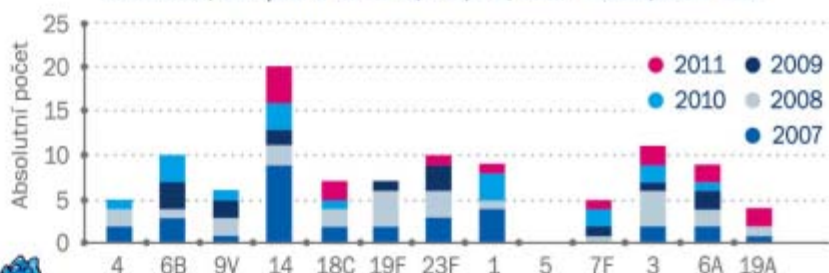
Seznamte se...

- V řadě zemí významná příčina invazivních pneumokokových onemocnění^{1,2,3}
- Jako příčina IPO u dětí do 5 let zachycen i v ČR⁴
- Častá příčina akutních otitis media^{1,5,6}
- Spojen s vyšší rezistencí na antibiotika, izolovány i multirezistentní formy^{1,5,6}



sérotyp
19A

Distribuce sérotypů *S. pneumoniae*, zahrnutých v konjugovaných vakcínách, děti pod 5 let věku, IPO, ČR, 2007–2011, data NRL⁴



Graf adaptován
dle Motlové et al., 2012⁴



Prevenar 13
je jediná pneumokoková
konjugovaná vakcína,
která pokrývá
sérotyp 19A^{7,8,9}

Prevenar 13

Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13valentní, adsorbovaná)

Zkrácená informace o přípravku - Prevenar 13 injekční suspenze. Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13valentní, adsorbovaná). • **Lečivá látka:** Jedna dávka (0,5 ml) obsahuje: Pneumococcal polysaccharide serotypes 1* (2,2 µg), 3* (2,2 µg), 4* (2,2 µg), 5* (2,2 µg), 6A* (2,2 µg), 6B* (4,4 µg), 7F* (2,2 µg), 9V* (2,2 µg), 14* (2,2 µg), 18C* (2,2 µg), 19A* (2,2 µg), 19F* (2,2 µg), 23F* (2,2 µg). • Konjugován s nosným proteinem CRM₁₉₇ a adsorbován na fosforečnan hlinitý (0,125 mg hlinitku). • **Indikace:**

Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění, pneumonie a akutní otitis media, vyvolaných *Streptococcus pneumoniae* u kojenců a dětí ve věku od 6 týdnů do 5 let. Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění způsobených *Streptococcus pneumoniae* u dospělých ve věku 50 let a starších. • **Dávkování:** Imunizační schémata přípravku Prevenar 13 by měla být založena na oficiálních doporučeních. Kojenci ve věku 6 týdnů – 6 měsíců: Tři dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc mezi dávkami. První dávka se obvykle podává ve věku 2 měsíců. Čtvrtou dávku se doporučuje podat ve věku 11 až 15 měsíců. Dříve nekonjugovaní kojenci a děti ve věku >7 měsíců: Kojenci ve věku 7–11 měsíců: Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc mezi nimi. Třetí dávku se doporučuje podat ve druhém roce života. Děti ve věku 12–23 měsíců: Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 2 měsíce mezi nimi. Děti ve věku 2–5 let: Jedna samostatná dávka 0,5 ml. • **Odkovovací schéma pro Prevenar 13 u kojenců a dětí dříve očkováných přípravkem Prevenar (7valentní) (Streptococcus pneumoniae serotypy 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F a 23F):** Kojenci a děti, u nichž bylo očkování zahájeno přípravkem Prevenar, mohou být převedeni na Prevenar 13 v kterémkoli stadiu očkování. Malé děti (ve věku 12–59 měsíců) očkované přípravkem Prevenar (7valentní) v kompletním schématu: Malé děti, které byly kompletně imunizované přípravkem Prevenar (7valentní), by měly dostat jednu dávku po 0,5 ml přípravku Prevenar 13, pro navazování imunitní odpovědi vůči 6 dalším sérotypům. Tato dávka přípravku Prevenar 13 by měla být podána nejméně 8 týdnů po poslední dávce přípravku Prevenar (7valentní). Dospělí ve věku 50 let a starší: Jedna samostatná dávka. Potřeba revakcinace následnou dávkou přípravku Prevenar 13 nebyla stanovena. Bez ohledu na stav předchozí pneumokokové vakcinace, pokud je použito 23valentní pneumokokové polysacharidové vakcíny považované za vhodné, Prevenar 13 by měl být podán jako první. • **Způsob podání:** Vakcína se má podávat formou intramuskulární injekce. Přednostním místem podání je anterolaterální část stehna (musculus vastus lateralis) u kojenců nebo deltový sval horní části paže u malých dětí. • **Kontraindikace:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku nebo na dílnický toxid. Podobně jako u jiných vakcín i aplikace přípravku Prevenar 13 má být odložena u jedinců trpících akutním závažným horáčnatým onemocněním. Přítomnost mírné infekce jako je nachlazení, by ale neměla být příčinou oddálení očkování. • **Zvláštní upozornění:** Prevenar 13 nesmí být aplikován intravaskulárně. Tato vakcína nesmí být podána jako intramuskulární injekce kojencům nebo dětem s trombocytopenií nebo s jinými poruchami koagulace, které jsou kontraindikací pro intramuskulární aplikaci, ale může být podána subkutánně v případě, že potenciální přínos jasně převáží nad rizikem podání. Prevenar 13 chrání pouze proti těm sérotypům *Streptococcus pneumoniae*, které vakcína obsahuje a nechrání proti jiným mikroorganismům, které způsobují invazivní onemocnění, pneumonii nebo zánět středního ucha. Podobně jako jiné vakcíny nemůže ani Prevenar 13 ochránit všechny očkování jedince před pneumokokovým onemocněním. • **Interakce:** Prevenar 13 může být podáván současně s jinými dětskými vakcínami podle doporučení očkovacích schémat. Přípravek Prevenar 13 může být podán současně se sezónní trivalentní inaktivovanou chřipkovou vakcínou (TIV). Různé injekční vakcíny musí být vždy podány každá do jiného místa očkování. • **Těhotenství a kojení:** Koexistují údaje o použití pneumokokového 13valentního konjugátu u těhotných žen. Není známo, zda je pneumokokový 13valentní konjugát vylučován do mateřského mléka. • **Nežádoucí účinky:** Mezi nejčastěji hlášené nežádoucí účinky u dětí patřily reakce v místě očkování, horečka, podrážděnost, nechutenství, zvýšená spavost a/nebo nespavost. U dospělých osob artralgie, myalgie, bolesti hlavy, příjem, vyrážka, zimnice, nevolnost, zarudnutí v místě aplikace, indurace/otok v místě aplikace, bolest/přecitlivělost místa aplikace, omezená pohyblivost paže, snížení chuti k jídlu. • **Předávkování:** Předávkování přípravkem Prevenar 13 není pravděpodobné vzhledem ke způsobu balení v předpřipravené injekční stříkačce. • **Uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2–8 °C). Chraňte před mrazem. Přípravek Prevenar 13 je stabilní při teplotách do 25 °C po dobu 4 dnů. Na konci této doby má být přípravek použit nebo zlikvidován. • **Balení:** 0,5 ml injekční suspenze v předpřipravené injekční stříkačce a pistovou zátku a ochranným krytým hrotem. • **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer Ltd., Ramsgate Road, Sandwich, Kent, CT13 9NL, Velká Británie. • **Registrační číslo:** EU/1/09/590/001-8. • **Datum poslední revize textu:** 22. 11. 2012. • **Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek Prevenar 13 je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění pro děti splňující podmínky dané zákonem č. 48/1997 Sb. v aktuálním znění. Před předepsáním se, prosím, seznáňte s úplnou informací o přípravku.**

Reference: 1. Dierckx ED, Yargic ZA. Expert Review Vaccines 2009; 8(8): 977-986. 2. van Gils EJM, Veenhoven RH, Hak E et al. JAMA. 2010;304(10):1099-1106. 3. Kaplan SL, Barson WJ, Lin PL, et al. Pediatrics 2010;125:429-436. 4. Motlová J, Beneš Č. Kozáková J, Klířová P. Zprávy ČEM (SZÚ, Praha) 2012; 21(2): 51-58. 5. Fenoli A, Aguilar L, Viciosa MD et al. BMC Infectious Diseases 2011; 11:239. 6. Dagan R, Givon-Lavi N, Leibovitz E et al. J. Infect. Dis 2009;199(6):776-85. 7. SPC Prevenar 13. 8. SPC Synflorix. 9. SPC Prevenar

Pfizer, spol. s r.o., Stroupežnického 17, 150 00 Praha 5
tel.: +420 283 004 111, fax: +420 251 610 270, www.pfizer.cz

www.prevenar13.cz



Procesujeme spolehlivě pro obrovský svět

www.pfizer.cz

PRV-2012.02.071