

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX

PEDIATRIAE

květen 2015
číslo 5 • ročník 15



téma čísla

Vzácná onemocnění



- Úvod do problematiky vzácných onemocnění
- Odlehčovací uretero-/vezikostomie a rekonstrukční operace močových cest u pacientů s megauretery
- Vzácná onemocnění mají mnoho společného, třeba problémy s diagnózou
- Příspěvek k výživě batolat
- Plenková dermatitida
- 9. kongres primární péče
- Metodický postup k vykazování pravidelného, nepovinného, zvláštního a mimořádného očkování od 1. 4. 2015



Pracujeme pro zdravější svět™

NUTRICIA
BABY NUTRITION



do more
feel better
live longer



Nutrilon
ProExpert

Výživa šitá na míru dětem
se specifickými nutričními potřebami



	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Informace SPLDD	7
	Usnesení regionálních konferencí	
	- usnesení konference regionů Zlínského, Vysočina a Jižní Morava	10
	- usnesení konference Libereckého a Ústeckého kraje	
	- usnesení konference Jihočeského regionu	
	MUDr. Naděje Kočnarová	12
	Nestlé Nutrition Institut konference v Budapešti	
	Informace OSPDL ČLS JEP	13
	Prof. MUDr. Milan Macek, DrSc.	14
	Úvod do problematiky vzácných onemocnění	
	Bc. Anna Arellanesová	
	Vzácná onemocnění mají mnoho společného, třeba problémy s diagnózou	18
	MUDr. Jan Tomášek	
	Odlehčovací uretero-/vezikostomie a rekonstrukční operace horních močových cest u pacientů s megauretery	19
	MUDr. Pavel Konrád	20
	Plenková dermatitida	
	MUDr. Radana Kotalová, CSc.	24
	Příspěvek k výživě batolat	
	Ze světa odborné literatury	31
	Aktuality	33
	Řádková inzerce	37
	Autodidaktický test, HIV/AIDS	38
	Metodický postup k vykazování pravidelného, nepovinného, zvláštního a mimořádného očkování od 1. 4. 2015	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

AHOU
Angelini Pharma
APOTEX
GSK
MSD
NESTLÉ
NUTRICIA
SANOFI

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX
PEDIATRIAE

www.detskylekar.cz

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

Vydavatel: Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR, o.s.
 U Hranic 16, 100 00 Praha 10

Odborná garance: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

Redakční rada:
 MUDr. Jiřina Dvořáková, MUDr. Jiří Liška, CSc.,
 MUDr. Jana Sudková, MUDr. Ctirad Kozderka

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 Radek Papež, 9 let.

Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům. Distribuce členům SPLDD ČR 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 inzerce a vložených tiskovin.



„Hynku! Vilíme!! Jarmilo!!!“ zvolal v m(M)áji Karel Hynek Mácha.

„Drazí kolegové, dětští lékaři, pomoc!“ volám já.

Já, děvče „odkojené“ karlovarským Vřídlem, musím přihlížet, jak uvádá lázeňská péče v celosvětově proslaveném lázeňském trojúhelníku. Dětské lázeňství moc nenese, a proto je výhodnější děti poslat k moři. Musím poslouchat, jak se někdo snaží odkoupit prameny léčivé minerální vody, našeho přírodního bohatství. Musím každodenně vnímat, jak ve všech oblastech lidského bytí vítězí sobeckost a nadřazenost. Pravda vítězí už možná jen na prezidentské standartě.

Ze všech stran se na nás valí informace o alarmujícím nedostatku lékařů, neprofesionálním přístupu ve zdravotnických zařízeních, o nekompetenci zdravotních sester, špatném finančním ohodnocení naší práce, financování ordinací. Vzdělávání mladých lékařů není komplexní a zájem mladých lidí o pediatrii klesá. Média na nás chrlí mnoho neproduktivních diskusí na témata zdravotní péče. Všude se dozvídáme, kdo co udělal špatně, kde se vyskytla korupce a v čem jsou problémy, které však nikdo neřeší. Ze situace kolem sebe mám pocit, že všechno je špatně.

A JÁ JSEM SE ROZHODLA, ŽE TO TAK NECHCI!

Přestala jsem sledovat zbytečné zprávy a televizní pořady, zavřela noviny a podívala se z okna. Sluncem zalité květy ovocných stromů se kývaly ve větru s pevnou jistotou, že bude líp. Tak snad...

Vtom do ordinace vešla dívka a už ode dveří volala: „Nic mi není, jen vám chci něco ukázat,“ a v ruce třímala diplom a medaili ze závodů handicapovaných sportovců. Velmi srdečně jsem jí poblahopřála a její radost mě nakazila – vždyť „moje“ děti jsou tak šikovné! A zdaleka jich není málo. V duchu jsem procházela kartotéku a sčítala úspěchy – nadprůměrní sportovci, výrazní tanečníci, talentovaní hudebníci, účastníci vědomostních soutěží a olympiád. I mezi bývalými pacienty jsou významné osobnosti – učitelé, lékaři, vedoucí dětských kroužků a také prostě báječní rodiče další generace. Každý z mých současných i minulých svěřenců se snaží, aby alespoň ten jeho kousek světa byl o trochu lepší.

Na Velikonoce se zase rozsypal pytel se sbírkami na všelijak handicapované nebo znevýhodněné, každý problém má svou nadaci a patrona, ale v tom všem jsme zapomněli na „normální“ žití. Na děti, kterým nic není, jen si chtějí hrát a bavit se, sportovat a užívat nejkrásnější část života. Kde mají tyto zdravé děti svého patrona? Proč nějaká celebrita neřekne, že se rozhodla podpořit rekreační sport všech většinových dětí všech věkových a sociálních kategorií? Vždyť sokolská myšlenka je dávno osvědčený odkaz předků. Tady jsme doma a je nám tu dobře, tady to kvete a voní. Tahle země jsem já.

Není právě tohle největší důvod k patronaci?

Jaro je přece doba plná mláďat, pokusme se podívat na svět dětskýma očima a uvidíme, že uvidíme problémy jinak – a možná uvidíme i něco jiného. Kvést kytky, létat ptáky, svěží zelenou na loukách, ovce a mláďata ve stádech.

Chtěla bych s vámi alespoň teď na malou chvíli založit nadaci, která se bude jmenovat Jaro; jediným vaším příspěvkem do ní bude vaše myšlenka na naše skvělé mladé svěřence a srdečný úsměv. Nic víc.

Chtěla bych vás, s optimismem nadcházejícího jara, požádat, abyste vypnuli televizi, přestali sledovat zprávy a uvědomili si, kolik významných osobností máme možnost, i díky svému povolání – poslání, potkat. A pokud vám úžasné úspěchy „vašich“ dětí vykouzlí na tváři úsměv, dovolte, abych vám gratulovala. Právě jste zkrásněli a udělali si jaro ještě hezčí.

Úsměv nic nestojí, a přesto může pohnout světem.

Zkusme to, vždyť stará pravda říká, že s úsměvem jde všechno líp.

Přejeme příjemné počtení a ať vás dobrá nálada neopouští.

Na viděnou na některé z dalších akcí SPLDD ČR.

S přáním pohodového jara

MUDr. Zdeňka Růžičkové
předsedkyně Západočeského regionu





Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

Počátkem měsíce března se uskutečnilo po dlouhém čekání dne 3. 3. 2015 jednání s ministrem zdravotnictví, o kterém jsem již psala v minulém čísle našeho časopisu. Přerušilo tak krátce období ticha ze strany ministerstva, neboť i přes naši žádost o znění chystané novely zákona o vzdělávání lékařů jsme tuto novelu oficiálně neobdrželi. Proběhly další diskuse kolem povinného očkování a aktivit odpůrců vakcinace v Poslanecké sněmovně. Odmítli jsme navrhovanou legislativní možnost alternativy individuálních očkovacích plánů na žádost rodičů k povinnému očkování. Měsíc březen je také již tradičně měsícem, ve kterém proběhly první regionální konference, tentokrát volební, a jejich nosným tématem byl náš obor a snaha o jeho zachování. Volby probíhaly podle nových stanov Sdružení, volební období je pětileté. V čele těchto regionů zůstali ostřílení dosavadní regionální zástupci. Jednotlivá usnesení otiskneme na stránkách našeho časopisu.

2. 3. 2015 – na půdě SZÚ se konalo další z jednání pracovní provakcinační skupiny národní strategie Zdraví 2020, na kterém se kompletoval akční plán k podpoře zajištění očkování v ČR.

3. 3. 2015 – uskutečnila se první oficiální schůzka se současným ministrem zdravotnictví MUDr. Němečkem a zástupci SPLDD a OSPDL. O průběhu jste byli informováni v minulém čísle časopisu.

6. 3. 2015 – na svém pravidelném jednání se sešlo předsednictvo SPLDD. Jedním z hlavních témat byl obor PLDD, petiční akce a další kroky k obhajobě našeho oboru. Přípravovaly se také regionální volební konference, které by měly reflektovat nově přijaté stanov Sdružení.

14. 3. 2015 – ve Vyškově proběhla první z regionálních konferencí, a to regionů jižní Moravy. Zvoleni byli staronoví předsedové regionů: za Jihomoravský region MUDr. Pavlína Zemánková, za Zlínský region MUDr. Parvine Gricová a za region Vysočina MUDr. Libor Beneš. Usnesení konference najdete na dalších stránkách časopisu.

18. 3. 2015 – konal se mimořádný výkonný výbor SPLDD se zástupci výboru OSPDL, který zahájil přípravu materiálů k petiční akci.

24. 3. 2015 – jednali zástupci Koalice soukromých lékařů, zápis najdete v časopise.

27.–28. 3. 2015 – v Plané nad Lužnicí proběhla další volební konference, ten-

tokrát Jihočeského regionu. V příjemném komorním prostředí kolegyně a kolegové diskutovali opět aktuální problémy – obor PLDD, očkování, generační výměnu, LPS a další. Předsedkyní regionu byla zvolena MUDr. Daniela Verdánová.

25. 3. 2015 – proběhlo společné jednání zástupců SPLDD a VZP v prostorách ÚP VZP. Předmětem tohoto jednání byla aktualizace Metodiky očkování a problematika generační výměny PLDD. Jednání se zúčastnili MUDr. Hülleová a MUDr. Kudyn. Aktualizovaná metodika platná od 1. 4. 2015 byla vyvěšena na našich webových stránkách.



ZDRAVOTNICKÉ FÓRUM

Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP
Vás zve na ZDRAVOTNICKÉ FÓRUM
na téma: „Primární prevence v dětském a dorostovém věku“

Odborný garant: MUDr. Alena Šebková, předsedkyně OSPDL ČLS JEP

Vzdělávací akce je pořádána dle Stavovského předpisu ČLK č. 16.

Záštita:



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

ČESKÁ VAKCINOLOGICKÁ
SPOLEČNOST ČLS JEP

INFORMACE

30.05.2015 Praha, Autoklub ČR, Opletalova 1337/29
13.06.2015 Brno, Holiday Inn Brno, Křižkovského 20

Celodenní konference od 8.30 do 14.30

Registrace a více informací o programu naleznete
na ahou.cz/forum15 a detskylekar.cz

V případě dotazů nás kontaktujte v pracovní dny od 9.00 do 17.00
na petra@ahou.cz, +420 603 705 911

Ahou



Hexacima®

Vakcína 6 v 1

— plně tekutá —

Připravená k okamžitému použití



ZKRÁCENÉ INFORMACE O LÉČIVÉM PŘÍPRAVKU:

▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky. Podrobnosti o hlášení nežádoucích účinků viz bod 4.8 dle platného znění SPC. **HEXACIMA**, injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Vakcína proti difterii, tetanu, pertusi (acelulární komponenta), hepatitidě B (rDNA), poliomyelitidě (inaktivovaná) a konjugovaná vakcína proti *Haemophilus influenzae* typu b (adsorbovaná). **Léčivá látka:** Jedna dávka¹ (0,5 ml) obsahuje: *Diphtheriae* anatoxinum – ne méně než 20 mezinárodních jednotek (IU)²; Tetani anatoxinum – ne méně než 40 mezinárodních jednotek (IU)²; Antigeny *Bordetella pertussis*: Pertussis anatoxinum – 25 mikrogramů, Haemagglutinin filamentosum – 25 mikrogramů; Virus Poliomyelitidis (inaktivovaný)³: typus 1 (Mahoney) – 40 D jednotek antigenu⁴, typus 2 (MEF-1) – 8 D jednotek antigenu⁴, typus 3 (Saukett) – 32 D jednotek antigenu⁴; Antigenum tegiminis hepatitidy B⁵ – 10 mikrogramů; *Haemophilus influenzae* typu b polysaccharidum – 12 mikrogramů; (Polyribosylribitol phosphat) conjugata cum tetani anatoxinum – 22–36 mikrogramů. **Terapeutické indikace:** K základnímu očkování a přeočkování kojenců a batolat ve věku od šesti týdnů do 24 měsíců proti difterii, tetanu, pertusi, hepatitidě B, dětské obrně a invazivním onemocněním způsobeným bakterií *Haemophilus influenzae* typu b (Hib). **Dávkování a způsob podání:** Základní očkování: Jsou možná všechna očkovací schémata, včetně Rozšířeného programu imunizace WHO (WHO Expanded Program on Immunisation, EPI) v 6., 10., 14. týdnu bez ohledu na to, zda byla při narození provedena vakcinace proti hepatitidě B. Očkování má být provedeno v souladu s oficiálními doporučeními. **Přeočkování:** Přeočkování mají být provedena v souladu s oficiálními doporučeními. Minimálně musí být podána vakcína s Hib složkou. Pokud byla vakcína proti hepatitidě B při narození podána, může být k přeočkování použita vakcína Hexacima nebo pentavalentní DTaP-IPV/Hib vakcína, a to po 3-dávkovém základním očkování. Vakcína Hexacima může být použita k přeočkování osob, které byly již dříve očkovány jinou hexavalentní vakcínou nebo pentavalentní vakcínou DTaP-IPV/Hib společně s monovalentní vakcínou proti hepatitidě B. **Kontraindikace:** Anafylaktická reakce po předchozím podání vakcíny Hexacima v anamnéze. Přecitlivělost na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku, na stopová množství glutaraldehydu, formaldehydu, neomycinu, streptomycinu a polymyxinu B, na jakoukoli vakcínu proti pertusi nebo přecitlivělost po předchozím podání vakcíny Hexacima nebo vakcíny obsahující stejné látky nebo složky. Přerušit očkování proti pertusi u osob, u nichž se do sedmi dnů po předchozím očkování vakcínou obsahující pertusovou složku (celobuněčnou nebo acelulární vakcínou proti pertusi) vyskytla encefalopatie neznámé etiologie a očkovat dále jen vakcínami proti difterii, tetanu, hepatitidě B, poliomyelitidě a Hib. Nepodávat vakcínu proti pertusi osobám, které trpí nekontrolovanými neurologickými poruchami nebo nekontrolovanou epilepsií, a to dokud není stanoven léčebný režim, není stabilizován stav a pokud přínosy vakcinace jednoznačně nepřevažují nad riziky. **Upozornění:** Hexacima nechrání proti infekci vyvolané jinými patogeny, než jsou *Corynebacterium diphtheriae*, *Clostridium tetani*, *Bordetella pertussis*, virus hepatitidy B, poliovirus nebo *Haemophilus influenzae* typu b. Nicméně lze předpokládat, že očkování ochrání i proti infekci hepatitidou D, protože se hepatitida D (vyvolaná delta agens) při absenci infekce hepatitidy B nevyskytuje. Hexacima nechrání proti nákaze hepatitidou způsobenou jinými patogeny, jako jsou viry hepatitidy A, hepatitidy C a hepatitidy E nebo jinými patogeny jater. Hexacima nechrání proti infekčním onemocněním způsobeným jinými typy *Haemophilus influenzae* ani proti meningitidě jiného původu. **Interakce:** Při současném podávání jiné vakcíny, má být očkování provedeno do odlišných míst vpichu. Nemíchat s žádnými jinými vakcínami nebo jinými parenterálně podávanými léčivými přípravky. S výjimkou případu imunosupresivní terapie nebyly hlášeny žádné významné klinické interakce s jinými typy léčby nebo biologickými přípravky. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Nepodávat ženám v reprodukčním věku. **Nežádoucí účinky:** V klinických studiích byla zjištěna bolest v místě vpichu, podrážděnost, pláč a zarudnutí v místě vpichu. Mírně zvýšená získaná reaktogenita po první dávce ve srovnání s následnými dávkami. **Uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** SANOFI PASTEUR SA, 2, Avenue Pont Pasteur, 69007 Lyon, Francie. **Registrační číslo:** EU/1/13/828/001 - 007. **Datum revize textu:** založeno na schválené revizi ze dne 17. 4. 2013.

¹adsorbováno na hydratovaný hydroxid hliníkový (0,6 mg Al³⁺), ²jako spodní mez spolehlivosti (p = 0,95), ³pomnoženo na Vero buňkách, ⁴nebo ekvivalentní množství antigenu stanovené vhodnou imunochemickou metodou, ⁵vyrobena rekombinantní DNA technologií v kvasinkových buňkách *Hansenula polymorpha*.

Výdej léčivého přípravku vázán na lékařský předpis. Před použitím si, prosím, pečlivě přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravek určen pro základní očkování dětí. Hrazen z veřejného zdravotního pojištění.



Healthy children, happy children

SANOFI PASTEUR 



Informace SPLDD

■ Zápis z jednání Koalice soukromých lékařů 24. 3. 2015

Přítomni: dr. Dvořák, dr. Šmatlák, dr. Jojko, dr. Chrz, dr. Kudyn, dr. Houba, dr. Tautermann

Omluveni: dr. Stará, dr. Hülleová

1. Zrušení oboru PLDD – žádost o podporu

- Dr. Kudyn informoval o záměru MZ ČR zrušit základní atestační obor Praktické lékařství pro děti a dorost, který byl zveřejněn v důvodové zprávě k novele zákona č. 95/2004 Sb. VV SPLDD připravil k projednání návrh petice proti zrušení oboru, kterou se chystá oslovit veřejnost.
- Zástupci KSL společně konstatovali, že společnost potřebuje kvalifikované dětské lékaře a pokud SPLDD ČR připraví materiál, ke kterému bude možné se vyjádřit, protest proti zrušení oboru podpoří.

2. Nefunkčnost pracovní skupiny k SZV na MZ ČR, nefunkčnost příslušného softwaru

- Podle informace dr. Jojka je pracovní skupina nefunkční a její práce se kromě opětovného projednávání bodů, které již byly jednou projednány a schváleny, omezuje pouze na malé úpravy. KSL s tímto přístupem ke kultivaci Seznamu výkonů zásadně nesouhlasí a dohodla se, že tento a následující body programu předloží s žádostí o schůzku ministru zdravotnictví a budou žádat jejich objasnění.

3. Výdejny léků v ordinacích – bod na jednání s ministrem zdravotnictví.

4. Kompenzace zrušených regulačních poplatků

- Dr. Jojko navrhuje projednat s ministrem zdravotnictví i nesouhlasné stanovisko SAS k návrhu MZ ČR kompenzovat regulační poplatky poskytovatelům zdravotních služeb prostřednictvím paušálního navýšení hodnoty bodu. Podporu stanovisku vyjádřili i ostatní členové KSL, kteří samotné zrušení regulačních poplatků považují za nesystémové řešení a plýtvání prostředky veřejného zdravotnictví. Navrhují jednat o zachování signálního

kódu, účtovaného vždy spolu s klinickým vyšetřením. Mimo to souhlasí s potřebou jednat o kompenzaci výpadku příjmů v rámci zrušení regulačních poplatků i na Dohodovacím řízení k cenám zdravotní péče na rok 2016.

5. Žádost o schůzku s ministrem zdravotnictví

- Mgr. Sladkovská připraví návrh textu dopisu ministru zdravotnictví s žádostí o schůzku a následujícími okruhy problémů k projednání:
 - a) hodnocení činnosti pracovní skupiny ke kultivaci Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami,
 - b) kompenzace zrušených regulačních poplatků v současnosti a v příštích letech,
 - c) výdejny léků v ordinacích lékařů.

Součástí textu bude i žádost Koalice o pravidelná pracovní setkání s ministrem k projednání aktuálních problémů ambulantní sféry (*dopis byl ministru zdravotnictví zaslán poštou a e-mailem 26. 3. a sekretariát ministra schůzku potvrdil na 20. 4. od 10.00 hodin*).

6. Lékárník – nositel výkonu

- Členové KSL trvají na svém předcházejícím rozhodnutí nepodpořit vznik nového segmentu.

7. Různé

- Dr. Chrz informoval o analýze, kterou ministerstvo financí připravilo pro ministerstvo zdravotnictví pod názvem: „Zvýšení transparentnosti finančních toků a podpora ekonomické efektivity poskytovaných zdravotních služeb v systému veřejného zdravotního pojištění“. Materiál zašle zástupcům KSL.

V Praze dne 8. 4. 2015

Zapsala: Mgr. Zina Sladkovská

■ Podpora oboru PLDD koaličními partnery

Koalice soukromých lékařů nepodporuje záměr MZ ČR sloučit klinický obor dětské lékařství a obor primární péče praktické lékařství pro děti a dorost do jednoho oboru pediatrie. KSL je přesvědčena, že praktické lékařství pro děti a dorost by mělo zůstat

základním atestačním oborem, připravujícím v rámci postgraduálního vzdělávacího programu a příslušné délky praktické výuky nové kolegy-lékaře na poskytování kvalitní, komplexní léčebně-preventivní péče o dětskou a dorostovou populaci v ČR, stejně jako je systémově poskytována v oboru všeobecné lékařství pro přípravu praktických lékařů pro dospělé. KSL je přesvědčena, že zánikem samostatného oboru praktické lékařství pro děti a dorost jako jednoho ze základních pilířů stávající funkční a efektivní koncepce primární péče v ČR by mohlo dojít k významnému zhoršení dostupnosti a kvality poskytované péče o dětskou populaci. KSL se nedomnívá, že vytvořením „jednotné“ pediatrie dojde k vyřešení nepříznivé demografické situace stávajících PLDD, ani se tím dle názoru KSL nevyřeší klesající zájem o tento základní medicínský obor ze strany absolventů lékařských fakult.

KSL s politováním konstatuje, že při tvorbě záměru zrušit tento základní atestační obor nebyla ze strany MZ ČR ani ČLK vedena otevřená a věcná diskuse za účasti odborné lékařské veřejnosti, která by měla být při takto zásadní systémové změně vzdělávacího systému samozřejmostí.

Proto KSL podporuje všechny aktivity legitimních zástupců PLDD, které povedou k otevření takové diskuse nad novelou zákona č. 95/2004 Sb., včetně petiční akce, která by měla informovat rodičovskou veřejnost, která se tento záměr bezesporu také dotýká.

■ Dopis prezidentovi ČLK

MUDr. Milan Kubek
Prezident ČLK
ČLK, Lékařská 2/291, 150 00 Praha 5
V Praze dne 1. 4. 2015

Vážený pane prezidente.

V souvislosti s probíhající přípravou novely zákona č. 95/2004 Sb., o vzdělávání lékařů, a záměrem ministerstva zdravotnictví zrušit základní obor Praktické lékařství pro děti a dorost si Vás dovoluji požádat o schůzku. Vzhledem k tomu, že s tímto záměrem zásadně nesouhlasíme, považujeme za nezbytné opětovně upozornit na možné negativní dopady na péči o dětskou a dorostovou populaci v ČR. Nesouhlasíme ani s podpo-



rou tohoto záměru ze strany ČLK, deklarovanou viceprezidentem ČLK MUDr. Mrozkem, který je také členem pracovní skupiny. Z těchto důvodů bychom s Vámi chtěli tuto problematiku projednat při osobní schůzce. Opakovaně jsme také upozorňovali na nepřítomnost zástupce primární péče v pracovní skupině ministerstva zdravotnictví, která se novelou zákona zabývá.

Vzhledem k závažnosti možných dopadů na komplexní léčebně-preventivní péči o dětskou populaci a možných dopadů na veřejné rodičovské mínění pevně věřím, že si ve svém nabitém programu najdete na toto setkání čas.

S pozdravem
MUDr. Ilona Hülleová
Předsdkyně SPLDD ČR

■ Odpověď prezidenta ČLK

Vážená paní
MUDr. Ilona Hülleová
Předsdkyně SPLDD ČR
U Hranic 16, 100 00 Praha 10
V Praze dne 2. 4. 2015
Č. j. : 184 /2015

Vážená paní předsdkyně,
reaguji na Váš dopis ze dne 1. dubna 2015. Hned na úvod si dovoluji upozornit, že z návrhů novely zákona č. 95/2004 Sb., o vzdělávání lékařů, které má Česká lékařská komora od Ministerstva zdravotnictví k dispozici, nevyplývá záměr zrušit základní obor Praktické lékařství pro děti a dorost, ale záměr sloučit Váš obor s oborem Pediatrie. Pokud se tento plán podaří Ministerstvu zdravotnictví realizovat, dojde k rozšíření kompetencí jak u současných pediatriů, tak u stávajících praktických lékařů pro děti a dorost. Obě skupiny lékařů na tom vydělají, stejně tak jako jejich pacienti.

Nedostatek praktických lékařů pro děti a dorost je v současnosti obecně známou skutečností, stejně tak jako katastrofální demografická struktura lékařů v tomto oboru pracujících. Sloučení obou pediatrických oborů vedení ČLK považuje za jednu z mála možností, jak zachovat dostupnost kvalitní lékařské péče o děti a dorost, proto tento záměr Ministerstva zdravotnictví podporujeme. Respektuji skutečnost, že názor sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR, kterému předsedáte, je odlišný, a nemyslím si, že by tuto názorovou odlišnost mohlo změnit jednání nás dvou.

S kolegiálním pozdravem
MUDr. Milan Kubek
prezident České lékařské komory

■ Vyjádření ČLS JEP k systému očkování v ČR

Vážený pan ministr
MUDr. Svatopluk Němeček, MBA
MZ ČR, Palackého nám. 4, 128 01 Praha 2
v Praze dne 5. března 2015
č.j. 43-3/2015

Věc: vyjádření k systému očkování v ČR

Vážený pane ministře,
dovolte mi obrátit se na Vás v následující záležitosti. V poslední době narůstají aktivity odpůrců očkování, kteří již neútočí jen proti povinnému očkování, ale snaží se zpochybnit i očkování jako takové. Konzultoval jsem dvě naše odborné společnosti, Českou vakcínologickou společnost ČLS JEP a Odbornou společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP, s tímto závěrem:

Nezbytnost očkování na populační úrovni řeší jednotlivé země různým způsobem. Je nepochybné, že vysoká proočkovanost je jednoznačně v zájmu státu a systému veřejného zdravotnictví. Individuální rozhodování o vlastní osobě nemůže být upřednostňováno před zájmem celku. V populaci existuje jisté procento jedinců, které očkovat nemůžeme pro přítomnost absolutních kontraindikací. Tyto jedince můžeme ochránit pouze nepřímo, proočkováním všech v okolí, neboť jinou možnost v podstatě nemají. Nedomníváme se, že povinnost očkování jde proti Základní listině práv a svobod, protože některé paragrafy této listiny ji umožňují a pro řadu veřejnězdravotnických opatření je tento přístup dokonce nutný. Otázka však nestojí, zdali očkovat povinně, či nepovinně po formální stránce. Je pravdou, že většina zemí nemá povinnost očkování zakotvenou v zákoně, avšak vymahatelnost je jednoznačně umožněna nepřímou formou. Nejčastějším případem je, že neočkovaný jedinec nemůže vstoupit do školního či jiného kolektivu. Tedy schopnost vymoci toto opatření z úrovně státu je velmi silná. Ústavnost tohoto opatření byla nedávno potvrzena nálezem Ústavního soudu ČR. Celý systém nepochybně není o sankcích, ale o schopnosti udržet dostatečně vysokou proočkovanost. V Evropě se proočkovanost pohybuje na úrovni 90, 95 i více procent.

Naši praktičtí lékaři pro děti a dorost se ale stále častěji ve svých ordinacích setkávají s rodiči, kteří buď očkování odmítají, nebo požadují individuální očkovací plány v nejrůznějších modifikacích. Obor praktické lékařství pro děti a dorost je přitom oborem, který se z velké části zabývá prevencí. Očkování proti závažným infekčním nemocem považujeme za moderní a efektivní nástroj prevence.

V případě, že bude tento antivakcinační trend pokračovat a dojde k poklesu proočkovanosti pod nutnou mez, obáváme se, že budou praktičtí dětské lékaři muset u dětí, o které pečují, řešit závažné případy preventabilních onemocnění se všemi důsledky. Můžeme jistě diskutovat, jestli aplikovat v podmínkách České republiky systém přímé, nebo nepřímé vymahatelnosti očkování ve veřejném zájmu, avšak účinnost a prospěšnost očkování je ve světle medicíny založená na důkazech naprosto nepochybnitelná. Proto tedy Česká lékařská společnost J. E. Purkyně ČLS plně podporuje dosažení vysoké proočkovanosti populace odpovídající jiným evropským zemím vhodnou zákonnou úpravou.

S díky za pochopení a s pozdravem
prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc.
předseda ČLS JEP

■ Prohlášení delegátů XXV. výroční konference Sdružení praktických lékařů ČR – 11. 4. 2015

Delegáti celorepublikové konference varují před tendencí ožiovat pracoviště LSPP, která pamatujeme z dob socialistického zdravotnictví. Jejich další izolované působení v moderním zdravotním systému nemá místo. Lékařská péče poskytovaná v těchto nevybavených zařízeních je z odborného hlediska nepřijatelná a představuje zvýšené riziko jak pro pacienta, tak, z forenzního hlediska, i pro lékaře. SPL ČR je v souladu se společným stanoviskem Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP, Společnosti urgentní medicíny a Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost přesvědčeno, že stavy, které vyžadují ošetření po ukončení běžných ordinacních hodin, musejí být řešeny v systému odborně i organizačně odpovídajícím rozvoji současné medicíny a potřebám nemocných. Pohotovostní pracoviště musí disponovat zázemím s laboratorními a zobrazovacími technologiemi, s rychlou



návazností na lékárenskou službu, další konziliární vyšetření a lůžka. Tato kritéria splňují již dnes oddělení urgentních příjmů mnohých nemocnic v ČR. Jejich další rozvoj a posílení plně podporujeme, stejně jako začlenění LPS do jejich činnosti. Na té by se pak kromě VPL měli podílet i ambulantní specialisté. SPL ČR iniciovalo vznik pracovní skupiny na půdě MZ ČR, která se začala budovací koncepcí LPS intenzivně zabývat.

SPL ČR opakovaně varovalo politiky před zrušením RP. Kromě výpadku příjmů ordinací, které alespoň zčásti pokryly rostoucí náklady na provoz, jsme předpovídali i negativní dopad na samotné pacienty. Skutečnost ovšem předčila naše očekávání. Počet kontaktů lékař – pacient se v ordinacích VPL v 1. čtvrtletí 2015 dramaticky zvýšil, aniž by se dal vysvětlit pouze medicínskými příčinami. Pacienti čekají déle na ošetření a prodloužily se objednací lhůty. Jsme přesvědčeni, že zrušení RP, které ve skutečnosti nikoho neohrožovalo a svůj regulační efekt alespoň částečně plnilo, bylo chybou. Kompenzace poplatků ve výši 4,5 mld. Kč mohly být vynaloženy daleko účelněji, např. na zvýšení dostupnosti biologické léčby, navýšení počtu center pro nemocné s Alzheimerovou nemocí nebo rozšíření hospicové péče.

SPL ČR kategoricky odmítá návrh MZ a MPSV, aby posuzování následků pracovního úrazu a následného ztížení společenského uplatnění bylo dáno za povinnost registrujícím VPL. Ti pro tuto činnost nejsou erudováni a znamená pro ně další zvýšení administrativní zátěže, která se již stává zcela neúnosnou. Toto ohodnocení musí provést znalec vyškolený pro tuto činnost.

SPL ČR trvá na tom, aby v nově připravované novele zákona č. 372/2011 Sb. byla i nadále zachována povinnost ZZ prokazatelně předávat informace o zdravotním stavu klienta jeho registrujícímu VPL. Navrhované přenesení této povinnosti na pacienta představuje reálné riziko zamlčení důležitých informací o jeho zdravotním stavu, například při posuzování zdravotní způsobilosti k práci, řízení motorových vozidel či držení zbrojního průkazu.

SPL ČR se dlouhodobě v rámci svých možností snaží zamezit narůstajícím regionálním disproporcím v dostupnosti primární péče. Opakovaně jednalo s MZ ČR, zdravotními pojišťovnami, zástupci krajské samosprávy a Svazem MO ČR. Přes deklarovaný zájem o rychlé řešení této situace a nadějně sliby vč. možnosti podpory z prostředků fondů EU

konstatujeme, že dosud nedošlo k viditelnému posunu.

SPL ČR nesouhlasí se záměrem sloučit klinický obor dětské lékařství s oborem praktické lékařství pro děti a dorost do jednoho oboru pediatrie. Praktické lékařství pro děti a dorost by jako jeden ze základních pilířů stávající funkční a efektivní primární péče mělo zůstat základním atestačním oborem. SPL ČR odmítá hrazení výkonů klinicko-farmaceutické péče poskytované v lékárnách z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Nevidíme racionální důvod k poskytování duplicitní zdravotní péče, navíc bez jasně vymezené odpovědnosti. Jsme přesvědčeni, že klinická zdravotní péče patří do rukou lékařů.

■ ČSSZ každému otevřela online jeho „konto“ dob pojištění

Každý občan, bez ohledu na věk, má od letošního března možnost kdykoliv, snadno, bezpečně a zdarma vidět aktuální stav svého konta evidovaných dob pojištění, aniž by musel od úřadu žádat zaslání výpisu svých dob pojištění. Bránou, jak ke kontu online přistoupit, je ePortál ČSSZ. Díky němu mají zejména zaměstnaní lidé nástroj, jak si zkontrolovat, že zaměstnavatel České správy sociálního zabezpečení (ČSSZ) potvrdil dobu jejich důchodového pojištění a hrubé příjmy (výdělky) ve správné výši.

„Každý jeden člověk, který kdy byl naším pojištěncem, protože ze své výdělečné činnosti v ČR odváděl pojistné na důchodové pojištění, dostal od České správy sociálního zabezpečení možnost mít své údaje, jež jsou podkladem především pro jeho budoucí důchod, průběžně pod kontrolou,“ uvedl ústřední ředitel ČSSZ Vilém Kahoun a zdůraznil význam nové služby: *„Lidé získávají důležité informace, které jim pomohou vyhodnotit, zda nám zaměstnavatelé předali všechny údaje, které měli, tzn. všechny evidenční listy důchodového pojištění. V případě, že zjistí rozpor, mohou začít vše včas řešit spolu s pracovníky okresních správ sociálního zabezpečení. Česká správa spolu se svými okresními správami sociálního zabezpečení je klientsky zaměřeným úřadem státní správy a stvrzuje to svým rozvojem v přístupu ke klientům.“* Některé doby, které se prokazují až v souvislosti s podanou žádostí o důchod, však ČSSZ nemůže mít v evidenci. I na ně konto upozorňuje. Jsou to

např. období, kdy byl člověk pracovně činný v zahraničí či lidé pečovali o dítě.

Aby lidé mohli nahlédnout do **přehledu dob důchodového pojištění** (<https://eportal.cssz.cz/web/portal/zobraz-dobu-pojisteni>), přihlásí se do **ePortálu ČSSZ** (<https://eportal.cssz.cz/>). K jeho používání nepotřebují nic jiného než mít přístupové údaje ke své datové schránce. Systém individuálních kont pojištěnců, který ČSSZ v posledních letech usilovně vytvářela a budovala, umožňuje, že se konto průběžně aktualizuje na základě každého nově doručeného a zpracovaného dokladu. V současné době konta, jejichž počet osciluje kolem 8,5 miliónu, obsahují 150 miliónů digitalizovaných nárokových podkladů.

Z hlediska technologických změn a přínosů má ePortál ČSSZ klíčový význam. Co je podstatné: spuštěním ePortálu ČSSZ v prosinci 2013 byl významně posílen proklientský přístup ČSSZ směřující k vybudování internetové samoobsluhy pro občany, podnikatele, zaměstnavatele i další orgány veřejné správy. Umožňuje nahlédnout na vybrané údaje, jako je přehled dob důchodového pojištění, získat výpis z některých údajů, požádat o vydání potvrzení, zaslání informativního osobního listu důchodového pojištění apod. Jeho prostřednictvím lze elektronicky podat tiskopisy, které jsou systémy ČSSZ zpracovány a ověřeny.

Kromě náhledu na „konto“ mají občané stále možnost požádat jednou za kalendářní rok ČSSZ o zaslání informativního osobního listu důchodového pojištění (IOLDP). Lidé jsou obvykle mile překvapeni, jak má ČSSZ jejich pracovní historii řádně zdokumentovanou. Potvrzují to slova šéfredaktorky časopisu revue 50plus: *„Já sama, když jsem žádala o důchod, jsem vůbec netušila, že existuje něco jako osobní list. Sháněla jsem krkolomně různá potvrzení, a když jsem pak přišla na ČSSZ, byla jsem ohromená, že tam o mně všechno měli! Přitom jsem během života vystřídala několik svobodných povolání. Připadalo mi to jako malý zázrak, že může mít úřad všechno podchycené, i to, co já jsem už dávno zapomněla.“*

Doklady, které ČSSZ o svých klientech-pojištěncích eviduje, mohou v některých případech posloužit i jinak než jen pro účely důchodu. Jde o situace, kdy potřebují svou pracovní minulost prokázat např. novému zaměstnavateli, v souvislosti s podnikáním pro doložení praxe, nebo pro různé jiné účely.

Jana Buraňová, tisková mluvčí



Usnesení regionálních konferencí

■ Usnesení společné konference regionů Zlínského, Vysočina a Jižní Morava konané dne 14. 3. 2015 v Drnovicích u Vyškova

Konference se zúčastnilo 59 členů SPLDD, pro malý počet účastníků nebyla usnášení-schopná a proto byla vyhlášena náhradní konference

Hosté: MUDr. Hülleová Ilona, předsedkyně SPLDD, MUDr. Šebková Alena, předsedkyně OSPDL, MUDr. Kudyn Milan, 1. místopředseda SPLDD

Konference zvolila:

Mandátovou komisi ve složení:
MUDr. Kalabusová, MUDr. Kvíčalová
Návrhovou komisi ve složení:
MUDr. Chvátalová, MUDr. Poláčková,
MUDr. Beneš
Volební komisi ve složení:
MUDr. Doleželová, MUDr. Sedláčková
Konference schválila navržený program.

Konference bere na vědomí:

Zprávu o činnosti regionů JM, ZL, VYS, přednesenou MUDr. Benešem.
Zprávu revizní komise za všechny tři regiony přednesenou MUDr. Buškem.
Zprávy pokladníka o hospodaření jednotlivých regionů přednesené MUDr. Poláčkovou
Konference schválila návrhy rozpočtů jednotlivých regionů na rok 2015.

V rámci odpoledního bloku proběhly volby do jednotlivých regionů.

Zvoleni byli: Jihomoravský region:
MUDr. Zemánková Pavlína
MUDr. Blažková Miluše
Pokladník: MUDr. Poláčková Vlasta
Revizní: MUDr. Dufka Jiří

Region Vysočina:

MUDr. Beneš Libor
MUDr. Matoušková Eva
Pokladník: MUDr. Březinová Dagmar
Revizní: MUDr. Čáková Hana

Region Zlínský:

MUDr. Gricová Parvine
MUDr. Chvátalová Eva

Pokladník: MUDr. Kalabusová
Revizní MUDr. Kuklová

V dopoledních hodinách nás hosté seznámili s současnými žhavými problémy týkajícími se PLDD – návrh zákona o vzdělávání, v němž je v podstatě zrušen obor PLDD.

Konference doporučuje výkonnému výboru pokračovat v úsilí o zachování oboru PLDD.

Konference ukládá výkonnému výboru požádat MZ o vytvoření ucelené koncepce péče o děti a dorost.

Konference navrhuje výkonnému výboru obnovit funkci tiskového mluvčího, který bude komunikovat s médii a prezentovat náš obor a problémy s ním spojené.

Konference projednala navrhovanou Petici k zachování oboru PLDD, souhlasí s její realizací a doporučuje ev. další protestní akce za zachování oboru PLDD – zavření ordinací na 1 den.

Konference doporučuje svým členům oslovit politické představitele jednotlivých regionů, dle možností oslovit i místní média a případně hledat další způsoby podpory zachování oboru PLDD.

Konference nepodporuje zvažované změny očkovacího kalendáře ve smyslu alternativních individuálních očkovacích plánů bez zdravotních indikací. Je zásadně proti neúplným individuálním očkovacím plánům, neodpovídajícím skladbou povinnému očkování.

Konference doporučuje členům SPLDD zvážení setrvání v České pediatrické společnosti vzhledem k aktivitám vedení ČPS namířeným proti oboru PLDD, doporučujeme vstoupit do odborné společnosti PLDD.

Drnovice u Vyškova, 14. 3. 2015

■ Usnesení společné konference SPLDD ČR Libereckého a Ústeckého kraje konané dne 21. 3. 2015 v Ústí nad Labem

Konference zvolila:

Pracovní předsednictvo ve složení:
MUDr. Kulhánková, MUDr. Sudková,
MUDr. Balatková

Mandátovou komisi ve složení:
MUDr. Lešanovská, MUDr. Johnová,
MUDr. Pálová
Návrhovou komisi ve složení:
MUDr. Ropková, MUDr. Valentová,
MUDr. Michalík
Volební komisi ve složení:
MUDr. Svobodová, MUDr. Látalová,
MUDr. Martincová

Konference schválila předložený program

Konference vzala na vědomí:

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

Konference schválila:

- návrh rozpočtu SVČ regionu na rok 2015

Konference přijala:

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

Proběhly volby do jednotlivých krajů:

Za Liberecký kraj byly zvoleny:
MUDr. Hromádková, MUDr. Valentová
Za Ústecký kraj byly zvoleny:
MUDr. Balatková, MUDr. Kulhánková
Byl zvolen pokladník společný pro oba kraje: MUDr. Sudková
Byl zvolen krajský zástupce kontrolní komise společný pro oba kraje: MUDr. Michalík

Konference dále vzala na vědomí:

vystoupení hostů, odborné přednášky

Konference konstatuje: účast členské základny na konferenci je 1/4 z celkového počtu, o něco vyšší než v minulých letech. Ale stále to svědčí o nízkém zájmu členské základny o dění ve Sdružení.
V okrese Ústí nad Labem není kontaktní osoba za okres.

Konference odmítá snahy o zavádění individuálních očkovacích plánů.



Konference podporuje:

- předsednictvo SPLDD v úsilí o zachování základního oboru PLDD,
- Petici za zachování oboru PLDD a případně další aktivity k jejímu prosazení včetně návazných protestních akcí,
- všechny snahy, které vedou k vyššímu finančnímu ohodnocení naší práce.

Konference doporučuje svým členům, aby zvážili další setrvání v České pediatričské společnosti ČLS JEP, protože aktivity současného vedení ČPS jdou proti zájmům praktických dětských lékařů.

Konference vyzývá:

- členy SPLDD k větší účasti na akcích Sdružení,
- prezidenta ČLK aby se při projednávání novely zákona č. 95/2004 Sb. zasadil o to, aby nedošlo ke zrušení základního oboru praktické lékařství pro děti a dorost. Text výzvy viz níže.

Vážený pane prezidente, jako členové ČLK se na Vás obracíme jako na vrcholného zástupce lékařů: S nelibostí musíme konstatovat, že vedení ČLK jako organizace mající za úkol chránit zájmy všech jejích členů podpořilo navrhované znění novely zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře. Případným přijetím tohoto zákona by došlo ke zrušení atestačního oboru praktické lékařství pro děti a dorost. Jsme přesvědčeni, že zánik tohoto oboru povede ke snížení kvality vzdělávání lékařů. Tím se destabilizuje současný systém poskytování komplexní zdravotní péče o děti a dorost v ČR. Jako členové ČLK proti tomuto kroku protestujeme a trváme na zachování samostatného oboru PLDD.

V Ústí nad Labem dne 21. 3. 2015

MUDr. Ropková, MUDr. Valentová,
MUDr. Michalík

■ Usnesení jihočeské volební konference SPLDD konané ve dnech 27–28. 3. 2015 v Plané nad Lužnicí

Konference hodnotí negativně nepřítomnost zástupců krajského úřadu a ZP, kteří byli pozváni.

Konference je znepokojena vývojem mediální diskuse o očkování v České republice. Konference je znepokojena vývojem koncepce péče o děti a dorost v ČR.

Konference požaduje vypracovat návrh postupu očkování mimo očkovací kalendář.

Podporuje petiční akci o zachování oboru PLDD a jednodenní stávkové akce v případě hrozby zrušení oboru.

maminka Radka
a syn Štěpánek
10 měsíců

PROVAKCIN PLUS®

ČESKÝ PATENT

OČKOVÁNÍ
S ÚSMĚVEM

Zmírnění případných nežádoucích reakcí po očkování.

Vhodné od 3. měsíce.

Potravina pro zvláštní lékařské účely.

www.provakcin.cz | www.vesele-dite.cz



Zpráva ze zahraniční cesty

Prevence časně výživy během prvních 1000 dní Konference Nestlé Nutrition Institut, Budapešť

MUDr. Naděje Kočnarová

PLDD Praha, člen Sekce dětské gastroenterologie a výživy ČLS JEP

Konference byla zastoupena významnými přednášejícími, tzv. opinion leadery ve svém oboru: prof. Koletzko je předsedou ESPGHAN, prof. Szajewska je hlavním editorem JPGN, prof. Socha předsedou polské GE společnosti a kandidátem na vědeckého sekretáře ESPGHAN, prof. Vandenplas je předsedou gastroenterologického výboru ESPGHAN.

Ve čtyřech sekcích byl kladem důraz na význam časně výživy a programming v prevenci civilizačních nemocí, predominantně obezity a alergických onemocnění. Předsedou v druhé sekci byl MUDr. Peter Szitányi, Ph.D., z Prahy.

Během konference jsme slyšeli osm odborných přednášek. Každá se zabývala z pohledu odborníka důležitým aspektem výživy dítěte.

Jak ovlivnit růst a vývoj dítěte od narození do dvou let. Výživa během tohoto období je v popředí zájmu nejen klinických pediatrů, ale i vědeckých pracovníků.

Poznámky z konference:

Důraz na výživu je kladen již od početí do dvou let. Genetické vlohby mohou být neustále ovlivňovány životním prostředím, zejména stravou dítěte.

Prvních 1000 dní života skutečně rozhoduje a má vliv na individuální biologické změny dítěte. Je to tzv. kritická fáze, během které je dětský organismus stále vnímavý, tvárný jak k jedinečné nabídce dobré stravy, tak ale i k ohrožení díky deficitu základních složek nutných pro zdravý vývoj jedince. I nadměrný příjem určité živiny či škodlivé substance ve výživě může trvale poškodit organismus. Zejména dříve doporučovaný vysoký příjem bílkovin představuje riziko rozvoje obezity v pozdějším věku.

Probírala se otázka výživy v hospodářsky vyspělých zemích s jejich vysokým standardem života. Obezita a přidružené nemoci, jako jsou atopická dermatitida a alergické onemocnění, jsou v dnešní době hojně zastoupené. V Evropě je kolem 14 miliónů dětí



majících nadváhu, kolem 3 miliónů obézních dětí.

Během kritické fáze vývoje dítěte se může modifikovat genová exprese, a tím i fenotyp dítěte. Zde se otvírá nové pole výzkumu – epigenetika. **Epigenetika** je v moderním slova smyslu vědní podobor genetiky, jenž studuje změny v genové expresi (a tedy obvykle i ve fenotypu), které nejsou způsobeny změnou nukleotidové sekvence DNA.

Dětská obezita má mnoho příčin. Několik studií se zabývá příjmem proteinu, který může ovlivnit pozdější nadváhu. Delší doba kojení redukuje riziko nadváhy ve srovnání s dětmi, které nebyly kojené. Kromě dalších výhod má mateřské mléko malé množství (very high-quality) proteinu. Cílem výzkumu je zajistit formuli s obsahem proteinu co nejbližším mateřského mléku. Mléka s nižším obsahem proteinu jsou bezpečná pro vývoj mozku, nedoporučuje se pít kravské mléko na žízeň. Také sladké nápoje v raném věku dítěte mohou způsobit pozdější obezitu.

Probiotika v časném dětství

Nekrotizující enterokolitida (NEC): 30–50 % nedonošených dětí s touto diagnózou potřebuje chirurgickou intervenci. Riziko mortality NEC u NNPH je až 30%. Přežívající nedonošené děti mají zvýšené riziko v neurologickém vývoji.

Silnou podporou je enterální suplementace probiotikem, která redukuje NEC až o 51 %. Kombinuje se *Lactobacillus* a *Bifidobacter* 3×10^9 denně. Začíná se během 7 dní, kdy nedonošenec přijímá mléko per os, a ukončuje se 35. týden korigovaného věku dítěte. Kojenecké koliky se vyskytují až u 20 % dětí mladších tří měsíců. Dodává se *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 jak preventivně, tak i terapeuticky.

V léčbě akutní gastroenteritidy jsou indikovány probiotika LGG *Lactobacillus* 66 a *Saccharomyces boulardii*, též i *L. reuteri* DSM 17938.

Užití probiotik *L. reuteri* DSM, *Lactobacillus* GG 66 je diskutováno i u léčby infekčních průjmů, respiračních infekcí i alergií. V Evropě má každé dvacáté dítě jednu či více potravinových alergií.

Konference svou odbornou úrovní zodpověděla téměř všechny požadavky pediatrické časně výživy a zdůraznila důležitost výživy v prvních 1000 dnech života. Programming a prevence civilizačních nemocí představují výzvu pro pediatrie a odborníky zabývající se dětskou výživou. Další velkou akcí zaměřenou na programming se jeví konference v Mnichově.

<http://munich2016.project-earlynutrition.eu/>



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Alena Šebková

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

Od 14. 3. probíhají **konference SPLDD ČR**, kterých se účastní předsedkyně OSPDL či pověřený člen výboru OSPDL. Je velmi potěšitelné, že na všech se potvrzuje kvalitní spolupráce našich organizací.

Od 17. 3. probíhají v regionech **Pediatrické akademie 2015** (dříve Očkovací semináře). Zatím se setkávají vesměs s pozitivní odezvou.

2. 4. : Výbor OSPDL – vybrané informace: Hostem výboru byla doc. Kytarová – domluvena spolupráce na doporučeném postupu prevence obezity v ordinaci PLDD, na společném postupu, jak postupovat s dětmi s nadváhou v ordinaci PLDD, jak dále spolupracovat s příslušnými odborníky. Jednání bylo velmi přínosné, obě strany mají zájem na spolupráci.

• **Výzva kolegům** v regionech – je nutné posílit obsazení redakční rady VOXu. I na tomto místě tedy vyzývám kolegy, kteří by byli schopni pomoci té hrstce statečných, která se stará o to, aby vycházel náš časopis, v kterém nacházíme užitečné rady jak odborné, tak profesní, aby se přihlásili do Centra.

• **Výbor OS** byl požádán o odborné vyjádření k proplácení kódu 02200 Návštěva novorozence dětskou sestrou. Pozitivní stanovisko s odůvodněním bude předáno předsedkyni SPLDD.

• **Spolupráce s ORL společnostmi** – dr. Šebková oslovila ke spolupráci prof. Chroboka, domluveno ustanovení mezioborové pracovní skupiny, na které by měla být

další spolupráce – doporučené postupy, možnost zavedení kódu Otoskopie v ordinaci PLDD, spolupráce na kontinuálním vzdělávání.

• **Vzdělávací akce** – Setkání školitelů, Zdravotnické fórum – „primární prevence v dětském a dorostovém věku“, 1. mezioborový kongres PLDD – „výživa pro každý věk“ – všechny akce mají velmi atraktivní program, na první dvě je již možné se hlásit prostřednictvím webu, na Mezioborový kongres bude možné se hlásit od května.

• **Rezidenční místa, akreditační komise** – dle informace bychom měli mít letos dostatečný převis zájemců z řad akreditovaných pracovišť o rezidenční místo. Přes naše opakované upozornění zástupců ministerstva dosud nebyla schválena nová akreditační komise pro náš obor, což může vyústit ve ztrátu zájmu mladých kolegů. Je to náhoda, nebo strategie ministerstva?

8. 4. se konalo další jednání **NIKO** – zápis jednání bude k dispozici na webu OSPDL. Bude ustanovena komise ministra pro očkování se zástupci odpůrců povinného očkování. Na základě informací MUDr. Kvášové nadále jsou kolegové, kteří aktivně doporučují očkování BCG neindikovaným dětem. Znovu upozorňuji, že tento postup je proti vyhlášce, a tlumočím žádost hlavního hygienika, aby se tak nedělo. Vakcína v tuto chvíli není ani pro indikované děti, nicméně její dovoz bude zajištěn.

Očkování – na web bude umístěna ucelená informace o postupu při odmítání očkování.

V Parlamentu ČR se z iniciativy poslankyně Markové konal 14. 4. druhý „očkovací“ seminář. Tentokrát byly předsedkyně obou našich organizací požádány o aktivní vystoupení. MUDr. Hülleová přednesla sdělení o organizaci očkování v našich ordinacích, MUDr. Šebková o vzdělávání v oblasti očkování. Na semináři vystoupily i zástupkyně rodičů. Diskuse není vůbec jednoduchá, minky se, bohužel, opírají o nám již známá vyjádření např. dr. Strunecké a dr. Elekové, nepředložily žádné jiné a především validní argumenty.

Obor – 15. 4. se konal seminář pořádaný Poslaneckou sněmovnou i Senátem Parlamentu ČR na téma Budoucnost českého zdravotnictví. Účastnily se ho dr. Šebková a dr. Hülleová. Na tomto místě jsem nucena konstatovat, že jsme si vyslechli věci, které slyšíme již minimálně deset let. Zmíněna byla podpora praktických lékařů – po kolikáté jsme ji již slyšeli v teoretické rovině? Zatím v reálu navrhuje ministr zdravotnictví znovuzavedení školních preventivních prohlídek, jelikož rodiče „nemají čas chodit s dětmi na prevence“!!! Aniž by se informoval, jak to skutečně vypadá!!! Kam se řítíme? Zpět do minulého století? K institucionalizaci zdravotnictví? K rajonizaci? K okresním, krajským a hlavním odborníkům? Co zamýšlí současná vládní garnitura s péčí o dítě a dorost v České republice?

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR a Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

si vás dovoluji pozvat na cyklus odborných seminářů pořádaných tradičně v Lékařském domě ČLS JEP v Praze, Sokolská 32, Praha 2 vždy první čtvrtek v měsíci v 16.30 hod.

4. 6. 2015

Screeningové vyšetření zraku u dětí

Mgr. Martina Hamplová
Ortoptika Očko, Praha



OSPDL ČLS JEP



Úvod do problematiky vzácných onemocnění

Prof. MUDr. Milan Macek, DrSc.

Ústav biologie a lékařské genetiky – Národní koordinací centrum pro vzácná onemocnění,
2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Motole

■ 1. Definice vzácných onemocnění

Vzácná onemocnění (VO) jsou klinicky velmi různorodou skupinou klinických jednotek se silně geneticky podmíněnou patogenezi. Proto jsou nazývána také „mendelistická onemocnění“ podle objevitele zákonů dědičnosti, našeho slavného rodáka Gregora Mendela z augustiniánského kláštera v Brně, který je formuloval před 150 lety. Jejich společnou charakteristikou je jejich velmi nízká populační prevalence, která je Evropskou komisí arbitrárně stanovena na méně než 1 : 2000 v obecné populaci.

Naprostou většinu těchto onemocnění tvoří onemocnění chronická a progresivní, jedná se o multisystémové syndromy, které významně zhoršují kvalitu života a sociální začlenění pacientů¹. VO jsou blíže charakterizována jako „život ohrožující nebo chronicky invalidizující“ nemoci. Zahnují prakticky všechny oblasti medicíny, přičemž se především jedná o metabolické vady, neurologická, endokrinologická, hematologická, imunodeficientní, kardiologická, nefrologická, kožní onemocnění nebo o genetické syndromy (z oblasti klinické syndromologie). Naprostá většina dětských nádorů rovněž spadá do oblasti VO. Rovněž oblast onkologické problematiky dospělých kromě tzv. „velkých“ nádorů kolorekta, prsu, plic či prostaty patří do této domény.

Bohužel naprostá většina onemocnění je obtížně léčitelná nebo až nevléčitelná *ad integrum* (viz dále). V současné době se přibližně třetina pacientů s VO nedožije pěti let života. VO jsou rovněž zodpovědná za významnou část novorozenecké a kojenecké mortality. Proto je často jedinou pomocí rodinám s takto postiženým dítětem zajistit pomocí cílené prenatalní nebo nyní již i preimplantační diagnostiky narození druhého zdravého dítěte v jejich rodině. Obojí je dosud plně hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. „Sirotčí“ („orphan“) charakter VO je dán především skutečností, že až do doby poslední dekády byla mimo oblast hlavního zájmu klinické medicíny, s vý-

jimkou oborů lékařské genetiky a dědičných metabolických poruch, které se dlouhodobě zaměřují na jejich časnou diagnostiku².

Prevalence VO je dynamický epidemiologický údaj. Příkladem může být cystická fibróza (dále CF)³, jejíž incidence v posledním desetiletí klesá z důvodu přistěhovalectví a natalitativy osob z neevropských oblastí, kde se toto VO prakticky nevyskytuje (např. Vietnam, Turecko, severní Afrika). Navíc díky široce prováděnému prenatalnímu screeningu CF v České republice a prekoncepčnímu genetickému screeningu partnerů na časté mutace v genu CF (CFTR) (v USA nebo severní Itálii) počet pacientů celkově klesá. Podobně některé hemoglobinopatie jsou daleko častější v tropických oblastech v důsledku selektivního tlaku malárie, přičemž s jejím vymýcením i jejich populační prevalence začíná postupně klesat.

VO se nejčastěji projevují brzy po narození (často jsou přítomna i prenatalně, ale u většiny VO zatím nemáme adekvátní vyšetřovací metody) a postihují až 5 % novorozenců a kojenců, ale mohou se rozvinout i později, a to v průběhu dětství, či dokonce někdy až v dospělosti. Správná a rychlá diagnostika VO představuje jakýsi indikátor kvality prenatalní, perinatální a postnatální zdravotní péče a diagnostiky, protože tato VO byla do nedávna „neznámá“ vzhledem k tomu, že při vyšší novorozenecké a kojenecké úmrtnosti pacienti „stonali/umírali“ pod jinými, převážně symptomaticky stanovenými diagnózami (např. chronický průjem či bronchitida u CF; slabost = hypotonie u neuromuskulárních chorob; záducha u hereditárních forem emfyzému). VO se tedy začínají dostávat do popředí i v rozvojovém světě s rychle klesající novorozeneckou úmrtností na infekční choroby, která „maskovala“ přítomnost VO. Ostatně Čína, Indie a Brazílie svou celkovou vysokou natalitou výrazně převyšují zbytek světa a většina dětí s VO se narodí v těchto zemích.

Více než desetiletý projekt Evropské komise *Orphanet* uvádí, že existuje okolo 7000 různých

typů VO, pokud odhlédneme od dosud nejasně charakterizovaných VO nalezených celosvětově u jednoho pacienta. Pokud stanovíme „laťku“ jako například minimální počet jednoznačně klinicky definovaných jednotek alespoň u tří nezávislých pacientů, jedná se o cca 1500–2000 VO. Tento údaj se bude neustále zpřesňovat s tím, jak se identifikují jednotlivé geny pro VO v rámci několika rozsáhlých mezinárodních projektů. Oblast VO je tedy podobná infekčnímu lékařství, kde existuje velké množství klinických jednotek, které i přes svou individuální nízkou prevalenci v souhrnu představují přibližně až 5 % veškerých nemocí. Z tohoto důvodu je počet pacientů s VO v EU odhadován na základě souhrnů zastřešujícího evropského patientského sdružení *Eurordis.org* na přibližně 20–30 miliónů osob. V souhrnu je však možno uvést, že nikdo z nás „není chráněn statistikou“.

■ 2. Dědičnost

Přibližně 80 % VO má jasně definované genetické příčiny (tj. známý gen s vysoce penetrantními mutacemi, tj. těmi, které se u většiny pacientů projevují), avšak u většiny pacientů dosud zůstává genetická charakteristika jejich onemocnění nejasná. Dědičnost VO lze obecně rozdělit podle zákonů standardní mendelistické dědičnosti na několik forem.

Autozomálně dominantní (AD) především v důsledku *de novo* mutace v rámci spermatogeneze u starších otců nad cca 45 let v rámci všech genových lokusů na 22 chromozomech, kromě chromozomů X či Y. Situace, kdy jeden z rodičů je nemocný, jsou v klinické praxi vzácnější, podobně homozygotní stav pro obě mutované AD alely je prenatalně letální. Z velké části se jedná o onemocnění, kdy již jedna mutovaná alela genu způsobí příslušné onemocnění nebo kde se již 50 % snížení funkce genu klinicky projevuje. Jedná se tedy o „strukturopatie“ jako např. chondrodystrofie, *osteogenesis imperfecta* nebo také neurologická onemocnění a kardiomyopatie.



Autozomálně recesivní (AR) dědičnost je především v důsledku genových mutací přítomných v naší populaci „od pradávna“, které mnohdy v minulosti poskytovaly svým nositelům selekční výhodu v rámci všech genových lokusů na 22 chromozomech, kromě chromozomů X či Y. Příbuzenské sňatky jsou v tomto kontextu u nás již vzácné. AR rodiče jsou zdravými přenašeči díky „protektivnímu“ efektu normální („standardní“) alely, ale jejich potomci mají 25% riziko onemocnění. Převážně se jedná o „enzymopatie“, jako jsou např. dědičné metabolické poruchy, cystická fibróza, fenylketonurie.

Z dědičností vázaných na pohlavní chromozomy (vzácně na chromozom Y) se v klinické praxi setkáváme především s dědičností vázanou na chromozom X. Pro vzácnější formy gonozomálně dominantní dědičnosti (XD) je typické, že jsou postiženy i matky, zatímco u gonozomálně recesivních forem dědičnosti (XR) jsou primárně postiženi chlapci, jako např. v případě hemofilie. Velmi vzácně jsou nemocné i ženy kvůli nerovnoměrné inaktivaci chromozomu X. V poslední době se popisuje i mitochondriální forma dědičnosti u některých metabolických onemocnění nebo vzácných forem epilepsií. V zásadě je možno charakterizovat dědičnost analýzou rodokmenu, ta však v našich podmínkách malých rodin a malého počtu dětí / sourozenců obvykle nemá dostatečnou vypovídací hodnotu. Kvalitní osobní a rodinná anamnéza může mnoho napovědět (např. postižení párových orgánů, mladší věk nemocných, nejasná úmrtí v rodině mohou svědčit pro genetická onemocnění). Setkáváme se však často s jediným „sporadickým případem“ v rodině, kdy je velmi obtížné rozhodnout, zda se jedná o AD *de novo* mutaci nebo výskyt AR onemocnění.

Přehled genetických pracovišť a laboratoří poskytujících DNA diagnostiku v České republice poskytují aktualizované přehledy Společnosti lékařské genetiky ČLS JEP (SLG; www.slg.cz) a na evropské úrovni portál Orphanet (www.orpha.net).

Diagnostiku ultravazácných onemocnění v zahraničí zatím proplácet naše zdravotní pojišťovny na základě § 16 zákona č. 98/1997 Sb. po doporučení SLG a ve spolupráci s revizními lékaři.

■ 3. Nedostatečné povědomí o VO a opoždění jejich diagnostiky

Hlavní příčinou pozdní diagnózy VO je skutečnost, že praktičtí lékaři se setkávají s jednotlivými vzácnými onemocněními ve

své praxi velmi zřídka. Na příkladu CF s novorozeneckou prevalencí 1:6500 při cca stovce tisíc narozených dětí ročně a s více než 1500 praktickými pediatry lze odvodit, že se praktik setká ve své ambulanci s CF průměrně asi jednou za dekádu. Tato doba se výrazně prodlužuje u ještě vzácnějších VO, přičemž některá onemocnění v průměru neuvidí ani jednou za svou profesní dráhu. Je tedy nezbytné zvýšit celkové povědomí o VO u našich lékařů (viz dále). Nelze se divit, že lékaři v terénu mají minimální zkušenosti s VO, a tak je často špatně nebo pozdě diagnostikují. V případě CF jsme objektivně prokázali trend ke zhoršování diagnostiky praktickými pediatry od poloviny devadesátých let.

Nedostatečné povědomí o VO rovněž demonstroval nedávný průzkum agentury STEM/MARK z ledna 2014. Prokázal, že přes 60 % našich spoluobčanů nezná pojem VO nebo si pod nimi představují „bizarní choroby“ (např. elefantiáza, hydrocefalus).

Z výše uvedených důvodů pacienti s VO prodají diagnostickou „Odysseu“, průběh jejich onemocnění se tak postupně zhoršuje, frustrace jejich rodiny se zvyšuje a náklady na diagnostiku a léčbu z prostředků veřejného zdravotního pojištění jsou neúčelně vynakládány. Stále se setkáváme s tím, že pacienti s CF přicházejí ve velmi zanedbaném stavu, nemají správně stanovenou diagnózu a často jsou léčeni pod zástupnými, nezřídka „opisnými“ diagnózami. V případě chybných a/nebo pozdních diagnóz, zejména pak u pacientů s VO, kde již existuje léčba, dochází k ireverzibilnímu poškození jejich zdraví s dlouhodobými důsledky. To vede nejen ke značné traumatizaci pacientů a jejich rodin, ale i k jejich celkové nedůvěře v kvalitu zdravotního systému. Je zřejmé, že s opožděnou diagnózou se také zvyšují náklady na léčbu. Problematika opožděné diagnózy je ještě více akcentována u extrémně vzácných VO (tj. méně než 1:50 000), což při současné porodnosti odpovídá čtyřem novým případům takových „ultra“ onemocnění ročně, jež jsou často negativně medializovány.

Ve spolupráci se zastřešující patientskou organizací (Českou asociací pro vzácná onemocnění; www.vzacna-onemocneni.cz) vydalo Národní koordinační centrum pro VO ve FN Motol plakáty, kde jsou uvedeny typické příznaky VO u dětí a dospělých, přičemž tyto plakáty jsou volně šiřitelné. Součástí je i „helpmail“ – help@vzacna-onemocneni.cz, kam lze zasílat dotazy ohledně nejasných

■ Stát si ze SÚKL vezme 1,7 miliardy na pokrytí výpadku příjmů z poplatků

Senátoři ve středu souhlasili s novelou zákona o léčivech, která státu umožní získat 1,7 miliardy korun ze Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL). Měly by být využity na pokrytí výpadku příjmů po zrušených regulačních poplatcích. Novelu nyní dostane k podpisu prezident.

Výpadek příjmů z regulačních poplatků má letos činit asi 4,2 miliardy korun, z toho u ambulantí a lékáren to bude podle dřívějších propočtů asi 3,27 miliardy korun. Stokorunové platby v nemocnicích zrušil od loňského ledna Ústavní soud s tím, že pro řadu občanů činí nemocniční péči nedostupnou. Proti návratu k platbě 60 korun v nemocnicích soud nic nenamítal, koalice se ale rozhodla ji neobnovit.

Stát chce novelou pomoci také pražské Nemocnici Na Bulovce a brněnské Fakultní nemocnici u sv. Anny. Do obou nemocnic by mělo jít kvůli jejich špatné ekonomické situaci celkem 700 miliónů korun. Bez finanční injekce by byl ohrožen výkon stanoveného rozsahu zdravotní péče, píše se v důvodové zprávě. Brněnská nemocnice by prý musela poskytování péče úplně přerušit.

Senátoři diskutovali i o návratu poplatků

SÚKL má na zvláštním účtu přes dvě miliardy korun, připomenula senátorka a lékařka Alena Dernerová (za Severočechy.cz). Rezervy měl na nové projekty, jako jsou zavádění systému elektronických receptů a rozhodování o cenách a úhradách zdravotnických prostředků. Z těchto projektů zatím sešlo.

Proti novele se postavil další lékař, místopředseda Senátu Přemysl Sobotka (ODS), podle něhož je SÚKL trestán za to, že dobře hospodařil. „SÚKL vydělal peníze, tak je mu vezmeme, aby se mohlo rozdávat,“ prohlásil Sobotka, který neúspěšně navrhoval zamítnutí novely.

Senátor Jiří Čunek z vládní KDU-ČSL dal na zvážení, zda neobnovit poplatky za pobyt v nemocnici. Proti tomu se ostře vymezil místopředseda Senátu Zdeněk Škromach (ČSSD), podle něhož se jsou poplatky nepřijatelnou „daní z nemoci“.

Zdroj: Novinky, ČTK, 18. 3. 2015



případů VO, které budou do 48 hodin zodpovězeny příslušnými experty.

Jedním z účinných opatření veřejného zdravotnictví, které umožní omezit pozdní symptomatickou diagnostiku u VO, je celoplošný novorozenecký screening (www.novorozenecky-screening.cz). Ten zajišťuje časnou, uniformní diagnostiku VO a vede dokonce ke snížení nákladů na péči díky prevenci odstranitelných komplikací; někdy v případě metabolických onemocnění (např. kongenitální adrenální hyperplazie) předejde i riziku časného úmrtí v důsledku akutního metabolického rozvratu. Časný záchyt kongenitální hypotyreózy je pro změnu prevencí rozvoje závažných forem mentálních retardací.

V současné době se ukazuje, že stávající podoba novorozeneckého screeningu u nás detekuje jedno z vyšetřovaných onemocnění přibližně u každého tisíceho novorozence. Nicméně praktičtí pediatři by neměli ani u screenovaných dětí zapomínat na riziko falešné negativity tohoto vyhledávacího vyšetření a v případě jasně definovaných příznaků nevylučovat klinickou diagnózu daného onemocnění z aktuálního screeninového panelu (viz výše uvedenou webovou stránku, kde je aktuální přehled VO, která se u nás při novorozeneckém screeningu detekují).

■ 4. Mezinárodní klasifikace nemocí

Zásadním problémem v oblasti VO je skutečnost, že pouze 200 z celkového počtu cca 7000 VO má svůj unikátní číselný kód v současné Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10), což znesnadňuje jejich kodifikaci, registraci a sledování v národních zdravotních registrech. Navíc mnoho VO má jména podle lékařů, kteří je poprvé popsali (např. von Recklinghausenova choroba, Duchennova-Beckerova svalová dystrofie). V různých zemích jsou navíc stejná VO nazývána různě – cystic fibrosis v anglosaských zemích, Mukoviscidose v Německu nebo Mukoviscidose ve Francii. V ČR se po úvodním používání německého termínu „mukoviscidóza“ ustálil od 90. let 20. století termín CF.

Proto se u VO do praxe zavádí klasifikace Orphanetu, který spolupracuje s WHO na reklasifikaci VO pro připravovanou MKN-11 pomocí tzv. „Orphacodes“ (www.orpha.net). U dědičných metabolických poruch se pro změnu prosazuje klasifikace mezinárodní odborné společnosti SSIEM. Tyto klasifikační

systemy umožní kodifikaci VO v MKN-11, která vstoupí v platnost v příštích letech.

■ 5. Evropská doporučení a přeshraniční péče

Problematiku VO je tedy možno shrnout do čtyř bodů („4P“), zahrnujících:

- a) nezbytnost na VO „Pomyslet“, a tak je časné odhalit díky primárnímu klinickému podezření v terénní praxi,
- b) následně VO „Poznat“ – tj. správně diagnostikovat ve specializovaných centrech, která by měla vznikat podle doporučení European Committee of Rare Disease Experts (EUCERD.eu) a evropské zastřešující organizace pro vzácná onemocnění (Eurordis.org),
- c) „Pomoci“ – tj. zajistit účinnou léčbu,
- d) tuto léčbu „Profinancovat“ – tj. připravit farmakoeconomické podklady pro zavádění finančně náročných léčivých přípravků VO (LPVO).

Na základě doporučení Rady k VO („Council recommendation of 8 June 2009 on an action in the field of rare diseases“; 2009/C 151/02), přijaté za českého předsednictví Evropské unie v roce 2009, a doporučení evropských patientských organizací lze snížení nákladů na léčbu a komplikací pozdě diagnostikovaných VO efektivně dosáhnout zejména centralizací péče o pacienty s VO. Centralizace péče umožňuje nastavit uvedení pacientů do „center vysoce specializované péče“, a tak zajistit jejich monitoring, „benchmarking“, kvalitní léčbu a její nákladovou efektivitu.

Podobně je vhodné koncentrovat preskripci nákladných LPVO v rámci center pro jednotlivé VO (např. CF) nebo pro jednotlivé diagnostické skupiny (např. dědičná metabolická onemocnění). Tato specializovaná pracoviště působící na národní úrovni jako European reference network (ERN) a na evropské jako Centres of Expertise (CoE) mají náležitou interdisciplinární kapacitu, zkušenosti s dlouhodobou terapií VO, jsou zároveň poskytováni vysoce kvalitní a zároveň efektivní péče o pacienty s těmito onemocněními. Tato centra také vedou dlouhodobé registry a v rámci mezinárodní spolupráce vzájemně vyhodnocují a následně optimalizují kvalitu poskytované péče. Zřízení specializovaných center pro VO je v souladu s mezinárodními doporučeními Eurordis a poradního výboru Evropské unie – The European Union Committee of Experts on Rare Diseases (EUCERD.eu).

Možnost svobodného využívání zdravotní péče v celé EU je logicky spojena s nezbytností zajistit kvalitu a bezpečnost pro občany členských zemí. Tento obecný princip je však nutné doplnit kvalitními informačními podklady, aby se sami pacienti (nejenom s VO) mohli informovat o tom,

- a) za jakých podmínek jim bude poskytnuta zdravotní péče v jiném členském státě EU,
- b) za jakých podmínek jim bude vyplacena náhrada nákladů v jejich domovské zemi.

Tyto principy kodifikuje směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU ze dne 9. března 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči (PZP). V této směrnici VO získala speciální status.

Cílem této směrnice je zavést obecný rámec ohledně zpřehlednění práv pacientů z hlediska jejich přístupu k PZP, vyplácení náhrady nákladů; zajištění kvality a bezpečnosti péče, které se jim dostane v jiném státě EU, a podpory spolupráce mezi členskými státy v oblasti PZP. Je však nezbytné upozornit na skutečnost, že tato směrnice se netýká dlouhodobé péče u chronicky nemocných, transplantologie a národních vakcinačních programů. Každý členský stát EU má ve směrnici stanoveno vytvoření „kontaktních míst“ pro PZP, aby zde mohl v součinnosti se sdruženími pacientů, poskytovateli zdravotní péče a pojišťovnami zajistit tento typ zdravotních služeb. Potřebné informace pacientům poskytuje vnitrostátní kontaktní místo pro PZP, v němž je zdravotní péče poskytována.

Z hlediska mezistátních úhrad je důležité, že náhradu nákladů pojištěné osobě po poskytnutí péče má na starosti daný členský stát, v němž je pacient pojištěn. Nicméně podmínkou úhrad v rámci PZP je skutečnost, že čerpaná léčba je součástí zdravotní péče, na niž se podle domácích právních předpisů vztahuje náhrada zdravotních nákladů. Toto ustanovení může činit velké problémy u VO hlavně stran úhrad LPVO (v anglosaské literatuře také „orphan drugs“), které jsou například již hrazeny v Německu, ale ne u nás. Výše náhrady nákladů u PZP se rovná nákladům, které by byly nahrazeny ze zákonného zdravotního systému, a to tak, jako by byla péče poskytnuta v „původní“ zemi pacienta. Je rovněž stanoveno, že tato výše nesmí přesáhnout reálné náklady na poskytnutou zdravotní péči ve „vysílající“ zemi, což není mnohdy taxativně stanoveno. Musí rovněž



dojít k uznání platnosti lékařských předpisů vydaných v jiných členských státech EU, a to i v případě, že jsou vystaveny na léčivé přípravky, které jsou v daném státě registrovány. Je rovněž nutné přijmout opatření, která by usnadnila vzájemné uznávání a ověřování pravosti předpisů, aby se zamezilo podvodům nebo vydávání kopií originálních léků. V souhrnu je tedy možno uvést, že PZP bude do budoucna významně ovlivňovat péči o VO u nás díky její transpozici do české legislativy v loňském roce.

■ 6. Národní strategie a Národní akční plány

V souladu s evropskými doporučeními (viz dále) byla v ČR následně vypracována Národní strategie pro VO na léta 2010–2020 (usnesení vlády ČR č. 466 z 14. 6. 2010; dále NS) a v návaznosti ni konkretizovaný první Národní akční plán na léta 2012–2014 a druhý Národní akční plán (usnesení vlády ČR č. 633 z 29. 8. 2012 a usnesení vlády č. 76 ze 4. 2. 2015; dále NAP), které shrnují problematiku VO z hlediska EU i ČR a navrhuje hlavní cíle a opatření ke zlepšení situace v dané oblasti v ČR.

Mezi hlavní cíle českého NS a NAP proto patří včasná diagnostika a dostupnost adekvátní léčby VO, koordinace a centralizace efektivní péče o pacienty s VO, zlepšení vzdělání a informovanosti odborné i laické veřejnosti v dané oblasti a spolupráce na národní i mezinárodní úrovni se zapojením patientských organizací, včetně zlepšení identifikace VO v rámci systému Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN).

V návaznosti na NS a NAP a poté, co v dubnu roku 2012 vstoupil v platnost zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, který v § 112–113 definuje podmínky pro vznik center vysoce specializované péče, byla v květnu 2012 vyhlášena pilotní skupina multidisciplinárních center pro VO ze strany MZČR (Věstník 4/2012), splňujících rovněž kritéria EUCERD pro jejich designaci (tj. centra pro pacienty s cystickou fibrózou; centrum pro pacienty s dědičnými metabolickými poruchami; centrum pro pacienty s *epidermolysis bullosa congenita* a Národní koordinační centrum pro pacienty s VO ve FN Motol).

Léčba pacientů se vzácnými onemocněními by měla probíhat ve specializovaných centrech. Tato centra by měla soustřeďovat experty z různých oborů a být tak schopna pacientům poskytovat vysoce kvalitní péči při maximální efektivitě vynaložených

nákladů. Centralizace péče umožňuje koncentraci materiálních zdrojů i expertních kapacit. Koncentrace pacientů na těchto pracovištích dává expertním týmům možnost dále prohlubovat poznatky o jednotlivých diagnózách. Specializovaná centra by také měla být akceptována nejen odbornými společnostmi, ale i plátcí.

Nicméně je nezbytné v této souvislosti upozornit na skutečnost, že ustanovení „center“ ze strany ministerstva automaticky nenárokuje „centrové financování“ diagnostiky a léčby ze strany zdravotních pojišťoven. Z tohoto důvodu si „ministerská centra“ ještě musejí dodatečně vyjednat s jednotlivými zdravotními pojišťovnami statut center „se zvláštní smlouvou“, protože systém ročního paušálu uplatňovaný u fakultních nemocnic neumožňuje z důvodu ročního stropu plateb operativní zavádění vysoce inovativních LPVO do našeho systému zdravotní péče.

■ Poděkování

Podpořeno Norway grants (NF-CZ11-PDP-3-003-2014) – Národní koordinační centrum pro vzácná onemocnění ve Fakultní nemocnici v Motole

Milan.macek.jr@lfmotol.cuni.cz

- 1 Melnikova I. Rare diseases and orphan drugs. *Nat Rev Drug Discov.* 2012 Mar 30;11(4):267–268
- 2 Forman J, Taruscio D, Llera VA, Barrera LA, Coté TR, Edfjäll C, Gavhed D, Haffner ME, Nishimura Y, Posada M, Tamboyer E, Groft SC, Henter JI; on behalf of the International Conference for Rare Diseases and Orphan Drugs (ICORD). The need for worldwide policy and action plans for rare diseases. *Acta Paediatr.* 2012 Apr 20. doi: 10.1111/j.1651-2227.2012.02705.x. [Epub ahead of print]
- 3 Balascaková M, Holubová A, Skalická V, Zemková D, Kracmar P, Gonsorcikova L, Camajová J, Piskácková T, Lebl J, Drevínek P, Gregor V, Vávrová V, Votava F, Macek M Jr. Pilot newborn screening project for cystic fibrosis in the Czech Republic: defining role of the delay in its symptomatic diagnosis and influence of ultrasound-based prenatal diagnosis on the incidence of the disease. *J Cyst Fibros.* 2009 May;8(3):224–227
- 4 American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Genetics. ACOG Committee Opinion No. 486: Update on carrier screening for cystic fibrosis. *Obstet Gynecol.* 2011 Apr;117(4):1028–1031

■ Nezaplatiš, neošetřím tě, přiznal slovenský lékař

Pokud pacient nezplatí, má smůlu a ošetření se nedočká. Tak to chodí v ordinaci známého slovenského lékaře Petera Liptáka. Ten v rozhovoru pro televizi Markíza tvrdí, že mu nic jiného nezbývá, protože zdravotnictví na Slovensku funguje neefektivně a pojišťovny lékařům posílají málo peněz. Finanční dary od pacientů potřebuje podle svých slov na dofinancování své ambulance.

„Ročně dostanu na darech asi 5000 eur (zhruba 140 tisíc korun). Život nás tlačí k tomu, že musíme přijmout od pacientů jakoukoli pomoc, hlavně finanční,“ přiznal Lipták. Připustil, že nejčastěji mu platí lidé, kteří nepatří do vysocepríjmové skupiny. Na otázku, zda mu není nepříjemné brát si peníze od lidí s nízkými příjmy, odpověděl: „Není mi to vůbec nepříjemné, protože já ty peníze potřebuji.“ Na argumentaci, že lidé už jednou zaplatili ve formě odvodů na zdravotní pojištění, Lipták uvedl: „V tomto případě je to v pořádku. Oni sice zaplatili, ale peníze k lékaři nedorazily.“ Lékař je přesvědčen, že pokud sami pacienti nezačnou kontrolovat toky peněz, zdravotnictví nebude nikdy fungovat. Platby nejsou žádným úplatkem, toto označení odmítá. „Já bych to nenazýval úplatkem. Je to platba na financování. Když na to někdo nemá, má smůlu,“ dodal.

Zdroj: novinky.cz, ivi, Právo, 12. 2. 2015

■ Kdo chce provozovat praxi ve vašem regionu?

Všeobecná zdravotní pojišťovna začíná zveřejňovat nové žádosti o uzavření smlouvy. VZP informovala, že od dubna zveřejňuje žádosti lékařů a zdravotnických zařízení, kteří s ní chtějí uzavřít smlouvu. Tato žádost se do pěti dnů od podání objeví na webu, a do 30 dnů pak bude zveřejněn i rozbor žádosti a následně rozhodnutí o tom, jestli bude smlouva uzavřena. Každý tedy bude moci vidět, kolik žádostí o uzavření smlouvy je v příslušném místě podáno a na jaké specializace, srovnat, kdo smlouvu dostal a kdo ne, apod. Databázi, která se už začíná plnit, můžete najít na webu VZP: <http://www.vzpsmlouvy.cz/rubrika/zadosti>.

Zdroj: doktorvlach.cz, 14. 4. 2015



Vzácná onemocnění mají mnoho společného, třeba problémy s diagnózou

Bc. Anna Arellanesová

Česká asociace pro vzácná onemocnění (ČAVO)

Skupina vzácných onemocnění je velice různorodá a zahrnuje více než šest tisíc onemocnění spadajících do všech odborností. Velká většina z nich má genetický základ a většinou se projevují už u dětí.

V Evropě je uznávanou hranicí pro zařazení onemocnění mezi vzácná jeho výskyt nižší než pět případů na deset tisíc obyvatel. Mnohá onemocnění jsou však ještě méně častá, v některých případech jde jen o několik lidí nebo jednotlivce v celé ČR.

Nemocní, kteří vzácnými onemocněními trpí, se sdružují podobně jako u častých onemocnění. Jen jejich sdružení jsou malá a jejich práce stojí obvykle na aktivitě jednoho člověka nebo malé skupiny lidí. Pro mnohé diagnózy ani žádná organizace neexistuje a není tak nikdo, kdo by pacientům pomáhal na neformální úrovni, radou nebo sdílením zkušeností ze života s nemocí. Přitom právě u vzácných onemocnění pociťují pacienti nedostatek informací velmi intenzivně, ať už o možnostech léčby, nebo o zkušenostech z každodenního života.

Česká asociace pro vzácná onemocnění sdružuje třicetku takových organizací a další desítky lidí, pro které vhodná organizace neexistuje. Jejím cílem je řešení problémů, které jsou všem vzácným onemocněním, nebo alespoň velké části z nich, společné. Snaží se o postupné zlepšování kvality života pacientů se vzácnými onemocněními. Na úrovni organizace zdravotní péče prosazuje například další rozvoj sítě specializovaných center pro jednotlivé diagnózy nebo jejich skupiny nebo zavedení podrobnějšího kódování nemocí tak, aby se vzácná onemocnění neocitala převážně v kolonce „ostatní onemocnění“. V oblasti informací usiluje o zvyšování povědomí o vzácných onemocněních mezi laiky i odborníky. Vydává časopis, který se věnuje aktuálním problémům v této specifické oblasti, provozuje weby zaměřené na vzácná onemocnění.

■ Pomoc při stanovení diagnózy: help@vzacna-onemocneni.cz

Jedním z problémů, který se dotýká většiny vzácných onemocnění, je včasné stanovení správné diagnózy. Pacienti s těmito nemocemi často putují bez úspěchu od vyšetření k vyšetření, a jak ubíhá čas, zmenšují se i možnosti účinné terapeutické pomoci. Taková situace je pro pacienty velice obtížná i psychicky – provází je nejistota ohledně vlastního zdravotního stavu i časté nepochopení okolí.

Důvody takového stavu jsou nicméně zřejmé: kvůli nízké prevalenci nemají lékaři v první linii mnoho příležitostí se s takto nemocnými v praxi setkat, a odhalení nemoci tak může váznout. Příznaky takových onemocnění jsou navíc obvykle nespecifické, což situaci dále ztěžuje.

Velmi účinným nástrojem včasné diagnostiky je novorozenecký screening. Necelé dvě desítky nemocí, které jsou v současné době testovány, jsou sice velice důležité, z pohledu celku vzácných onemocnění jde však jen o zlomek. Hlavní zátěž v procesu stanovení správné diagnózy leží stále na praktických lékařích, kteří v každodenní praxi rozhodují o tom, jak vyhodnotit konkrétní příznaky konkrétních pacientů a zda nemocného odeslat na specializované vyšetření a kam.

Díky postupujícímu výzkumu v oblasti molekulární biologie navíc stále narůstá množství nových poznatků o příčinách a projevech vzácných onemocnění a lze předpokládat, že už tak složitá situace se bude dále komplikovat. Nové poznatky je ovšem třeba přenášet

co nejrychleji do praxe tak, aby se odpovídající péče dostalo co nejvíce pacientům.

Z těchto důvodů Česká asociace pro vzácná onemocnění ve spolupráci s Národním koordinacním centrem pro vzácná onemocnění při Ústavu biologie a lékařské genetiky 2. lékařské fakulty UK a FN Motol zřídila konzultační mail help@vzacna-onemocneni.cz, kam se se svými dotazy mohou obracet jak lékaři, tak i rodiče nebo pacienti samotní. Součástí společného projektu za podpory Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR (SPLDD) a Odborné společnosti praktických dětských lékařů (OSPDL) ČLS JEP jsou i informační materiály, které na vzácná onemocnění upozorňují a shrnují jejich typické časné příznaky.

■ Závěr

Pokud je prevalence určitého onemocnění nižší než 5 : 10 000, říkáme, že jde o onemocnění vzácné. Takových nemocí je v současnosti známo více než šest tisíc. Absolutní většinu z nich nedokáže dnešní medicína vyléčit. Pro pacienty je však velmi důležité, aby u nich byla diagnóza stanovena co nejdříve. Pokud existuje symptomatická léčba, je možné zabránit postupnému zhoršování zdravotního stavu. V případech, kde léčba dosud neexistuje, je možné alespoň zmírnit příznaky onemocnění. Pokud není možné ani to, nemocní alespoň zjistí, co s nimi je, a i to je pro mnohé z nich velkou psychickou úlevou.



Odlehčovací uretero-/vezikostomie a rekonstrukční operace močových cest u pacientů s megauretery

MUDr. Jan Tomášek, MUDr. Ivo Novák, Ph.D., MUDr. Petr Kuliacek

Urologická klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové

■ Úvod

Megaureter je definován jako dilatace močovodu do 12 let nad 7 mm, od 12 let nad 10 mm. Močovod může být dilatován v celém průběhu nebo pouze segmentálně, což je velmi vzácné postižení. Megauretery představují 10–25 % prenatalně zjištěných urologických anomálií. Vzhledem k rozšířenému prenatalnímu sonografickému screeningu je detekce megaureterů vysoká a většina z nich bývá zcela asymptomatická. V zásadě se rozlišují megauretery spojené s vezikoureterálním refluxem a megauretery na pokladě obstrukce, nejzávažnější a nejhůře léčitelný je refluxně-obstrukční megaureter. Může se jednat o anomálii primární nebo sekundární na podkladě sekundárního refluxu při subvezikální obstrukci, nebo sekundární obstrukci při neurologické mikční dysfunkci nebo skleróze hrdla močového měchýře. Přístup k pacientům s megauretery se odvíjí od míry poškození renálních funkcí a klinického stavu pacienta – bolesti či uroinfekcí. To rozhoduje o aktivním či pasivním přístupu. Pacienti, jejichž renální funkce jsou bez tangence, dilatace dutého systému je v čase stacionární a nemají uroinfekce, nevyžadují aktivní přístup a postačí sledování. V opačném případě, dojde-li k poklesu renální funkce na scintigrafii, dilatace progreduje v čase nebo je pacient komplikován opakovanými uroinfekcemi, přístup k pacientovi je aktivní. Aktivní přístup opět závisí na etiologii (obstrukce/reflux), míře závažnosti poškození a etiologii postižení.

■ Soubor a metoda

Předkládáme retrospektivně vyhodnocený soubor pacientů operovaných v letech 2004–2013. Cílem bylo zhodnocení stavu dilatací močovodu a funkce ledviny u dětí operovaných s obstrukčními či refluxními megauretery po přechodném založení odlehčovacích ureterostomií nebo vezikostomií před definitivním rekonstrukčním výkonem. Indikací k založení odlehčovací stomie byla závažnost postižení renálních funkcí a věk pacienta. Primární rekonstrukční výkon by byl velmi obtížný a rizikový. Byly porovnány

nálezy dilatace močovodů a funkce ledvin před založením odlehčovací stomie, po jejím založení a po definitivní rekonstrukci. Celkem bylo operováno 19 pacientů s 13 refluxními, 12 obstrukčními a čtyřmi refluxně-obstrukčními megauretery. U 12 pacientů se jednalo o primární, u sedmi o sekundární megauretery. Bylo založeno deset ureterostomií a devět vezikostomií. Vyhodnoceno bylo všech 19 pacientů. Definitivní operace u vezikostomií: 3× prostý uzávěr stomie bez přesazení močovodů, 4× uzávěr s UCNA, 2× uzávěr s UCNA a modelací močovodů. U ureterostomií byl 8× proveden uzávěr s UCNA bez modelace, jednou s modelací. Jeden pacient prozatím nepodstoupil definitivní rekonstrukci. Funkce u pěti ledvin byla vstupně dle izotopového vyšetření snížena (21, 12, 24, 24, 15 %). U dvou pacientů byly projevy přechodného renálního selhávání (sérový kreatinin 300 a 120 $\mu\text{mol/l}$). Sonograficky byla dilatace močovodů juxta vezikálně od 7 do 28 mm ($\varnothing$ 18,6 mm).

■ Výsledky

Po derivaci byly funkce ledvin stabilní u 21 z 29 ledvin. U čtyř došlo k dalšímu poklesu funkce o 7–15 %, u čtyř ledvin naopak ke zlepšení funkce o 9–18 %. Žádný pacient si nevyžádal dialyzační léčbu. Dilatace močovodu poklesly u všech pacientů (na 0 až 19 mm, $\varnothing$ 3,8 mm). Po definitivní rekonstrukci se ledvinové funkce již neměnily, ani jeden nemocný funkčně neselhával. K dalšímu poklesu v dilataci močovodu došlo u pěti pacientů, u jedenácti bylo beze změn, naopak u tří došlo k progresi v dilataci močovodu.

■ Diskuse

Založení přechodné odlehčovací ureterostomie či vezikostomie je vždy považováno za dočasné řešení. Po určité době by mělo dojít k řešení primární příčiny obtíží a eventuální okluzi stomie. Z našeho souboru vyplývá, že efekt založení stomie na funkci ledvin je sporný. Přestože se u čtyř pacientů funkce ledvin nadále zhoršovala, je otázka, kolika pacientům by se funkce ledvin zhoršila bez založení přechodné stomie. Většina

pacientů je bez změny funkce ledviny, ale oni čtyři pacienti, jejichž funkce ledvin se zlepšila, jsou jistě ti, kteří ze založení stomie profitovali. U nich by zřejmě konzervativní terapie vedla k zafixování renálních funkcí a dalšímu nelepšení, či případně i k možnému zhoršení. Je otázkou, zda nepřistoupit přímo k definitivní rekonstrukci bez založení odlehčovací stomie. Z našich zkušeností lze založení stomie doporučit tam, kde je primární rekonstrukce riziková a konzervativní postup by mohl vést ke zhoršení funkce ledvin. Rizikovost primární rekonstrukce spočívá především ve věku pacienta. U velmi malých dětí do jednoho roku věku, kdy dochází k rychlému vývoji měchýře funkčně i anatomicky, jsou rekonstrukční operace zatíženy vysokým rizikem perioperačních komplikací a selhání terapie. Naopak založení stomie poskytuje dostatek času k vyžráním organismu, následná rekonstrukce pak bývá daleko snadnější. Vliv založení stomie na dilataci močovodu je zcela nesporný. Z výsledků vyplývá, že dilatace regredovala u všech pacientů. To vyplývá z povahy dilatace. Tam, kde není vyšší tlak (při obstrukci) nebo vysoký reflux, dilatace obvykle rychle regreduje. Někteří pacienti však i po provedení definitivní rekonstrukční operace inklinují k opětovné dilataci horních močových cest. Zde je otázkou, zda opětovná dilatace je primárně funkčního původu v močovodu, či zda jde o komplikaci způsobenou mechanicky při přesazení močovodu (obstrukcí).

■ Závěr

V případech závažných megaureterů s poruchou ledvinové funkce je založení přechodné derivace moči alternativou dosažení dlouhodobé stabilizace funkce postiženého orgánu. Přesto část nemocných i při úspěšném založení derivace jeví tendenci k postupnému progresivnímu poklesu ve funkci postižené ledviny. Založení odlehčovací stomie poskytuje v raném věku dostatek času k anatomickému i funkčnímu vyžráním močového měchýře a stabilizaci stavu horních močových cest před definitivní rekonstrukční operací.



Plenková dermatitida

MUDr. Pavel Konrád

Kožní ambulance Lasermed, Praha 4

Klíčová slova: příčiny plenkové dermatitidy, komplikace kvasinkovou infekcí, diferenciální diagnóza onemocnění v plenkové lokalizaci, správný režim a léčba plenkové dermatitidy

■ Úvod

Pleny umožňují lepší hygienu jak u kojenců a batolat, tak i u dospělých dlouhodobě ležících pacientů, u kterých jednorázové hygienické pomůcky výrazně zjednodušují nemocniční i domácí péči. I přes pokrok při vývoji nových materiálů pro výrobu plen zůstává plenková dermatitida jedním z nejčastějších kožních problémů kojeneckého a batolecího věku a velmi častou diagnózou u imobilních pacientů. Další skupinou ohroženou plenkovou dermatitidou jsou inkontinentní osoby. Všechny doposud provedené studie se shodují, že 15–30 % všech osob starších 60 let trpí močovou inkontinencí. Nejméně polovina plen nosících kojenců a batolat má během tohoto období alespoň jednu projevy plenkové dermatitidy, nejčastěji s výskytem mezi 9. a 12. měsícem. U starších osob užívajících pleny jsou nejčastějšími kožními komplikacemi plenkové dermatitidy a intertriginózní mykózy.

Většina z těchto případů jsou lehké nebo středně závažné „oprúzeniny“, které se omezují jen na plenkovou lokalizaci a během několika týdnů odeznívají při adekvátní léčbě a režimových opatřeních. V kojeneckém věku se však v této lokalizaci objevují i první projevy závažných, sice vzácných, ale někdy i život ohrožujících dermatóz kojeneckého věku. Proto je nutné děti s nehojící se nebo opakovanou dermatitidou v oblasti plen

sledovat a všimnout si jejich vývoje i po pediatrické stránce.

■ Etiopatogeneze

Plenková dermatitida je nespecifický a dosti široký termín, v její základní a nejobvyklejší podobě bychom správně měli mluvit o kontaktní iritativní dermatitidě. Ještě začátkem 20. století vědci předpokládali, že hlavní příčinou této (tehdy mimořádně časté) dětské dermatózy je amoniak, který se uvolňuje z moči. Byl objeven mikroorganismus *Bacterium ammoniagenes*, který štěpí ureu v moči na čpavek. Původní název tohoto onemocnění byl proto amoniakální dermatitida. Teprve v 70. letech minulého století bylo prokázáno pomocí epikutánních testů s mnohem vyšší koncentrací amoniaku, než je v oblasti plen, že čpavek tímto způsobem kůže nedráždí. Četné studie v dalším desetiletí dokladují, že etiologie plenkové dermatitidy je mnohem komplexnější a liší se od původního předpokladu. Jedním z hlavních vyvolávajících faktorů je dlouhodobě vlhká pokožka, což působí moč v semiokluzivních podmínkách relativně neprodyšné pleny, která zabraňuje odpařování vlhkosti z povrchu kůže. Pleny vedou ke zvýšení teploty jimi kryté kůže a tím i k vazodilataci, což oboje podporuje rozvoj zánětu. Vlhkost pokožky se zvyšuje také větším zapocením pod plenou. Vlhká zapařená pokožka je náchylnější k poškození třením a otěrem. Dráždění třením a odíráním vzniká při pohybech pacienta těsným kontaktem mezi plenou a kůží nebo v místě kožních záhybů při kontaktu kůže s kůží. Velmi významný je i prolongovaný kontakt kůže se stolicí při průjmu nebo při málo častém přebalování. Aktivované en-

zymy ve stolici jsou přímo odpovědné za iritační potenciál stolice. Pokud je na kůži zároveň přítomná moč a stolice, fekální ureáza produkuje amoniak štěpením urey v moči, což vede k vzestupu pH. Tím jsou aktivovány fekální proteázy a lipázy, které následně přímo poškodí prosáklou a macerovanou epidermis. Patogenetickou roli fekálních enzymů dokumentují studie, které dokladují nižší výskyt plenkové dermatitidy u kojených dětí. Stolica kojených dětí má nižší pH, a tím i nižší aktivitu fekálních proteáz. Macerace a poškození pokožky vede i k její snazší propustnosti pro dráždivé látky, které mohou být obsaženy v nevhodných kosmetických krémech a kosmetických mýdlech. Hlavně mýdla s obsahem **sodium laureth sulfátu** (syn. natrium lauryl sulfát) mají vysoký iritační potenciál a neměla by se u těchto případů používat. Všechny výše vyjmenované spouštěcí faktory umožňují navíc růst některých mikroorganismů. V mikroklimatu vlhké zapářky se pomnožují hlavně kvasinky a v menší míře koky.

■ Klinický obraz

Epidermis je v místě postižení prosáklá, lesklá, živě červená, někdy charakterem připomíná spáleninu (obr. 1). Klinický obraz se nejprve rozvíjí ve formě erytematózního nebo erytematoskvamózního intertriga v oblasti třísel, přirození, hýždí až k flexorům stehna a dolní části břicha. V dalším stadiu onemocnění se utvoří papulopustuly nebo pustuly velikosti až 0,5–1,5 cm, které jsou záhy erodovány a vznikají mnohočetné bolestivé ulcerace s mokváním, příležitostně i s tvorbou strupů na okrajích. Onemocnění signalizuje zápach čpavku. Nemoc zůstává



Obr. 1



Obr. 2



Obr. 3



vždy omezena na oblast pokrývanou plenami. Vzniká nejčastěji důsledkem špatné hygieny. Mohou ji provokovat také přidružené infekce a někdy se na ní podílí změna střevní flóry při léčbě antibiotiky. V geriatrici se s klinickou jednotkou nejčastěji setkáváme u inkontinentních pacientů (obr. 2), kteří používají pleny, dále u špatně mobilních nemocných, velice často při diabetu, při obezitě a u imunokompromitovaných osob.

Komplikace

Nejčastější komplikací plenkové dermatitidy (ale může jít i o samostatnou jednotku) je druhotná infekce kvasinkovitým mikroorganizmem *Candida albicans* (syn. *candidiasis*, *moniliasis*), tedy **candidosis**. Při ní se objevuje v zarudlých plochách v oblasti genitálu a na hýždích nejprve výsev papulopustul, které jsou později erodovány (obr. 3, 4). Při okrajích chorobné plochy vidíme většinou mnohočetné makulopapulózní satelitní léze, které se límečkovitě olupují (obr. 5). Postižena bývá i oblast třísel. Kandidová infekce se většinou šíří i do dalších intertriginózních lokalit (krční rýha, podpaží) a často nacházíme i kandidózu ústní dutiny (soor) nebo bolestivé, začervenalé, popraskané koutky úst s bělavými povlaky (*anguli infectiosi*).

Diferenciální diagnóza

V plenkové oblasti jsou časté bakteriální infekce, kdy se setkáváme s perianálním ostře ohraničeným prosáklým erytémem, který je většinou vyvolán streptokokovou infekcí, nebo jde o ložiska drobných papulopustul a vrádků, kde jsou vyvolavatelem gramnegativní tyčinky – bakterie ze stolice. V novorozeneckém a kojeneckém věku bývá v oblasti plen častěji i bulózní impetigo (obr. 6). Příčinou jsou kmeny *S. aureus* produkující epidermolytické toxiny – exfoliatin A nebo B. Na kůži nacházíme

plihé puchýře až buly nebo mělké eroze po jejich stržení, při jejichž okrajích jsou cárovité zbytky krytek puchýřů. Šíření impetiga v této oblasti napomáhá zvýšená teplota pod plenami, při které se bakterie rychle množí, a mechanické tření pleny o kůži při pohybech dítěte.

U dospělých pacientů se může v plenkové krajině vyskytovat mykotické postižení ve formě ***tinea cruris* seu *inguinalis***, onemocnění způsobené nejčastěji dermatofyty *Epidermophyton floccosum* či *Trichophyton rubrum*. Často jde o přenesenou infekci z kůže nohou a nehtů, k jejímu vzniku přispívají hlavně vlhkost a nedostatečná hygiena, což bývají podmínky, které se u imobilních pacientů vyskytují často (obr. 7).

Další afekcí, která se může vyskytovat v plenkové oblasti, je **erythrasma**. Jedná se o onemocnění způsobené grampozitivní tyčinkou *Corynebacterium minutissimum*. V klinickém obraze pozorujeme ostře ohraničené makuly hnědočervené barvy splývající v ložiska až plochy se satelitními makulami na periferii, někdy s jemným šupením, postihující intertriginózní lokalizace, zejména třísla (obr. 8).

Intertrigo (*dermatitis intertriginosa*, opružení) se v plenkové oblasti vyskytuje také poměrně často, hlavně u obézních osob. Je způsobeno mechanickým třením kůže o kůži či kůže o pleny v kombinaci s působením zevních nox (pot, moč, stolice) v místech kožních záhybů, nejčastěji v třísech. Klinicky se jedná o ostře ohraničené červené, často mokvající plochy, které pálí a bolí. Často dochází k sekundární bakteriální a kvasinkové infekci (obr. 9).

V místě dlouhodobého styku kůže s podložkou, což často bývá v křížové krajině, v plenkové oblasti, se objevuje **decubitus** (proleženina). Jedná se o tlakově podmíněnou ischemickou nekrózu u nepohyblivých osob, dlouhodobě upoutaných na lůžko. Zpočátku se projevuje jako erytém s mokváním, poté

se objevují ložiska suché nekrózy a vředy zasahující do tukové tkáně až svalu (obr. 10).

Další charakteristickou klinickou jednotkou je **dermatitis seborrhoica**, která postihuje nejprve oblast záhybů v třísech nebo „kojenecké kožní faldíky“ pod plenami (intertriginózní forma seboroické dermatitidy), odkud se šíří plošně na kůži v oblasti genitálu a do podbřišku. Většinou jsou zároveň typické seboroické projevy i ve vlasech, v krční rýze, retroaurikulárně, v oblasti pupku a v axilách, což nás ujistí o správnosti diagnózy.

Pokud se v široké plenkové oblasti objeví ostře ohraničená rozsáhlá úporná splývající erytematózní ložiska s nánosy žlutobílých šupin, která vzdorují veškeré běžné léčbě, mluvíme o tzv. **plenkové psoriáze**. Ta se objevuje nejčastěji mezi osmým měsícem a třetím rokem života dítěte, šíří se postupně drobnějšími numulárními šupíci se ložisky na trup v okolí pleny a odeznívá většinou až tehdy, když dítě přestává nosit pleny. Je pravděpodobné, že plenková psoriáza je buď markerem zvýšené náchylnosti ke klasické psoriáze, nebo přímo jejím prvním projevem; lokalizace je dána trvalou traumatizací epidermo-dermálního systému plenami (Koebnerův fenomén).

Stále častěji se u kojenců a batolat perianálně a perigenitálně setkáváme s virovými infekcemi, které mají většinou původ v opakovaných návštěvách bazénů. Jde především o ***Mollusca contagiosa*** a ***Condylomata accuminata***. Zde nečiní problém stanovení diagnózy, ale spíše dlouhodobost a malá úspěšnost léčby.

V současné epidemiologické situaci je nutno připomenout, že stoupá počet novorozenců s časnou ***Syphilis congenita***, která je způsobena spirochetou *Treponema pallidum*. Jde sice o multiorgánové postižení, ale *condylomata lata* – vysoce infekční projev podobné bradavicím – jsou lokalizované perigenitálně a perianálně a jsou charak-



Obr. 4



Obr. 5



Obr. 6



Obr. 7

teristickým příznakem tohoto onemocnění v novorozeneckém období.

Aktivně je třeba pomýšlet i na závažné, někdy i život ohrožující dermatózy, jejichž první projevy mohou být v plenkové oblasti.

Acrodermatitis enteropathica je autozomálně recesivně dědičné onemocnění podmíněné poruchou resorpce zinku. Prvními příznaky bývají výsevy vezikul a pustul na zánětlivém podkladě, které jsou lokalizované kolem tělesných otvorů jak v oblasti anogenitální, tak v obličejí. Zároveň kojenec mívá průjmy a nepřibývá na váze. V laboratorním nálezu je snižená hladina zinku (obr. 11).

■ Terapie

Prvním krokem v léčbě je správná diagnóza. Vzhledem k množství „vyrážek“ v plenkové oblasti to není vždy jednoduché. Základem léčby všech typů klasické plenkové dermatitidy jsou **režimová a preventivní opatření**. Je nutné snížit vlhkost kůže a zamezit tření v postižené oblasti volbou správného typu pleny a její častou výměnou. Častost výměny pleny se řídí věkem pacienta. Novorozенец močí více než dvacetkrát za 24 hodin. V tomto věku se proto doporučuje měnit plenu vždy před kojením a po kojení, v prvních týdnech tedy nejméně dvanáctkrát denně. Tato frekvence je s věkem snižována a postupně lze měnit plenu jen po jídle. Roční kojenec močí průměrně již jen sedmkrát denně, ale porce moči jsou podstatně větší. Počet přebalení by proto nikdy neměl klesnout pod 6–7× za 24 hodin. V gerontologii se inkontinenční pomůcky (vločky, plenky, kalhotky) používají čím dál častěji pro svůj dobrý odsávací účinek, ale na druhé straně zadržují vlhkost a brání větrání pokožky, odpařování potu, zvyšují teplotu kůže a následkem toho dochází ke změkčování svrchních vrstev kůže (macerace), v pokožce se objevují trhlinky a odřeniny, které zvyšují citlivost pokožky na podráždění, ve spojení s poškozením kyselého pláště kůže se vytvářejí ideální podmínky pro zachycení



Obr. 8

bakterií a plísní, největší problémy bývají v oblasti konečníku a genitálií. Výrobci pomůcek doporučují jejich výměnu nejdéle po 6–8 hodinách bez ohledu na stav znečištění, tedy 3–4× za 24 hodin.

Hlavním úkolem rodičů nebo pečovatelů však je zabránit delšímu kontaktu se stolicí, která je pro pokožku největším dráždivkem. Rytmus defekací je třeba vypořádat a znečištěnou plenu ihned vyměnit. Dvacet let se odborné autority dohadovaly, zda je pro dětskou pokožku šetrnější používání plen na jedno použití, nebo klasických bavlněných plen. Vzhledem k tomu, že technologie výroby jednorázových plen velmi pokročila, jsou v současnosti upřednostňovány pleny jednorázové. Tyto vysoce absorbující pleny obsahují v svém jádru mnohvrstevný akrylátový gelový materiál, který naváže tekutinu, přemění se v gel a nedovolí zpětný kontakt moči s pokožkou. Vnitřní vrstva pleny je stále suchá. V době akutních projevů plenkové dermatitidy je vhodné používat o jedno číslo větší velikost pleny, jednak proto, aby nedocházelo ke tření konvexit genitálu a hýždí s plenou, a také proto, že větší velikost má i větší savé jádro. Klasické bavlněné pleny mají menší savou schopnost a problémem je i nutnost použití neprodyšných kalhotek přes pleny, aby nedošlo k prosáknutí, což vede snadno k zapaření. Rodiče, kteří přesto nadále používají bavlněné pleny, ať již z důvodů ekonomických, nebo ekologických, musejí zabezpečit jejich dokonalé vymáčení od zbytků saponátů; je vhodné používat jen prací prostředky určené pro citlivou kojeneckou pleť. Měkčnost bavlněné pleny lze zvýšit sušením v sušičce nebo přežehlením vnitřních stran plen po naskládání. Používání aviváže v době hojení zánětu odborníci nedoporučují. V teplém prostředí ponecháváme dítě co nejčastěji rozbalené volně bez plen větrat postiženou pokožku, aby nedocházelo k dalšímu zapaření podrážděné oblasti.



Obr. 9

K omývání opruzené pokožky od zbytků moči a stolice používáme k tomu určené **speciální mycí prostředky**. Většina běžně používaných mýdel obsahuje sodium laureth sulfát, který kůži zbytečně dráždí a přesušuje. Preferujeme tedy medicínské nedráždivé mycí gely, které sodium laureth sulfát neobsahují a ideálně obsahují i **antiseptickou složku** (např. Cutosan). Po omytí místo šetrně vysušíme, a to jemným přikládáním ručníku či pleny, nikoliv třením. Přípustné je i vysušení ložiska proudem teplého vzduchu – pomocí fénu. Po vysušení ložiska je při každé výměně pleny nezbytně nutné aplikovat **ochranný bariérový krém**. Mnoha evidence based studiemi je potvrzeno, že nejúčinnější ochrannou látkou na kůži je **oxid zinečnatý** v koncentraci od 4 do 10 %. Bariérového krému s obsahem oxidu zinečnatého je nutné nanášet jen tzv. ultratenkou vrstvu. Chybně se totiž stává, že maminky či ošetřující personál aplikují ochranný krém v silné vrstvě v domněnku, že pacientovi „více“ pomůže. Opak je však pravdou, protože tím způsobí jeho nechtěný okluzivní efekt a stav se může naopak zhoršit. Pod silnou neprodyšnou vrstvou externa se totiž mohou patogeny pomnožit. Ideální „ultratenkou vrstvu“ umožňují jednoduše nanést moderní **ochranné zinkové sprejové přípravky** (např. Cutozinc 4% spray, Cutozinc 10% spray). Galenická forma spreje umožní aplikovat tenkou vrstvu ochranného krému, aniž by se ošetřující musel dotýkat podrážděné a často bolestivé pokožky. Každou opruzeninu je třeba léčit v počátečním stadiu. Při vzniku komplikací, nejčastěji kandidové superinfekce, je nutné přidat externum s obsahem **antimykotika**. Jako galenickou formu volíme krémpastu, která dokáže díky své galenické podstatě ložisko navíc ještě vysušet (např. Imazol krémpasta). Opět platí, že přípravek nanášíme pouze v tenké vrstvě. V takových případech se sprejový ochranný zinkový krém používá



Obr. 10

při každém přebalování přes den a antymykotická krémpasta na noc. Závažný zánět je nutno někdy zklidnit i použitím slabého kortikoidního přípravku, který aplikujeme maximálně dvakrát denně po dobu 7 dnů a vždy ho předepisujeme v kombinaci s protikvasinkovým prostředkem nebo topickým antibiotikem (např. Imacort, Fucidin H), zároveň s nimi používáme i zinkové bariérové spreje. Dlouhodobé a časté používání genčiánové violeti na velké plochy není vhodné vzhledem k riziku možného vstřebávání z tenké a poškozené pokožky a také proto, že se v místě ošetřování mohou vytvořit plošné nekrózy (obr. 12). Rodiče či ošetřující personál vždy informujeme, že první známky zlepšení plenkové dermatitidy neuvidí (i při pečlivém zavedení všech léčebných a režimových opatření) dříve než za týden a úplné vyhojení trvá několik týdnů.



Obr. 11

■ Závěr

Většinu nekomplikovaných plenkových dermatitid vyléčí rodiče či ošetřovatelé sami pomocí režimových opatření a aplikace volně prodejných léků s oxidem zinečnatým. Jakmile je však plenková dermatitida závažnější, nezlepší se během týdne ani při pravidelném pečlivém domácím ošetřování, je vhodné navštívit lékaře. Udává se, že léčbu lékařem potřebuje 5 % dětí s tímto onemocněním. V těchto případech je plenková dermatitida většinou již komplikována kvasinkovou nebo bakteriální infekcí a je nutné odebrat stěr na mikrobiologické vyšetření a předepsat cílenější léčbu na recept. Pokud však ani během čtyř týdnů léčby praktickým lékařem nedojde ke znatelnému zlepšení klinického nálezu, je vhodné konzultovat dermatologa.



Obr. 12

■ Literatura

1. Čapková Š. Plenková dermatitida. Dermatol. praxi. 2010;4(3):126-129
2. Neuwirt J, Topinková E. Inkontinence moči má ve stáří vysokou prevalenci. Zdrav. noviny – Lék. Listy. 2000;49(9):8,10
3. Diamantová D. Iritací dermatitida. Čes Ger Rev. 2006;4(2):89-92
4. Štork J et al. Dermatovenerologie. Praha: Galén, 2008
5. Eichenfield LF, Frieden IJ, Esterly NB (eds.). Textbook of Neonatal Dermatology. Second edition. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 2009
6. Harper J, Oranje A, Prose NS. Textbook of pediatric dermatology. Second edition. Oxford: Blackwell Publishing, 2006
7. Schachner LA, Hansen RC. Pediatric dermatology. 3rd edition. London: Mosby, 2003
8. Paller AS, Mancini AJ. Hurwitz clinical pediatric dermatology. 3rd edition multimedia online. Amsterdam: Elsevier Saunders, 2006
9. Gelmetti C. Pediatric dermatology: Controversies and current concepts. New York: DM Medical publishing, 1994

■ Na infekce z potravin stále umírají i lidé v Česku

Střevní infekce způsobené kontaminovanými potravinami zavinily v roce 2013 v Česku 247 úmrtí. Právu to řekla Jarmila Rážová z ministerstva zdravotnictví.

„Nebezpečné potraviny mohou vést k mnoha zdravotním problémům. Jde o potraviny obsahující škodlivé bakterie, viry, parazity nebo chemické substance, které jsou zodpovědné za více než dvě stě chorob jak akutních, tak chronických, od průjmů až k rakovině,“ uvedla Rážová. Podle ní v roce 2013 bylo v Česku zaznamenáno 45 548 případů střevních infekčních nákaz, které si vyžádaly téměř 17 000 hospitalizací a 247 úmrtí. Požití kontaminovaných potravin může mít velmi vážné následky, z nichž některé mohou být dlouhodobé, jako je selhání ledvin nebo jater, mozkové a nervové poruchy, ale i sepse, a může dojít i k úmrtí. V závislosti na typu onemocnění se mohou příznaky objevit od jedné hodiny až po ně-

kolik týdnů od požití kontaminovaných potravin a vody a mohou zahrnovat nevolnost, zvracení, průjem anebo křeče trávicího ústrojí. Většina lidí trpících otravou jídlem se uzdraví bez zásahu lékaře. Lidé s vážnými příznaky, například s horečkou nad 38 °C, netišícím se zvracením, u nichž došlo k významným ztrátám tekutin, by v každém případě měli vyhledat lékaře. Novorozence a malé děti by měl lékař vyšetřit vždy. Těžký průběh onemocnění vyvolaný potravinami je nejzásadnější u novorozenců, kojenců, malých dětí, těhotných žen, jedinců s oslabeným imunitním systémem a u seniorů.

Ve světě zemře 2,2 miliónu lidí

Pro větší ochranu v profesionální síti posílilo Česko od letošního roku kontroly ve stravovacích provozech, kterých je více než 70 tisíc. Kromě hygieniků je kontrolují i Státní zemědělská a potravinářská inspekce a Státní veterinární správa.

„Z hlediska spotřebitele je to dobře, protože kontroly mohou být četnější,“ ocenila Rážová. Nákazy z nebezpečných potravin nejsou jen v Česku. Ve světě, zvláště rozvojem, jsou naprosto běžné. „V roce 2012 bylo v Evropské unii hlášeno přes 310 tisíc případů bakteriálních onemocnění přenášených potravinami. Celosvětově pak způsobují nemoci přenášené potravinami 2,2 miliónu úmrtí za rok, hlavně na průjmy,“ uvedla Alena Šteflová, ředitelka kanceláře Světové zdravotnické organizace v Praze. Právě proto byl letošní Světový den zdraví, který připadl na 7. 4., pod heslem Bezpečné potraviny z farmy až na stůl. Podle odborníků se může v potravinovém řetězci potravin a voda kontaminovat jak u prvotního zdroje, tak při přípravě jídel. Zásadou je oddělovat syrové potraviny od vařených a jídlo skladovat v chladničce.

Zdroj: V. Pergl, novinky.cz, 8. 4. 2015



Příspěvek k výživě batolat

MUDr. Radana Kotalová, CSc.

Pediatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Batolecí období, ohraničené prvními a třetími narozeninami dítěte, je časovým úsekem pokračování značného somatického a psychomotorického vývoje, který je charakterizován pozvolným osamostatňováním dítěte.

Správně vedená výživa batolete je toho základem podmínkou. Zásadní měrou se podílí na programování metabolismu organismu do dalších let a dává tak základ předpokladu prožití života ve zdraví. V batolecím období se vytváří vztah dítěte k výživě a stravovacím zvyklostem a budují se zde základy zdravého životního stylu.

Z pohledu výživy je období batolete označováno časem přechodu na rodinnou stravu.

Cílem je naučit dítě jíst s chutí, v přiměřeném množství, samostatně, u stolu – nejlépe na svém místě na své stoličce, uprostřed rodiny v příjemném prostředí. To vyžaduje ze strany rodičů vstřícnou, pozitivní, trpělivou, ale i důslednou výchovu. Zásadní ve výživě batolete je kromě celkové energetické hodnoty i její kvalitativní složení.

Strava batolete vyžaduje optimální smíšenou stravu – pestrou, vyváženou, různě fyzikálně upravenou, různé konzistence a zajímavého různorodého vzhledu, nikoliv jednotvárnou. Je potřeba se vyvarovat výhradní kašovitě podoby, která nenaučí dítě kousat a přijímat nové způsoby výživy. Nepodávají se drobné tuhé obtížně rozpustné potraviny pro možnost aspirace – zejména oříšky, lentilky, kandované ovoce atd.

Jídlo má být podáváno nejméně v pěti porcích denně pro malou kapacitu žaludku batolete.

Obvykle doporučovaná energetická hodnota stravy je 100 kcal/kg/den. Doporučení Lékařského institutu USA uvádí energetický příjem nižší. Výpočet **energie v kcal/den** je dle vzorce:

$(89 \times \text{hmotnost v kg} - 100) + 20$

Jídelníček batolete obsahuje mléko a mléčné výrobky, maso, ryby, drůbež, vejčička, luštěniny, cereálie, ovoce a zeleninu.

Doporučený příjem **bílkovin** v tomto období má být 1 g/kg tělesné hmotnosti. Bílkoviny jsou zásadním nepostradatelným makronutrientem pro život a růst. Ovšem

existují také důkazy, že nadváha na počátku školní docházky je důsledkem právě nadměrného příjmu zejména živočišných bílkovin v tomto období. Z tohoto důvodu nemá příjem bílkoviny převýšit 16 % energetického příjmu batolete.

Mléko je doporučováno po roce věku v množství do 300–330 ml denně, po druhém roce alespoň 125 ml, do dvou let plnotučné. Vždy pasterizované! (100 ml kravského mléka odpovídá 100 ml jogurtu nebo 15 g krájeného sýra nebo 30 g měkkého sýra nebo 15 g masa.)

Přihlédneme-li k doporučenému objemu bílkoviny v jídelníčku – k dispozici jsou mléka koncipovaná speciálně pro toto období, označovaná jako **mléka pro batolata**, resp. **batolecí mléka**. Ta jsou připravována za stejných legislativních podmínek jako mléka pro kojence – mimo jiné trvá požadavek nulové tolerance pro nežádoucí bakterie. Mléka jsou obohacena železem, vitamínem D a dalšími mikronutrienty.

Objem bílkoviny v batolecím mléce se pohybuje v rozmezí 1,2–1,4 g/100 ml, ve srovnání s kravským mlékem je výrazně nižší. Pokud dítě vypije 330 ml mléka pro batolata, získá 35 % doporučené denní dávky bílkoviny, zatímco ve formě kravského mléka si denní příjem bílkoviny již zcela vyčerpá. Batolecí mléko pak z pohledu příjmu bílkoviny umožní jejich dodání masem, vejci nebo rostlinnou formou atd. Výhodou batolecího mléka je zajištění příjmu železa (v 330 ml je 60 % jeho denní potřeby, zatímco v kravském mléce jen 25 %) a hlavně vitamínu D (v uvedeném množství batolecího mléka je podáno 90 % denní potřeby, zatímco v kravském mléce jen 2 %).

Sacharidy by neměly převýšit 130 g/den. Volné cukry jsou podávány uvážlivě, aby nedošlo k návyku na sladkou stravu, ev. jen sladké nápoje.

Tuky představují 30–35 % energetického příjmu, do dvou let není limitován přísun cholesterolu, pak jsou preferovány rostlinné tuky. U batolete trvá potřeba dodávky LC-PUFA (long chain polyunsaturated fatty acids – esenciálních vícenenasycených mastných kyselin s dlouhým řetězcem), jedná se

především o kyselinu arachidonovou a dokosaheksenovou, nutné pro funkci sítnice, vývoj mozku a rozvoj kognitivních funkcí. To je možné podáním **batolecího mléka**, v kterém jsou obsaženy.

Denní požadavek **na vlákninu** je mezi 1–3. rokem 5 g/den (severoamerická doporučení mají její objem vyšší). Příjem **NaCl** nemá převýšit 2 g/den – má být podáván ve formě jodidované soli.

Výživa má denně obsahovat 50 mg **vápníku**, 6–8 mg **železa**, 90 µg **jódu**. Doporučená dávka **vitaminu D** v tomto období je 5 µg/den – to odpovídá 200 IU.

Denní objem **tekutin** je v 2. roce 80–120 ml/kg/den, ve 3. roce 80–100 ml/kg/den.

Objem ovocných šťáv a džusů nemá denně převýšit 120–150 ml. Kromě mléka je vhodné nabízet dítěti vodu a neslazené dětské čaje. Úkolem doporučení pro výživu v daných věkových obdobích je zabezpečení optimálního somatického a psychického prospívání dítěte. To je cílem nejen rodičů a lékařů, ale celé společnosti. Je nepochybné, že zásady správné výživy kojenců a batolat ovlivní jejich stav v dospělosti včetně prevence civilizačních chorob. Důležitou položkou racionální výživy dítěte je **batolecí mléko**, jehož složení je postaveno na současných doporučeních pro výživu batolete.

■ Literatura

1. Nevoral J. Výživa. In Lebl J et al. Praktická pediatrie. Praha: Galén, 2012, s. 115–129
2. Institute of Medicine. Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein and Amino Acids. Washington, D. C.: National Academy Press, 2002
3. Nevoral J. Výživa batolete a předškolního dítěte. In Nevoral J et al. Praktická pediatrie gastroenterologie, hepatologie a výživa. Praha: Mladá fronta, 2013, s. 457–463
4. Bělohávková S, Bronský J, Buriánová I, Frühauf P, Fuchs M, Kotalová R, Malý J, Mydlilová A, Nevoral J, Pozler O, Sýkora J. Doporučení Pracovní skupiny dětské gastroenterologie a výživy ČSP pro výživu kojenců a batolat. Čes-slov Pediat. 2014;69(Suppl 1):3–47



Hami mléka pro správný růst a vývoj



♥ díky obsahu **železa***
pro správný vývoj mozku

1,2
mg

♥ **vápníku**
pro správný růst kostí

120
mg

♥ **vitaminu D**
pro správný růst

3,1
µg

♥ **bílkovin**
u optimálním množství

1,5
g

* Železo přispívá k normálnímu rozvoji rozpoznávacích schopností dítěte.

Uvedené hodnoty jsou obsaženy ve 100 ml Hami batoletčího mléka. Kojení je nejvhodnějším způsobem výživy kojenců. Kojenecká výživa by měla být používána na doporučení lékaře. Způsob použití a další informace najdete na obalech a www.klub-maminek.cz. Potravina pro zvláštní výživu. Materiál pro odbornou veřejnost. 03/2015. BF359107.

9. kongres primární péče

27.–28. února 2015, Praha

Onkologie – včera, dnes a zítra

Sdružení praktických lékařů ČR, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR a Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP již tradičně poslední únorový víkend uspořádaly setkání lékařů první linie v TOP Hotelu Praha. Jeden z prvních bloků, kterým byl kongres otevřen, se zaměřil na péči o onkologické pacienty v ordinacích praktiků.

Jak uvedla MUDr. Gabriela Pazdřová z Onkologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze, na primozáchytu nádorového onemocnění se často podílí právě praktický lékař. Konstatovala, že u každého onkologického pacienta je před zahájením léčby nutná verifikace nádoru – z primárního tumoru nebo z metastázy. Terapeutický postup je optimálně stanoven rozhodnutím multidisciplinárního týmu, přičemž léčebný cíl je buď radikální, nebo paliativní. „V případě kurativního záměru může být specifická onkologická terapie adjuvantní. Ta má vést ke zničení reziduální mikroskopické choroby po radikálním chirurgickém výkonu. Zahajuje se u nemocných se zvýšeným rizikem recidivy. Smyslem neoadjuvantní léčby je prodloužit přežití, dále předoperačně zmenšit primární nádor, usnadnit operaci nebo přinést jiný benefit,“ řekla MUDr. Pazdřová a dodala, že do jednoho roku po ukončení onkologické léčby má pacient nárok na lázeňskou péči – žádost vystavuje praktický lékař, doporučení s potvrzením remise onemocnění vydává onkolog. Paralelně může probíhat i hormonální terapie, např. u žen léčených pro karcinom prsu, většinou je v plánu minimálně pětileté podávání. V onkologické ambulanci je nemocný dispenzarizován v pravidelných prodlužujících se intervalech, praktického lékaře navštěvuje souběžně k léčbě přidružených onemocnění.

MUDr. Pazdřová rovněž uvedla, že cílem paliativního léčebného záměru (jde o dvě třetiny až tři čtvrtiny onkologických pacientů) je prodloužení života a odstranění nebo potlačení příznaků způsobených nádorovým onemocněním, které je s největší pravděpodobností nevléčitelné – a to při zachování kvality života, ovšem nikoli za cenu vysoké toxicity. Medián přežití je v současné době

prodloužen u karcinomu prsu na 12–36 měsíců, u kolorektálního karcinomu na 6–24 měsíců. Jak dále vysvětlila, součástí podpůrné léčby (best supportive care) je mj. zajištění nutrice, léčba bolesti, metabolických komplikací, nežádoucích účinků chemoterapie a radioterapie, nádorových obstrukcí, nádorových výpotků, dále zajištění substituce krevními deriváty, prevence a terapie infekčních komplikací, kostních metastáz, péče o stomie či psychologické podpory.

„Vzhledem k tomu, že terapie onkologicky nemocných probíhá většinou ambulantně, navštěvují pacienti léčení cytostatiky, kteří žijí ve větší vzdálenosti od onkologického centra, svého praktika kvůli aplikaci růstových faktorů, proplachu centrálních vstupů, kontrolám krevního obrazu mezi jednotlivými cykly nebo před další aplikací chemoterapie,“ řekla MUDr. Pazdřová a zdůraznila, že praktický lékař má nezastupitelnou úlohu zvláště u osob ve zhoršeném nutričním stavu, s poruchami příjmu potravy a tekutin a především u pacientů v preterminálním stadiu nemoci. Ve spolupráci s agenturami domácí péče či mobilními hospicovými službami zajišťuje komplexní symptomatologickou terapii.

■ Role PLDD u onkologicky nemocných dětí je nezastupitelná

Prof. MUDr. Josef Koutecký, DrSc., z Kliniky dětské hematologie a onkologie 2. LF UK a FN Motol, Praha, zavzpomínal, že před 51 lety v dubnu 1964 se začal cíleně zabývat problematikou nádorových onemocnění u dětí. A protože pracuje částečně i dnes, ve svých 85 letech, je již padesát let dětským onkologem.

„Dětem, které v počátcích mé onkologické praxe téměř vesměs umíraly, je v současnosti poskytována péče, jejímž výsledkem je ve více než 80 % případů vyléčení. A to nejen díky pokroku základního i aplikovaného výzkumu, ale také díky zásadnímu podílu praktických dětských lékařů,“ řekl prof. Koutecký. Konstatoval, že praktičtí lékaři pro děti a dorost (PLDD) provádějí

v komplexní pediatricko-onkologické péči preventivní onkologické vyšetření zdravého i nemocného dítěte, a to při jakémkoli onemocnění i na základě příznaků způsobených malignitou. PLDD mají dále výrazný podíl na dispenzarizaci dětí s rizikem vzniku nádoru, diagnostice náhlých onkologických příhod a časných léčebných komplikací, dispenzarizaci po ukončení onkologické terapie, diagnostice pozdních komplikací a následků léčby, ale i na péči o umírajícího pacienta a jeho rodinu.

Popsal také oblasti, jež mají být kontrolovány v sekundární onkologické prevenci matkou dítěte:

- na kůži mohou být viditelné modřiny, změny barvy, zduření;
- mízní uzliny mohou být zduřené – a to jak jednotlivě, tak celé skupiny;
- může se objevit náhlé šilhání očí, červený reflex zornice;
- může se vyskytnout chronická rýma;
- může se objevit zvětšení břicha, asymetrie, hmatný útvar aj.

Prof. Koutecký apeloval na pediatriy, aby nikdy nebagatelizovali anamnestické údaje, nezanedbali fyzikální vyšetření a neodkládali nezbytná vyšetření, varoval také před chybnou interpretací výsledků paraklinických vyšetření, chybným posouzením průběhu onemocnění a efektu prováděné léčby i před nedostatečnou dispenzarizací. Úlohu pediatriů v péči o onkologicky nemocné dítě spatřuje především ve sledování stavu pacienta v přestávkách protinádorové léčby, brzkém rozpoznání časných léčebných komplikací, diagnostice a terapii interkurentních onemocnění, posouzení hranice léčby doma a transferu na kliniku, dohledu nad dodržováním léčebného schématu zvláště u sociálně slabých rodin a ve sledování psychosociálních problémů dítěte i jeho blízkých.

„Po ukončení onkologické léčby by měl pediatr soustavně kontrolovat stav vyléčeného pacienta, zajistit mu všechny formy rehabilitace, dohlížet na pravidelné kontroly na klinice, včas rozpoznat recidivy či relaps nádorového onemocnění a nastupující

pozdní léčebné komplikace i následky," řekl prof. Koutecký a zdůraznil, že role PLDD ve vztahu k onkologicky nemocným dětem a jejich rodinám je naprosto nezastupitelná. „Průběh každé malignity provází mnoho složitých situací. Odpovědný, odborně, mravně a společensky podložený vztah mezi praktickými pediatry a dětskými onkology je ku prospěchu dětem i jejich rodinám a musí být samozřejmostí," shrnul závěrem svého sdělení.

■ Myslete na pozdní následky protinádorové terapie

I přednosta Kliniky dětské hematologie a onkologie 2. LF UK a FN Motol, Praha, prof. MUDr. Jan Starý, DrSc., zdůraznil, že šance dětí a dospívajících se zhoubnými nádory na vyléčení stoupla v současnosti na více než 80 %. Objasnil však, že větší počet přeživších a vyléčených pacientů s sebou nese vyšší riziko pozdních následků terapie – proto je významným úkolem dětského onkologa je dlouhodobě sledovat. Jednou z příčin pozdních následků léčby je nezralost vyvíjejících se tkání či orgánů a jejich podstatně snadnější traumatizace – některá poškození jsou pro dětský věk specifická a v dospělosti vzniknout nemohou. Upozornil také na kumulaci pozdních následků 30 let od diagnózy u pacientů léčených v 70. a 80. letech minulého století (70 %), přičemž ty závažné, invalidizující či život ohrožující představují 40 %.

Nejvíce problémů mají pacienti léčení pro Hodgkinův lymfom (HL), nádory mozku a kostní malignity. Nemocní ani jejich praktičtí lékaři nebývají poučeni o riziku pozdních následků a jejich včasném zachytu. Od 90. let 20. století dochází ke změně terapeutického přístupu, pokud to nádor dovolí – zdůrazňuje se, že „vyléčení nestačí“, dů-

ležitá je i kvalita dalšího života. „Klasickým příkladem poznání rizika pozdních následků léčby zhoubného nádoru je Hodgkinův lymfom. Úspěšná terapie této malignity byla vyvinuta již v 60. letech, takže doba sledování pacientů je dostatečně dlouhá," uvedl prof. Starý a popsal kazuistiku 38leté ženy, které byl v 18 letech (1994) diagnostikován HL klinického stadia II s postižením mediastina. U pacientky byla zahájena kombinace chemoterapie + radioterapie mediastina a axil v dávce 25–29 Gy. Po vyléčení malignity se stala fyzioterapeutkou a porodila dvě zdravé děti. Následně byla léčena pro hypotyreózu. V 38 letech, tedy dvě desetiletí po terapii HL, jí byl diagnostikován ductální karcinom mléčné žlázy. „Riziko vzniku karcinomu prsu u 40–45letých žen ozářených na hrudník v mladém věku je 13–20 % a odpovídá riziku nosičů mutace BRCA. Screening magnetickou rezonancí nebo mamografií je proto třeba začít již v 25 letech nebo 8 let po radioterapii u pacientek s radioterapií v dávce vyšší než 20 Gy," objasnil prof. Starý s tím, že dále je třeba provádět screening karcinomu kůže, vyšetření koncentrací pohlavních hormonů (může dojít k předčasné menopauze) či štítné žlázy. Rovněž je nutné kontrolovat lipidy, monitorovat krevní tlak a podle individuálního rizika provádět EKG a echokardiografii pro nebezpečí rozvoje kardiovaskulárního onemocnění.

K pozdním následkům po léčbě nádorů mozku prezentoval kazuistiku 33letého muže, který v 5 letech podstoupil operaci pro meduloblastom a následnou radioterapii i chemoterapii. V 32 letech musel jít na operaci bazaliomu v ozářeném poli. V současné době je bradypsychický, zcela závislý na matce, trpí *enuresis nocturna*, metabolickým syndromem a je v plném invalidním důchodu. „U pacientů s více než pětiletým přežitím po léčbě nádoru mozku dochází po

30 letech od stanovení diagnózy ve čtvrtině případů k úmrtí z důvodu pozdních relapsů či sekundárních malignit. Navíc 80 % těchto osob má pozdní následky terapie," konstatoval prof. Starý.

V této souvislosti uvedl další kazuistiku – tentokrát 7letého chlapce, který byl ve dvou letech (2010) léčen pro neuroblastom s metastázami do skeletu a kostní dřeně. Podstoupil chemoterapii obsahující cisplatinu, radioterapii dutiny břišní v dávce 21 Gy, autologní transplantaci kostní dřeně s přípravným režimem obsahujícím vysokou dávku karboplatiny, operaci nádoru, pravostannou orchiektomii pro metastázu a bioterapii. „Kumulativní dávka cisplatin byla 320 mg/m² a karboplatiny 2500 mg/m². Chlapec nosí od 4,5 roku naslouchadla a trpí dextrokonvexní skoliózou páteře," uvedl příklad pozdních následků léčby platinovými deriváty prof. Starý.

„Dětskou onkologii stále provází snaha najít rovnováhu mezi účinností léčby základního onemocnění a co nejnižším výskytem pozdních komplikací," dodal s tím, že v onkologických centrech jsou proto zřizovány specializované ambulance pro řešení pozdních následků léčby. Dětské onkologové by je měli aktivně vyhledávat a zajistit ve spolupráci s dalšími specialisty jejich správnou léčbu. Také podle prof. Starého je role PLDD a praktického lékaře pro dospělé v komplexní péči o nemocného, který prodělal nádorové onemocnění, nezastupitelná. Zdůraznil, že praktik je tím, ke komu přichází pacient s problémy, jež mohou být prvním projevem pozdních následků protinádorové léčby. „Vazba nemocného a jeho rodiny na dobrého praktického lékaře se nedá ničím nahradit," konstatoval.

hech

Když se hádá duše s tělem

Psychosomatický pacient obvykle přichází se svými obtížemi za praktickým lékařem. Podle povahy symptomů je odeslán k různým vyšetřením a po vyloučení všech možných organických příčin se vrací zpět k praktikovi. Nejen tomu, který nemocný je indikován k psychosomatické péči, byl na Kongresu primární péče věnován blok Když se hádá duše s tělem.

Jak konstatovali MUDr. Michaela Ročňová, praktická lékařka pro dospělé, jež nabízí psychosomatické konzultace, a MUDr. Ondřej Masner, praktický lékař pro dospělé a rodinný terapeut z Prahy, každý pacient je psychosomatický, neboť na vzniku jakýchkoli potíží či onemocnění se podílí jeho prožívání starostí i radostí, pracovní a fyzická zátěž a blízké vztahy.

„Ne vždy je však vhodné nebo možné brát na tuto složku vzniku nemoci a příznaků zřetel. Například při akutních bolestech na hrudi je třeba vyloučit infarkt myokardu. Ale naopak mladý pacient s opakovanými bolestmi na hrudi rozhodně není vyléčen opakovanými negativními nálezy a závěry. Zlepšení mu spíše přinese, když porozumí okolnostem, které jeho obtíže vyvolávají, a na jejich od-

stranění pracuje obvykle s psychologem," řekla MUDr. Ročňová.

Na otázku, kdy má na potížích nemocného významný podíl psychosomatika, MUDr. Masner odpověděl, že to bývá mj. v případech s nejasnou diagnózou, nejasnou korelací mezi nálezem a prožíváním, když se terapie nedaří či potíže významně zasahují do pacientova života a on se jimi nadměrně zabývá. „Psychosomatický pohled neuplatňuji u stavů akutních a urgentních nebo pokud nemocný nespolupracuje, nechce komunikovat a tento pohled je pro něj nadbytečný. Zkrátka když si ke mně přišel jen pro čistě medicínské posouzení," doplnila MUDr. Ročňová.

Mezi onemocnění, u kterých je zásadní profit z psychosomatického přístupu, patří např. trávicí problémy od funkčních potíží po diagnostikované gastritidy, vředové choroby, střevní záněty, dále panické ataky, alergie, bolesti zad a kloubů. A jaká jsou úskalí odeslání pacienta na psychoterapii? Problémem je oddělení oborů – málokde existuje navazující pracoviště s přímou spoluprací a zpětnou vazbou o postupu léčby nemocného. Významná je také neochota pacientů vydat se cestou psychoterapie. „U obtíží s převažující somatickou symptomatologií se osvědčuje vysvětlit, že jde o běžnou součást léčby, a ujistit nemocného, že přeposlání k jinému odborníkovi neznamena, že se o něj již nezajímáme. Důležité je zdůraznit, že s kolegy z „psychooboru“ úzce spolupracujeme," shodli se přednášející s tím, že lze pacienta doporučit k individuální psychoterapii, rodinné terapii, bodypsychoterapii nebo využít další metody praktikované kvalifikovaným psychosomatickým zdravotníkem.

Fyzioterapeut mostem propojujícím somatický a psychický náhled na nemoc

Mgr. Danuše Jandourková a Mgr. et Mgr. Jana Týkalová z Centra komplexní péče Dobřichovice informovaly, že je zde vyšetřeno cca 2000 pacientů za rok a každému je poskytnuto průměrně 8 fyzioterapií (někdo jich ovšem potřebuje 25, někomu stačí jednorázová konzultace). „Pro pacienta, který není připraven vnímat psychické souvislosti svých obtíží, může být fyzioterapeut mostem propojujícím somatický a psychický náhled na nemoc. Někdy je cesta v léčebném procesu nemocného dostatečná, někdy je třeba si uvědomit limity fyzioterapie a předat ho

do péče psychologa," uvedly přednášející a dodaly, že do dobřichovického centra přichází většinou pacient motivovaný pro psychosomatickou péči.

Práci svého pracoviště demonstrovaly na kazuistice 37letého muže, jehož „zakázka“ zněla, že se chce zbavit bolestí hlavy, které trvají tři roky hlavně při sportu, a začít se znovu aktivně hýbat. Již při prvním vyšetření byla zjištěna nestejná délka končetin, nepoměr ve velikosti chodidel a svalová dysbalance. Z pohledu psychologa hrála významnou roli složitá rodinná situace a traumata z dětství. Ve svém současném životě muž postrádal relaxační činnosti, hromadilo se u něj napětí. Šlo tedy o nekomfort ve více rovinách – duchovní přesahy kontrastovaly s jeho prací v reklamní agentuře, osobní a pracovní život nebyly v rovnováze. „Například podpatěnka, která vyrovnala nestejnou délku končetin, přinesla zlepšení již po třech dnech. Pracovali jsme na aktivaci nohou, stabilizaci prstů, relaxaci a následně aktivaci pánevního dna a celého osového systému. Pak jsme se soustředili na hledání rovnováhy mezi osobním a pracovním životem, klient se učil ventilovat a vyjadřovat emocionálně náročné situace a začal hledat prostor pro seberealizaci," popsaly případ přednášející. Dále pak vysvětlily, že u muže došlo na somatické úrovni k dekompenzaci dlouhodobě oslabeného místa (nestejná délka končetin) z důvodu přetížení z nadměrné fyzické aktivity, kterou se klient snažil řešit vysoké psychické napětí a nespokojenost.

Psychosomatika v ordinaci pediatra

„Při své práci se často setkávám s tím, že nemoc dítěte nemá jen objektivní příčinu, ale podílí se na ní vše, co se okolo něj děje – tedy prostředí, v němž žije, rodinné vztahy a podobně. Stonání či uzdravení ovlivňuje inteligenční i sociální úroveň rodiny," uvedla praktická lékařka pro děti a dorost MUDr. Barbora Branná z Ostravy. Připomněla situace, jež zná každý pediatr, který odebere podrobnou anamnézu, dítě vyšetří, udělá odběry a potíže malého pacienta přetrvávají nebo se vracejí, ačkoli výsledky všech odborných i konziliárních vyšetření byly negativní.

V takových případech MUDr. Branná odesílá klienty k psychologickému vyšetření a setkává se s různými reakcemi rodičů. „Často se cítí dotčeni. Mají pocit, že jim sdělují, že

něco dělají špatně, a obávají se, že budou označeni jako „viníci“ potíží dítěte," dodala a uvedla kazuistiku čtyřletého chlapce s těžkým atopickým ekzémem. Matku dítěte nazvala „přírodní ženou", která měla „ve všem jasno" – především jak má a bude porod jejího prvního dítěte probíhat, že bude bezproblémově a dlouho kojít apod. Porod byl však těžký, protrahovaný a místo naplánovaných očekávání se narodil plačtivý, neklidný chlapec, s nímž byly při kojení velké problémy. Navíc měl těžší dysplazii kyčlí, což znamenalo třmínky a sádrovou spiku. Následně mělo dítě otlaky, zažívací problémy, zácpy a kvůli znehybnění sádrou byl jeho motorický vývoj opožděn. Po vyřešení ortopedických a trávicích problémů se u dítěte objevil těžký atopický ekzém. Ukázalo se, že partnerství rodičů je velmi nezralé, že matka prožívá zklamání z neuskutečněních očekávání a má potíže s emocemi. „V tomto případě podpora či pomoc zatím nemá efekt. Potíže chlapce se přelévají a evidentně tvoří programovou náplň rodiny, kterou mohu jen s pochopením doprovázet," komentovala MUDr. Branná.

V další kazuistice představila případ patnáctiletého chlapce, který byl dosud zdravý a ve škole úspěšný. Pak se mu ale v krátké době silně zhoršila akné, objevily se sinusitidy, kolapsové stavy a prudce se zhoršil v učení. Nakonec odešel ze střední školy s maturitou na učiliště. „Brzy jsem se dozvěděl, že jeho rodiče se dramaticky rozvádějí. Chlapec jejich tahanice prožíval, na vlastní kůži a neměl žádnou možnost vývoj událostí v rodině ovlivnit. Záněty dutin a kolapsy mu umožňovaly alespoň chvíli vypnout. Musel se obrnit i navenek, což znamenalo změnu image na „tvrdáka" a změnu školy," vysvětlila MUDr. Branná a závěrem dodala: „Podle dlouholetých zkušeností je psychosomatika taková medicína, která jde napříč všemi obory a snaží se vnímat, pochopit a akceptovat celou osobu pacienta, jeho příběh zasazený do životního prostředí. Je to prostě jiný úhel pohledu na nemoc."

hech

Ženy, muži, děti a infekce lidskými papilomaviry

V současnosti je známo více než sto typů lidských papilomavirů (HPV), z nichž některé se mohou chovat mimořádně agresivně. Člověk je jediným rezervoárem těchto virů, proto by plošné a masivní očkování celosvětové populace proti HPV – tedy nezávisle na pohlaví – mohlo v budoucnu vést k eliminaci až eradikaci této infekce.

Nejen toto konstatování zaznělo na mezioborově laděném satelitním sympoziu společnosti MSD, které bylo součástí odborného programu letošního kongresu primární péče a jež bylo mj. zaměřeno na možnosti prevence onemocnění asociovaných s HPV. Doc. MUDr. Petra Tesařová, CSC., z Onkologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze uvedla, že infekce HPV je nepochybně kauzální etiologií vzniku nádoru děložního čípku, ale i mnoha dalších tumorů. Genotypy HPV 16 a 18 se podílejí na atypických změnách a rozvoji karcinomu cervixu ze 70 %, karcinomu konečníku, vulvy, vagíny a penisu z 30–50 %, karcinomu hlavy a krku z 10 %. Genotypy HPV 6 a 11 pak vedou v 10 % případů k abnormalitám sliznice čípku nízkého stupně, v 90 % ke genitálním bradavicím a v 90 % k respirační papilomatóze. „Lidský papilomavirus je příčinou pěti procent všech karcinomů u člověka,“ doplnila doc. Tesařová s tím, že obecně lze asi třetinu všech nádorových chorob předejít.

„Je zřejmé, že není dostatečné začít myslet na prevenci zhoubného onemocnění až v době dospělosti. Rodiče by proto měli na budoucnost svých dětí myslet důslednou primární prevencí již od narození,“ zdůraznila dále doc. Tesařová. V této souvislosti uvedla, že platí několik základních pravidel, která je dobré dodržovat. Např. nekouřit, hýbat se, jíst zdravě, omezit expozici slunečnímu záření, znát svou rodinnou anamnézu, provádět samovyšetřování prsů, účastnit se screeningových programů, vyhnout se kancerogenům v práci a potravě či se chránit před virovými infekcemi. „V současnosti existuje unikátní možnost nechat očkovat

děti před virózami, které nepochybně způsobují zhoubná onemocnění. Je proto nutné edukovat rodiče o tom, že to, co vloží do svých potomků v dětství, se v budoucnosti zúročí,“ doplnila doc. Tesařová.

MUDr. Alena Šebková, předsedkyně Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP, která sympoziem provázela, připomněla, že od konce roku 2006 bylo v ČR možné nepovinné očkování dívek a žen kvadrivalentní vakcínou (Silgard, MSD), která chrání proti infekci HPV 6, 11, 16, 18. K dispozici je i bivalentní vakcína (Cervarix, GSK) chránící před infekcí HPV 16, 18. S účinností od 1. dubna 2012 je pak u nás očkování proti HPV hrazeno zdravotními pojišťovnami – buď plně, nebo s minimálním doplatkem – u kohorty dívek mezi 13 a 14 rokem věku.

„Původně se předpokládalo, že proočkovanost by měla dosahovat asi 75 %, bohužel se stále pohybujeme mnohem níže – okolo 50 %. A to i přes skutečnost, že každých 20 hodin zemře jedna žena v důsledku karcinomu děložního čípku,“ konstatovala MUDr. Šebková a položila si otázku, proč není tato možnost prevence vnímána veřejností lépe: „Když se nad tím zamyslíme, možná se musíme sami sebe ptát, zda umíme s rodiči či pacienty dobře komunikovat. Z různých statistik vyplývá, že i když nám silně konkuruje doktor Google, stále jsme jako praktičtí lékaři našimi klienty považováni za osoby, které jim dávají validní informace a kterým důvěřují. Pak je tedy skutečně otázka, zda umíme problematiku očkování dobře podat.“

■ I historicky byla vakcinace založená na rozlišení pohlaví neúspěšná

Další přednášející, MUDr. Parvine Gricová, praktická lékařka pro děti a dorost z Uherského Hradiště, v diskusi uvedla, že je přesvědčena o tom, že edukace rodičů o možnosti očkování proti HPV probíhá v ordinacích dětských praktiků pečlivě

a ještě dlouho předtím, než dívka dosáhne 13 let věku. „Velmi dobře známe rodinné anamnézy dětí a pokud víme, že maminka, babička i teta byly nemocné, zdůrazňujeme možnost preventovat karcinomy s HPV etiologií,“ prezentovala vlastní zkušenosti MUDr. Gricová, která se ve svém vystoupení věnovala vakcinaci proti HPV nejen u dívek a žen, ale i u chlapců a mužů.

Vzpomněla, že společenský dopad plošného očkování lze pozorovat již více než 80 let. Prvním úspěchem se stala eradikace varioly v 80. letech minulého století. „Imunita indukovaná vakcinací je schopna vysoce spolehlivě chránit také před infekcí HPV. Pokud skutečně chceme významně snížit počet všech virů nebo je zcela vymýtit, může se to podařit jen tehdy, když budou očkována obě pohlaví,“ konstatovala MUDr. Gricová.

Upozornila na skutečně vysokou zátěž onemocnění asociovaných s HPV u mužů a žen. Celosvětově je u mužů odhadováno 11 000 nových případů nádorů penisu za rok, 17 000 nádorů hlavy a krku a 11 000 nádorů anální oblasti, u žen pak 21 000 nových případů nádorů vulvy a vagíny za rok, 4400 nádorů hlavy a krku, 13 000 nádorů anální oblasti a 530 000 nádorů cervixu. Obrovská je incidence genitálních bradavic u obou pohlaví – přes 17 miliónů v celosvětové populaci mužů a téměř 15 miliónů v populaci žen. Z údajů Světové zdravotnické organizace za rok 2009 vyplývá, že více než 70 % análních karcinomů u mužů je způsobeno genotypy HPV 16 a 18. Ukázalo se také, že infekce HPV se podílí až na polovině penilních karcinomů (29–32 % HPV 16, 6–7 % HPV 18) a téměř 40 % orofaryngeálního karcinomu (16–30 % HPV 16, 1–8 % HPV 18, 3–5 % HPV 6).

Jak dále zdůraznila MUDr. Gricová, incidence onemocnění asociovaných s HPV u mužů rapidně stoupá. Např. v USA byl v letech 1975–2009 zaznamenán meziroční nárůst výskytu análního karcinomu o 2,6 %, v Austrálii v letech 1980–2005 o 3,42 % a v České

republiky byl za posledních 30–40 let evidován čtyřnásobný výskyt genitálních bradavic. Onkogenní kmeny HPV 16 a 18 v Evropě způsobují asi třetinu karcinomů u mužů (26 % hlava a krk, 3 % anus, 2 % penis) a více než dvě třetiny u žen (50 % děložní hrdlo, 8 % vulva a vagina, 5 % hlava a krk, 6 % anus). „Zpočátku se předpokládalo, že očkování proti HPV má hlavní význam pouze u žen, nicméně s postupem času se ukázalo, že z něj mohou profitovat velmi dobře i muži,“ uvedla MUDr. Gricová a upozornila, že v posledních letech se mnoho zemí – Rakousko, Německo, Austrálie, Kanada a Spojené státy (viz tabulku) – rozhodlo pro plošné očkování nejen věkové kohorty dívek, ale také chlapců v souladu s doporučeními European Centre for Disease Prevention and Control a Centres for Disease Control and Prevention. V této souvislosti připomněla, že historicky byla vakcinace založená na rozlišování pohlaví (v případě rubeoly) nebo na výběru rizikových skupin (v případě hepatitidy B) neúspěšná (!) v omezení šíření choroby.

■ K očkování chlapců se pozitivně stavějí i české odborné společnosti

MUDr. Gricová dále informovala účastníky sympozia o tom, že v dubnu 2014 poradní výbor amerického FDA doporučil očkování pro všechny chlapce ve věku od 9 do 26 let jako prevenci vzniku genitálních bradavic. Komise brala v potaz výsledky tří klinických studií s kvadrivalentní vakcínou, které prokázaly, že byla schopna zabránit vzniku genitálních bradavic u 89 % chlapců a mužů. Pokud se týká dalších světových postojů, americká Advisory Committee on Immunization Practices doporučuje očkování proti HPV nejen pro ženy, ale i pro muže ve věku 11 až 26 let. Kromě prevence přenosu HPV na sexuální partnery je důvodem vakcinace mladých mužů fakt, že zajišťuje ochranu proti genitálním bradavicím a nádorovým onemocněním. Britská platforma HPV Action, koalice 35 organizací, také bojuje za poskytnutí vakcinace proti HPV na genderově neutrálním základě. Očkovací program by měl zahrnovat 12–13leté chlapce stejně jako dívky, aby se zabránilo vzniku mnohem většího počtu případů karcinomů souvisejících s HPV a genitálních bradavic.

Pozitivní stanoviska očkovat obě pohlaví ve shodě vydaly také tuzemské odborné společnosti – Česká onkologická společnost ČLS JEP, Česká vakcinologická společnost ČLS JEP, Česká společnost otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP a Česká gynekologická a porodnická společnost ČLS JEP. „Již několikrát jsme se poučili, že není důležitá jen individuální ochrana zajištěná vakcinací každého jednotlivce, protože může časem vymizet – ať už spontánně, nebo následkem potlačení imunity. Je-li však vysoce proočkovaná populace, pak individuální ztráta v ochraně nepředstavuje žádné riziko. Navíc vždy budou existovat osoby, které nebude možné očkovat – ale díky kolektivní imunizaci mohou být před infekcí HPV uchráněny,“ komentovala MUDr. Gricová.

V několika bodech pak závěrem svého vystoupení shrnula, proč je důležité očkovat proti HPV i chlapce:

- * Jedná se o přímou prevenci vzniku onemocnění a karcinomů souvisejících s HPV – prokazatelně snižuje morbiditu a mortalitu u některých z nich.
- * Vede k omezení screeningu pro necervikální onemocnění způsobená HPV – např. anální karcinom je závažné onemocnění, léčba je invalidizující a spojena s doživotní stomií.
- * Zajišťuje větší rovnost při prevenci onemocnění souvisejících s HPV – očkování muži budou chráněni před nákazou HPV od neočkovaných žen či mužů.
- * Je maximálně cenově efektivní v případě, že proočkovanost žen je suboptimální – vakcinace mužů zajistí ochranu a sníží riziko infikování žen díky kolektivní imunitě.

„V České republice je očkování proti HPV jediným, které je hrazeno pouze pro jedno pohlaví, tím jsou muži znevýhodněni,“ komentovala MUDr. Gricová.

■ HPV College – vzdělávejte sebe i své pacienty

„Když v roce 2008 dostal profesor Harald zur Hausen Nobelovu cenu za objev lidského papilomaviru, který způsobuje karcinom děložního čípku, my gynekologové jsme očekávali, že naše klientky i se svými dcerami vezmou naše ordinace útokem a nebudeme je stíhat očkovat. Bohužel nic z toho se nestalo

a naopak se začaly líhnout antivakcinační aktivity. Protože neustále doufáme, že existuje cesta k tomu, aby se počet očkovaných žen nebo mladých dívek v ČR zvýšil, rozhodli jsme se v roce 2009 založit HPV College,“ připomněl již šestiletou existenci této edukační a diskusní platformy MUDr. Vladimír Mulač z gynekologické ordinace v Berouně.

Jejím cílem je nejen vzdělávání laické veřejnosti, ale také profesionálů všech oborů medicíny, multidisciplinární spolupráce a spolupráce s médii. Na webových stránkách www.hpv-college.cz a www.hpv-guide.cz jsou dostupné kompletní informace a aktuality o infekcích HPV a všech asociovaných onemocněních, možnostech prevence a léčby, dále chaty s členy HPV College a videorozhovory s odborníky. „Světová zdravotnická organizace prohlásila, že infekce lidskými papilomaviry je z ekonomického a sociologického hlediska mnohem zásadnější onemocnění než HIV-AIDS. Ve světle toho jsme loni dospěli k závěru, že se musíme pokusit oslovit celou lékařskou obec a hlavně praktické lékaře v první linii, aby věnovali maximální úsilí zvýšení informovanosti a proočkovanosti svých pacientů,“ apeloval MUDr. Mulač a dodal, že výzva HPV College, pod kterou se podepsali představitelé různých odborností, je ke stažení na www.hpv-guide.cz.

■ Za nízkou proočkovaností stojí mýty a omyly laiků i odborníků

Problematiku HPV ukázal v celé její ošklivosti a doslova plné nahotě, jak sám konstatoval, MUDr. Michal Mihula z Oddělení gynekologie a porodnictví Městské nemocnice Ostrava. „Také jsem si uvědomil, že zde vystoupím jako zástupce očkovaného chlapce,“ dodal s lehkou nadsázkou.

Také on zdůraznil, že infekce HPV se v současnosti jednoznačně týká žen, mužů i dětí. „Za poslední rok a půl máme 23 dětských pacientů, většinou s genitálními bradavicemi – mezi nimi i roční holčičku nebo sedmiletého chlapečka. Samozřejmě k nám přichází obrovské množství žen a díky tomu, že máme laserové zařízení, které je nezastupitelné v ošetření celé řady prekanceróz, se k nám stahují i muži,“ konstatoval MUDr. Mihula s tím, že k infekci HPV je tedy

Některé země již doporučují/financují očkování proti HPV u chlapců

Země	Kohorta	Program	Důvod zavedení
USA	Rutinní pro chlapce 11–12 let	Státem financovaný program začal ke konci roku 2011	HPV onemocnění jako tíživé břemeno
	Catch-up: 13–21 let		Nákladová efektivita
Austrálie	Rutinní pro chlapce 12–13 let	Školní program začal v únoru 2013	Přijatelná nákladová efektivita
	Dvouletý catch-up: 14–15 let		
Kanada	Muži 9–26 let	Program začal v Albertě a v PEI provinciích v roce 2013	Snaha přiměřeně kontrolovat onemocnění
	Rutinní pro chlapce 9–13 let		Nákladová efektivita (rentabilita)
Rakousko	Chlapci 9–12 let (dvoudávkové schéma)	Program začal v únoru 2014 (9–12 let)	Přerušit řetězec infekce
	Catch-up: 13–15 let (třídávkové schéma)	Školní program začal v září 2014 (9 let)	
Německo	Dospívající muži, preferenčně ve věku 12–17 let	Program začal v lednu 2013	Snížit šíření infekce HPV v populaci obecně

Zdroj: prezentace MUDr. P. Gricové

nutné přistupovat nikoli jen jako k onemocnění děložního čípku.

Za hlavní důvody stále nízké proočkovanosti proti HPV v naší republice považuje mýty a omyly laické a bohužel i odborné veřejnosti a bagatelizaci důsledků této infekce. Nejčastějším mýtem v gynekologické ambulanci je, že se pacientky domnívají, že např. v 25 letech jsou pro vakcinaci již příliš staré nebo že po prodělané prekanceróze děložního čípku je očkování zbytečné. „Oficiální doporučení České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP zní, že se ženy s prekancerózou očkují dokonce ještě před ošetřením, běžně také podáváme vakcínu ženám starším 45 let. V případě, že očkujeme mimo SPC, je třeba pacientky poučit, ale není to postup non-lege artis,“ vysvětlil MUDr. Mihula. Praktičtí pediatři se pak často setkávají s mylným názorem rodičů, že HPV rovná se promiskuita a že to se jejich dcery netýká.

■ Infekce HPV často perzistuje a manifestuje se různě po těle

Poté již MUDr. Mihula představil čtyři kazuistiky svých pacientů, které nejsou starší než rok. První se týkala 31leté vdané středoškolačky se dvěma dětmi, která měla v anamnéze v 17 letech výsev drobných kondylomat, bez recidivy. V 21 letech podstoupila konizaci pro léze CIN II–III, o čtyři roky později pak rekonizaci pro CIN III. Od 29 let

byla v dispenzarizaci chirurgické proktologické poradny pro změny v oblasti análního otvoru, poslední histologie prokázala nález anální prekancerózy AIN I–II. „Jedná se o typický příklad perzistence infekce HPV a její postupnou manifestaci na různých kožních a slizničních površích,“ komentoval MUDr. Mihula.

Ve druhém klinickém případě poukázal na 27letou svobodnou vysokoškolačku, která nebyla dva roky na vyšetření u gynekologa, přišla již v 8. týdnu gravidity, měla cytologický nález HSIL. „Na zadním pysku bylo kolposkopicky detekováno ložisko high grade léze, biopsie potvrdila počínající invazivní karcinom. Ve 14. týdnu těhotenství prodělala konizaci, histologicky se jednalo o spinocelulární karcinom. Naštěstí vše dopadlo dobře, ve 36. týdnu pacientka porodila a zůstává v dispenzarizaci,“ konstatoval MUDr. Mihula a v této souvislosti upozornil, že cytologické stěry prováděné v rámci screeningu karcinomu cervixu mají v ideálním případě zachytitnost okolo 70 %.

Třetí kazuistika upozornila na vdanou 33letou středoškolačku se dvěma dětmi, která měla v anamnéze v 25 letech konizaci pro CIN II–III. Ve 30 letech došlo k recidivě s nálezem CIN I, ale žena byla pouze sledována. „Virus si bohužel opět našel místo jinde na těle – konkrétně se objevilo ložisko na vulvě v interlabiální rýze vlevo. Biopsicky byla ověřena závažná prekanceróza VIN II,“

popsal MUDr. Mihula a dodal, že ošetření laserem mělo výborný výsledek s následným hojením.

V poslední případové studii se věnoval muži ve věku 37 let, středoškolačkovi se dvěma dětmi, jenž byl opakovaně ošetřován pro výskyt kondylomat v anální oblasti. Přestal však chodit na vyšetření a dostavil se až s již vytvořeným análním karcinomem. „Je tedy zřejmé, že infekce HPV představuje globální problematiku. Máme však absolutně unikátní možnost využít primární prevence tohoto onemocnění v podobě vakcinace. Ochrana proti zhoubným nádorům je u obou očkovacích látek obdobná, ale vakcína Silgard nabízí ještě ochranu před genitálními bradavicemi – a to více než 95%. Moje volba je tedy jednoznačná. Očkují pouze vakcínou Silgard a preferuji tři dávky,“ shrnul MUDr. Mihula.

jat

zdroj: ZN, příloha ZN Review



Ze světa odborné literatury...

■ Asociace mezi nočním krevním tlakem a inzulínovou rezistencí u dětí s nealkoholickým jaterním onemocněním

Účelem této studie bylo nalézt vazbu mezi inzulínovo-glukózovým metabolismem, nočním krevním tlakem a nealkoholickou steatózou u obézních dětí bez diabetu. Do studie byla zahrnuta stovka dětí s biopicky verifikovaným jaterním onemocněním. Pomocí krevních vzorků byly analyzovány jaterní funkce, hladiny glukózy a inulinu. Rozdíly při ambulantním měření tlaku nebyly výrazně rozdílné ve skupině. 75 % dětí bylo systolicky non-dippers (77) a z nich 23 (30 %) bylo diastolicky non-dippers. V antropometrických parametrech nebyly nalezeny žádné rozdíly mezi oběma skupinami. Systolictí non-dippers měli vyšší medián středního nočního krevního tlaku i OGTT. Při OGTT patrná inzulínová rezistence. Žádná korelace v histopatologických nálezech obou skupin není patrná. Evidentní je ale asociace mezi nočním poklesem tlaku a měřenou hladinou inulinu, nezávisle na obezitě.

Eur J Pediatr. 2014;173:1511-1518

■ Virologická testace u bronchiolitidy – rozhodnutí a předpověď průběhu?

Účelem této studie bylo ohodnotit klinické, terapeutické, laboratorní a radiologické difference mezi bronchiolitidou zapříčiněnou respiračním syncytiálním virem (RSV) a non-RSV bronchiolitidou za účelem posouzení znalostí a predikce průběhu. Byly prohlédnuty a posouzeny klinické průběhy dětí pod jeden rok věku přijatých na emergency v posledních dvou letech. Analyzováno bylo 221 klinických obrazů bronchiolitidy. RSV bronchiolitida měla těžší průběh. Laboratorní a radiologické nálezy se mezi oběma skupinami nelišily. Ale ukázalo se, že virologické testy měly nízkou specifitu pro určení rizika hospitalizovaných pacientů, délku hospitalizace i kyslíkovou terapii a nutnost intubace. Bronchiolitidy se stále prezentují jako velmi závažné onemocnění ve všech vyspělých zemích, a to během zimních měsíců v době časného dětství, přičemž poměr mezi RSV a non-RSV viry kolísá rok od roku. Zapříčiňují 3,4 miliónu hospitalizovaných a kolem 100 000 mrtvých.

V literatuře se stále uvádí, že klinický průběh bronchiolitid je velmi variabilní a komplikace a přežívání nelze předem odhadnout. Stále se nedaří připravit guidelines. Z hlediska laboratorních vyšetření se nepodařilo odlišit pacienty s RSV a non-RSV etiologií, nelišila se ani hodnota pCO_2 nebo pH, počet leukocytů a CRP. RTG provedeno u 24 % pacientů v obou skupinách, byla nalezena hyperinflace s fokálními opacitami a atelektázami. Nález v obou skupinách se nelišil. Výsledky dalšího porovnávání obou skupin: věk pod 3 měsíce byl častěji ve skupině s RSV etiologií, častěji v této skupině nemocná děvčata, hvízdavý dech a kašel častěji u non-RSV, pneumonie častěji ve skupině RSV. Otitis se objevovala paritně v obou skupinách. Porovnání medikace a jejího efektu: před hospitalizací antibiotika užívána poněkud častěji ve skupině s RSV, inhalace beta-receptorových agonistů častěji ve skupině non-RSV. Po přijetí k hospitalizaci: inhalace beta-receptorových agonistů byla častější ve skupině non-RSV, orální kortikosteroidy užívány v obou skupinách stejně, jen u malého počtu hospitalizovaných. Antibiotika při hospitalizaci užívána také častěji ve skupině s RSV. Po propuštění v obou skupinách terapie doznívala bez tabletových kortikosteroidů.

Eur J Pediatr. 2014;173:1429-1435

■ Faktory asociované s postupem chirurgické intervence a rekurence u primárního spontánního pneumotoraxu u adolescentních pacientů

Primární spontánní pneumotorax není věc neznámá a jeho rekurence není věc řídká a neznámá. Faktory k tomu vedoucí stále ještě nejsou vyjasněné. Bylo zkoumáno 219 epizod spontánního pneumotoraxu u 171 adolescentů. Rizikové faktory pro rekurenci byly dále analyzovány u 128 pacientů s první atakou. Poměr chlapci: děvčata byl 9:1, střední věk 17 let. Rekurence po videoasistované chirurgické thorakoskopické intervenci byla méně častá než po konzervativním léčení. Poměr 4:18 %. Velký pneumotorax s velkým vzduchovým otvorem byl signifikantní faktor pro postup videoasistované chirurgické intervence. Velký vzduchový otvor

byl také hlavním faktorem pro rekurenci. Dalšími negativními faktory byly obezita, kouření a počet přítomných bul. Většina recidiv pneumotoraxů u adolescentů se objevuje do dvou let. Vlastní primární pneumotorax je definován jako akumulace vzduchu v pleurálním prostoru bez zjevné plicní nemoci. Incidence je udávána na 8 na 100 000 každý rok. Patogeneze není plně objasněna, výskyt pneumotoraxu je spojen s rupturou bul v subpleurální oblasti nebo v apikální oblasti horního laloku. Je velmi často pozorován u vysokých, štíhlých adolescentů, kuřáků. Optimální terapie je drenáž hrudníku, případně chirurgické ošetření s klínovitou resekcí. Rekurence je ale společným problémem a pohybuje se mezi 20–60 %. Můžeme konstatovat, že epizody byly většinou unilaterální, překvapivě častěji vlevo, minimálně bilat. Většinou podávána oxygenová terapie přes nazální kanylu. Doba hospitalizace kolem týdne.

Eur J Pediatr. 2014;173:1483-1490

■ Určení rizika koronárních lézí u Kawasakiho nemoci v závislosti na hladině vitamínu D

Kawasakiho nemoc (KD) je asociována s vývojem koronárních lézí. Autoři se snažili ověřit hypotézu, zda hladina cirkulujícího 25-hydroxyvitamínu D3 by mohla být identifikována jako klinický parametr pro predikci arteriálních lézí. Zařadili 35 dětí s KD v akutní fázi a měřili sérovou hladinu vitamínu D3. To bylo následováno echokardiografií. K tomu připravili kontrolní skupinu 23 febrilních dětí s respiračním infektem a 30 zdravých dětí. Z 35 KD dětí devět mělo arteriální léze podle ECHO a 26 dětí tento náález nemělo. Sérové hladiny vitamínu D3 přitom byly signifikantně vyšší u dětí s koronárními lézemi. Specifita, senzitivita i diagnostická přesnost byly směrnatnými ukazateli. Hladina vitamínu D3 je pomocným prediktorem změn na koronárních arteriích. Každá včasná identifikace rizika postižení koronárních arterií je velmi důležitá pro terapeutickou strategii.

Eur J Pediatr. 2014;173:1467-1471

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



Aktuality...

VZP vybízí pacienty, ať zkontrolují lékařské účty

Muž s překvapením zjistil, že podle přehledu lékařských výkonů podstoupil gynekologickou prohlídku.

Tímto příkladem ilustruje Všeobecná zdravotní pojišťovna, jaké nesrovnalosti se dají najít v přehledech vykázané zdravotní péče. A připomíná pojištěncům, že si přehled mohou zdarma vyžádat, protože VZP už má k dispozici všechna data za loňský rok.

Klienti pak prý mají upozornit na případné nesrovnalosti.

Většinou administrativní nedopatření

Pojišťovna ve své tiskové zprávě smířlivě uvádí, že velká část nesrovnalostí, na něž klienti v minulosti poukázali, se vysvětlila jako administrativní nedopatření – často jako překlep v rodném čísle pacienta nebo v číselném kódu výkonu. Takto se objasnil i v úvodu zmíněný případ muže ze středních Čech, který ve svém výpisu zdravotní péče našel gynekologickou prohlídku.

V minulosti VZP informovala, že v případě zjištěných nesrovnalostí může dojít ke zrušení smlouvy s lékařem nebo podání trestního oznámení, že se tak však děje jen ojediněle. Prokázat úmysl totiž bývá obtížné až nemožné. Výjimkou jsou případy do očí bijící, jako když provozovatel domácí zdravotní péče vykazoval péči o pacienta v době, kdy byl tento pacient hospitalizován a domácí péče mu tedy ani při nejlepší vůli poskytována být nemohla. V tomto případě pojišťovna smlouvu vypověděla.

Oficiální informaci s dalšími podrobnostmi najdete na webu VZP:

<http://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/chcete-vedet-kolik-za-vas-lekar-nauctoval-vzp-vyzvednete-si-prehled-za-rok-2014>

Zdroj: doktorvlach.cz, 4. 3. 2015

Lékaři se prou o to, kdy očkovat nedonošené děti. Spor si rozehtnou sami

Lékaři řeší, kdy očkovat děti s porodní hmotností do 1 700 gramů. Zatímco alergologové tvrdí, že očkování by mělo přijít ve stejnou dobu jako u dětí donošených, vakcinologové nebo neonatologové, tedy dětští lékaři zabývající se vývojem a léčbou novorozenců, mají jiný názor. Podle nich je v části případů nutné očkování odložit. Odborný spor rozehtne pracovní skupina, kterou si lékaři napříč odbornostmi svolali.

„Například riziko onemocnění pertusí (černým kašlem, pozn. red.), rotavirovou enteritidou (střevním onemocněním) nebo riziko nákazy pneumokokem je u nedonošených více než dvojnásobné oproti zralým dětem. Případný neopodstatněný odklad vakcinace toto riziko pochopitelně ještě zvýší,“ napsali zástupci České společnosti alergologie a klinické imunologie (ČSAKI) v posledním čísle odborného čtvrtletníku Vakcinologie.

Alergologové v textu uvádějí, že očkování by mělo začít i u dětí s porodní hmotností do 1 700 gramů nejpozději v devátém týdnu věku a není třeba jej zbytečně odkládat, aby se riziko infekcí, ke kterým

jsou vnímavější, snížilo na minimum. Podle nich je navrch okolností, které by očkování vylučovaly, „ve skutečnosti velmi málo“.

Lékaři jiných odborností se ovšem proti stanovisku ohradili. „Nelze jednoznačně říci, že takto malé děti mohou být očkovány podle standardního očkovacího kalendáře,“ řekl iDNES.cz primář Neonatologického oddělení Nemocnice Na Bulovce Martin Čihař. „Je potřeba posoudit, zda nedonošené děti nepotřebují individuální očkovací plán, protože jejich imunitní systém je nezralý a my nevíme, zda očkování nemůže způsobit nějakou imunopatologii, třeba alergii nebo autoimunitní onemocnění, v jejich pozdějším věku,“ dodal Čihař, jenž je místopředsedou České neonatologické společnosti.

Spor řeší pracovní skupina založená lékaři

Na protikladná stanoviska upozornil na úterním sněmovním semináři o očkování, kde řekl, že se musí proti publikovanému stanovisku ohradit. „Není úplně šťastné a je potřeba toto téma probrat na mezioborovém poli,“ řekl Čihař.

Kvůli sporu proto vznikla mezioborová pracovní skupina, ve které jsou zastoupeni vakcinologové, praktičtí lékaři, neonatologové, neurologové, infektologové a další lékařské odbornosti. „Ti společně vytvoří doporučený postup, který bude následně projednán v imunitační komisi ministerstva a vznikne celorepublikové doporučení,“ popsal Čihař.

Už o víkendu řešil stanovisko kulatý stůl, který byl svolán v rámci kongresu primární péče. Účastnil se jej i vakcinolog a ředitel Fakultní nemocnice Hradec Králové Roman Prymula.

„To stanovisko není v rozporu se stávajícím stavem světové medicíny, protože vychází z amerických doporučení, nicméně my se na to díváme trochu opatrněji, zejména u extrémních případů nedonošených dětí. Ty nechceme očkovat stejně jako běžnou populaci,“ řekl iDNES.cz Prymula.

Podle něj otištěný názor nereprezentuje stanovisko lékařských odborností, ale jen názor ČSAKI. Ani ta však není zajedno. „U kulatého stolu jsme zjistili, že v alergologické společnosti jsou dva proudy a jeden z nich je proti uveřejněnému,“ dodal Prymula.

„Máme data a zkušenosti, které říkají, že například očkování proti virové hepatitidě typu B není u těchto dětí příliš účinné, imunitní odpověď je třeba jen 45 procent, a dítě není dostatečně chráněno, proto dostává druhou dávku očkovací látky,“ popsal Prymula. „U nedonošených dětí je řada různých rizik, protože jejich imunitní systém je nedovyvinutý a každá jeho další zátěž může zhoršit prognózu. A to je důvod, proč by extrémně nedonošené děti měly být posuzovány ve zvláštním režimu,“ vysvětlil Prymula.

Odborné diskuse nevedeme přes média, tvrdí alergologové

Redakce iDNES.cz kontaktovala tři zástupce výboru ČSAKI. Dva lékaři se odmítli vyjádřit s tím, že jde o výsostně odborný spor, jenž nepatří do „laického“ tisku. Jeden uvedl, že není dětským lékařem, proto stanovisko nechce hodnotit. Další redaktorce řekl, aby dělala, že se mu vůbec nedovolala.

„Vedení naší odborné společnosti nebylo informováno o konání Vámi zmiňovaného semináře ani o kulatém stole na kongresu primární péče. Neznáme ani stanovisko neonatologické společnosti k našemu materiálu o očkování nedonošených dětí. A jistě chápete,



že nepovedeme odborné diskuse prostřednictvím médií," uvedl předseda ČSAKI Vít Petrů, který je vedoucím lékařem Centra alergie a klinické imunologie Nemocnice Na Homolce.

Podle Prymuly nejsou spory o očkování příliš časté. Naposledy se společnosti přely u vakcín proti rakovině děložního čípku. Tam zůstalo jedno stanovisko většinové a druhé v menšině. Podle něj ale tehdy spíše než o odborný spor šlo o „kolíkování hřiště“. Tedy o to, kdo a čím bude očkovat. Nyní je toto očkování nepovinné a hrazené je u dívek mezi 13. až 14. rokem.

Prymula ale upozorňuje, že spory v medicíně nemají pacienti chápat jako něco, na co by mohli doplatit. „Medicína není matematika. V ní neplatí jedna plus jedna rovná se dvě, ale někdy to jsou tři a někdy to je jedna. Takže v USA jsou k očkování benevolentnější, my se na ně díváme obezřetněji,“ tvrdí lékař. Podle něj spor ukazuje na to, že lékaři nemají zájem očkovat všechny a proti všemu. „Přestože máme devět povinných očkování a dalších dvacet je doporučených, snažíme se očkovat tak, aby to přineslo benefit. A tam, kde by mohlo uškodit, se snažíme očkování omezit na naprosté minimum nebo je posunout do pozdějšího věku,“ tvrdí vakcinolog.

Zdroj: H. Válková, idnes.cz, 5. 3. 2015

Hračky – mořské panny a sada pistolí z Číny ohrožují plodnost, jsou plné ftalátů

Hygienici varují před dvěma nebezpečnými hračkami původem z Číny, které se objevily na českém trhu. Dětská sada s pistolemi, dalekohledy a terči i plastová panenka představující mořskou pannu obsahují nadlimitní množství ftalátů, který může negativně ovlivňovat plodnost. Informovala o tom mluvčí ministerstva zdravotnictví Štěpánka Čechová.



Panenky s nadlimitním množstvím ftalátů



Dětský policejní set

FOTO: Ministerstvo zdravotnictví

Dětský policejní set „Pistole“ s ruskými psanými texty na obale obsahuje dvě černo-stříbrné pistole s černými dalekohledy, podstavec se třemi terči a šesti plastovými šípy s přísavkami. Právě v materiálu přísavek šípů našli inspektoři o několik řádů překročené povolené množství ftalátů.

„Riziko spočívá v tom, že při hře mohou estery kyseliny ftalové přicházet do kontaktu s ústy a kůží dítěte, mohou přecházet do slin, ulpívat na rtech a sliznici a v neposlední řadě mohou být společně se slinami konzumovány,“ uvedla mluvčí.

Vysoké množství ftalátů našla kontrola také v panenkách Mermaid Beauty. Hračka je asi 25 centimetrů velká. Představuje mořskou pannu s dlouhými vlasy oblečenou do krátkého barevného topu a sukně, a to v různých barevných kombinacích i účesech. Panenka je zabalena do barevné skládačky s plastovým průhledem.

Zdroj: Novinky.cz, ČTK, 16. 3. 2015

Chce-li policie údaje od nemocnice, potřebuje souhlas soudu

Policie může při vyšetřování kriminality žádat nemocnice o zdravotní údaje jen na základě souhlasu soudu. Fakultní nemocnice Olomouc uspěla s ústavní stížností proti pokutě 5000 korun. Dostala ji za to, že informace poskytnout nechtěla.

Nález je důležitý kvůli vyjasnění otázky, zda je k prolomení mlčenlivosti zdravotníků nutný souhlas justice. Verdikt ale nedopadá na specifické situace, kdy zdravotník informace získá v rámci trestního řízení, například když prohlíží tělo nebo provádí nařízenou pitvu. Za těchto okolností souhlas nadále nutný není.

Policie v olomoucké kauze konkrétně chtěla získat údaje o bezprostřední příčině smrti člověka, jehož pitval lékař Fakultní nemocnice Olomouc, ale který nebyl však pacientem nemocnice. Lékař dospěl k závěru, že smrt nebyla přirozená. Existovalo tak podezření, že člověk je obětí trestného činu. Zároveň se vyšetřovatelé domáhali vydání ověřené kopie pitevního protokolu a listu o prohlídce zemřelého.

Vyvstal však konflikt dvou právních norem a principů – povinné součinnosti při vyšetřování kriminality na straně jedné a mlčenlivosti ve zdravotnictví na straně druhé. Součinnost je zakotvena v trestním řádu a týká se jak státních orgánů, tak fyzických a právnických osob. Trestní řád konkrétně uvádí, že pokud nestanovuje zvláštní zákon dodatečné podmínky, lze informace pro trestní řízení vyžadovat jen po předchozím souhlasu soudu.

Zákon o zdravotních službách zase říká, že za porušení povinné mlčenlivosti se nepovažuje sdělování údajů a skutečností pro potřeby trestního řízení způsobem stanoveným trestněprávními předpisy. Fakultní nemocnice trvala na tom, že policie potřebuje souhlas soudu. Vyšetřovatelé ho však neměli, protože Okresní soud v Olomouci už před tím dospěl k závěru, že zákon o zdravotních službách vytváří dostatečný rámec pro poskytnutí informací i bez souhlasu justice.

Nemocnice požadované údaje nevydala, za což dostala od policie pořádkovou pokutu, kterou potvrdil okresní soud. Trval na tom, že fyzické i právnické osoby musí poskytovat patřičnou součinnost, kterou nemají relativizovat svým úhlem pohledu, obzvláště ne



v případě násilného úmrtí, kdy je otázka bezprostřední příčiny smrti klíčová.

Nemocnice v následné ústavní stížnosti poukazovala na práva pacientů a ochranu soukromí. Ústavní soud se postavil na stranu nemocnice, výklad olomouckého soudu není správný.

Vedoucí právního odboru Fakultní nemocnice Olomouc Sabina Procházková nález přivítala. Postoj olomouckého soudu označila za překvapující, možná i excesivní. Vymykal se prý z praxe ostatních českých soudů a nemocnic. Požadované informace už nemocnice v minulosti policistům vydala pod hrozbou dalších pokut. „Byli jsme v patové situaci, neměli jsme jinou možnost obrany než ústavní stížnost,“ řekla Procházková.

Zdroj: ČTK, 1. 4. 2015

Postgraduální vzdělávání kdysi a dnes

Centralizace, nebo decentralizace postgraduálního vzdělávání? Dvoustupňové, nebo jednostupňové atestace? Prof. MUDr. Pavel Pafko píše pro Medical Tribune komentář, ve kterém se zamýšlí nad současným systémem vzdělávání lékařů...

Přečetl jsem si inspirativní článek pana profesora Anděla na stránkách Medical Tribune, v němž prezentuje svůj názor na postgraduální vzdělávání. Podobně jako on jsem pamětníkem jak centralizovaného systému výuky pod záštitou IPVZ, tak současného systému v rukách lékařských fakult.

Tedy je lepší centralizovat, či ne? Na tuto otázku odpověděl v minulém roce sociologický průzkum u 1200 českých lékařů „Postoje českých lékařů k postgraduálnímu vzdělávání“. V něm se můžeme dočíst, že „nejmenší podporu mezi lékaři má model spočívající v zabezpečení specializačního vzdělávání diferencovaně, z více míst, jednotlivými lékařskými fakultami“. Česká lékařská komora, vědoma si neradostné situace v postgraduálním vzdělávání, provedla anketu, které se zúčastnilo 6480 lékařů. Podle této ankety si 61,1 procenta dotázaných myslí, že by postgraduální vzdělávání v základních oborech mělo být svěřeno IPVZ. Pouze 19,9 procenta by je svěřilo fakultám a devatenáct procent komoře.

Pan profesor však žádnou silnou stránku centrálně řízeného školení a zkoušení nevidí. Upozorňuje na to, že katedry IPVZ byly za komunismu obsazovány podle politických kritérií. Nepochybně má pravdu, ale tak byla přece také obsazována i vedoucí místa na fakultách. To ale ve věčné debatě – zda centralizovat, nebo ne – již dnes není nutné zdůrazňovat. Také dnes nediskutujeme o tom, že v padesátých letech minulého století po vzoru SSSR u nás vznikl IKEM, a vážíme si jeho tradice i významu, který v naší medicíně dodnes má. Jistě existovala pracoviště, kterým IPVZ nemohl konkurovat, ale systém „buď katedry IPVZ, nebo fakulty“ jsme nikdy tak neviděli. Význam IPVZ jsme vnímali jako sjednocující. My zaměstnanci fakult jsme přednášeli a dosud přednášíme na kursech IPVZ. Stejně tak jsme se podíleli a dnes opět podílíme na zkoušení. IPVZ mimo své kmenové zaměstnance zaměstnává externí odborníky různých specializací, kteří tvoří páteř jeho výuky. Tito externisté tvoří dnes 65 procent všech jeho zaměstnanců.

Kolega Anděl má jistě pravdu v tom, že IPVZ nemá žádnou akreditaci k habilitačnímu či profesorskému řízení. Podle mého názoru ji ani

nepotřebuje. V minulosti, aspoň v mém oboru (chirurgie), byl vedoucím katedry habilitovaný člověk, který stál v čele renomovaného pracoviště. Dobře nerozumím ani myšlenku, že kouzlo decentralizace je spojeno s rozšířením odpovědnosti za výcvik. Podle mého názoru největší odpovědnost za výcvik mladého lékaře má jeho mateřské pracoviště, kde by měl trávit většinu času mezi promocí a atestací. V článku je doporučováno, aby fakultní a krajské nemocnice vypracovaly „model vlastního kontinuálního školení“. Mám (možná neoprávněné) obavy, že například školení v Plzni a v Ostravě bude rozdílné.

Jedna, nebo dvě atestace

Nyní několik slov k vlastnímu vzdělávacímu procesu. Měli jsme dvoustupňový, máme jednostupňový. Pan profesor jako jedinou výhodu dvoustupňového vidí „jasně definovanou kompetenci, zejména v službách v nemocnici“ u prvoatestovaných a píše, že pro ambulantní praxi byla první atestace zcela nedostatečná a „uplatnění těchto lékařů mimo nemocnici bylo obtížné“. Bohužel s tímto názorem nemohu souhlasit. Přinejmenším v našem oboru prakticky celá ambulantní sféra (zdravotní střediska a polikliniky) byla právě na bedrech lékařů prvoatestovaných. Lékaři s druhou atestací vykonávali vedoucí funkce a často to byli lidé poslaní do terénu z politických důvodů, za trest. Požadavky na druhou atestaci byly tak vysoké, že je v ambulancích nebylo možné realizovat (například větší operace v celkové anestezii).

Současný systém, užijí-li v médiích dnes frekventované slovo, je podle mého názoru nešťastný. Skládá se z 24měsíčního kmene, po jehož absolvování pak následuje vlastní specializace. Kmen dnes není ani svou náplní, ani délkou trvání rovnocenný dřívější první atestaci. Jeho absolventi nemohou pracovat samostatně, bez odborného dohledu, a to ani v ambulantním sektoru. V nemocnicích jsou zejména z právního pohledu, pracují-li bez dohledu, hůře upotřebitelní, ale vím, že se tak na mnoha místech děje. Vyhledávka, která by stanovila, které výkony mohou dělat bez dohledu, dosud nebyla vydána. Možná je obtížné si ji i představit. Dalším problémem dnešních kmenů je jejich univerzálnost. Jenom pro zajímavost: povinný chirurgický kmen má osm specializací, interní dokonce 22! Jak připravovat mladé lékaře po dobu kmene? Například v chirurgii budeme cvičit všechny v operačních výkonech podobně jako u dřívější první atestace? Vždyť přece víme, že pouze část lékařů v chirurgickém kmeni se později bude specializovat ve všeobecné chirurgii. Máme cvičit v základních chirurgických výkonech ty, kteří v pozdějším výcviku, budou-li mít v životě štěstí, ani krev neuvidí (například rehabilitační lékaři)? Měli bychom tedy mít asi různé kmeny.

K vlastní specializaci. Na základě osobní zkušenosti se domnívám, že zkrácená doba výcviku k plné kvalifikaci v oboru je krátká k tomu, aby naplnila myšlenku Vzdělávacího programu MZ, který stanovuje, že u absolventa specializovaného oboru „se předpokládá schopnost zastávat samostatné nebo vedoucí místo v oboru“. Neznám snad jediného chirurga v naší zemi, který by po 48 měsících specializačního výcviku tento předpoklad splnil. Výhody dvoustupňového vzdělávání vidím v tom, že pouze část lékařů po obdržení atestace prvního stupně pokračovala ve studiu a praktickém výcviku. Již z praktického pohledu není možné všechny vycvičit ve všem. Všeobecná interna dvoustupňový systém možná vyřešila atestacemi v endokrinologii, gastroenterologii, pneumologii, kardiologii atd.



Kvalifikační dohody

Mladí kolegové si stěžují, že na mateřském oddělení mohou absolvovat pouze část výcviku. Vyšším pracovištěm pak nejsou cíleně „trénováni“ v činnostech, ke kterým se na vlastním pracovišti nedostanou; na těchto vyšších (často fakultních) pracovištích jsou spíše zneužíváni k rutinní práci, psaní dokumentace atd. Že si tento výcvik platí, víme.

Pokud to za ně platí mateřské pracoviště, musejí podepsat kvalifikační dohodu, kterou se zavazují na pracovišti setrvat i po atestaci. Obávám se obecně, že zejména důraz na nácvik praktických dovedností, po kterém pan profesor volá, není v současném jednostupňovém systému realizovatelný. Není totiž ani dost příležitostí to všem umožnit, a tak v našem oboru je umožněno splnit část výcviku operacemi na zemřelém. Prostě všem vše je v tak krátké době nereálné splnit. Bojím se, že systém by mohl vést k podvádění...

Závěrečnou myšlenkou je otázka financování celého postgraduálního výcviku. Uvědomme si, že zatímco právník, učitel, inženýr či jiný vysokoškolák je po promoci pro stát plně využitelný, edukace lékaře promoci nekončí. Stát k tomu, aby zajistil pro obyvatele zdravotní péči, nepotřebuje „kmenáře“, ale internisty, gynekology, chirurgy... Ty však získá až po jejich atestaci. Do té doby jsou jako samostatně pracující nepoužitelní. Této polovičatosti financování vzdělání lékařů nerozumím. Ukončení vzdělání lékařů není soukromou věcí jednotlivců, ale státu, který financoval jejich zřejmě nejdražší vysokoškolské vzdělání u nás.

Zdroj: prof. MUDr. Pavel Pafko, www.tribune.cz, 7. 4. 2015

Přehnaný důraz na zdravou výživu může vést k fobiím z jídla

Přehnaná propagace zdravé výživy může u některých lidí vést až k fobii z obezity i jídla samotného. Může to přinášet problémy i rodičům malých dětí, kteří nejsou spokojeni se způsobem, jakým se jejich potomek stravuje.

Přehnaná propagace zdravé výživy může u některých lidí vést až k fobii z obezity i jídla samotného. Na tiskové konferenci před tím varovala vedoucí lékařka Centra pro léčbu poruch příjmu potravy Hana Papežová. Nemyslí si, že by podrobné diskuse o tomto tématu situaci zlepšovaly. Nepřiměřený důraz na zdravou výživu může přinášet problémy i rodičům malých dětí, kteří nejsou spokojeni se způsobem, jakým se jejich potomek stravuje.

V praxi se s tím setkává Petra Uhlíková, vedoucí lékařka Denního stacionáře pro adolescenty, který stejně jako výše zmíněné centrum spadá pod Psychiatrickou kliniku Všeobecné fakultní nemocnice a 1. lékařské fakulty UK v Praze. Z pohledu rodičů podle ní má problémy s jídlem zhruba čtvrtina dětí do šesti měsíců a až 18 procent čtyřletých. „Řada těch dětí jí přitom normálně. Jen jsou rodiče úzkostní a sami nevědí, jak má stravování správně vypadat,“ poznamenala.

Vyšší nebezpečí skutečných poruch příjmů potravy v útlém věku hrozí zejména u chronicky nemocných a nedonošených dětí. Základní postoje se přitom utvářejí do pěti let věku, upozornila Uhlíková. Matky by tak neměly krmit kojence pokaždé, když zapláče, protože pak si dítě spojuje jídlo s řešením nepříjemných situací. Rodiče by se také měli připravit na negativismus od 18. měsíce až do předškolního

věku, kdy dítě odmítá i věci, které má rádo, včetně jídla. Vybíravost a nejdění může být prostředkem jeho manipulace s rodiči.

Při odhalování poruch příjmu potravy u dětí hrají podle lékařky zásadní roli pediatři. Ti znají vývoj dítěte a sledují, zda se v růstových grafech neodchyluje od své křivky. Diagnostika těchto onemocnění u dětí a dospívajících je však obtížnější než u dospělých pacientů. Děti obtížně formulují své emoce včetně nespokojenosti s vlastním tělem a mnohem častěji se jejich problémy promítají do fyzických problémů. Navíc u nich nemusí váha klesat, ale jen stagnovat.

Poruchy příjmu potravy v době dospívání mohou mít celoživotní následky. „Pokud jsou v době, kdy je geneticky naprogramován rychlý růst, tak se může růst dočasně zastavit a pak mají pacienti v dospělosti menší výšku. Častou komplikací je také neplodnost,“ uvedla Uhlíková.

Určitá specifika má léčba pacientů mladších osmnácti let. Vzhledem k tomu, že bývají méně ochotní ke spolupráci, bývají častěji hospitalizováni. Vedle individuální psychoterapie a nutričního poradenství je důležitá také rodinná terapie.

U mladších pacientů bývá z poruch příjmu potravy častější mentální anorexie, tedy odmítání jídla. Papežová upozornila, že není výjimkou, když se tyto poruchy v různých podobách vracejí. „Může to přecházet z anorexie do bulimie a pak k záchvatovitému přejídání bez zvracení. Může to být celoživotní pouť a naším cílem je to zastavit,“ řekla.

Mentální anorexie a bulimie postihují především dívky. Záchvatovité přejídání bez zvracení bývá problémem u obou pohlaví. V roce 2013 bylo v ČR diagnostikováno 13 nových případů mentální anorexie na 100 000 obyvatel, ale skutečný výskyt se předpokládá daleko vyšší.

Zdroj: ČTK, 27. 3. 2015

Nedostatek pohybu působí dvakrát více úmrtí než obezita

Nedostatek pohybu způsobuje v Evropě dvakrát více úmrtí než obezita. Naznačují to závěry dvanáctiletého výzkumu, jehož se účastnilo více než 300 000 lidí.

ČTK to sdělila obezitoložka Dita Pichlerová. Citovala závěry britských vědců, podle nichž je pohybová nečinnost v Evropě příčinou 676 000 úmrtí ročně, zatímco nadměrná tělesná hmotnost 337 000. Kdyby se každý člověk nejméně 20 minut denně věnoval svižné chůzi, mělo by to pro něj podstatné přínosy, shodují se s britskými kolegy čeští lékaři.

„Tělesný pohyb je prospěšný bez ohledu na tělesnou hmotnost. Obezita a nedostatek pohybu jdou často ruku v ruce. Je však známo, že i štíhlým lidem hrozí zdravotní problémy, pokud se nepohybují. A obézní lidé, kteří provozují tělesný pohyb, se těší lepšímu zdraví než obézní lidé, kteří se nehýbou,“ shrnula lékařka.

Britská studie zjistila nejvyšší riziko u lidí pohybově nečinných, a to shodně s běžnou tělesnou hmotností, nadváhou i obezitou. Odstranění nedostatku pohybu v Evropě by podle studie snížilo úmrtnost o téměř o 7,5 procenta, odstranění obezity o 3,6 procenta.

Onemocnění způsobená nedostatkem pohybu a obezitou jsou z velké části totožná, například nemoci srdce a cév či cukrovka druhého typu. Nárůst obezity řeší některé země například daní z cukru



či tuku, vládní experti sestavují seznamy zdravých a nezdravých potravin. V Česku má od září zakázat nezdravé potraviny ve školních automatech novela školského zákona, o zavedení daně na nezdravé potraviny se zatím nemluví. Před pár lety zavedlo Dánsko daň na tuk v potravinách, pro neúspěch ji zrušilo.

Podle Pichlerové není zavádění daní na nezdravé potraviny všespásný lék na obezitu. „Pokusy o zavedení daní měly ve světě vždy jen přechodný efekt. Lidé na změnu ceny reagují pouze několik týdnů a pak se vrátí zase ke starým návykům,“ vysvětlila.

Zásadní podle ní je vyvážit příjem energie z potravy a její výdej pohybem. Vliv má i pohled společnosti na obezitu. Pokusy bojovat proti obezitě negativními kampaněmi nevyšly, připomněla Pichlerová

studii kalifornských vědců. Ti zjistili, že u lidí, které pocítují nadváhu jako svůj problém, může mediální sdělení stigmatizující obezitu vést k tomu, že naopak jedí ještě víc kaloricky bohatých potravin a mnohem méně si věří, že dokážou řídit příjem potravy tak, aby dál nepřibírali.

Zdroj: www.tribune.cz, 26. 3. 2015

INZERCE

359 1-15

Hledám nástupce do dobře zavedené ordinace PLDD v centru **Tábora**. Kontakt: mudr.janovska@seznam.cz, tel. 728 262 356.

360 1-15

Hledám pediatra k občasným **zástupům** v dobře zavedené praxi PLDD v těsné blízkosti **Ostravy**. Brzké **převzetí praxe** žádoucí. Tel.: 728 652 188.

361 1-15

Hledám zástup do ordinace PLDD v **okrese Hodonín**. Telefon 736 216 258.

362 2-15

Levně **přenechám** zavedenou **praxi** dětského lékaře pro děti a dorost v **Brně**. Jen vážní zájemci. Kontakt mobil 605 459 765.

363 2-15

Hledám praktického lékaře pro děti a dorost pro převzetí praxe v **Opavě**. Telefon 737 125 488.

364 2-15

Přenechám (prodám nebo lékaře na plný či částečný úvazek zaměstnám) dobře zavedenou menší **ordinaci** PLDD (s.r.o.) **15 km od Pardubic**. Zapracovaná sestra a přístrojově vybavená ordinace. Tel. 736 464 918, e-mail gladii@seznam.cz.

366 2-15

Hledám nástupce se specializací PLDD. Praxi na **Praze 9** prodám nebo zaměstnám na úvazek dle dohody. Tel. 602 682 899.

367 2-15

Setkání absolventů Fakulty dětského lékařství UK **po 40 letech** se koná **dne 29. 5. 2015 od 10:00 hodin v kinosále motolské nemocnice**, v budově ředitelství, 2. patro. Zveme všechny, kteří **promovali v roce 1975**, a těšíme se na shledání. Za přípravný výbor Alena Štolcová a Olga Roškotová. Svoji účast sdělte na e-mailovou adresu: alena.stolcova@email.cz.

368 3-15

Zavedenou **praxi** PLDD s.r.o v **Ústí nad Labem** nabízím **k prodeji, popř. zaměstnám lékaře** s výhledem převzetí praxe. Informace na telefonu 721 131 329.

369 3-15

Hledám PLDD do ordinace v **Rožnově pod Radhoštěm** v CHKO Beskydy. Kontakt: 604 270 729.

370 3-15

Přenechám (prodám nebo lékaře na plný úvazek zaměstnám) zavedenou **ordinaci** PLDD (s.r.o.) v **Staré Boleslavi**. Tel: 606 416 548.

371 3-15

Přenechám/prodám nebo **zaměstnám** lékaře na plný či částečný úvazek dobře zavedenou **ordinaci** PLDD v **Opocně** – okres **Rychnov n. Kn.** Zapracovaná sestra a přístrojově vybavená ordinace. Telefon: 494 667 436, mobil: 777 573 154, e-mail: mus.manka@seznam.cz.

372 3-15

Předám obvod praktického lékaře pro děti pro děti a dorost, dobře zavedený, velký počet pacientů, ve středu města, okres **Ústí nad Orlicí**, Pardubický kraj. Mail: pediatr3691@seznam.cz, telefon: 608 443 864.

373 4-15

Přijmeme lékaře/lékařku se specializací pediatra, PLDD, i absolventa LF, na úvazek 0,4–1,0 (dle dohody) do Dětské léčebny pohybových poruch **Boskovice**. Také jen k občasnému zástupu. Nabízíme velmi dobré platové podmínky, 25 dní dovolené, hrazení konferencí, kursů, specializačního studia. Jihomoravské dětské léčebny, bednarikova@detskelecebny.cz, telefon: 603 433 754.

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

Autodidaktický test 5/2015

HIV/AIDS

- 1. Onemocnění AIDS je vyvoláno infekcí HIV. HIV je zařazen do skupiny retrovirů. V současné době jsou známy tři kmeny lidských virů – HIV-1, HIV-2 a A3/02. Poprvé bylo onemocnění AIDS popsáno v r. 1981. Nejvíce je viry HIV postižena oblast subsaharské Afriky a jihovýchodní Asie. Bylo zjištěno, že u opic (šimpanz, mangabej) existuje podobné onemocnění, jehož vyvolavatelem je virus označený SIV (Simian Immunodeficiency Virus). Předpokládá se, že virus byl z opic přenesen na člověka při lovu opic. Který z uvedených lidských kmenů je geneticky nejbližší viru opičímu?**
 - a) HIV-1
 - b) HIV-2
 - c) A3/02
- 2. Nejrizikovější cestou přenosu HIV je:**
 - a) vaginální sex
 - b) anální sex
 - c) vetření potu HIV pozitivní osoby do porušené kůže
 - d) transfuze HIV pozitivní krve
 - e) kojení HIV pozitivní matky
- 3. Od okamžiku infekce HIV probíhá replikace viru v cílových imunokompetentních buňkách. Po asymptomatickém stadiu, kdy se vyčerpá funkční rezerva obnovy imunokompetentních buněk, dochází k projevům onemocnění. Jako marker průběhu HIV infekce je používán počet:**
 - a) CD 4+ T lymfocytů (Th lymfo)
 - b) CD 8+ T lymfocytů (Tc lymfo)
 - c) CD 14 (monocyty a makrofágy)
 - d) CD 56 (NK buňky)
- 4. Diagnostika HIV je založena na nepřímém i přímém průkazu přítomnosti HIV v organismu. Základní screeningovou metodou je metoda duální, kdy se prokazují:**
 - a) CD 4+ T lymfocyty v kombinaci se sérovými protilátkami proti HIV typu IgM nebo IgG
 - b) CD 14 buňky (monocyty a makrofágy) v kombinaci se sérovými protilátkami proti HIV typu IgM nebo IgG
 - c) HIV-1 antigen p24 v kombinaci se sérovými protilátkami proti HIV typu IgM nebo IgG
- 5. Přenos HIV je možný i vertikálně během gravidity a porodu. Riziko je za přirozených podmínek kolem 20%. Profylaktickými opatřeními (antiretrovirotika, porod sekci) lze riziko vertikálního přenosu snížit na hodnoty kolem:**
 - a) 2 %
 - b) 5 %
 - c) 10 %
- 6. HIV pozitivní matka**
 - a) může kojit
 - b) může kojit jen v případě užívání antiretrovirotik
 - c) nemůže kojit

Myslete na ochranu proti HEPATITIDĚ A včas!



Nabídněte rodičům
očkovaní dětí
před nástupem
do kolektivu.

HavrixTM
720 JUNIOR
Vakcína proti hepatitidě A

ZKRÁCENÝ SOUHRN ÚDAJŮ O PŘÍPRAVKU:

NÁZEV PŘÍPRAVKU: Havrix 1440 a Havrix 720 Junior monodose, injekční suspenze. Vakcína proti hepatitidě A inaktivovaná adsorbovaná. **SLOŽENÍ:** Jedna dávka (1 ml) vakcíny Havrix 1440 obsahuje: virus hepatitis A inaktivovaný 1440 ELISA jednotek, adsorbovaný na hydrátovaný hydroxid hliníkový celkem: 0,50 miligramů Al₃₊. Jedna dávka (0,5 ml) vakcíny Havrix 720 Junior monodose obsahuje: virus hepatitis A inaktivovaný 720 ELISA jednotek, adsorbovaný na hydrátovaný hydroxid hliníkový celkem: 0,25 miligramů Al₃₊. **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 infekční hepatitidě způsobené virem hepatitidy B, hepatitidy C, hepatitidy E ani proti dalším patogenům vyvolávajícím letní infekce. **Dávkování a způsob podání:** Dospělí a dospívající od 16 let věku – k základnímu očkování podává jedna dávka vakcíny Havrix 1440 (1,0 ml suspenze). Děti a dospívající 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 po základním očkování vakcínou Havrix 1440 nebo vakcínou Havrix 720 Junior monodose se doporučuje podat posilovací dávku kdykoli v době od 6 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 leve se musí vakcína Havrix podávat opatrně, neboť u nich po intramuskulární aplikaci může dojít ke krvácení. Na místě vpichu má proto být po dobu nejméně 2 minut přiložen tlakový obvat (bez tlaku). **Kontraindikace:** Vakcína Havrix nesmí být aplikována jedincům se známost přecitlivělosti na kteroukoli složku vakcíny nebo jedincům, u nichž se po předchozím očkování vakcínou Havrix projevily známky přecitlivělosti. **Zvláštní upozornění:** Podobně jako u jiných vakcín i očkování vakcínou Havrix by mělo být odloženo u jedinců trpících závažným akutním horečnatým 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 poškozeným 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 po případ, že se po aplikaci vakcíny Havrix začne vyvíjet 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 pozitivním osobám. Séropozitivita proti

hepatitidě A není kontraindikací očkování. Podobně jako u jakékoliv injekční aplikace se může po podání vakcíny Havrix nebo i před ní vyskytnout vzácnější reakce jako psychogenní reakce na injekční jehlu. Je důležité zajistit, aby při ov. mlože nedešlo k úrazu. **Interakce:** Vzhledem k tomu, že Havrix je inaktivovaná vakcína, je nepravděpodobné, že by současně podání s jinou inaktivovanou vakcínou vedlo k oslabení imunitní odpovědi. Současné podání vakcíny proti břišnímu tyfu, žluté zimnici, choleře (injekční vakcína) nebo tetanu neovlivňuje imunitní odpověď na vakcínu Havrix. Současné podání imunoglobulinů neovlivňuje ochranný účinek vakcíny. Pokud je nezbytné, nutně současně podání více vakcín nebo imunoglobulinů najednou, přípravky musí být podány rozdílnými injekčními stříkačkami a jehlami do odlišných míst. **Nežádoucí účinky:** Bezpečnostní profil uvedený níže je podložen údaji získanými od více než 5300 subjektů. Mezi velmi časté nebo časté nežádoucí účinky patří: anizidná chuť 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 (nad 37,5 °C), reakce v místě vpichu (např. zarudnutí). **FARMACEUTICKÉ VLASTNOSTI:** Obsahuje stopové množství neomycin-sulfátu (Havrix 720: méně než 10 ng a Havrix 1440: méně než 20 ng). **FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI:** Podle údajů získaných po 17 letech používání vakcíny lze předvídat, že protitělo (> 15 mlU/ml) přetrvává 30 až 40 let po očkování nejméně u 95 % až 100 % očkovaných subjektů. Podle nynějších údajů není u imunokompetentních jedinců, kteří byli očkováni 2 dávkami vakcíny, nutné další přeočkování. **Inkompatibility:** Vakcína Havrix nesmí být smíchána s jinými vakcínami ani s imunoglobuliny v téže injekční stříkačce. **Doba použitelnosti:** 3 roky. **Zvláštní opatření pro uchovávání:** 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 mléčná zakalená suspenze. Během uchovacího 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 cizorodých částic a na netypické změny vzhledu. Při jakémkoliv vizuálně zjevné 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: 59/691/96-C, Havrix 720 Junior monodose: 59/690/96-C. **DATUM PRVNÍ REGISTRACE/PRODLUŽENÍ REGISTRACE:** 13. 11. 1996 / 4. 7. 2012. **DATUM REVIZE TEXTU:** 24. 4. 2013. Vakcíny Havrix 1440 a Havrix 720 Junior monodose, injekční suspenze. Vakcína proti hepatitidě A inaktivovaná adsorbovaná; je vakcína na lékařský předpis a není hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Úplnou informaci pro předepisování přípravku najdete v Souhrnu údajů o přípravku na www.gskkompendum.cz nebo se obraťte na společnost GlaxoSmithKline, s.r.o., Hvězdova 1734/2c, 140 00 Praha 4. Případné nežádoucí účinky nám prosím nahláste na cz.safety@gsk.com. Verze SPC platná ke dni 11. 3. 2015.

Nestlé
BEBA.
Pokračovací kojenecká výživa.



Když se ve vaší rodině vyskytuje alergie



Dosud kojíte, takže víte, že vaše mléko je přirozeným ochráncem vašeho miminka. Jestliže nevíte, jaké pokračovací mléko zvolit v případě, že máte v rodině alergii, vyvinuli jsme nové mléko BEBA H.A. 2, které obsahuje:

- **IMMUNO-COMPLEX*** – podporující imunitní systém
- **Bifidus B_L** – bakterie mléčného kvašení
- **OPTIPRO H.A.TM** – hydrolyzovaná bílkovina s vysokou kvalitou

* Vitaminy A, C, D, železo a zinek – obsah ve shodě s legislativou

Na základě nejnovějších vědeckých poznatků je pro kojeneckou výživu klíčová kvalita a množství bílkoviny*, která podporuje optimální růst a vývoj dítěte. Proto jsme vyvinuli OPTIPROTM, nejlepší bílkovinu na našem trhu.

* Prof. Kolezik B. The role of protein for long-term healthy growth. NNI meeting, květen 2014

Důležité upozornění: Kojení je pro vaše miminko to nejlepší. Pokud již nechcete nebo nemůžete kojit, vyberte náhradní kojeneckou výživu po poradě s vaším pediatrem.



Tento výrobek doporučuje
Sdružení praktických
lékařů pro děti a dorost ČR.

www.kojeneckavyziva.cz

