

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX

PEDIATRIAE

květen 2016
číslo 5 • ročník 16



OSPDL ČLS JEP

téma čísla

Enurézy



- Usnesení regionálních konferencí
- Uprchlíci zblízka
- Enuréza rezistentní na léčbu
- Zkušenosti s novými pohledy na léčbu enuresis nocturna v dětském věku
- Vulvovaginitis a synechia vulvae v dětském věku
- Zbytečně pozdní diagnóza cystické fibrózy



Pracujeme pro zdravější svět™

NUTRICIA
BABY NUTRITION

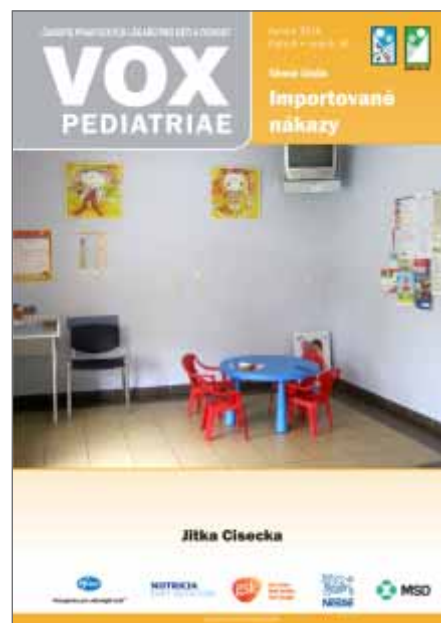


do more
feel better
live longer



*Priloge vključite ali zložite v SPC. CZ/CFR/0018/15

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Koalice soukromých lékařů	7
	Informace SPLDD	9
	Usnesení regionálních konferencí	11
	Pavla Hrdličková Uprchlíci zblízka	13
	Informace OSPDL ČLS JEP	16
	MUDr. Marcel Drlík, FEAPU Enuréza rezistentní na léčbu	17
	MUDr. Jiří Liška, CSc. Zkušenosti s novými pohledy na léčbu enuresis nocturna v dětském věku	20
	MUDr. Miroslav Havlín Vulvovaginitis a synechia vulvae v dětském věku	23
	MUDr. Alena Holčíková, Ph.D. Kazuistika: Zbytečně pozdní diagnóza cystické fibrózy	26
	X. kongres primární péče, Kulaté stoly	
	- Chyby a perspektivy moderní diagnostiky	28
	- Onkologická prevence začíná v dětském a dorostovém věku	
	Ze světa odborné literatury	34
	Aktuality	36
Řádková inzerce	37	
Autodidaktický test, Metabolický syndrom	38	
	Komunikační karty pro pacienty cizince a zdravotníky – angličtina	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

GSK
HERO
MSD
NESTLÉ
NUTRICIA

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX
PEDIATRIAE

www.detskylekar.cz

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

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

Odborná garance: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

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

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

Jazykové korektury: Bohumila Weilová
Grafické zpracování: Michal Semerák

Úřední hodiny SPLDD ČR

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

Sekretariát:
U Hranic 16, 100 00 Praha 10

telefon: 267 184 065
fax: 267 184 050

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

Foto na titulní straně: ordinace MUDr. Zdeňky Růžičkové

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 inzercí a vložených tiskovin.



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

když jsem dostala pro mě tak těžký úkol – napsat editorial do tohoto časopisu, procházela jsem předešlá čísla, která si pečlivě schraňuji jako zdroj medicínských informací. Tentokrát jsem se spíše soustředila na články o činnosti SPLDD, vzpomínala na jednotlivá období provázená téměř vždy boji s úřednickou mocí a arogancí, obdivovala jsem práci a jednací taktiku jednotlivých předsedů SPLDD a nostalgicky vzpomínala na klid a pohodu, kterou vždy vyzařoval i při složitých jednáních Pavel Neugebauer.

Za sebe musím říct, že mě na jedné straně trápí pasivita až netečnost řady našich členů, kolegů pediatriů, a na straně druhé obdivuji plné nasazení jiných, kteří ve svém volném čase už léta obětavě prosazují požadavky pro zajištění kvalitní péče o dětské pacienty. První skupinu s pochopením omlouvám, všichni jsme vyčerpaní výrazným a neodůvodněným navýšením administrativy tak, že nezbyvá energie na nic jiného, naproti tomu bych ráda vyzvedla a oprášíla povědomí o tom, čeho všeho bylo docíleno mravenčí a usilovnou prací skupiny druhé.

Nesmírně si vážím každého, komu není lhostejný osud našeho oboru, komu není lhostejné postavení PLDD v systému našeho zdravotnictví. Bez nadšenců, kteří jsou schopní a ochotní svůj názor obhajovat na různých úrovních vyjednávání, by náš obor asi těžko byl (aspoň doposud) na seznamu základních oborů a zástupci SPLDD by nefigurovali na pozvánkách stěžejních jednání.

Přes veškerá úskalí a trápení, kterými jsme prošli od sametu, stále se držíme v tabulce prestiže jednotlivých profesí spolu s učiteli na prvních místech.

Jen málokterá profese vyžaduje znalosti tolika jiných oborů jako současná medicína, současný PLDD musí mít znalosti právnícké, ekonomické, manažerské a další, přesto jako lékař zůstane především lékařem.

Praktičtí lékaři jsou pěšáci medicíny, vše u nich začíná, jsou vysoce specifickou skupinou mající zásadní význam, musejí mít rozsáhlé vědomosti jdoucí napříč medicínskými obory. PLDD je jediným lékařem, který dokáže poskytnout dítěti kvalitní a všestrannou péči, a to nejen z pohledu léčby nemocí, ale i v souvislosti s jeho vývojem, prostředím, rodinou, vzděláváním a místem ve společnosti. Pouze lékař, který je dostatečně teoreticky a prakticky vzdělaný v primární pediatrii, může pečovat o dítě v první linii kvalitně a s plnou zodpovědností.

Při sestavení tohoto článku se mi do rukou dostal článek pana kolegy MUDr. Kamila Slowika, který přesně popisuje dnešní stav lékařské profese v ČR. S dovolením autora cituji:

Jako lékař...

... nemůžu po šesti letech studia pracovat samostatně...

... nemůžu ani po dalších pěti letech postgraduálního vzdělávání pracovat sám na sebe...

... musím čekat, zda mi to dovolí pojišťovna...

... pakliže dovolí, nemůžu si určit cenu, za kterou svou práci ohodnotím... ohodnotí mne pojišťovna...

... když budu pracovat moc, tak mne pokutuje... já budu nespokojen...

... když budu pracovat málo, pacienti budou nespokojení... já budu nespokojen...

... když zůstanu v nemocnici, musím pracovat jako běžný občan 8 hodin denně ve všední dny, bohužel navíc i služby, včetně víkendů a svátků... každý měsíc je mi sebráno několik nocí a víkendů... zase jsem nespokojen...

... při své práci se potýkám s lidmi pod vlivem drog, alkoholu... s agresivními a arogantními lidmi... mávajícími svými právy a mými povinnostmi...

... de facto jsem podrázen svému pacientovi, nemám zastání v zákoně, oporu v legislativě; nemám právo... prakticky na nic...

... proč to dělám?

... protože mne ta práce stále ještě baví... protože mám radost, když někomu pomůžu...

... a proč naše zdravotnictví funguje?

... protože se najde ještě spousta dalších, jako jsem já... a na to managementy a úředníci, politici a jim podobní sázejí...

„Kamže to zase kráčí naše zdravotnictví?“ ptal se Pavel Neugebauer už v roce 2009. Co by asi říkal dnes?

Postupně se bourá dobře fungující, osvědčený a tradiční systém péče o pacienty (nyní je na řadě zrušení oboru PLDD) a nahrazuje se novým tak, abychom byli kompatibilní s Evropou.

Proč?

Evropa nás obdivuje, máme dokonalý systém péče o dítě – kurativa, prevence, očkování.

Postgraduální vzdělávání v oboru, samostatnost oboru, síť akreditovaných pracovišť, školitelů a rezidenčních míst, vše, co Evropa nemá. Stále trvá, že se máme čím pochlubit, že péče o děti snese i nejpřísnější kritéria ve srovnání i s tzv. vyspělým Západem. Budeme se ale moci chlubit i v dalších letech?

Je to paradox – v době, kdy v Evropě dochází ke sjednocení primární pediatrické péče, u nás se postupně rozpadá systém primární péče v pediatrii.

Jaký bude další vývoj existence PLDD v blízké i vzdálenější budoucnosti? Co jsme ochotni my PLDD (pro zachování oboru) konkrétně učinit?

Quo vadis, české zdravotnictví?

Za sebe bych si přála, aby nadšení pro náš obor a vnímání naší medicínské práce ne jako povolání, ale jako poslání zůstalo i dalším generacím našeho oboru (PLDD).

Nám všem s nástupem nejkrásnějšího období roku přeji mnoho radostí, dobrých nápadů, správných rozhodnutí, klidu a míru.

V úctě MUDr. Parvine Gricová



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

Během měsíce března se měli možnost členové SPLDD setkávat na regionálních konferencích Sdružení. Měli možnost se vyjadřovat nejen k proběhlým, ale také k probíhajícím událostem v SPLDD či OSPDL. Měli příležitost se vyjádřit ke spuštěné celostátní kampani ČLK „Zdravotnictví volá o pomoc“. Koalice soukromých lékařů vydala prohlášení k situaci ve zdravotnictví a k mediálním prohlášením ČLK a následně se sešli 12. 4. 2016 zástupci KSL s ministrem zdravotnictví.

Nadále se jednalo o zachování oboru PLDD. V měsíci březnu pokračovala cenová jednání pro rok 2017.

19. března se konala v Opavě regionální konference Severomoravského regionu SPLDD.

23. března se sešli zástupci SPLDD se zástupci Svazu zdravotních pojišťoven a VZP. Předmětem jednání byly zejména úhrady za LPS, koeficient navýšení pro ordinace v oblastech s opakovaným neúspěšným výběrovým řízením pro ordinace PLDD.

1.–2. dubna se konala v krásném prostředí kláštera v Českém Krumlově konference Jihočeského regionu SPLDD. Tentokrát dvoudenní akce s bohatým programem nabídla i dostatek prostoru k diskusi nad problematikou našich ordinací.

5. dubna se sešla na svém pravidelném jednání Koalice soukromých lékařů.

Přijala Prohlášení Koalice soukromých lékařů (KSL) k situaci ve zdravotnictví a k mediálním prohlášením České lékařské komory. V prohlášení zástupci KSL konstatují, že finanční problémy ve zdravotnictví se netýkají pouze lůžkových zařízení, ale dlouhodobě podhodnoceno je i poskytování péče v privátní sféře, a navrhuji řadu systémových řešení.

6. dubna proběhlo první kolo dohodovacího řízení o cenách pro segment PL, předložený návrh ze strany SPL a SPLDD, který obsahoval zejména navýšení kapitační platby, nebyl ze strany zdravotních pojišťoven akceptován. Nedošlo k dohodě.

7. dubna proběhla regionální konference Prahy a Středočeského regionu.

8. dubna se sešlo v kanceláři předsednictva SPLDD a výbor OSPDL. Předmětem jednání bylo připravované veřejné slyšení k petici v Poslanecké sněmovně. Předsednictvo také jednoznačně podpořilo prohlášení Koalice soukromých lékařů.

9. dubna se uskutečnila ve Vyškově společná konference tří regionů – Jihočeského regionu, regionu Vysočina a Zlínského regionu.

12. dubna v reakci na zaslání prohlášení KSL pozval ministr zdravotnictví zástupce Koalice soukromých lékařů na společné jednání.

Komunikační karty pro pacienty cizince a zdravotníky

Odbor zdravotních služeb ministerstva zdravotnictví připravil a dne 11. 4. 2016 zveřejnil na webu MZ dvojjazyčné komunikační patientské karty, které mají napomoci snazší komunikaci mezi českými zdravotníky a jejich zahraničními pacienty. Karty jsou k dispozici v devíti jazykových mutacích a jsou tematicky rozděleny do pěti oblastí (Dětské lékařství, Gynekologie a porodnictví, Ošetřovatelství, Vnitřní lékařství a Seznam obtíží + strava).

Každá karta obsahuje soubor otázek v českém jazyce, jejich překlad do cizího jazyka a také fonetický přepis výslovnosti v tomto jazyce.

Pro Vox jsme vybrali karty z oblasti dětské lékařství, které budeme postupně otiskovat ve středové příloze.

Ostatní oblasti jsou k dispozici na webu MZ ČR: http://www.mzcr.cz/dokumenty/komunikacni-karty-pro-pacienty-cizince-a-zdravotniky_11725_114_1.html



Nutrilon **AR** - pomáhá při opakovaném ublinkávání nekojených dětí

- s karubinem - pro zachování vysoké viskozity mléka*
- s nukleotidy - pro rychlejší regeneraci jícnové sliznice*

✓ **ÚČINKY
KLINICKY
PROKÁZÁNY***

Nutrilon **NUTRITON** - jediná varianta na trhu i **pro kojené děti.**



*) Wenzl TG, Schneider S, Scheele F, Silny J, Heimann G, Skopnik H. Effects of thickened feeding on gastroesophageal reflux in infants: a placebo-controlled crossover study using intraluminal impedance. Journal of Pediatrics 2003; 111:e355-e359.

Kojení je nejprůběžnějším způsobem výživy kojenců. Kojenecká výživa by měla být používána na doporučení lékaře. Potravina pro zvláštní výživu – dietní potravina pro zvláštní lékařské účely. Způsob použití a další informace najdete na obalech a webových stránkách www.nutriklub.cz. Infolinka: 800 110 000. Materiál pro odbornou veřejnost.



Koalice soukromých lékařů

■ Zápis z jednání Koalice soukromých lékařů 5. 4. 2016

Přítomni: dr. Chrz, dr. Dvořák, dr. Jojko, dr. Hülleová, dr. Kudyn, dr. Šmatlák, dr. Šonka, dr. Houba
Host: Mgr. et Mgr. Vojtěch

1. Informace o průběhu dohodovacího řízení a návrh dr. Kubka, prezidenta ČLK, neúčastnit se letošního DR

- Bylo zahájeno první kolo dohodovacího řízení se zástupci zdravotních pojišťoven o úhradách zdravotní péče na rok 2017. SSG ČR se se zdravotními pojišťovnami dohodlo, zástupci sdružení akceptovali návrh na navýšení úhrad o 2 % ve srovnání s rokem 2015. SAS ČR má od zdravotních pojišťoven příslib navýšení o 2,5 %. Ostatní zástupci Koalice půjdou na jednání s návrhy na taková procentní navýšení, že se dá předpokládat nedohoda. Nedořešeným problémem stále zůstává kompenzace zrušených regulačních poplatků.
- K výzvě dr. Kubka ignorovat letošní dohodovací řízení se žádá z organizací KSL nepripojí.

2. Kampaň ČLK

- Z důvodu rostoucího nedostatku praktických lékařů, zejména v odlehlých regionech ČR, vypsal MZ ČR dotační program, který poskytne zájemcům o práci v těchto oblastech finanční prostředky na zřízení nových lékařských praxí. Cílem programu je zajištění dostupnosti primární péče rovnoměrně na celém území ČR. Ministerstvo zdravotnictví nabízí na zajištění dostatečného personálního zabezpečení ordinace částku až do výše 250 000 Kč a na technické vybavení ordinace finanční dotaci ve stejné výši.
- Na základě opakovaných interpelací v Poslanecké sněmovně a tlaku Svazu měst a obcí ČR zvažuje MZ ČR rozšíření tohoto dotačního programu i na zubní lékaře.
- Na nedostatek lékařů a zdravotnických pracovníků upozorňuje současně kampaň ČLK „Zdravotnictví volá o pomoc“, která je však tendenčně zaměřena pouze na problémy lůžkových zařízení. Zástupci KSL

negativně hodnotili mediální vystupování prezidenta ČLK dr. Kubka na podporu dalších finančních dotací nemocnicím. Společně se shodli na textu Prohlášení Koalice soukromých lékařů k současné situaci ve zdravotnictví a mediálním prohlášením ČLK, adresovaného MZ ČR, PSP ČR, zdravotním pojišťovnám a médiím. V prohlášení konstatují, že finanční problémy ve zdravotnictví se netýkají pouze lůžkových zařízení, ale dlouhodobě podhodnoceno je i poskytování péče v privátní sféře, a navrhuji řadu systémových řešení (viz příloha Prohlášení Koalice soukromých lékařů).

3. Diskuse s Mgr. et Mgr. Adamem Vojtěchem

- Mgr. Adam Vojtěch, poradce ministra financí pro oblast zdravotnictví, shrnul ve své prezentaci zásadní problémy českého zdravotnictví a kroky k jejich nápravě:
 - rozdělení odvodů do zdravotního pojištění, které povede ke konkurenci mezi zdravotními pojišťovnami,
 - převedení části prostředků na sociální služby do zdravotního pojištění,
 - nastavení nových pravidel úhrad od zdravotních pojišťoven – kultivace současného regulačního a úhradového systému,
 - vytvoření podmínek pro rovný vztah mezi pacienty a lékaři,
 - stabilizace situace nemocnic a ambulantů, soutěžení o pacienty kvalitou a o kontrakty se zdravotními pojišťovnami cenou služeb,
 - posílení pravomocí a odpovědnosti pojišťoven,
 - stanovení smysluplné regulační role státu – nastavení pravidel a kontrola jejich dodržování, nikoliv přímé řízení,
 - motivace k odpovědnému chování lékařů i pacientů.
- Prezentace byla zaslána všem zástupcům Koalice soukromých lékařů.

4. Různé

- Dr. Chrz informoval o nabídce deníku Metro a týdeníku 5PLUS2 zveřejňovat v tematické měsíční příloze Zdraví články s obsahem podle potřeb jednotlivých členů KSL.

Termíny dalších jednání KSL
18:30, Apolenka, 3. 5. 2016
V Praze dne 13. 4. 2016
Zapsala: Mgr. Zina Sladkovská

■ Prohlášení Koalice soukromých lékařů (KSL)

Koalice soukromých lékařů
Slavojova 22, 128 00 Praha 2,
telefon: 234 709 631, fax: 234 709 616,
e-mail: sladkovska@dent.cz

V Praze dne 8. 4. 2016

Prohlášení Koalice soukromých lékařů (KSL) k situaci ve zdravotnictví a k mediálním prohlášením České lékařské komory

Organizace sdružené v Koalici soukromých lékařů shodně s ČLK konstatují, že práce lékaře je v České republice nedostatečně ohodnocena. Proto opakovaně doporučují navýšení ocenění práce lékaře prostřednictvím změn v Seznamu zdravotních výkonů, případně navýšením kapitační platby. Zásadně nesouhlasíme s tvrzeními, že problémy ve zdravotnictví se týkají především lůžkových zařízení. Opakovaně konstatujeme, že podíl veřejných prostředků, které v ČR směřují do lůžkových zařízení, kontinuálně stoupá ze 47,75 % v roce 2000 na 53,42 % v roce 2015. Tak velký objem ani tento trend nejsou v zemích EU ani mimo ni obvyklé. Za chybu považujeme, že nedošlo k dostatečné redukci a restrukturalizaci lůžkových zařízení. Tyto kroky by mohly výrazně pomoci vyřešit nedostatek lékařů a zdravotních sester v některých zařízeních. Tarifní tabulky ve zdravotnictví považujeme za relikty předlistopadové éry a doporučujeme je zrušit. Jejich zavádění do dalších zdravotnických zařízení považujeme za absurdní.

Pokud je personální situace v některých nemocnicích opravdu vážná, bylo by vhodné zrušit nemocniční ambulance kromě pohotovostních, příjmových a superspecializovaných. V naprosté většině regionů ČR by ambulantní zařízení byla schopna péči převzít. Ambulantní péče včetně péče primární je dlouhodobě podfinancována a její problémy neřešeny.



V rámci zachování kvality a dostupnosti péče důrazně žádáme všechny zainteresované, aby se věnovali zdravotnictví jako celku, ne pouze jedné jeho složce.

Žádáme rovněž o posílení role pacienta v systému zdravotnictví včetně spoluúčasti srovnatelné s průměrem zemí EU.

Zrušení minimální spoluúčasti – regulačních poplatků považujeme za vážnou chybu, ohrožující finanční stabilitu systému.

Zástupci Koalice soukromých lékařů považují za nevhodné současné mediální vystupování prezidenta ČLK MUDr. Kubka, neboť v občanech ČR vyvolává dojem, že vše by vyřešilo prosté navýšení platů nemocničních lékařů. To ale jistě není pravda. Stejně jako není pravda, že by se peníze ušetřily redukcí počtu zdravotních pojišťoven a omezením autonomie zdravotního pojištění s posílením pravomocí ministerstva zdravotnictví.

Za Koalici soukromých lékařů:

MUDr. Pavel Chrz, prezident České stomatologické komory, mluvčí Koalice

MUDr. Zorjan Jojko, předseda Sdružení ambulantních specialistů ČR

MUDr. Václav Šmatlák, předseda Sdružení praktických lékařů ČR

MUDr. Ilona Hülleová, předsedkyně Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

MUDr. Vladimír Dvořák, předseda Sdružení soukromých gynekologů ČR

Ministr Němeček i Koalice soukromých lékařů se shodují: Péče o pacienty ohrožena není

TISKOVÁ ZPRÁVA, 12. 4. 2016

Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček se dnes (12. 4.) sešel se zástupci Koalice soukromých lékařů ve složení MUDr. Pavel Chrz, prezident České stomatologické komory, MUDr. Zorjan Jojko, předseda Sdružení ambulantních specialistů ČR, MUDr. Václav Šmatlák, předseda Sdružení praktických lékařů ČR, MUDr. Milan Kudyn, člen výboru Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR, a MUDr. Vladimír Dvořák, předseda Sdružení soukromých gynekologů ČR.

„Velmi si vážím zpětné vazby ze strany ambulantního sektoru. Se zástupci Koalice soukromých lékařů jsme se shodli na tom, že péče o pacienty v naší zemi díky skvělé práci lékařů v ambulantním i nemocničním sektoru není ohrožena, naopak je zajištěna na velmi dobré úrovni. Zároveň jsme si ale vědomi problémů českého zdravotnictví

a potřebnosti dalších kroků k posílení finančních prostředků plynoucích do všech jeho sektorů,“ zhodnotil po jednání ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček.

„Za Koalici soukromých lékařů potvrzují, že péče o pacienty v ČR opravdu není ohrožena, jak je prezentováno. Nemůžeme ale souhlasit s požadavkem na navýšení finančních prostředků pouze do nemocničního sektoru,“ uvedl zástupce Koalice soukromých lékařů a prezident České stomatologické komory Pavel Chrz.

Prohlášení XXVI. výroční konference SPL ČR

Delegáti celorepublikové konference SPL ČR se zabývali současnou situací ve zdravotnictví a vyzývají politickou reprezentaci k urychlené a účinné podpoře primární péče.

Je zásadní chybou zjednodušovat problémy současného českého zdravotnictví na nedostatek nemocničních lékařů.

Primární péče, která je základem fungujícího systému zdravotní péče ve všech vyspělých zemích, nemá v České republice odpovídající postavení.

Odborný potenciál praktických lékařů v ČR není dobře využit. Brání tomu špatné rozdělení kompetencí, přetrvávající z dob socialistického zdravotnictví, které se dodnes udržuje díky nekonceptnímu řízení zdravotní péče v ČR.

Rozšíření kompetencí praktických lékařů a posílení jejich role ve zdravotním systému je jedinou cestou ke zvýšení efektivity systému zdravotní péče v ČR a je naprostou nutností v době relativního nedostatku finančních i personálních zdrojů.

Požadujeme urychlené odstranění všech preskripčních omezení léčiv a prostředků zdravotnické techniky. Ta nemají žádné odborné důvody, pouze prodražují zdravotní péči a snižují její dostupnost. Typickým příkladem jsou např. „moderní“ perorální antidiabetika, kde preskripční omezení diskriminuje pacienty, kteří se rozhodli léčit cukrovku u praktického lékaře.

Za opodstatněná považujeme pouze ta preskripční omezení, která se vztahují ke zdravotní indikaci, nikoliv k odbornosti předepisujícího lékaře.

Primární péče je dlouhodobě podfinancovaným a nedoceneným segmentem zdravotní péče. Navíc po zrušení regulačních poplatků v roce 2015 narostl počet vyšetření v ordinacích praktických lékařů o desítky procent. Tento negativní trend trvá i v roce 2016. Je

to práce navíc, která není ze strany pojišťoven nijak kompenzována, vše je v paušální kapitační platbě. Vzhledem k tomu, že kapitační platba u poloviny PL za posledních dlouhých osm let nebyla navýšena vůbec a u poloviny PL pouze o čtyři procenta, trvale klesá reálný příjem praktických lékařů za odvedenou práci. Proto SPL ČR požaduje v roce 2017 navýšení kapitační platby o deset procent. Vítáme proto slib ministra zdravotnictví z prosince 2015 směrem k primární péči včetně podpory kompetencí VPL a žádáme jeho naplnění. Je třeba přejít od slov k činům.

Upozorňujeme na to, že enormní nárůst administrativní činnosti doslova dusí všeobecné praktické lékaře a odvádí je od léčebné a preventivní péče. Proto odmítáme jakékoliv přenášení povinností státní správy na bedra praktických lékařů, zejména pak v oblasti lékařské posudkové služby.

Pokud má praktický lékař poskytovat kvalitně primární péči, nemůže zároveň suplovat činnost posudkového lékaře. Zajistit dostatečný počet erudovaných posudkových lékařů je úkolem státu.

V této souvislosti vítáme připravovanou novelu nařízení vlády č. 276/2015 Sb. ohledně posuzování následků pracovního úrazu, která má odstranit alespoň největší chyby. Plně se však ztotožňujeme s nálezem Ústavního soudu a žádáme úplné zrušení tohoto nařízení.

Trváme na tom, že skutečnou příčinou současné situace personálního nedostatku ve zdravotnictví je neochota či neschopnost politiků provést skutečné změny českého zdravotního systému. Ten svojí neomezenou bezplatnou nabídkou vede k nadbytečnému čerpání zdravotní péče, což systém extrémně prodražuje a zároveň zcela zbytečně a neúměrně zatěžuje lékaře i ostatní zdravotnický personál.

Bez přiměřené spoluúčasti pacientů, redukce a restrukturalizace akutních lůžkových zařízení, přesunu péče do ambulantního sektoru a posílení zařízení následné a dlouhodobé péče nelze fungující zdravotní systém udržet.

Vyzýváme politickou reprezentaci k odvaze problém si přiznat a začít jej řešit.

Je za pět minut dvanáct!

Pro VOX připravil:
MUDr. Ctirad Kozderka



Informace SPLDD

■ Reakce ministra financí na mediální aktivitu prezidenta ČLK

Vážený pan MUDr. Milan Kubek
Prezident ČLK
Lékařská 2/291 150 00 Praha 5

V Praze dne 6. dubna 2016
PID: MFCR6XEVKQ
Čj.: MF-12641/2016/9007-1

Vážený pane prezidente, dovoluji si obrátit se na Vás na základě Vašich dlouhodobých mediálních výstupů týkajících se stavu zdravotnictví a tlaku na navyšování finančních prostředků, které v posledních dnech vyvrcholily tím, že Česká lékařská komora plánuje spustit kampaň za zvýšení platů zdravotníků, kterou hodlá ovlivnit nadcházející podzimní volby do krajských samospráv. Takové jednání považuji za zcela nepřijatelné.

Podle ust. § 1 odst. 2 zák. č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, mají být všechny tyto komory nepolitickými organizacemi. Obávám se, že Česká lékařská komora pod Vaším vedením v tomto dlouhodobě selhává, a poslední mediální výstupy jsou toho jasným důkazem. Smysl a účel ČLK podle příslušného zákona rozhodně není primárně v tom, aby vyvíjela tlak na vládu či ministra financí ke zvyšování objemu finančních prostředků putujících do zdravotnictví. Tato role patří odborovým organizacím. Mám však obavu, že se dlouhodobě rozdíl mezi ČLK a odborovou organizací stírá, což považuji za chybné, a rovněž se domnívám, že vedení ČLK politizací komory ztrácí legitimitu u svých členů.

Pokud je podobná debata již v mediální rovině vedena, musím konstatovat, že nesouhlasím s názorem opakovaně Vámi prezentovaným, že jediným problémem českého zdravotnictví je nedostatek finančních prostředků. Nejsem ochoten akceptovat proklamace o katastrofálním podfinancování, za které je odpovědný stát či já osobně jakožto ministr financí. Je třeba dát na stůl jasná fakta. Platba za státní pojištěnce ve výši 63 miliard korun je nyní historicky na nejvyšší úrovni a v poměru k HDP či k celkovým výdajům státního rozpočtu dosahuje

jedné z nejvyšších hodnot od roku 1993. Pokud se podíváme na konkrétní čísla, tak celkově mezi roky 2013 a 2016 přijde do systému z titulu vyššího výběru pojistného a valorizace plateb za státní pojištěnce 33,1 miliardy korun. Výdaje na zdravotní služby se pak navýšily z téměř 223 miliard Kč v roce 2013 na plánovaných 252 miliard Kč v roce 2016. To je nárůst o 29,1 miliardy korun. Pokud zdravotnictví porovnáme s jinými resorty a podíváme se například na školství, bavíme se o nárůstu za stejné období o zhruba 4 miliardy korun. Nevypadá to tedy tak, že by do zdravotnictví šlo katastrofálně málo peněz, aspoň pokud jde o veřejné prostředky. Stále se přitom hovoří o tom, že do zdravotnictví jde 7,1 % HDP (podle údajů z roku 2013). Ovšem pokud se podíváme na objem veřejných prostředků, jsme v poměru k HDP blízko průměru OECD (ČR 6 %, průměr OECD 6,5 % HDP). V absolutních výdajích pak procentem veřejných výdajů průměr OECD výrazně překračujeme, když procento veřejných výdajů na celkových výdajích na zdravotnictví v ČR je 84 %, průměr OECD je přitom 72 %. Ostatně velká závislost českého zdravotnictví na veřejných výdajích je něco, na co opakovaně poukazuje nejen OECD, ale i Evropská komise. Ve své poslední zprávě o České republice, tzv. Country reportu za rok 2016, Evropská komise vidí nárůst výdajů na zdravotnictví jako ohrožení stability veřejných financí. Pokud nyní padají návrhy na navýšení plateb za státní pojištěnce o 10 miliard korun ročně, tedy opětovně razantní zvýšení podílu veřejných výdajů na zdravotnictví, jde takový návrh proti veškerým mezinárodním doporučením a vůbec nereflektuje ekonomickou realitu.

Systém českého zdravotnictví není katastrofálně podfinancován, jak tvrdíte, ale je třeba se ptát, jak je s penězi, které do zdravotnictví jdou, nakládáno. Stačí se podívat na známou Studii o korupci ve zdravotnictví z roku 2013, kterou zpracovala Evropská komise a která poukázala na masivní korupci v oblasti nákupů ve zdravotnictví. Na toto téma Evropská komise poukázala i ve své zprávě z roku 2015, ve které kritizuje oblast nákupů, respektive zadávání veřejných zakázek ve zdravotnictví a jejich nedostatečnou kontrolu a řízení. Obávám se, že situace se zásadně nezlepšila. Ministerstvo financí

opakovaně žádalo o to, aby došlo k vytvoření benchmarku hospodaření nemocnic, například pokud jde o nákupy zdravotnického materiálu, léků či outsourcovaných služeb. Nic takového se nenastalo. Chybí centrální katalog, který by obsahoval referenční přehled o skutečných nákupních cenách. Podle informací od některých dodavatelů v nemocnicích často neexistuje vazba mezi soutěženým materiálem a jeho skutečnou spotřebou. Do nemocnic je tak dodáván na základě různých vztahů mezi dodavateli a managementy nemocnic „napřímo“ jiný materiál, než který je vybrán v zadávacím řízení v rámci zákona o veřejných zakázkách, a to samozřejmě za vyšší ceny. Je to podle všeho letitě zažitý systém a nikomu to již nepříjde zvláštní. Je však velmi závažné, že ČLK či Vy osobně jste se nikdy veřejně nezasadili o to, aby bylo hospodaření nemocnic transparentní. Stejně tak jsem například nikdy nezaznamenal podporu návrhům na centrální, resp. sdružené nákupy ve zdravotnictví, které jsou jasným trendem v Evropě, ovšem v České republice spíše hledáme důvody, proč podobný systém nejde zavést. Je s podivem, že ČLK se stejně hlasitě a vehementně jako za navyšování státních prostředků nestaví za transparentní a efektivní hospodaření nemocnic, které by v konečném důsledku vedlo k tomu, že úspory půjdou na platy personálu a nikoliv dodavatelům zdravotnických prostředků či léčiv.

Nejde však pouze o nákupy. Evropská komise, OECD, ale i WHO poukazují opakovaně ve svých zprávách o České republice na nízkou nákladovou efektivitu a špatnou správu našeho zdravotnictví. Toto tedy není výmysl ministra financí. Pokud se podíváme opět na jasná data, zjistíme, že v České republice je šestý nejvyšší počet akutních lůžek, třetí nejvyšší počet kontaktů s lékařem a čtvrtý nejvyšší počet hospitalizací ze všech zemí OECD. Obecně je tak v České republice lůžková péče v porovnání s ostatními zeměmi využívána nadměrně i v případech, kdy by bylo možné řešit problém ambulantní cestou. Navíc podle všeho nefunguje dobře systém primární péče, kdy by praktičtí lékaři měli být tzv. lékaři prvního styku. To vše má bezesporu vliv na přetíženost personálu v nemocnicích a může to být rovněž jedním z důvodů neochoty pracovat ve zdravotnictví.



Pokud jde o otázku nedostatku personálu, je pravdou, že v některých nemocnicích určitě existuje nedostatek zdravotníků, ovšem tento problém nelze zplošťovat pouze na otázku odměňování. Nelze ani klást absolutní rovnítko mezi výší odměňování a odchodem personálu do zahraničí, neboť je známo, že například některé regionální nemocnice nabízejí svým lékařům nadstandardní platové podmínky, a přesto trpí nedostatkem personálu. Důvodů pro pracovní migraci je jistě více a pouhé navýšení platů a mezd, byť o 30 %, odchodu zdravotnického personálu jistě nezabrání. Ostatně migrace zdravotníků se týká i jiných zemí na západ od nás. Ministerstvo financí navíc prozatím neobdrželo žádnou hlubší analýzu, která by jasně definovala, které konkrétní nemocnice jsou skutečně přímo ohroženy kritickým nedostatkem zdravotníků, a zároveň tento nedostatek dala do souvislosti s výší odměňování.

Vážený pane prezidente, výše jsem nastínil pouze zlomek problémů, které má české zdravotnictví. Zdravotní péče je v České republice poskytována bezesporu na velmi vysoké úrovni, ovšem řízení a organizace celého systému vykazují řadu nedostatků, které vedou k plýtvání a způsobují to, že peníze, jejichž množství bude vždy omezené, nejsou vynakládány efektivně. Jsem připraven s Vámi a ČLK hovořit o konkrétních návrzích na zlepšení českého zdravotnictví, které ke zvýšení efektivity přispějí. Takovouto věcnou diskuzi podkládám za smysluplnější než plané mediální výstupy.

S pozdravem

Ing. Andrej BABIŠ

1. místopředseda vlády a ministr financí

Na vědomí:

MUDr. Martin Engel, předseda LOK-SCL
Lékařský odborový klub – Svaz českých lékařů
Drahobejlova 52 190 00 Praha 9

Nakládání se stížnostmi

Písemnou stížnost obdrží odbor kontroly z podatelny ministerstva a při jejím šetření následně postupuje ve smyslu zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, a interních předpisů. Pracovník odboru kontroly stížnost posoudí z obsahového hlediska, potvrdí pisateli obdržení stížnosti a informuje ho o dalším postupu.

V případě, že stížnost nesměřuje proti organizaci přímo řízené ministerstvem a netýká se postupu při poskytování zdravotních slu-

žeb nebo činností, které souvisejí se zdravotními službami, je stížnost bez zbytečného odkladu postoupena tomu orgánu, který je k jejímu vyřízení kompetentní (např. MPSV).

a) V případě, že stížnost směřuje proti postupu poskytovatele zdravotních služeb při poskytování zdravotních služeb nebo proti činnostem, které souvisejí se zdravotními službami, ministerstvo:

- 1) jestliže je mu známa adresa poskytovatele zdravotních služeb, postoupí stížnost tomuto poskytovateli,
- 2) jestliže mu není známa adresa poskytovatele, vrátí stížnost stěžovateli s poučením, že stížnost se podává poskytovateli zdravotních služeb, proti kterému směřuje. Zároveň stěžovatele poučí, že nebude-li souhlasit s vyřízením stížnosti poskytovatelem zdravotních služeb, může podat stížnost příslušnému správnímu orgánu, který tomuto poskytovateli udělil oprávnění k poskytování zdravotních služeb, s uvedením důvodů nesouhlasu s vyřízením stížnosti.

Poskytovatelem zdravotních služeb se rozumí fyzická nebo právnická osoba, která má oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Výsledky šetření nejsou Ministerstvem zdravotnictví vyžadovány.

Příslušným správním orgánem je **krajský úřad (v Praze Magistrát hl. m. Prahy)**, v jehož správním obvodu je zdravotnické zařízení, ve kterém jsou zdravotní služby poskytovány. Krajské úřady (v Praze Magistrát hl. m. Prahy) jsou příslušným správním orgánem i pro organizace přímo řízené Ministerstvem zdravotnictví – např. pro fakultní nemocnice, psychiatrické léčebny.

Ministerstvo zdravotnictví nešetří stížnosti týkající se postupu při poskytování zdravotních služeb nebo činností, které souvisejí se zdravotními službami, a nepřešetřuje stížnosti, které již byly vyřízeny krajským úřadem (Magistrátem hl. m. Prahy).

Ostatní stížnosti jsou prošetřeny ve lhůtě 60 dnů od doručení ministerstvu. Pouze v odůvodněných případech, uvedených v zákoně č. 500/2004 Sb., se lhůta prodlužuje. O důvodech prodloužení lhůty je stěžovatel vždy písemně informován odborným útvarům ministerstva.

b) Upozorňuje-li obsah stížnosti na **špatné hospodaření s finančními nebo hmotnými prostředky, podezření z korupčního jednání nebo na hospodářské přestupky či trestné činy**, které se týká organizací přímo řízených ministerstvem, je zahájeno v dané organizaci kontrolní šetření. S výsledkem šetření je seznámen stěžovatel.

c) V ostatních případech, jedná-li se o organizace v přímé řídicí působnosti ministerstva a nejedná se o stížnosti dle bodu a) a b), jsou stížnosti postoupeny statutárnímu orgánu organizace, proti které stížnosti směřují, pokud není předmětem stížností přímo tento orgán. Ministerstvo dohlíží nad způsobem a výsledky šetření v rozsahu své působnosti.

Opakovaná stížnost:

Pokud stěžovatel nesouhlasí se závěry kontrolního šetření a opakuje svoji stížnost vztahující se k bodu b) a c), dochází k jejímu přezkoumání.

Anonymní oznámení se neprošetřují. Pokud je jejich obsah závažný, tj. v případech stížností na hospodaření s majetkem státu nebo na podezření z korupčního jednání v přímo řízených organizacích, jsou podkladem pro kontrolní činnost. Nejedná-li se o přímo řízenou organizaci, je oznámení postoupeno příslušnému zřizovateli k dalšímu opatření.

Stížnosti učiněné telefonem: Stěžovatel je vyslechnut pracovníkem odboru kontroly, který posoudí, zda je Ministerstvo zdravotnictví kompetentní k vyřízení stížnosti. V případě, že je kompetentní, je stěžovateli doporučeno zaslání stížnosti v písemné podobě nebo v elektronické podobě podepsané zaručeným elektronickým podpisem nebo prostřednictvím datové schránky. Shledá-li pracovník kontroly, že Ministerstvo zdravotnictví není kompetentní k vyřízení stížnosti, je stěžovateli doporučeno obrátit se písemně přímo na orgán, který je k vyřízení stížnosti kompetentní.

Stížnosti učiněné e-mailem (bez zaručeného elektronického podpisu): Stěžovatel je vždy informován o obdržení stížnosti elektronickou formou a je vyzván k doplnění zaručeného elektronického podpisu, popřípadě k písemnému potvrzení stížnosti nebo k odeslání prostřednictvím datové schránky. Pokud tak stěžovatel neučiní, je se stížností nakládáno stejně jako se stížností písemnou anonymní.



Stížnosti podané faxem: Ministerstvo zdravotnictví takové stížnosti zaeviduje a nakládá s nimi stejně jako s písemně zaslanými.

Stížnosti podané při osobní návštěvě stěžovatele: Se stěžovatelem sepíše záznam pracovník recepce MZ. Stěžovatel je dotázán na jméno a poštovní adresu (nebo jiný kontaktní údaj zvolený pro způsob komunikace).

Jiný odborný útvar MZ, obdrží-li stížnost přímo od stěžovatele a obsah stížnosti koresponduje s jeho funkční náplní, je povinen ji poskytnout k zaevidování v centrální evidenci stížností. Odbor kontroly sleduje dodržování lhůt při prošetřování stížností evidovaných v centrální evidenci stížností. Jestliže stížnost obdrží jiný odborný útvar a její obsah nekoresponduje s jeho funkční náplní, je vždy postoupena odboru kontroly.

Seznam států s vyšším výskytem tuberkulózy podle údajů Světové zdravotnické organizace k 31. 3. 2016

V souvislosti s novelizací vyhlášky č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů, která nabyla účinnosti dne 1. 11. 2010, uveřejňuje Ministerstvo zdravotnictví seznam států s vyšším výskytem tuberkulózy podle údajů Světové zdravotnické organizace:

Státy s vyšším výskytem TBC

V Evropě: Bělorusko, Bosna a Hercegovina, Litva, Lotyšsko, Moldávie, Rumunsko, Rusko a Ukrajina.

V Asii: všechny asijské státy kromě Bahrajnu, Íránu, Izraele, Japonska, Jordánska, Kataru, Kuvajtu, Libanonu, Malediv, Ománu, Saúdské Arábie, Spojených arabských emirátů, Sýrie a Turecka.

V Africe: všechny africké státy kromě Egypta, Komor, Libye, Mauricia, Seychel a Tuniska.

V Americe: Bolívie, Brazílie, Dominikánská republika, Ekvádor, Guatemala, Guyana, Haiti, Honduras, Nikaragua, Panama, Paraguay, Peru a Salvador.

Austrálii a Oceánii: Fidži, Kiribati, Marshallovy ostrovy, Mikronésie, Nauru, Palau, Papua-Nová Guinea, Šalamounovy ostrovy, Tuvalu a Vanuatu.

Usnesení regionálních konferencí

■ Usnesení Regionální konference regionu Severní Morava a Slezsko ze dne 19. 3. 2016 v Opavě

Konference vyslechla zahájení konference a návrh programu.

Konference vyslechla přednášku MUDr. Veroniky Horákové Kontroverze v současné očkovací praxi.

Konference konstatovala, že není přítomna nadpoloviční většina členů SPLDD regionu SM a Slezsko, a proto ukončila své jednání pro neschopnost se usnášet.

Konference zvolila jako náhradní termín konání konference sobotu 19. 3. 2016 od 13:30.

V uvedenou dobu konference vyslechla opětovné zahájení a schválila původní program. Zvolila:

- mandátovou komisi ve složení: Ivana Vašíčková, Eliška Křivská, Ludmila Nováková
- návrhovou komisi ve složení: Aleš Polách, Pavla Tvrdoňová, Zuzana Andresová

Konference konstatovala, že je přítomno 41 členů a je usnášeníschopná.

Konference vyslechla informace MUDr. Evy Matouškové z výboru OSPDL ČLS JEP.

Konference vyslechla odbornou přednášku RNDr. Pavla Ježka, Ph.D., nazvanou Stavební kameny života – bílkoviny; přednášku MUDr. Aleše Kočára na téma Systémová enzymoterapie nejen v pediatrii.

Konference vyslechla:

- zprávu Michala Pukovce o činnosti regionu Severní Morava a Slezsko,
- zprávu Radmily Olšové o hospodaření regionu za rok 2015.

Konference souhlasí s hospodařením regionu v roce 2015 a **souhlasí a odhlasovala návrh rozpočtu regionu Severní Morava a Slezsko na rok 2016.**

Konference dále vyslechla zprávu kontrolní komise od Ivany Vašíčkové.

Konference bere na vědomí na základě přednesené zprávy, že nebyly zjištěny neshody v hospodaření.

Konference vyslechla:

- přednášku prim. MUDr. Jana Boženského MFGM – inovace v kojenecké výživě,
- přednášku Jarmily Zajíčkové Infanrix hexa – vakcína s rodokmenem,

- krátké prezentace fy Favea + Bella Bohemia.

Konference vyslechla vystoupení předsedkyně SPLDD ČR Ilony Hülleové:

- smlouvy se ZP a dodatky ZP,
- aktualizace seznamu výkonů,
- očkování a aktuální informace,
- zachování oboru PLDD,
- petiční akce.

Konference opět konstatuje, že základ zdravotní péče je v primární sféře.

Konference i nadále podporuje petiční akci k zachování oboru PLDD.

Konference diskutovala nad problémy generační výměny a doporučuje zvýšit počet akreditovaných ordinací a žádat MZ o přidělení rezidenčních míst.

Konference se seznámila s omluvným dopisem ředitele zdravotní péče RP VZP Ostrava Ing. Michala Vojáčka.

Konference diskutovala nad primární péčí s MUDr. Jiřím Havrlantem, náměstkem ředitele RBP pro zdravotnictví, který jako jediný přijal pozvání!

Konference konstatuje, že další pozvaní hosté Ing. Jiří Martínek, náměstek hejtmana



MSK pro zdravotnictví, a MUDr. Renata Knorová, zdravotní ředitelka ČPZP, se bez omluvy nedostavili!!

Konference rovněž konstatovala, že množství seminářů a kongresů je stále větší a kolegové již nenacházejí prostor pro účast na konferencích, i když to patří mezi základní členské povinnosti.

Konference bere na vědomí, že příští regionální konference se bude konat během března až dubna 2017, termín bude upřesněn. Místo konání bude Olomouc.

Konference schválila, že v roce 2017 bude konference jednodenní.

V Opavě, 19. března LP 2016

MUDr. Michal Pukovec

MUDr. Aleš Polách

■ Usnesení Jihočeské regionální konference SPLDD ČR, 2. 4. 2016, Český Krumlov

Konference zvolila

- mandátovou komisi: M. Bolková, J. Kouřa, D. Machoňová
- návrhovou komisi: L. Fialová, M. Rytíř, L. Řezníková

Konference vzala na vědomí

- zprávu o činnosti přednesenou regionální předsedkyní dr. Verdánovou
- zprávu o hospodaření přednesenou dr. Čištěckou
- zprávu revizní komise přednesenou dr. Hejnovou
- informace předsedkyně dr. Hülleové o činnosti Sdružení prakt. lékařů pro děti a dorost
- informace předsedkyně dr. Šebkové o činnosti Odborné společnosti prakt. dětských lékařů
- informace revizní lékařky ZPMV ČR, pobočky České Budějovice-Plzeň dr. Novotné

Konference schválila návrh rozpočtu na rok 2016.

Konference vyzývá

- Výbor SPLDD k prosazování omezení administrativní zátěže ordinací PLDD
- MZ ČR k upevnění a podpoře primární péče v systému českého zdravotnictví a zachování oboru PLDD
- zdravotní pojišťovny k zajištění dostupnosti péče ambulantních specialistů zajišťujících péči o děti a dorost

Konference upozorňuje

Zdravotní pojišťovny na opakovaná vyšetření pacientů v odborných ordinacích při dětských odd. nemocnic po jejich propuštění z hospitalizace. Tato vyšetření jsou přitom běžnou náplní práce ordinací PLDD a jejich úhrada je součástí kapitační platby.

Konference se účastnilo 35 PLDD, tj. 24,6 % ze 142 členů SPLDD jihočeského regionu.

Zapsal M. Rytíř

■ Usnesení společné konference regionů Zlínského, Vysočina a Jižní Morava, konané dne 9. 4. 2016 v Drnovicích u Vyškova

Konference se zúčastnilo 59 členů SPLDD, pro malý počet účastníků nebyla usnášeníschopná, a proto byla vyhlášena náhradní konference.

Hosté: MUDr. Ilona Hülleová, předsedkyně SPLDD, MUDr. Alena Šebková, předsedkyně OSPDL

Konference zvolila:

Mandátovou komisi ve složení: MUDr. Kalabusová, MUDr. Nentvich
Návrhovou komisi ve složení: MUDr. Dufka, MUDr. Bušek, MUDr. Beneš

Konference bere na vědomí:

Zprávu o činnosti regionů JM, ZL, VYS, přednesenou MUDr. Benešem
Zprávu kontrolní komise, přednesenou za všechny tři regiony MUDr. Kuklovou
Zprávy pokladníka o hospodaření jednotlivých regionů přednesenou MUDr. Poláčkovou.

Konference schválila:

Návrhy rozpočtů jednotlivých regionů na rok 2016.

MUDr. Hülleová a MUDr. Šebková seznámily konferenci se současnými žhavými problémy týkajícími se PLDD.

Konference doporučuje výkonnému výboru pokračovat v úsilí o zachování oboru PLDD
Konference doporučuje svým členům i nadále oslovovat politické představitele jednotlivých regionů, dle možností i místní média, a případně hledat další způsoby podpory zachování oboru PLDD.

Konference konstatuje, že primární péče je dlouhodobě podfinancována a její problémy nejsou řešeny. Na druhé straně podíl veřejných prostředků, které směřují do lůžkových zařízení, kontinuálně stoupá, což je v roz-

poru s trendem obvyklým v zemích EU. Ve vyspělých zemích naopak převládá podpora primární péče. Tento model se ukazuje jako vysoce efektivní.

Konference požaduje umístit na web požadavky na provoz ordinace.

■ Usnesení společné konference SPLDD ČR Libereckého a Ústeckého kraje, konané dne 16. 4. 2016 v Ústí nad Labem

Konference zvolila:

Mandátovou komisi ve složení: MUDr. Látalová, MUDr. Johnová, MUDr. Svobodová
Návrhovou komisi ve složení: MUDr. Hromádková, MUDr. Lešanovská, MUDr. Michalík

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 2016

Konference přijala:

- zprávu krajského zástupce kontrolní komise SVČ regionu za uplynulé období MUDr. Michalíkem

Konference dále vzala na vědomí: vystoupení hostů, odborné přednášky
Konference podporuje výkonný výbor SPLDD a OSPDL v úsilí o zachování samostatného základního oboru PLDD

Konference nesouhlasí s kroky prezidenta ČLK MUDr. Kubka, ve kterých upřednostňuje zájmy nemocnic a lékařů v nich pracujících před ambulantní sférou.

Konference vyzývá: členy SPLDD k větší účasti a aktivitě na akcích Sdružení a OSPDL.

V Ústí nad Labem dne 16. 4. 2016

MUDr. Hromádková, MUDr. Lešanovská, MUDr. Michalík



Uprchlíci zblízka

Pavla Hrdličková

praktická lékařka, Praha 5

Původně jsem chtěla napsat článek o nemocech uprchlíků. O jejich úrazech, o tom, že jim cestou docházejí dlouhodobě užívané léky, přijdou o zavazadlo s inzulinem, jsou prochladlí a dehydratováni. Když se však nořím do svých vzpomínek, zapomínám na nemoci a místo nich se přede mnou vynořují silné lidské příběhy.

■ **Primum non nocere, secundum non divide**

Hluboko po půlnoci přinesl kolega, dobrovolník, do zdravotnického stanu tříletého promrzlého chlapce zabaleného v dece. Prý má průjem, zvracel. „Od rána nevzal nic do úst, nenapil se ani doušek. Jindy živý upovídaný chlapec nepromluvil za celý den ani slovo!“ vyprávěl jeho otec.

Tou dobou bylo ve stanu maďarské Charity volněji, tak jsem se ho ujala společně s německou kolegyní – gynekoložkou pracující ve stuttgartské porodnici. Chlapec byl naprosto klidný, jen jeho oči vypovídaly o utrpení posledních dní. Možná celých tří let, která prožil v Sýrii. Rozhodly jsme se netraumatizovat chlapce ani jeho rodinu odesláním k infuzní léčbě do nemocnice. A tak jsme dítě střídavě chovaly. Hřály ho vlastním tělem a napájely nechutnou směsí rehydratačního roztoku a Smecty. Čeští dobrovolníci odkudsi vykouzlili stan, takže rodina s dalšími dětmi mohla přespat v klidu a nenocovat v blátě na poli. Ráno jsem se na chlapce byla podívat. Pil čaj z kojenecké láhve a na tváři se mu mihlo něco jako úsměv.

Nevyjádřený stres stál jako němý průvodce u většiny případů, s nimiž jsem se setkala. „Nemůžete mi pomoci, má nemoc se jmenuje homesick,“ řekl mi jeden mladý Afghánec. Jenže on to není jen stesk po domově. Je to ztracená minulost – země, majetek, zaměstnání, přátelé, rodina. Je to přítomnost bez identity, kdy se stal jedním z tisíců bezejmenných migrantů vláčených vlnami neklidných moří, prachem a blátem Balkánu, vydíraných převaděči a odmítaných vládami. Je to i jeho budoucnost, jedna velká propast nejistoty.

O dva týdny později jsem si šla v táboře poblíž Tovarníku ověřit, že se irácký muž, který cestoval sám se třemi malými dětmi, opravdu vrátil z nemocnice ve Vinkovci. Poslala jsem ho tam s krutými bolestmi při renální kolice. Injekce spasmolytika nepomohla, tak mi nezbylo než ho předat míst-

nímu Červenému kříži. Sanitka ho odvezla tak náhle, že si nestihl vzít boty ani mobil. Naštěstí jsem si poznamenala jeho jméno a za pomoci chorvatských dobrovolníků za něj na dálku orodovala.

Když se v noci konečně vrátil mezi uprchlíky, děkoval a ujišťoval mě, že po infuzi je mu lépe. Otevřel stan a pyšně posvítil na klidně oddechující děti vyčerpané pláčem a strachem o otce.

Musela jsem trochu přehodnotit zásady evropské medicíny. Prvotní je pokud možno nerozdělit rodinu, protože strach, který při tom uprchlíci prožívají, je pro ně často horší než fyzická bolest.

■ **Lékařkou na poli i ve stanu**

Mé lékařské putování po improvizovaných uprchlických táborech začalo v polovině září v maďarském Roszke. Přítel, který byl na místě, mi do telefonu velmi emotivně líčil situaci uprchlíků. „A je tam nějaká lékařská pomoc?“ ptala jsem se. Když jsem se dozvěděla, že nedostatečná, vnutila jsem se do dalšího auta dobrovolníků a o víkendu už stála mezi uprchlíky kilometr od hranice, kde zrovna začínali stavět žiletkový plot. Naštěstí se tam také stavěl stan maďarské Charity s mezinárodním týmem. Nabídla jsem své služby a byla přijata.

Šestnáctiletá dívka cestovala se svým jen o dva roky starším bratrem. Bolelo ji břicho. Když jsem ji vyšetřila, diagnóza akutní apendicitis na mě vyskočila jak z učebnice. Naštěstí ve vedlejšímu stanu ordinoval maďarský chirurg vládnoucí kromě skalpelu i plynou arabštinou. Vysvětlil dívce, že musí být převezena do nemocnice. Zkroutila se ještě více než předtím a po krátké poradě s bratrem jednoznačně tuto možnost odmítla. Během putování se dali dohromady s dalšími rodinami a nechtěli za žádnou cenu o toto společenství přijít. Nic nepomohlo naše přemlouvání.

Když jsme dívku propouštěli, hleděli jsme na sebe s kolegou dost rozpačitě. Trochu

alibisticky jsme doufali, že v tomto případě hraje významnou roli stres a její zánět není tak akutní, jak se zdá.

Když byla novodobá železná opona uzavřena, přesunul se proud běženců o 180 km jižněji na srbsko-chorvatskou hranici. Přicházeli ve skupinkách přes pole ze Srbska, kde byli vysazeni z autobusů. Před městečkem Tovarnik je zastavila chorvatská policie. Den, dva, někdy i více čekali na odvoz dále přes Chorvatsko, takže se začali hromadit. V době našeho příjezdu tam nebylo žádné zázemí. Zprvu jsem byla, kromě ambulance chorvatského Červeného kříže, jediná doktorka putující s kufříkem mezi rodinami i skupinami samostatně cestujících mužů.

Další den už se začal formovat malý tým kolem dodávky mladého německého páru. Natáhla se plachta, aby vznikl zastíněný prostor, a uprchlíci sami začali přicházet k ošetření.

Třetí den se objevili Lékaři bez hranic a také slovenská humanitární organizace Magna. Měli komfortní stan, vybavení, sestru, ale jejich doktoři se nemohli tak rychle uvolnit ze zaměstnání. Vytvořili jsme tedy československý tým. Spolupráce to byla výborná, a nejnem proto, že jsem mohla mluvit česky.

Ale i u Tovarníku byla hranice zavřena a uprchlíci i dobrovolníci se přesunuli na zapomenutý hraniční přechod Berkasovo-Bapske. Tady uprostřed polí a vinic na větším kopci proudilo po šest týdnů dva až sedm a půl tisíce migrantů denně.

Zázemí nebylo, tak jsem zase vzala kufřík. V těchto doslova polních podmínkách jsem si připadala taky trochu jako běžec.

■ **S novorozencem na útěku**

Strava uprchlíků je nevhodná, často nedostatečná. Na místech, kde jsem působila, bylo teplé jídlo naprostou výjimkou. Vzhledem k přísným hygienickým předpisům, kterým v poli nelze vyhovět, dostávali lidé na útěku nejčastěji ovoce, sušenky, případně krabičku olejovek a bílý chléb.



Cesta do Evropské unie



Čeští dobrovolníci rozdělují uprchlíky do skupin

Dyspepsie, zvracení a průjmy tak nebyly jen důsledkem nedostatečné hygieny a infekce, ale i nezvyklé stravy a stresu. Navíc ženy a děti byly často dehydratované.

Ženy během cesty skoro vůbec nepijí. Bojí se, že jim nezastaví autobus, až budou potřebovat na toaletu, stydí se zeptat, kde je WC, nebo jít za keř. A tak kojící ženy ztrácejí mléko a těhotné omdlévají. Problém většinou není v závažnosti jejich nemocí, ale v léčbě. Třeba kojenci mají často obtíže spojené s prořezáváním zubů nebo záněty horních cest dýchacích. Doma dáváme rady typu udržovat přiměřenou teplotu v místnosti, zvlhčovat vzduch, poskytovat dostatek tekutin, odsávat hleny, při teplotě sirup atp. Co však řící rodině, která stojí s nemocným miminem v náručí a dalšími třemi dětmi venku nebo v lepším případě v průchozím stanu. K tomu je noc a studený vítr a nikdo netuší, kolik dalších hodin tam ještě budou čekat.

Lidé, se kterými jsem měla možnost se bavit, byli většinou vysokoškolsky vzdělaní. Šestadvacetiletá učitelka angličtiny šla tři dny se zlomeným palcem. Zafixovala jsem jí ho náplastí a nabídla analgetika. S úlevou je přijala. Ještě jsem se chtěla ujistit, že není těhotná. „Já jsem panna!“ odpověděla hrdě. Malý chlapec měl ekzém bérků. Když jsem jeho otci dávala mastičku a ukazovala její použití, zeptal se, jestli je to mikrobiální ekzém. „Myslím, že ano,“ odpověděla jsem. Pak jsem překvapeně zvedla hlavu. „Vy jste lékař?“ „Ne, veterinář!“

Na blátivém svahu seděla matka s třítydenní dcerou v náručí. Dítě mělo naštěstí jen rýmu. „Jak dlouho cestujete?“ ptala jsem se jí. „Patnáct dní!“ „A proč jste nepočkali alespoň pár týdnů po porodu?“ zajímalo mě. Vyšlo najevo, že paní je ze Sýrie a její manžel už byl dvakrát ve vězení. Seděl o kousek dál

a udělal gesto spoutaných rukou. „Pro nic,“ opakoval, „pro nic!“

Porod nešel dobře, takže holčička přišla na svět císařským řezem. Šest dní po operaci se vydali na cestu do Evropy. Riziko, že novopečený otec bude znovu uvězněn a propuštění z dalšího vězení se nedeje, bylo příliš velké. „Kdyby se poměry v Sýrii změnily a vy byste měli možnost se vrátit?“ Paní mě ani nenechala dokončit otázku! „Hned, hned bychom se vrátili! Vy netušíte, jak je Sýrie krásná!“ Pak se rozplakala.

■ Dobrovolníci

Všechno, co jsem v rámci uprchlické krize podnikala, byla dobrovolná práce. Dobrovolníci jsou nezávislí, řídí se jen vlastním svědomím, nechají se vést autoritami, které sami přijmou. Nejsou sešňorováni omezujícími pravidly, takže bývají na místě první. Pracují na vlastní riziko. Odměnou jim je společenství podobně smýšlejících, pocit smysluplné pomoci a vděk těch, kterým pomáhají. Dobrovolnictví má svá omezení. Je to rychlá pomoc v době, kdy na místě ještě nejsou humanitární nebo vládní organizace. Případně když je katastrofa tak rozsáhlá, že ji nezvládají. Ale nemohou nahrazovat jejich práci trvale.

Na srbských, chorvatských, maďarských a slovinských hranicích čeští dobrovolníci, podle nápisu na reflexních vestách médii nazývaní Czech team, pomáhali při rozdělování humanitární pomoci z českých sbírek, úklidu, a hlavně při aktivní komunikaci s uprchlíky. Zejména v Bapske byli jediní, kdo s uprchlíky bděli celou noc a pomáhali s řazením do autobusů tak, aby zabránili tlačení a zachovali rodiny pohromadě.

Netrávila jsem své prodloužené víkendy mezi uprchlíky jen z humanitárních důvodů, ale i jako podpora dobrovolníků, kteří byli většinou o generaci mladší než já.

V jejich těžké práci jim pomáhalo vědomí, že když někdo dostane epileptický záchvat, infarkt, omdlí nebo začne rodit, je tam doktor, kterého mohou zavolat.

V těchto situacích jsem ocenila obor praktické lékařství a začala si ho vážit ještě víc než dřív.

Máme výhodu v základní orientaci ve farmakoterapii bez ohledu na to, jak se léky v různých zemích jmenují, schopnost vnímat pacienta jako celek a všeobecný medicínský instinkt.

Často bylo potřeba rozhodnout, kdy jde o vážný stav, kdy třeba o dramaticky vypadající somatizovanou úzkost nebo i o touhu zkrátit mnohahodinové čekání. Netvrdím, že bych si se vším poradila. Někdy jsem se modlila, aby nezačal komplikovaný porod, nestal se těžký úraz, náhlá zástava srdce a podobně. Mé prosby byly vyslyšeny.

Bohužel v době, kdy bylo v Bapske dobrovolníků málo, vznikl mezi uprchlíky chaos a tlačence a několik lidí bylo zraněno. Ze zdravotníků tam kromě lékařů bez hranic byl jen jeden statečný český medik.

Mimina byla chráněna v náručí, dospělí něco vydrží, a tak nejohroženější skupinou byly malé děti stojící na vlastních nohou. U nich došlo i k poranění krční páteře a podezření na zlomeninu báze lebny.

■ Mohamed a jablko

Jedno odpoledne mě všímavá slovenská dobrovolnice upozornila, že naproti ošetřovně jedné humanitární organizace sedí opuštěný starší muž a zcela evidentně mu není dobře.



Tato holčička se rozhodla nejít do Evropy s rodiči, ale se mnou



Nechtěla jsem srbské kolegy provokovat, už tak se snažili působení českého týmu omezit nebo nás dokonce vykázat. Vyměnila jsem si s dobrovolnicí vestu, protože na té mé bylo napsáno „doktorka“, a bez lékařského kufříku jsem se šla na pacienta podívat.

V prachu cesty seděl na objemném zavazadle muž mezi padesátkou a šedesátkou. Byl brunátný a sotva popadal dech. Představila jsem se mu a zeptala se, zda potřebuje pomoc. Řekl, že má tlak na prsou. Sedla jsem si na zem vedle něho.

Mohamed byl vdovec z Bagdádu, cestoval se synem a jeho rodinou. Ta však byla naložena do jiného autobusu. Když z něj vystoupil, musel jít necelé dva kilometry do kopce a tady kus před hranicí se mu udělalo špatně. Obrátil se na lékaře v ošetřovně, ten mu změřil tlak a dal tabletku na jeho snížení. Puls měl přes stovku.

Čekala jsem, co se bude dít dál. Po chvíli ukázal Mohamed na jablko, které se válelo před ošetřovnou. Bylo krásné, žluté, nektunuté a mezi odpadky, kterých tu bylo dost, si ho nikdo nevšímal. „Bůh nám nedává jablka, abychom je zahazovali. To není dobré!“ zakroutil hlavou.

Ani jsem se nezarazila, že neříká Alláh, ale Bůh. Vstala jsem a jablko mu podala. S úsměvem mi ho daroval. Jeho dech se zklidnil, ale stenokardie nepolevovala.

Oslovila jsem kolemjdoucího pracovníka organizace pro uprchlíky UNHCR, zda by mohl sehnat invalidní vozík a zařídit, aby někdo u pacienta počkal. Pak jsem si došla pro kufřík první pomoci. V okamžiku, kdy jsem ho otevřela, objevil se srbský komisař a varoval mě, že jestli cokoli pacientovi podám, zapíše mě do protokolu, abych nesla zodpovědnost za jeho případnou smrt. Změřila jsem tlak, byl 240/120 mm Hg.

Další události se vyvíjely příznivě, přestože komisař stál nad námi jako dráb a lékař z ošetřovny vzdálené pět metrů nevystřčil nos. Pracovníci UNHCR zajistili přednostní převezení pacienta přes hranice a předání lékařům na chorvatské straně. Před hranicí jsem Mohamedovi s jeho souhlasem dala téměř obřadně do úst Anopyrin. Poděkoval mi a popřál pevné zdraví a trvalé štěstí mně i celé mé rodině. V ruce mi zůstalo žluté jablko a v mobilu společná fotka.

Nevýhodou této práce je, že se nikdy nedozvíte, jak to dopadlo. Na vyměňování telefonních čísel a e-mailových adres není čas.

■ Uprchlíci nejsou teroristé

Koncem října už bylo v Bapske dobrovolníků kolem sto dvaceti. Vytvořil se český lékařský tým, takže jsme se mohli ve službě střídat. Také jsme měli stan s improvizovaným vybavením a slušně zásobenou lékárnu. V závažných případech jsme se obraceli na Lékaře bez hranic, protože ti měli možnost zajistit převoz do nemocnice. Těhotná v počínajícím sedmém měsíci s tuhnoucím břichem bez pohybů plodu, dvanáctiletý kluk po operaci bérce, s bérce fixovaným v plastovém castu. Noha byla po dlouhém pochodu o berlích oteklá až hrůza, pod castem počínající nekróza kůže.

S Lékaři bez hranic se spolupracovalo dobře, ale měli jen jednoho doktora na tisíce potřebných. Většinou jsme se snažili nemocné dostat přednostně na chorvatskou stranu do autobusu směřujícího do nedalekého tábora Opatovac. V tu chvíli se projevila nevýhoda naší v podstatě ilegální dobrovolnické práce. V okamžiku, kdy jsem tahala z davu omdlévající dívku a policista mě odstrčil se slovy: „Kto ty!“, jsem si řekla, že budu-li

ještě v budoucnu pomáhat, chci mít na krku cedulku s oficiální lékařskou akreditací. Po návratu jsem na tom začala pracovat.

Ukázalo se, že to není tak jednoduché. Srbský Červený kříž nepožádal o mezinárodní pomoc, takže zahraniční humanitární organizace, snad kromě Lékařů bez hranic, tam nemohou působit. Navíc je nezbytné řídit se mezinárodními úmluvami. Například každý lék, který máte v lékárně, musí být na seznamu schválených léků té které země. Dodržení všech předpisů často zpomaluje, ne-li brání účinné lékařské pomoci.

Po návratu mi někteří lidé říkají, že je hezké, že pomáhám, ale... Těch „ale“ je mnoho – od toho, že mohu chytout nějakou infekci, až po obavu, že nás uprchlíci jednou všechny postřílejí. Je možné, že se mezi lidmi utíkajícími před válkou a bídou mohou schovávat teroristé, ale uprchlíci nejsou teroristé! Brutální vraždění fanatických islamistů jen zhoršuje jejich už tak obtížnou situaci. I já bych si samozřejmě přála, aby ta nekončící řeka uprchlíků zastavila svůj tok a oni mohli zůstat tam, kam patří. Podle mě není nebezpečím jejich islámská víra, ale jejich přehnaná víra v Evropu, která, i kdyby měla tu nejlepší vůli, nebude schopna naplnit jejich očekávání. Nespokojenost běženců a zhoršující se sociální i materiální podmínky Evropanů, kterým se tak jako tak nevyhne extrémní radikalismus všeho druhu.

Ale to nic nemění na tom, že teď jsou to lidé v nouzi a lékařské a lidské svědomí spolu s vědomím sounáležitosti všeho živého mě nabádá alespoň na chvíli opustit ordinaci a pomáhat.

Převzato z Bulletinu SPL ČR



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Alena Šebková

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

15. 3. se konala další „přivládní“ komise pro řešení situace osob s PAS – v této souvislosti v rámci připomínkového řízení k novele vyhlášky č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách, bude v rámci 18měs. prohlídky prováděno vyšetření pro časný záchyt PAS. Navrženo finanční plnění prostřednictvím edukačního kódu ve spolupráci se SPLDD. Dr. Šebková ve spolupráci s dětskou psychiatrií MUDr. Schmidtovou vypracovaly podkladový materiál, dotazník, který bude k tomuto účelu využíván. Definitivně bude distribuován pro schválení výborem Sekce dětské a dorostové psychiatrie.

17. 3. – dr. Šebková a dr. Hülleová navštívily předsedu ČLS JEP prof. Svačinu – rozhovor se týkal novely zákona o vzdělávání, se kterým není spokojena velká část lékařů, stále se diskutuje o jeho podobě, ale evidentně opět bez nás. Předsedovi ČLS JEP znovu zopakovány odborné argumenty pro zachování oboru PLDD.

18. 3. – dr. Šebková – krátká schůzka s Mgr. Šimečkovou Laurenčíkovou, předsedkyní Vládního výboru pro práva dětí. Paní předsedkyně byla seznámena s problémem našeho oboru, následně pozvala dr. Šebkovou na jednání výboru. Toto se konalo 18. dubna. Na jednání byl zván i zástupce MZ, ministerstvo ovšem odmítlo zástupce vyslat. Dr. Šebková seznámila přítomné s problematikou, následovat budou dotazy výboru na MZ. Dr. Šebková byla přítomna celému jednání, které se týkalo problematiky, jež se určitým způsobem týká i naší práce – otázka rodinného práva, opatrovnických soudů, dětského ombudsmana. Vystávají témata ke spolupráci s touto institucí.

23. 3. – schůzka dr. Šebková, dr. Hülleová, dr. Dvořáková, Mgr. Kolesová – vydefinován program na podzimní 2. mezioborový kongres PLDD v Olomouci.

Výbor OSPDL 17. 3. 2016 – vybrané informace

- S přítomnými regionálními zástupci řešena problematika páteřních témat. Vyhlašována budou nadále centrálně, většinou oslovujeme předsedy odborných společností, se kterými se domlouvají přednášející. Regionální aktivita není vyloučena.
- Výbor vzal na vědomí finanční zprávu OSPDL za rok 2014. Regionální zástupci byly vyzváni, aby se snažili o pozitivní bilanci páteřních seminářů k zajištění příjmu do ČLS. Diskutována otázka možnosti zvýšení členských příspěvků. Zatím nedořešeno.
- Dále pokračují práce na tvorbě nových kódů. Ve finále otoskopie, dotazník PAS. „Ve frontě čekají“: obezita, rizikové chování, NutriCHEQ, novorozenci.
- MUDr. Tomanová vypracovala teoretický základ pro pilotní projekt VZP Atopická dermatitida v ordinaci PLDD. Doporučení bude ještě dopracováno a vyvěšeno na webu OSPDL.
- Přes odmítnutí spolupráce ze strany ČLS JEP mezioborová pracovní skupina pokračuje v práci na doporučeném postupu pro profylaktické podávání vitamínu D.

- Probíhají vzdělávací semináře, v letošním roce velký úspěch Pediatrické akademie – očkování, PM vývoj kojence – prakticky všechny akce měly stopstav na přihlášky. Poněkud lokálně vážnou workshopy NutriCHEQ, doporučuji zvýšit účast – edukace s přímým použitím v praxi, která ve finále šetří čas a zvyšuje erudici v oblasti batolecí výživy.

- Očkování – bohužel byla odložena novela vyhlášky č. 537/2006 Sb., tudíž zatím postup dle vyhlášky platné, stejně tak jako vyhláška leží na legislativním odboru MZ návrh „fondu odškodnění“. Není dořešeno očkování silně nedonošených dětí, plánovaná schůzka na půdě ČLS nebyla dosud svolána.

Anotace voleb do OSPDL

- Na podzim letošního roku se budou konat volby do výboru a revizní komise OSPDL ČLS JEP. Volby budou pořádány, stejně jako v minulých letech, formou korespondenční.
- V zářijovém čísle časopisu VOX budou představeni kandidáti. Kandidáty z regionů prosíme o zaslání velmi stručného profesního životopisu a fotografie k uveřejnění.
- Po dohodě se současnými členy budeme volit pětičlenný výbor a tříčlennou revizní komisi.

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

ČLS JEP si vás dovoluji pozvat na odborné semináře v roce 2016.

Semináře se konají vždy první čtvrtek v měsíci v Lékařském domě, Sokolská 31, Praha 2, stanice metra „C“ I. P. Pavlova, od 16:30 hodin. Vzdělávací akce jsou pořádány dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK a jsou ohodnoceny 2 kredity.

Odborný garant: MUDr. Natália Sztányi, MUDr. Bohuslav Procházka

2. 6. 2016

Nové pohledy na léčbu atopické dermatitidy

MUDr. Pavel Konrád

Kožní ambulance Praha



OSPDL ČLS JEP



Enuréza rezistentní na léčbu

MUDr. Marcel Drlík, FEAPU

Odd. dětské urologie, Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha, TH klinika s.r.o., Praha

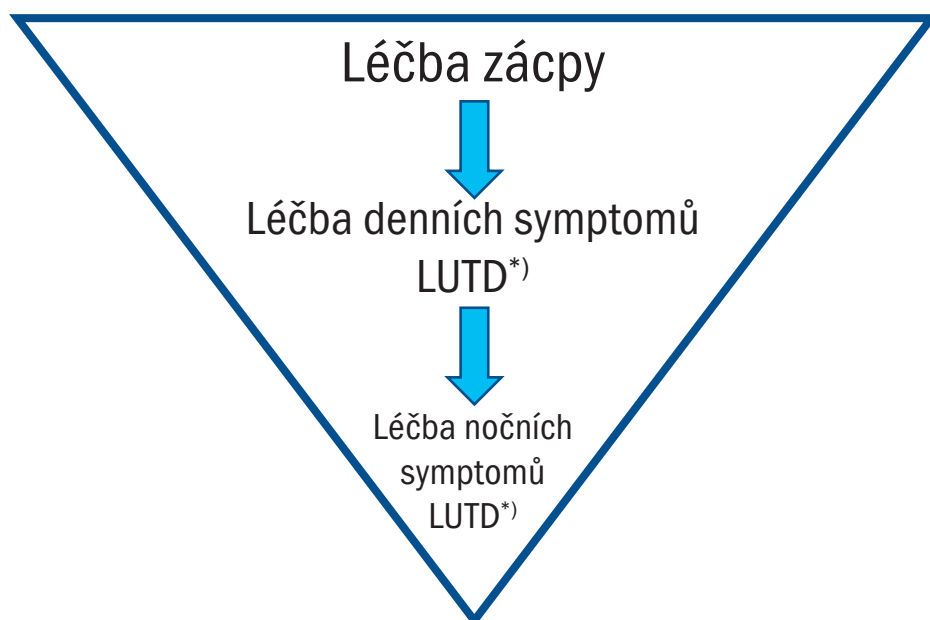
Monosymptomatická noční enuréza (MNE) je definována dle ICCS (International Children's Continence Society) jako únik moči ve spánku u dětí starších 5 let při chybění denních symptomů dysfunkce dolních močových cest. Postihuje cca 15 % dětí ve věku 5 let, a ačkoli vykazuje tendenci ke spontánnímu ústupu, u části pacientů přetrvává do adolescence a dospělosti (2,2 % dospělých mužů a 1,7 % dospělých žen). Na dlouhotrvající enurézu není možné pohlížet jen jako na benigní onemocnění snižující kvalitu života. Dopady na psychiku a exekutivní funkce pacienta mohou být závažné. Enuréza je spojena s poruchami architektury spánku, poklesem denní neurokognitivní výkonnosti, při delším trvání pak také s vyšším výskytem depresí, problémy ve škole a v zaměstnání. Proto je nezbytné tyto pacienty správně vyšetřit a léčit.

Selhání léčby je nejčastěji důsledkem některé ze základních příčin:

- a) nedostatečné spolupráce pacienta;
- b) špatně diagnostikovaného onemocnění;
- c) nesprávně prováděné léčby.

a) Nízká adherence k léčbě

Spolupráce pacienta je pro léčbu enurézy nezbytná. Pacienti s dlouhotrvajícími chronickými onemocněními však přirozeně ztrácejí postupem času motivaci a vůli dodržovat doporučenou léčbu. Tato spolupráce, dříve označovaná jako compliance, je nově v literatuře nahrazována termínem adherence. Ze studií prováděných u dětí s MNE vyplývá, že adherence k medikamentózní terapii se pohybuje okolo 70 %, adherence k režimovým opatřením je ještě nižší a klesá úměrně s délkou léčby. Pokud pacient vykazuje některou z psychiatrických komorbidit, pak adherence dále klesá. Crimmins prokázal významný rozdíl v adherenci dětí s MNE a ADHD ve srovnání s dětmi s MNE bez ADHD (86 % vs. 52 %), a to jak k pitnému režimu, tak pro použití alarmu. Zvýšit adherenci pacienta a rodiny k léčbě je možné opakovanou pečlivou edukací, povzbuzením a připomenutím detailů léčby. Lze též využít různých poučení v tištěné a multimediální formě. V zahraničí se této časově náročné práci s pacienty věnuje speciálně vyškolený střední zdravotnický personál (uroterapeuti). Ke své práci používají speciální brožury, DVD a aplikace pro mobilní telefony. Bohužel u nás, v podmínkách přeplněné ambulance praktického pediatra, dětského nefrologa či urologa, nezbyvá na tuto práci dostatek času.



Obr. 1 Logika léčby u pacientů se současným výskytem zácpy, denních a nočních příznaků dysfunkce dolních močových cest dle ICCS

*) poznámka redakce: LUTD – lower urinary tract dysfunction, dysfunkce dolních močových cest

b) Špatně diagnostikované onemocnění

Dalším důvodem rezistence k léčbě bývá přehlédnutí nebo opomenutí jiného onemocnění, které se na vzniku enurézy podílí. U všech dětí s rezistentní formou MNE je důležité zkontrolovat výsledky provedených vyšetření, vysadit neúčinnou léčbu a pacienta znovu detailně klinicky vyšetřit, řádně zopakovat pitnou a mikční kartu, stanovit noční a denní produkci moči a vyloučit zácpu. Nejčastěji při podrobné anamnéze a vyšetření nalezneme další příznaky dysfunkce dolních močových cest, jako jsou frekvence, urgencye či denní pomočování. *Non-monosymptomatická enuréza (NMNE)*

pak vyžaduje úpravu léčby dle prokázaného typu dysfunkce. V anamnéze je nutné se ptát a v klinickém vyšetření aktivně pátrat po zácpě (hmatná skybala, stopy po enkopréze, při podezření provést vyšetření per rectum). Léčba zácpy vždy musí předcházet léčbě denních a nočních příznaků dysfunkce močových cest (obr. 1). Zácpa se významně podílí na možném vzniku této dysfunkce. Rektum přeplněné skybaly významně omezuje rozpínání močového měchýře a snižuje jeho maximální funkční kapacitu. Chronicky zvýšený tonus análního svěrače při chronické náplni rekta vede také ke zvýšenému tonu celého pánevního dna a poruše relaxace

**SSIPPE dotazník pro screening ADHD**

(Short screening instrument for psychological problems in enuresis)

jméno:

r.č.

Emoční problémy

Pokud více než 2 kladné odpovědi, nutné psychologické vyšetření

1. Má někdy dítě pocit, že se k němu okolí špatně chová?	ANO	NE
2. Cítí se někdy dítě bezcenně a nejistě?	ANO	NE
3. Bolí je někdy hlava?	ANO	NE
4. Cítí se někdy špatně?	ANO	NE
5. Stěžuje si někdy dítě na bolesti břicha?	ANO	NE
6. Je dítě někdy málo aktivní a bez energie?	ANO	NE
7. Cítí se někdy dítě nešťastně a smutně?	ANO	NE

Porucha pozornosti

Pokud více než 2 kladné odpovědi, nutné psychologické vyšetření

1. Vykazuje často dítě nedostatečnou pozornost k detailům a má problémy s pozorností ve škole?	ANO	NE
2. Má dítě často problémy s organizací svých povinností a činností?	ANO	NE
3. Zapomíná dítě často v běžném denním provozu?	ANO	NE

Hyperaktivita/impulsivita

Pokud více než 2 kladné odpovědi, nutné psychologické vyšetření

1. Mluví dítě často bez přestávky?	ANO	NE
2. Je dítě často „zanepřázdňené“?	ANO	NE
3. Pobíhá či leze po věcech často v situacích, kdy se to nehodí?	ANO	NE

Obr.2 SSIPPE dotazník ke screeningu pacientů s podezřením na ADHD (Van Hoecke, J Urol, 2007)

zevního svěrače uretry v průběhu močení. Tato dyskoordinace mezi kontrakcí detruzoru močového měchýře a relaxací sfinkteru uretry se podílí na vzniku a udržování hyperaktivity močového měchýře a dyskoordinace mikce. ICCS doporučuje používat ROME III klasifikaci zácpy. Při sledování efektu léčby zácpy je praktické používat Bristolskou stupnici stolice a opakovaně měřit šířku rekta pomocí ultrazvuku (TRD – transrectal diameter). Šířka nad 33 mm je považována za pravděpodobnou známku zácpy. Dále je třeba pečlivě prohlédnout genitál a perineum. Pátráme po možné stenóze či striktuře ústí močové trubice, minimálních formách anorektálních malformací (*perineální píštěl*). Součástí klinického vyšetření musí být také vyšetření lumbosakrální oblasti a vyloučení přítomnosti známek *okultního dysrafismu* (ochlupení, cévní malformace, hmatný podkožní útvar či kožní vklesliny v oblasti LS přechodu). Vyšetříme přítomnost análního reflexu, všímáme si možného neurologického postižení dolních končetin.

Při nejistotě neváháme požádat o vyšetření dětským neurologem.

Velmi častým důvodem rezistence k léčbě je současné postižení dítěte některou z psychologicko-psychiatrických poruch. Dvacet až třicet procent pacientů s rezistentní enurézou má některou z „F“ diagnóz dle mezinárodní klasifikace nemocí (ICD-10), nejčastěji se jedná o ADHD, převažuje forma poruchy pozornosti (ADHD-IA). Tyto děti trpí častěji zácpou, mají těžší příznaky enurézy a menší adherenci k léčbě. Proto by všichni pacienti s rezistentní MNE měli absolvovat psychologický screening (např. pomocí validovaného SSIPPE dotazníku – obr. 2). Poslední studie naznačují, že u pacientů trpících současně MNE a ADHD je účinnější doplnit léčbu enurézy atomoxetinem než methylfenidátem.

c) Nesprávně provedená léčba

Protože i správně indikovaná léčba může selhat z důvodů nesprávného provedení, je třeba při odběru anamnézy věnovat pozor-

nost detailům dosavadní léčby. Neexistuje žádný speciální postup pro léčbu enurézy u starších dětí či adolescentů (obr. 3). Základem zůstávají obecná režimová doporučení. První linií léčby představuje použití desmopressinu a/nebo enuretického alarmu. Druhou linií léčby jsou anticholinergika a třetí linií léčby zůstává imipramin.

Obecná doporučení

Pacienti by si měli sami vést kalendář mokrých nocí. Tato aktivita zvyšuje adherenci k léčbě a je u ní prokázán samostatný terapeutický efekt. Pacienti by měli dostatečně pít v průběhu dne, i když ještě nepocítují žízeň, tak aby nebyli nuceni pro žízeň večer nadměrně pít. I když většina pacientů s MNE a noční polyurií vykazuje hypoosmolární typ polyurie, u malé části pacientů byl popsán i hyperosmolární typ polyurie. Tito pacienti se vyznačují zvýšenými ztrátami osmoticky aktivních látek v průběhu noci, zvýšeným příjmem sodíku a proteinů přes den a jsou rezistentní na léčbu desmopressinem. Rizikovými faktory tohoto typu polyurie jsou obezita, malý příjem tekutin v průběhu dne a zvýšený příjem sodíku a proteinů navečer (pozdní večeře).

Desmopressin

Desmopressin představuje 1. linii léčby MNE. Je indikován především u pacientů s noční polyurií a normální kapacitou močového měchýře. Kritérium noční polyurie dle ICCS [130 % z očekávané kapacity močového měchýře (OKMM) vypočítané ze vzorce OKMM (ml) = věk (roky) × 30 + 30] nelze brát za absolutní, je vždy nutné srovnávat noční produkci moči vůči funkční kapacitě močového měchýře konkrétního pacienta. Začínáme základní dávkou 120 µg (nikoli 60 µg!!!) nezávisle na věze a věku. Lék podáváme vždy minimálně 1 hodinu před ulehnutím ke spánku, protože musíme počítat s latencí nástupu účinku. V případě dobrého efektu je možné dávku postupně snížit na nejnižší účinnou pro konkrétního pacienta. Užití vyšších dávek může mít význam u dětí, které se pomočují nad ráno a potřebují prodloužit dobu trvání plného účinku farmaka. Pokud nezaznamenáme do 2–3 týdnů příznivou klinickou odpověď, lék vysadíme. V případě příznivé odpovědi je vhodné každé 2–3 měsíce lék krátce vysadit, abychom zjistili, zda jej pacient ještě potřebuje. Pokud se pacienti pomočují jen zřídka a dobře odpo-



vídají na léčbu desmopressinem, je možné lék podávat pouze příležitostně, v případech „důležitých nocí“.

■ Enuretický alarm

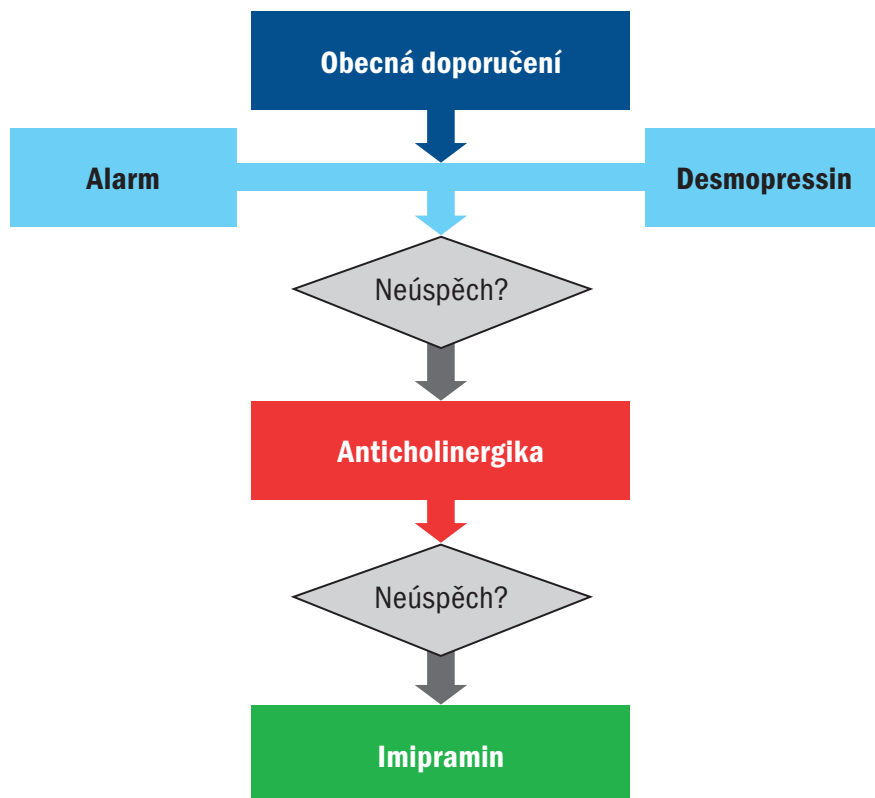
Enuretický alarm představuje alternativu 1. linie léčby MNE. Je účinný až u dvou třetin dětí. Indikujeme jej zvláště v případech častého pomočování u pacientů s nízkou funkční kapacitou močového měchýře. Nezbytným předpokladem úspěchu je dobře motivovaná, spolupracující rodina. U pacientů, kteří se pomočují méně často nebo málo spolupracují, alarm nedoporučujeme. Léčba je náročná na spolupráci, důslednost a pravidelnost. Rodiče musejí po každém pomočení signalizovaným alarmem dítě probudit a nechat na WC domočit. Efekt léčby nehodnotíme dříve než po třech měsících a je nutné v léčbě pokračovat do dosažení minimálně 14 po sobě jdoucích suchých nocí. V prvních týdnech léčby doporučujeme dětem pít na noc tak, aby buzení probíhalo v co nejvyšším počtu nocí. Pokud léčba není účinná, neznamená to, že nemůže fungovat později. Časový odstup pro zopakování léčby není jasný, někteří autoři doporučují dva roky.

■ Anticholinergika (oxybutinin, propiverin, tolterodin)

Indikujeme je v případě selhání desmopressinu a/nebo enuretického alarmu bez ohledu na velikost funkční kapacity močového měchýře. Efekt léčby byl prokázán randomizovanými studiemi a pohybuje se mezi 40–60 %. Montaldo v prospektivní, randomizované, placebem kontrolované studii dosáhl celkového pozitivního efektu u 47 % dětí s MNE, lépe odpovídali pacienti s nízkou funkční kapacitou močového měchýře. Léčba je kontraindikována u pacientů se zácpou a významnými postmikčními rezidui. Efekt léčby nehodnotíme dříve než za 2 měsíce, při kontrolách pátráme po známkách zácpy, kontrolujeme postmikční reziduum, doporučujeme pečlivé čištění zubů z důvodu snížené tvorby slin. Každé 3 měsíce zkoušíme léčbu postupně vysadit.

■ Imipramin

Efekt imipraminu byl spolehlivě prokázán mnoha studiemi až u 50 % rezistentních enuréz (LE Ia). Indikujeme jej po selhání desmopressinu, alarmu a anticholinergik.



Obr. 3 Schéma doporučené léčby MNE dle ICCS

Před jeho podáváním je nutné pečlivě odebrat anamnézu. Arytmie, náhlá smrt v rodinné anamnéze nebo synkopy, palpitace v osobní anamnéze jsou indikací k EKG vyšetření a vyloučení dlouhého QT intervalu, který je kontraindikací pro použití tohoto léku. Abychom předešli riziku kardiotoxicity, věnujeme pozornost správnému dávkování (< 9 let 25 mg, ≥ 9 let 50 mg). Všechna popsaná úmrtí v literatuře souvisela s předávkováním, zatím nebylo popsáno žádné úmrtí při dodržení předepsané antidiuretické dávky léku. Efekt léčby hodnotíme za 1 měsíc. Při dobré odpovědi můžeme titrovat dávku na nejnižší účinnou. Při částečném efektu zkoušíme přidat desmopressin. Pro prevenci vzniku tolerance je nutné léčbu každé 3 měsíce na 2 týdny přerušit.

I přes správnou diagnózu, dobrou adherenci a správně prováděnou léčbu se část pacientů trvale pomočuje. Patofyziologie enurézy je velmi komplexní, není zcela objasněna a její výzkum stále probíhá. Poslední studie se soustředí na souvislost noční hypertenze s noční polyurií a poruch spánku s MNE. Existují ojedinělé studie prokazující na nízké úrovni významnosti pozitivní efekt podávání

diuretik (furosemid) a nekardiotoxických antidepresiv (reboxetin). Proto je moudré tyto pacienty nezbavovat naděje.

Souhrn léčby rezistentní enurézy dle ICCS

1. linie

- nový pokus o léčbu alarmem, pokud byl použit nesprávně
- kombinovat alarm a desmopressin, pokud je přítomna noční polyurie
- vyloučit/léčit zácpu
- vyloučit obstrukci dýchacích cest (adenoidní vegetace aj.)
- nový pokus o léčbu alarmem opakovat až 2 roky

2. linie

- anticholinergika +/- desmopressin
- před zahájením léčby vyloučit rezidua a zácpu

3. linie

- imipramin +/- desmopressin

CAVE: kardiotoxický při předávkování!



Zkušenosti s novými pohledy na léčbu enuresis nocturna v dětském věku

MUDr. Jiří Liška, CSc., MUDr. Blanka Čuláková

Mulačova nemocnice, Plzeň

Primární monosymptomatická noční enuréza (PMNE) je mimovolné pomočování v noci u dítěte staršího 5 let. Nejčastěji jde o enurézu, která se vyskytuje během spánku dítěte, nepřetržitě přetrvává od narození a není provázána příznaky žádné jiné organické nebo duševní poruchy.

Pro úvod si dovoluujeme znovu zdůraznit základní rozdělení typů enuretiků podle EEG a cystometrie (podle Watanabeho):

TYP I.	Lehká porucha budicí reakce Normální funkce měchýře	58 %
TYP II.	Těžká porucha budicí reakce Normální funkce měchýře	10 %
TYP III.	Porucha budicí reakce a současná noční izolovaná detruzorová instabilita (Latentní neurogenní měchýř)	32 %

58 % PMNE	Ize při naplnění měchýře zaznamenat přechod do fáze 1 nebo 2 povrchového non-REM spánku, současně normální tvar křivky cystometrie
42 % PMNE	bez odezvy na EEG svědčící pro přechod do povrchových fází spánku při plném měchýři; ve 3/4 zaznamenány projevy nestability detruzoru

Práce K. Hjaltnase

PMNE je způsobena v zásadě nesouladem mezi:

- 1) noční tvorbou moči
- 2) funkční kapacitou měchýře ve spánku
- 3) probuzením ve spánku, kdy je močový měchýř naplněn (práh budicí reakce pro buzení zevními podněty, např. sluchovými, je u mnohých pacientů zvýšen)
– jen část dětí se po vymizení nočního pomočování probouzí k mikci, u určité skupiny postižených dětí dojde k úpravě bez potřebného nočního vstávání k močení

– močový měchýř je „nejkortikálnější orgán těla“

- 4) úspěšná léčba normalizuje především sebevědomí dítěte, a proto se doporučuje aktivní léčebný přístup. PMNE činí dítě mnohdy skrytě nešťastným, dítě se zhoršuje v prospěchu, jsou výrazně ovlivňovány jeho kognitivní funkce. Kognitivními funkcemi se rozumí porucha poznávací, paměťové, intelektové funkce a zpracování informací. Léčebný efekt se pro dítě stává vpravdě kouzlem.

V druhé polovině minulého století se na PMNE začíná pohlížet jako na fenomén podmíněný zpožděním v neurobiologickém vývoji a na močový měchýř se pohlíží jako na nejkortikálnější orgán těla.

Rodiče často označují hluboký spánek dítěte za hlavní příčinu nočního pomočování. V roce 1968 se však dospělo k závěru (Broughton), že děti mají normální spánek a pomočování může vznikat při neúplném probuzení (arousal) ve stavu tzv. polospánku. EEG zápis připomíná nález při somnambulismu. Již uváděný Watanabe zaznamenal vznik enurézy při přechodu ze IV. do I.–II. stadia spánku. Pokusy o farmakologické ovlivnění hloubky spánku nepřinesly očekávaný účinek, protože dříve doporučované přípravky diazepam, melipramin a amfetamin nesplňují teoretické požadavky. Tricyklická antidepresiva neovlivňují hloubku spánku a jejich slabý efekt souvisí zřejmě s anticholinergickým působením. Zcela souhlasíme s názory urologů o nutnosti léčby obstipace a její spojitosti s enurézou (v USA až 30 %). V roce 2007 na kongresu v Hongkongu předsedající hovořil o nových studiích, které se soustřeďují na vztah mezi funkcí měchýře, spánkem a mozkovými funkcemi. Refrakterní polysymptomatická EN má velmi negativní vliv na kvalitu spánku a funkci CNS. Jejich polysomnografické studie se simultánním nočním monitorováním měchýře

ukázaly, že děti s EN měly zvýšený práh probouzení, změny hloubky fáze spánku, vyšší procento hlubokého spánku i narušenou inhibici reflexů nočního děsu. Děti se pomaleji soustřeďovaly, jejich pozornost a paměť nebyly uspokojivé. Ale za půl roku po úspěšné léčbě EN se výrazně zlepšily, vymizela deprese i úzkost a výrazně se zlepšily v učení a ve známkách. Z toho je patrné, že PNE alteruje uvedené kognitivní funkce, narušuje spánkovou kvalitu a systémem zpětné vazby vytváří situaci, kdy bez vnější pomoci nejsou děti schopny fyziologické úpravy. Děti jeví často určitou slabost CNS, která je křehčí, tím je psychika lehceji zasažitelná běžnými životními událostmi, jako je narození sourozence, stěhování nebo rozvod rodiny, přílišná náročnost výchovy. Pro dítě může být stresující také vstup do MŠ nebo do 1. třídy. I naši psychologové se shodují s názory, které zaznely v roce 2007 v Hongkongu, že psychické důsledky nočního pomočování zasahují do celého vývoje osobnosti, patrně jsou zejména v sebehodnocení dítěte. Platí, že čím déle porucha trvá, tím hlubší zásah do sebevědomí se ukazuje. Včasný začátek léčby je proto klíčový – umožní předejít psychickým traumatům dříve, než začne mít dítě problémy také v kolektivu! Podle výsledků toho výzkumu je doporučován raný začátek léčby ve věku 5 až 6 let.

Proto také již přes deset let s velmi dobrým efektem přidáváme k základní terapii desmopressinem nootropika (v tomto případě Geratam). K tomu doplňujeme organizační opatření, zákaz tekutin po 19. hodině a pravidelné buzení dítěte za 2,5 hodiny po usnutí. Je nutné zacvičit tyto děti k pravidelnému vymočení za 2,5 hodiny po usnutí. Nešetříme pochvalami. Zásadně zakazujeme pleny a návštěvu WC v nočních hodinách realizujeme vždy při aktivním kontaktu s dítětem.

Z výše uvedených skutečností jsme dospěli k názoru o výrazné spoluúčasti ovlivnění



probouzení fáze spánku, nácvičení režimových opatření a při dobrém a stabilizovaném efektu léčby s navozením pomalé redukce stávající léčby. S odkazem na práce uváděné v úvodu a z našich zkušeností můžeme prezentovat, že vlastní EN lze rozdělit do několika skupin. Z toho jsme i vycházeli v monoterapii nebo v léčbě závažných forem zprvu nutnou trojkombinací.

Terapie užívaná v ordinaci:

a) Režimová opatření

- tekutiny naposledy v 19 hodin – dodržovat určitou dobu i po skončení léčby (6 měsíců)
- enuretický deník – zapojit dítě
- nácvik vymočení před usnutím a buzení dítěte za 2,5 hodiny po usnutí, za doprovodu rodičů na WC (dítě nesmí na WC usnout!)

Níže uváděnou léčbu podávat těsně před spaním.

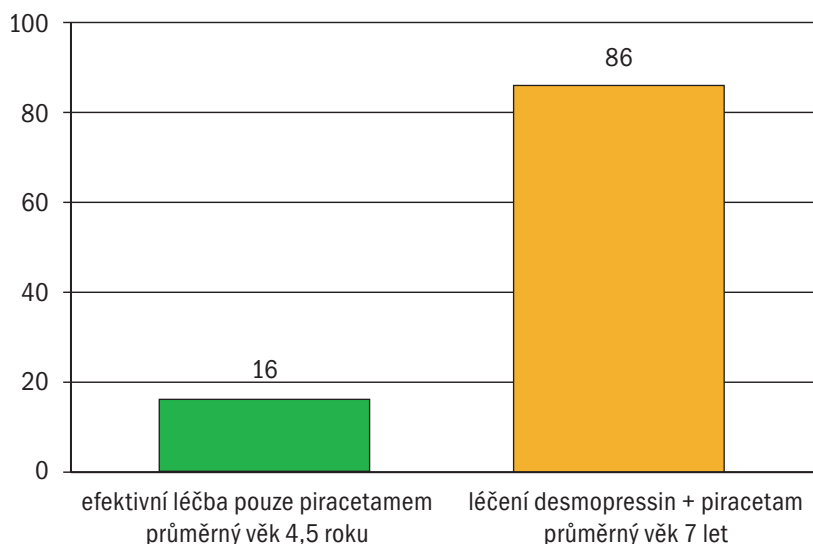
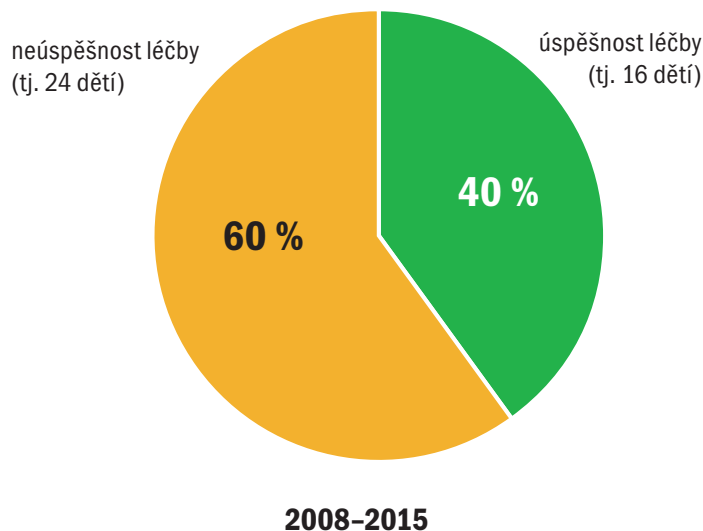
b) Desmopressin (Minirin 120)

- podávat po dobu 6–12 měsíců do dosažení remise

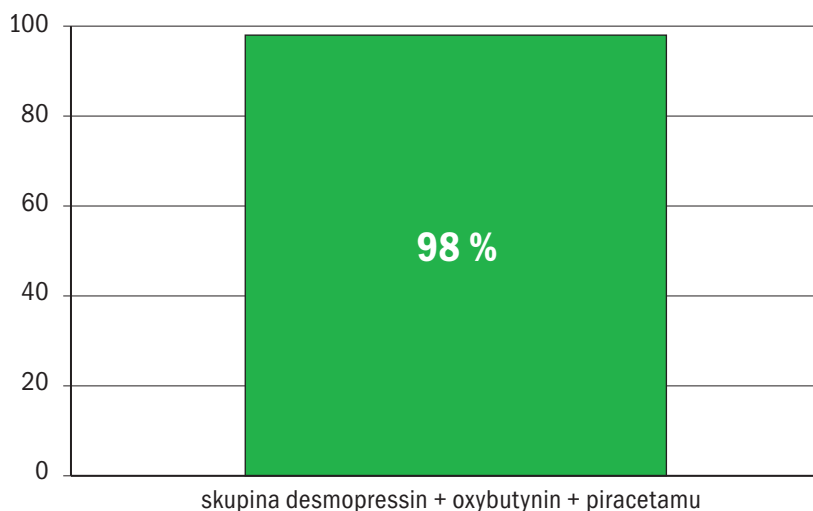
v kombinaci s piracetamem (Geratam 800, 1200)

- zlepšuje oxidativní a glukózový metabolismus nervové buňky (zlepšuje pozornost a schopnost orientace). U žádného dítěte jsme při podávání těsně před spaním nezaznamenali poruchy usínání.
 - efekt po 3 týdnech (výjimka u nejmladších – viz níže)
 - působí synergicky v kombinaci s desmopressinem
 - podle údajů z literatury zlepšuje kognitivní funkce (paměťové a koncentrační)
 - jeho vyzkoušeným podáváním u nejmladších dětí mezi 4.–5. rokem jsme vytvořili skupinu 15 dětí, u kterých po léčbě pouze Geratamem 1200 došlo k velmi rychlému efektu během měsíce, další terapie již nemusela být nasazena
 - z cílených údajů směrem k rodičům zjišťujeme, že v kratší době (u těchto pacientů) či po delší době 3–4 měsíců se zásadně mění kvalita probouzení, které se stává jednodušším, děti jsou daleko orientovanější a lépe spolupracující
 - s preparátem postupně klesáme
- U rezistentních enuretiků přidáváme k léčbě desmopressin + nootropikum ještě anticholinergikum (Ditropan nebo Mictonetten), zvláště při předpokládané detruzorové instabilitě
- při této léčbě ale kontrolujeme sonograficky postmikční reziduum

Efekt podávání pouze nootropika piracetamu u hraniční věkové skupiny průměru 4,5 roku

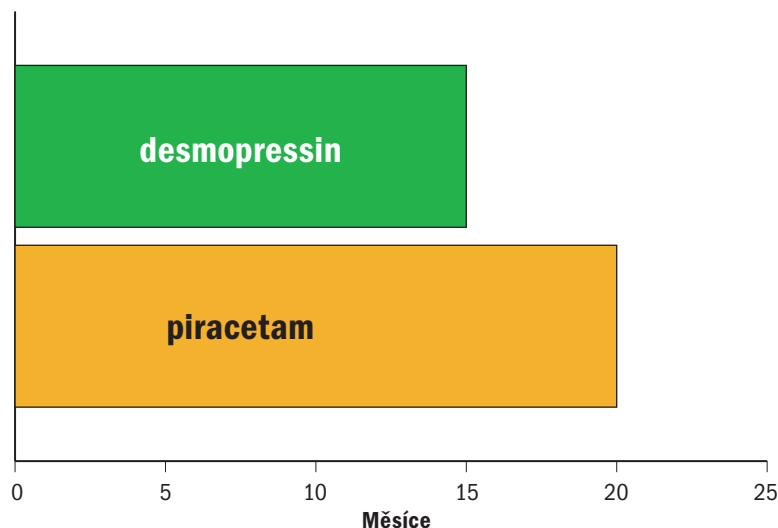


Enuresis nocturna skupina 10 pacientů po dobu 3–6 měsíců vyžadující přechodně trojkombinaci (efekt léčby v %)





Doba podávání základní terapeutické dvojkombinace u 76 pacientů



Variační šíře doby podávání se u části pacientů pohybuje podle klinického efektu v rozmezí 12–20 měsíců.

Rozdělení jednotlivých skupin podle podávané léčby – viz grafy.

Vzhledem k tomu, že rodiče opakovaně přivádějí s dg. dětí mezi 4.–5. rokem věku, kdy jsme ještě nechtěli podávat klasickou terapii, rozhodli jsme se podat jen nootropikum a zavést samozřejmě režimová opatření. Podotýkáme, že efekt léčby nás překvapil, pacienti nerecidivovali. To určitým způsobem prezentuje efekt nootropika. Je patrné, že u části nejmladších pacientů je nootropikum stimulem k dozrání osy mozková kůra–močový měchýř. Jednalo se vesměs o pacienty s nepravdělnou MNE dané věkové kategorie. Uvádíme, že zbylých 24 dětí (60 %) jsme začali léčit po pátém roce věku klasickou dvoukombinací. Jako dávku nootropika podávanou před spaním v dané věkové skupině jsme zvolili 1200 mg Geratamu – piracetamu. Doba podávání do 4 měsíců, efekt se dostavoval již v průběhu prvních 3 týdnů.



1 porce produktu Nutrimama Profutura denně dodá klíčové živiny matce i dítěti*

- Omega 3 mastná kyselina (DHA) pro normální vývoj mozku a zraku kojeného dítěte**
- Respektuje specifické výživové potřeby kojících matek
- Přirozené řešení ve formě chutných cereálních tyčinek a mléčného nápoje

Budoucnost začíná dnes

NOVINKA PRO KOJÍCÍ MATKY

40 let výzkumu mateřského mléka

*DHA, vit. C, vit. D, biotin, vit. B₁₂, B₆, B₉, kys. listová, železo, zinek, jód, vápník. **Pozitivní účinky DHA jsou zajištěny při denním příjmu 200 mg DHA (1 porce produktu) navíc k doporučenému dennímu příjmu omega-3 mastných kyselin pro dospělé, tj. 250 mg omega-3 mastných kyselin (DHA a EPA). Doplněk stravy. Není náhradou pestré a vyvážené stravy. Způsob použití a další informace na www.nutrikub.cz a na obalech. BF311374.



Vulvovaginitis a synechia vulvae v dětském věku

MUDr. Miroslav Havlín

Poliklinika Anděl – Gynekologie Hvězdova 33, Praha 4

Pohlavní orgány máme od dnů prvních do dnů posledních – byť se tento fakt často přehlíží. Proto se v dětském věku můžeme (nikoliv vzácně) setkat se zánětlivými změnami na dívčím genitálu. Péče o tyto pacientky tvoří velmi významnou část práce dětského a dorostového gynekologa. Uvědomme si, že dítě není zmenšený dospělý, proto pediatrie není zmenšená interna, stejně tak dětská gynekologie je svébytný obor výrazně se lišící od gynekologie dospělých.

Zánět vnějších rodidel (vulvitis) a zánět poševní (kolpitis) se prakticky vždy vyskytují společně, proto se užívá termín vulvovaginitis. Až na výjimky jsou hlavní změny v hloubce pochvy a zevní genitál je jejich zrcadlem. Proto se vždy musíme zabývat jak poševním prostředím, tak i zevním genitálem.

Z pohledu dětské gynekologie rozlišujeme tři životní etapy:

1. Novorozenecké období – dívka je ještě pod vlivem mateřských hormonů a jimi indukované vlastní hormonální produkce. Trvá cca 6–8 týdnů po porodu.
2. Klidové období – není žádná produkce pohlavních hormonů.
3. Dospívání – okolo 8. roku života začíná mírná vlastní hormonální aktivita, postupně narůstá a směřuje k menarche.

V tomto článku se budu věnovat problematice prvních dvou období a počáteční fázi třetího, tedy etapou, kdy se často setkáváme s četnými předsudky (ze strany rodin i lékařů) a historickými metodami hraničícími někdy až s postupem non lege artis.

Dominujícím příznakem vulvovaginitidy je výtok (fluor). Jde o příznak natolik častý, že se stal synonymem vulvovaginitidy a oba termíny se často zaměňují. Druhou nejčastější obtíží je svědění (pruritus) zevního genitálu, které vede obvykle ke škrábání a vzniku druhotných exkoriací zevních rodidel, které zhoršují obraz základního onemocnění. U téměř poloviny dívek se setkáme i s bolestivostí podbřišku – charakteristická je její lokalizace těsně nad sponou stydkou. Bolest nemívá typický charakter a obvykle není příliš intenzivní. Častá je též urogynekologická symptomatologie – ať v podobě souběžně probíhající infekce močových cest, či pseudodysurií (pálení při močení bez dalších známek infekce močových cest). Rovněž se můžeme setkat se zašpiněním až

zakrvácením, zvláště při těžších formách zánětu nebo při rozsáhlejší škrábání.

Základní vyšetření při vulvovaginitidě zahrnuje anamnézu, aspekci zevního genitálu, vyšetření vaginoskopem spojené se základními mikrobiálními odběry (kultivace u dívek vhodnější, mikrobiální obraz poševní je výhodnější až u výrazně estrogenizovaných) a palpační vyšetření per rectum. V indikovaných případech je možno provést test na přítomnost střevních parazitů. Sonografické vyšetření při vulvovaginitidě nemá opodstatnění, ale je často vyžadováno rodiči a občas i pediatri.

Často se setkáváme s teoriemi o „přirozeném“ či „normálním“ výtoku. Fyziologický výtok je pouze ve dvou životních etapách:

1. Fluor neonatalis purus – viz níže
2. Fluor pubertalis purus – vyskytuje se v období několika týdnů či měsíců před a po menarche a je projevem kolonizace dospívající pochvy laktobacily.

Každý výtok mimo tyto dvě životní etapy je patologický a vyžaduje léčbu!

V novorozeneckém období se setkáme se dvěma druhy výtoku:

1. Fluor neonatalis purus – jde o fyziologický výtok, podmíněný přítomností laktobacilů v estrogenizované pochvě. Výtok je bělavý, nečiní žádné potíže a není třeba jeho léčba. Po několika týdnech po porodu spontánně vymizí. Maminky v porodnici od neonatologů slyší, že s genitálem nemají nikterak manipulovat, což je v této krátké životní etapě pravda. Bohužel je informace často podávána a matkami pochopena tak, že to platí po celé předpubertální období. Při nedostatečné osvětě ošetřujícím ambulantním pediatrem dochází k chybné péči o genitál, což zvyšuje

pravděpodobnost vzniku synechie vulvae (bude probráno dále).

2. Fluor neonatalis mixtus – k fyziologickému výtoku se přidává patogenní složka, která obvykle vytlačí laktobacily. Díky estrogenizaci se zde setkáme s kompletním spektrem mikrobiálních nálezů, jak je známe u dospělých žen (bakterie, kvasinky, trichomoniáza...). Diagnostika a léčba jsou analogické jako v hormonálně klidovém období.

V hormonálně klidovém období a na počátku dospívání

(do cca 10 let – individuální dle míry somatosexuálního rozvoje) při absenci estrogenů je v pochvě minimum živin, proto zde jednoznačně převládají energeticky málo náročné bakterie. Dominují střevní bakterie (*E. coli*, *Enterococcus*), streptokoky, stafylokoky, hemofily, gardnery a široké spektrum anaerobních mikroorganismů. Pseudomonády a klebsiely jsou často spojeny s chybným užíváním plen či uroinfekcemi. Vzhledem k častému užívání antibiotik ztrácí řada mikroorganismů své charakteristické vlastnosti, ze vzhledu výtoku se nedá určit ani odhadnout původce a narůstá význam laboratorních vyšetření. V této životní etapě se s kvasinkami či trichomonádami setkáme výjimečně – jsou energeticky náročné a v prostředí chudém na glykogen se nemohou množit. Často se tato informace opomíjí a při svědění vulvy jsou aplikovány antimykotické masti – zde matky i lékaři automaticky, leč chybně přenášejí postupy z gynekologie dospělých na dítě.

Zdrojů infekce je velké množství, proberme ty nejdůležitější:

1. Pleny – samozřejmě v prvním roce není možno nepoužívat, ale zvláště moderní pleny vedou část rodičů k řídké obměně (vliv reklamy, pohodlnost, šetření). Delší



expozice stolici vede k zvýšené pravděpodobnosti přestupu střevních bakterií do pochvy i uretry. Druhým nešvarem je ponechávání plen do vyššího věku, neochota učit dítě na nočník. Je třeba si uvědomit, že v neprodyšném prostředí pod plenou se výborně daří anaerobním mikroorganismům.

2. Chybná péče při stolici – především nevhodné či nedostatečné otírání konečníku toaletním papírem. Zřejmě nejčastější chybou je otírání směrem od konečníku k rodidlům. Při správném, ale nedokonalém otření po stolici mohou zůstat perianálně zbytky stolice a prádlem či škrábáním mohou být přeneseny na zevní genitál.
3. Špatná hygiena spodního prádla – dosti souvisí s předcházejícím bodem. Setkáváme se s nošením znečištěných kalhotek po dobu několika dnů. Rozšířeným nešvarem je též svlékání kalhotek přes boty – je až s podivem, jak často to vidíme v ordinacích.
4. Střevní paraziti – především roupi (*Enterobius vermicularis*), jejichž samičky kladou vajíčka v okolí řiti, což dítě nutí ke škrábání (hlavně v noci), čímž si zanáší bakterie i do genitální krajiny. Méně častý je mechanismus, kdy samička vycestuje až do genitální oblasti, kde klade vajíčka, a cestou roznáší střevní bakterie.
5. Autoerotické aktivity – každé dítě objevuje své tělo a hledá místa rozkoše. Oblast konečníku a genitálu pochopitelně patří do středu tohoto zájmu a při hrátkách se svým tělem mohou být porušena hygienická pravidla.
6. Cizí tělesa v pochvě – mohou být zavedena samotnou dívkou (ev. jiným dítětem) v rámci probouzející se sexuality. Závažnější je tato činnost provozovaná dospělou osobou – zde se jedná o trestný čin pohlavního zneužití. Cizí těleso v pochvě kolem sebe indukuje masivní hnisavou sekreci, často zakrvavělou z traumatizace poševní sliznice. Může dojít k poranění okolních orgánů (uretra, měchýř, střevo...) a byly popsány i fatální případy. Zvláště u autoerotických aktivit se setkáváme s výraznou mírou disimulace.
7. Infekce močových cest – s mírnou nadšázkou lze říci, že není infekcí gynekologických či urologických, ale že vždy jsou infekce urogynekologické. Anatomická i funkční provázanost pohlavního a dolní

části močového systému je tak hluboká, že jsou prakticky vždy postiženy oba systémy a je otázkou, který více a který méně. Při bakteriurii (klinické či asymptomatické) může dojít ke kontaminaci pochvy influxem moči a naopak při vulvovaginitidě dochází k přestupu do močových cest. Zde se uplatňuje přímá kontaminace zevního ústí uretry a lymfatický přenos přes urogenitální septum.

8. Celková onemocnění, zvláště s antibiotiky – antibiotika narušují poševní mikroflóru a otevírají prostor pro kolonizaci pochvy patogeny; dále se zde uplatňuje pokles celkové imunity při závažnějším vzdáleném infekčním onemocnění.
9. Kosmetické produkty – nadměrná (stejně jako nedostatečná) hygiena může být problémem pro genitální oblast. Kosmetika obsahují spoustu látek s nepříliš prozkoumaným vlivem na lidské zdraví a především na citlivou a zranitelnou oblast dívčího genitálu. Narůstá riziko alergizace či přímého toxického podráždění rodidel, čímž stoupá riziko narušení vaginální mikroflóry či traumatizace škrábáním.

Pediatr je v častějším kontaktu s dítětem a jeho rodinou (v linii preventivní i léčebné), zná dítě i jeho zázemí a jeho péče by měla být zaměřena především na prevenci vulvovaginitid, na záchyt rizikových faktorů a poučení rodiny o racionálním životním stylu včetně péče o genitál. Při vzniku vulvovaginitidy poskytne první pomoc – především režimová opatření. Vhodné je časté sprchování čistou vodou, vyloučení rizikových faktorů, aplikace Pityolu či Dermazulenu na zevní genitál a dobrý pitný režim. Pokud se stav nezlepší, je vhodné kontaktovat atestovaného dětského gynekologa.

V péči o dívky s vulvovaginitidou se setkáváme s řadou chyb ze strany rodičů, pediatrů i gynekologů neerudovaných v problematice:

1. Sedací koupele v hypermanganu (ev. jiných látkách) – po dekadách „otužování“ mikroorganismů antibiotickými léčbami hypermangan a podobné látky ztratily účinnost. V koncentracích nepoškozujících dítě nejsou baktericidní, naopak, pomáhají bakteriím dostat se z konečníku do pochvy. Bohužel se často setkáváme s dívkami s genitálem poleptaným vysokou koncentrací hypermanganu.

2. Podávání celkových antibiotik – ta se do pochvy dostávají často v subklinických koncentracích a způsobují vaginální dysmikrobii, nemluvě o útlumu imunity. Celková antibiotika v této věkové skupině mají smysl pouze u vzácných případů venerických nemocí (především kapavka).
3. Aplikace antimykotických mastí – v neestrogenizovaném terénu se kvasinky prakticky nevyskytují, protože zde nemají dostatek živin. Svědění je obecným projevem zánětu, nikoliv specifickou vlastností mykotických infekcí!

Na základě mikrobiálních vyšetření – především kultivace poševní a citlivosti na patogenní agens – se volí léčba. V terapii dětského výtoku dominuje lokální ošetření – tj. výplach pochvy a aplikace vaginálního čípku, méně často vaginální masti či krému. Výplach poševní je specifikem dětské gynekologie – dětská pochva je uzavřenější oproti pochvě dospělé ženy, proto má podstatně menší samočisticí schopnost. Zbytky z odloučených buněk, zbytky z rozpadlých mikroorganismů, případně i zbytky z léků se částečně zadržují, rozkládají, dráždí a zvyšují pravděpodobnost dalšího onemocnění. Výplach se provádí obvykle velmi slabým dezinfekčním prostředkem. Vaginální čípek obsahuje chemoterapeutikum či antibiotikum zvolené dle kultivačního nálezu. Čípky se aplikují 1–2× denně po dobu 7–10 dnů. V případě výraznějších změn na zevním genitálu je možno doplnit lokální aplikací dezinfekčních či epitelizačních mastí. Specifickou problematikou související s problematikou vulvovaginitid je otázka synechie vulvae – srůstu malých stydkých pysků. Nejde o vrozenou vývojovou vadu, jak je rádo uváděno, jde o onemocnění jednoznačně vzniklé v důsledku chybné péče o genitál. V hormonálně klidovém období (tj. od několika málo týdnů po narození až do 7–8 let) jsou všechny struktury dívčího genitálu velmi křehké. Pokud jsou malé stydké pysky k sobě trvale přiloženy a při mytí nejsou pravidelně oddalovány, mají tendenci se slepit a vytvořit srůst – synechii. V prostoru za synechií se hromadí nečistoty, částky smegmatu, u dívek s plenami zbytky stolice a moči, jež vytvářejí zánětlivé změny, které urychlují a prohlubují rozvoj synechie. Výskyt synechií má dva vrcholy – první je ve věku cca 6–18 měsíců, druhý okolo 4.–5. roku života.



Synechie má tři základní klinické formy, které se se mohou navzájem kombinovat (nejčastěji přední a zadní):

1. Zadní synechie – je suverénně nejčastější (cca 90 %), vychází ze zadní komisy a v různém rozsahu (několik mm až 2 cm) spojuje malá labia.
2. Střední synechie – tvoří můstek uprostřed malých stydkých pysků. Je velmi vzácná.
3. Přední synechie – vychází z přední komisy, obvykle není velkého rozsahu a přikrývá zevní ústí močové trubice.

Klinická symptomatologie synechie není příliš výrazná, proto tato diagnóza bývá často stanovena pozdě či náhodou. Častý je záchyt při učení na nočník – mění se obvyklý proud moči. Při zadní synechii dívka močí výrazně dopředu („přečůrává“ nočník), při přední synechii proud moči směřuje ke konečníku. Synechie je též často spojena s klasickou symptomatologií vulvovaginitid a infekcí močových cest.

Jemnější formy synechií se dají rozrušit jemným tahem za labia, případně s pomocí pinzety či sondy. Zkušenému dětskému gynekologovi trvá zákrok několik vteřin a i přes mírnou bolestivost není pro dítě příliš náročný. Pevnější synechie je vzhledem k bolestivosti výhodně ošetřit v celkové anestezii na specializovaném lůžkovém oddělení dětské gynekologie. Nejčastěji se k rozrušení užívá elektrokauterizace – synechie se přepálí a ranné plošky jemně pozhají. Po výkonu je nutno důkladně poučit rodiče – bez dobré následné domácí péče je pravděpodobnost recidivy velmi vysoká. V části zahraniční literatury se setkáváme s doporučením léčit synechii aplikací estrogenových mastí. Synechie se má po 2–3 týdnech sama „rozpustit“. Úspěšnost metodiky je sporná, často vyžaduje následné mechanické ošetření. Vstřebáváním estrogenů masti ale mohou vznikat projevy předčasného pohlavního dozrávání, a proto je tato metodika většinou odmítána.

Jak předcházet synechiím? První krok musejí učinit neonatologové – upozornit maminky, že jimi dávána doporučení ohledně péče o genitál platí pouze po krátkou dobu novorozeneckého období. Další péči zajišťuje ambulantní pediatr, v jehož rukou je poskytnutí dalších informací. Je vhodné naučit rodiče, že při každém mytí je správné oddálit velké i malé stydké pysky a tím odhalenou oblast

ústí močové trubice a vchodu poševního opláchnout nejlépe čistou vodou. Pokud tak rodiče budou činit, ke vzniku synechie nemůže dojít! Třetí krok v prevenci synechie je v rukou rodičů. Obvykle okolo 4.–5. roku se dívky začínají částečně osamostatňovat, přejímají část aktivit péče o sebe samu, a proto je potřeba naučit je správné péči o genitál (důvěřuj, leč prověřuj).

Močový a pohlavní systém tvoří jeden celek, který byl historickým vývojem rozdělen mezi několik specializací (gynekologie, urologie, nefrologie, praktické lékařství). Vzhledem k atomizaci medicínských suboborů zde často v péči o dětského pacienta chybí komplexnější nadhled na jeho potíže. Mezioborová spolupráce je plně namíště především při recidivujících infekcích močových cest.

Vulvovaginitidy patří k častým onemocněním hodně vázaným na životní styl (zvyky i zlozvyky) a včasnou osvětou jim lze často předejít – byť se často jedná o časově náročné a někdy i konfliktní debaty s rodiči. Na druhou stranu se zde potýkáme s řadou pověr týkajících se věku („na gynekologii je moc mladá“) či mýtů o hrůzostrašnosti gynekologické péče („přece ji nebudeme trápit gynekologií“ – nemoc není trápení?) a mnoho rodičů (hlavně maminek) a někdy i zdravotníků sem projektuje své předsudky. Česká republika má hustou síť pracovišť dětské a dorostové gynekologie s množstvím erudovaných lékařů, kteří jsou schopni nabídnout pediatriům kvalitní konziliární servis. Odborné společnosti (Sekce gynekologie dětí a dospívajících ČGPS a Česká společnost gynekologie dětí a dospívajících ČLS JEP) jsou přirozeným partnerem pediatriů v péči o dívky jak po stránce klinické praxe, tak po stránce osvětové a výukové.

Pacient zemřel v sanitce, jejíž posádku odmítli ve dvou nemocnicích

Komise ministerstva zdravotnictví vyšetřuje incident v Brně, kde dvě nemocnice odmítly převzít pacienta od záchranné služby a ten v sanitce zemřel. Staršího muže zdravotníci vezli z Žerotínova náměstí nejprve do Fakultní nemocnice u sv. Anny (FNUSA), která je od něj vzdálena necelý kilometr, poté do Nemocnice Milosrdných bratří, ležící jen přes řeku Svatku.

Událost se odehrála na konci února. O případu první informovala Česká televize.

Podle dosavadních informací FNUSA odmítla z důvodů vyčerpané kapacity pacienta přijmout, přičemž sanitka měla čekat celou půlhodinu v areálu. A stav pacienta se mezitím zhoršil.

Ředitel nemocnice Martin Pavlík řekl, že dispečink FNUSA při komunikaci se záchranáři nedostal informaci o ohrožení života pacienta. Protože bylo plno, odmítl muže přijmout. Kdyby věděli, že muž má ohroženy životní funkce, přijmout by ho museli. Pavlík zdůrazňuje, že personál nemocnice nechyboval.

Dispečinku prý o stavu pacienta neřekli

Podobně mluvil i ředitel Nemocnice Milosrdných bratří Josef Drbal. Tamní personál měl odpovídat na dotaz, jestli mají volné lůžko na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. A ze sanitky údajně nepotvrdili, že pacient je v přímém ohrožení, i když se z nemocničního dispečinku jasně zeptali.

Ředitel záchranné zdravotnické služby Jihomoravského kraje Milan Klusák sdělil, že do zveřejnění výsledku vyšetřování ministerstva zdravotnictví nebude případ komentovat.

Mluvíci resortu zdravotnictví Štěpánka Čechová České televizi řekla, že „zdravotníci na všech stranách udělali maximum pro záchranu pacienta“. Komise by měla vše objasnit v průběhu týdnu.

Zdroj: www.novinky.cz, 22. 3. 2016



Kazuistika

Zbytečně pozdní diagnóza cystické fibrózy

MUDr. Alena Holčíková, Ph.D.¹, MUDr. Denisa Pavlovská²

¹ CF centrum při KDIN, FN Brno, ² KDR, FN Brno

■ Úvod

Cystická fibróza (CF), dříve nazývaná mukoviscidóza, je závažné dědičné autozomálně recesivně přenášené onemocnění, charakterizované progresivním onemocněním plic, neprospíváním, insuficiencí zevní sekretní funkce slinivky břišní, vysokou koncentrací chloridů v potu a neplodností dospělých mužů. Ještě před několika desetiletími byla CF smrtícím onemocněním, a to zpravidla již v útlém dětském věku. Současná moderní terapie změnila prognózu nemocných, výrazně prodloužila věk a zlepšila kvalitu života nemocných. Základní podmínkou však

je na onemocnění myslet, co nejdříve stanovit diagnózu a zahájit komplexní terapii. V současné době u nás víme asi o 500 diagnostikovaných nemocných s CF. Odhaduje se, že podobný počet nemocných není diagnostikován, a tedy ani správně léčen. CF nemocný může být pro opakované záněty dýchacích cest mylně zařazen mezi alergiky, sledován v ORL ambulancích pro chronickou sinusitidu či nosní polypózu nebo být v péči gastroenterologa a veden pod diagnózou celiakie či neurčité neprospívání. Může rovněž být léčen pro opakované záněty slinivky břišní či vyšetřován pro nejasnou hepatopatii. Pro opakovaný prolaps rektální

sliznice malého dítěte o ně může pečovat chirurg. V neposlední řadě může nepoznaný dospělý nemocný muž být vyšetřován pro neplodnost.

Léčba CF přináší efekt tím větší, čím je pravidelná léčba důslednější, a rovněž tím více, čím dříve je zahájena, nejlépe již v kojeneckém věku. Pozdě diagnostikovaní nemocní mají zpravidla v důsledku chronického bakteriálního zánětu v dolních cestách dýchacích na průduškách a na plicích již nevratné změny. V roce 2009 byl proto na naléhání pracovní skupiny pro CF ministerkou vyhláškou rozšířen v České republice





novorozenecký screening (NS) i o cystickou fibrózu. Po šesti letech od zahájení NS je na aktivně vyhledaných dětech patrný efekt včasné zahájené léčby, prospívají, rostou a zatím se zdravotně nijak neliší od zdravých vrstevníků. Není tomu tak u dětí, u kterých se diagnóza onemocnění zbytečně opozdila.

■ Kazuistika

Následující typická CF kazuistika, avšak zbytečně pozdě diagnostikovaná, je z února 2016.

Nyní devítiletá dívka se narodila rodičům jako druhorozená. Rodiče původně měli dlouhodobě potíže s otěhotněním, až 6 let. **Každé 5 let neplodné manželství má projít genetickým vyšetřením, kde je i pátrání po CF automaticky zahrnuto.** Matka za svobodna měla totéž příjmení jako otec. **Příbuzenské manželství má projít genetickým vyšetřením.** V tomto případě však shodné příjmení byla pouze náhoda. Holčička od kojeneckého věku neprospívala a mívala řídké stolice. Od 6. měsíce věku byla sledována pro neprosívání na endokrinologii a užívala hormonální substituci. **Každé neprosávající dítě, zejména s opakovaně řídkými stolicemi, má mít proveden potní test.** Dívka bývala i opakovaně nemocná, obtíže se ani po adenotomii ve 3 letech nezmiřily, a tak byla vyšetřena na alergologii. Alergen prokázán nebyl, přesto zůstala dispenzarizována a léčena s diagnózou asthma bronchiale. Užívala preventivně inhalační kortikoidy a při potížích salbutamol. Potíže přetrvávaly. Dlouhodobě kašlala a začala být po námaze dušná, a tak ukončila pohybový zájmový kroužek. Od začátku roku 2014 začala i vykašlávat hnisavé sputum. **Dlouhodobá expektorace hnisavého sputa u dítěte nebývá obvyklá a je indikací k provedení potního testu.** V létě téhož roku byla krátce hospitalizována pro pneumonii s výpotkem a pansinusitidu. Kultivačně ze sputa byl izolován *Staphylococcus aureus* a *Streptococcus pneumoniae*. Po propuštění byla pro přetrvávající zastření na dutinách předána do péče ORL ambulance.

Tam pro nezlepšení zánětu v dutinách byla po 3 měsících pro neúčinnost léčby dispenzarizace ukončena. **Každá chronická sinu-**

sitida by měla být zkontrolována potním testem. V té době si rodiče všimli, že má dítě „divné“ nehty – ve tvaru paliček! **Kardinální důvod pro potní test!** Navíc již čtyři poslední roky mívala řídké páchnoucí stolice i 4–5× denně, často s příměsí tuků. Jedla hodně a s chutí, avšak přesto neprosívala. Ráda si jídlo přisolovala. **Další tři důvody pro provedení potního testu!** V lednu letošního roku se přidaly bolesti břicha a ve stolici se objevovala krev z anální fisury. **Prolapsy rektální sliznice a krvácení z konečníku u dětí je třeba zkontrolovat potním testem.**

Pro tyto obtíže byla vyšetřena na chirurgii, kde bylo indikováno ultrazvukové vyšetření břicha a střev. Sonografické vyšetření břicha prokázalo steatózu jater. **Nejasná hepatopatie má mít v souboru diferenciální diagnostiky zahrnut potní test.** Ultrazvukové vyšetření střev prokázalo jen minimální chronické zánětlivé změny na colon a tenkém střevě. Nicméně rentgenoložka doplnila, že obdobný nálezní vidá u pacientů s cystickou fibrózou. Teprve tehdy, ihned následující den, se provedl potní test, který byl pozitivní, hodnota chloridů v potu byla 105 mmol/l. Konečně byla diagnóza cystické fibrózy stanovena. Potvrzena byla o týden později genetickým vyšetřením, které prokázalo dvě mutace v CFTR genu. Ihned byla zahájena komplexní terapie s pankreatickou substitucí, inhalacemi mukolytik s účinnou adekvátní fyzioterapií, cíleně antibiotiky se přelétl bakteriální zánět v dolních cestách dýchacích.

Při kontrole po měsíci přibrala 3,5 kg na váze, vymizel poslechový nálezní na plicích, zmírnila se expektorace a zlepšily se plicní funkce. Nicméně HRCT plic vykazuje již trvalé změny na plicích, jsou patrné oboustranné rozsáhlé bronchiektazie.

Od kojeneckého věku tak byla téměř desetkrát indikace k provedení jednoduchého vyšetření potním testem. Potní test je nebolestivý výkon, trvá něco přes půl hodiny a výsledek je znám ještě týž den.

Nechť je uvedena kazuistika k zapamatování při příštích vyšetřovacích rozhátech pediatrii u neprosávajících a opakovaně respiračně nemocných dětských pacientů.

■ Přes 80 tisíc Čechů má žloutenku C a spousta z nich to vůbec neví

Více než 80 tisíc Čechů má podle nejnovější studie chronickou žloutenku typu C. Řada z nich to neví, nákaza je totiž dlouho bez příznaků. Naději na úplné uzdravení dává nová léčba. Právu to řekl ve středu profesor Roman Chlábek, vedoucí katedry epidemiologie Fakulty vojenského zdravotnictví Univerzity obrany v Hradci Králové.

„Loni jsme vyšetřili více než tři tisíce dospělých a zjistili, že lidí s prodělanou žloutenkou typu C je v populaci osmkrát více, než nám ukazovala data z roku 2001, kdy se naposledy dělal národní sérologický přehled,“ informoval.

V přepočtu na celou populaci je lidí s tímto onemocněním v Česku 140 tisíc. Zhruba 80 tisíc z nich tvoří lidé, kteří s touto infekcí žijí, aniž by si to uvědomovali.

Nejčastější důvod transplantace jater

Tato žloutenka je přitom vůbec nejzávažnější. Není možné se proti ní očkovat, její konečná fáze je nejčastějším důvodem transplantace jater.

Počínající onemocnění lze podle profesora rozpoznat, pokud se člověk cítí velice unaven, trpí poruchou spánku nebo přechodnou ztrátou chuti k jídlu. Příznakem může být i napětí v pravém podžebří, trávicí obtíže, svědění kůže či její žluté zabarvení. Pacienti se mohou na žloutenku typu C nechat laboratorně testovat u svého praktického lékaře.

Rizikové i tetování

Velké množství nakažených profesor Chlábek odůvodňuje tím, že přenos nemoci je možný krví, vzácně během porodu z nakažené matky na dítě. S vysokým rizikem přenosu se potýkají narkomani, rizikové jsou i tetování či piercing, pokud byly provedeny nesterilními jehlami.

„Zvláštní skupinu tvoří lidé, kteří obdrželi krevní transfuzi před rokem 1992, kdy ještě nebyl znám virus hepatitidy C, a krevní produkty proto nebyly testovány,“ dodal.

Neléčená žloutenka typu C může mít pro pacienta vážné až osudové následky. Výjimkou není cirhóza nebo rakovina jater. Pokud se ale nemoc zachytí včas, je léčitelná. Naději dává nová metoda léčby, spočívající v nových medikamentech.

Zdroj: www.novinky.cz, 31. 3. 2016



X. kongres primární péče

Kulaté stoly

■ Chyby a perspektivy moderní diagnostiky

Svědčí nález protilátek vždy pro nemoc? Kdy indikovat sérologická vyšetření? Jak správně interpretovat laboratorní výsledky? Co nabízí POCT diagnostika v ordinaci praktických lékařů? Nejen na tyto otázky dostali odpovědi účastníci Kongresu primární péče v bloku věnovaném vyšetřovacím metodám.

„Infekční nemoc je interakce makro- a mikroorganismu, tedy dvou živých organismů, které se oba chtějí zachovat při životě,“ konstatovala úvodem doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc., z Kliniky infekčních, parazitárních a tropických nemocí 2. LF UK a Nemocnice Na Bulovce, Praha. V případě mikroorganismu hraje důležitou roli jeho invazivita a infekční dávka, u makroorganismu povrchové bariéry, nespecifické a později specifické imunitní mechanismy.

„V současnosti stoupá počet nemocných, kteří přicházejí s tím, že mají zjištěny ‚protilátky‘ – někdy neuvádějí žádné příznaky, někdy nespecifické, výsledky mají posbírány z různých pracovišť, při podrobné anamnéze udávají neurčitě obtíže a dožadují se dalšího vyšetření i léčby. Mají takoví pacienti infekční onemocnění?“ položila řečnickou otázku doc. Marešová a dodala, že v případě infekcí je klíčové stanovení správné diagnózy a etiologie. K tomu napomáhá rodinná, osobní, epidemická a cestovatelská anamnéza a dále subjektivní potíže u aktuálního onemocnění, objektivní nález, zhodnocení stavu vědomí, krevního tlaku, pulsu, dechové frekvence a případně meningeálního syndromu. „Uvedené body nám pomohou stanovit ‚pracovní diagnózu‘ a až poté se začínáme rozhodovat o odběrech a laboratorních vyšetřeních pro určení klinické diagnózy,“ upřesnila. Často postačí indikace základních biochemických vyšetření – krevního obrazu, moči, jaterních testů, urey, kreatininu, mineralogramu, glykémie apod., případně ostatních pomocných a zobrazovacích metod (např. EKG).

Výtěr z nosu = vyhozené peníze

Co se týká infekčních chorob a zásad mikrobiologického vyšetření, nabízejí se především indikace diagnostické a diagnosticko-terapeutické (agens + citlivost), dále screeningové, epidemiologické (typizace) a profylaktické (pacienti na JIP). Ze specifických laboratorních metod jsou nejdůležitější ty přímé, tedy vizuální (paraziti makroskopických rozměrů), mikroskopické vyšetření nativních či speciálně barvených preparátů, kultivační průkaz, imunofluorescenční a ultramikroskopická vyšetření, průkaz antigenu nebo PCR. „Zásadní je však myslet na to, že imunochemické a genetické metody mohou dávat pozitivní výsledek i v případě mrtvých mikroorganismů. Zbytky mikrobů mohou být ve fagocytech prokázány i po několika měsících. Nejspolehlivější výsledky tedy získáme z míst primárně prostých mikrobů – krve, likvoru nebo moči,“ zdůraznila doc. Marešová a dodala: „Třeba výtěr z nosu znamená naprosto vyhozené peníze, protože nos je osídlen nejvíce bakteriemi, které tam patří – je to taková naše ‚ZOO‘ – a neřekne nám nic k žádné klinické diagnóze. Význam má jen u pacientů přicházejících na JIP pro znalost přirozeného osídlení.“

Pokud jde o kultivace z dalších míst s trvalým výskytem bakterií, výtěr z krku se uplatní pouze při diagnóze tonzilofaryngitidy (*S. pyogenes*, vzácně *Arcanobacterium haemolyticum*, *Corynebacterium diphtheriae*), dále se provádí výtěr ze spojivek (*S. aureus* či *C. trachomatis*) a ze středouší po paracentéze (*S. pneumoniae*, *H. influenza*, *S. pyogenes*, *Moraxella catarrhalis*). „Rozhodující je tedy správný odběr ze správného místa. Faktem také je, že pouze 15–20 % tonzilofaryngitid je bakteriálních,“ komentovala doc. Marešová.

Lečte nemoc, nikoli laboratorní výsledky

Krátce se zmínila i o nepřímých mikrobiologických metodách: „Je nutné si uvědomit, že při nich prokazujeme pouze reakci imunitního systému na přítomnost infekčního agens. Jeho hladiny neříkají nic o průběhu onemocnění.“

K dispozici máme klasické i novější sérologické testy, zvýšenou pozornost je třeba věnovat interpretaci jejich výsledků. Sérologická vyšetření jsou indikována při hledání původce choroby – nutný je akutní vzorek, dále rekonvalescentní vzorek nejdříve po 7, spíše po 14 dnech, posouzení dynamiky protilátek a kombinace s přímým průkazem agens. Využít je lze při posouzení imunitního stavu před očkováním nebo při podezření na remisi, což však vyžaduje znalost průběhu protilátkové odpovědi a porovnání koncentrací při první atace. Při sledování choroby se známým původcem jsou sérologická vyšetření naopak zbytečná, koncentrace protilátek totiž nekorelují s klinickým stavem.

Jak závěrem zdůraznila doc. Marešová, laboratorní zpracování materiálu a posléze interpretace výsledků předpokládají znalost patogeneze očekávané nákazy, stadia onemocnění v době odběru, specifitu a senzitivitu testu a „normální“ i patologické hodnoty. Mezi nejčastější chyby ze strany klinika patří nesprávný odběr biologického materiálu, odběr materiálu z nesprávného místa, nesprávný transport s prodlevou a nedostatečné informace pro mikrobiologa. Ze strany laboratoře to pak jsou neadekvátní přístupy k odlišování infekce a kolonizace a dále nesprávná interpretace zejména sérologických vyšetření – tedy takzvané titritidy. „Musíme léčit nemoc, nikoli laboratorní výsledky,“ uzavřela své vystoupení doc. Marešová.

Všechna zbytečně indikovaná vyšetření jsou chybná

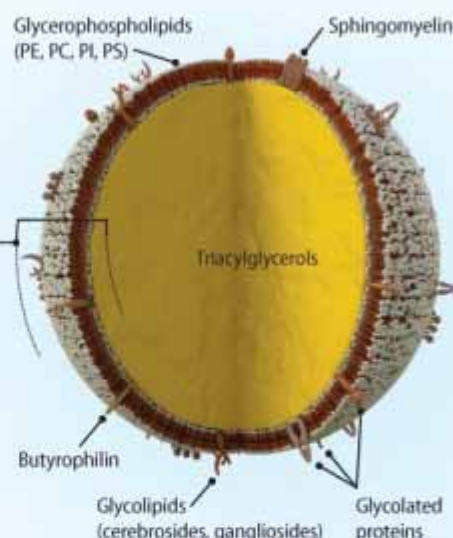
Chyby a omyly v moderní diagnostice přišel na Kongres primární péče po 10 letech znovu prezentovat prof. MUDr. Vladimír Palička, DrSc., z Ústavu klinické biochemie a diagnostiky LF UK a FN Hradec Králové. „Když požadují laboratorní vyšetření, chci aby mělo co nejvyšší výpovědní hodnotu a aby výsledky byly přesné, správné a srozumitelné,“ uvedl.

Připomněl, že chyba je obvykle definována jako podstatná odchylka od správné hodnoty, způsobená např. špatným nastave-

INSPIROVÁNO PŘÍRODOU - POTVRZENO VĚDOU

Jednou z klíčových složek mateřského mléka je mléčný tuk, jehož každá kapka je obalena lipo-proteinovou membránou tzv. MFGM.

MFGM Milk Fat Globule Membrane



Klinicky prokázané účinky MFGM

Posilování imunitního systému
Snížení počtu zánětů středního ucha



● Mateřské mléko ● Náhradní kojenecká výživa s MFGM ● Náhradní kojenecká výživa bez MFGM

Rozvoj poznávacích funkcí



● Mateřské mléko ● Náhradní kojenecká výživa s MFGM ● Náhradní kojenecká výživa bez MFGM





ním systému nebo nedodržením správného postupu, a neměla by se vyskytovat. V porovnání s tím nejistota představuje číselný interval, v němž se nachází výsledek měření s daným intervalem spolehlivosti. „Je nedílnou součástí jakéhokoli měření a je ‚nezrušitelná‘ – nejen u laboratorních výsledků,“ konstatoval prof. Palička a dodal: „Při záplavě biochemických a jiných komplementárních vyšetření je logické, že se chyby statisticky vyskytovat musejí. Data z USA říkají, že chybná rozhodnutí lékařů nebo jeho chybné postupy vedou ve Spojených státech ročně k 98 000 úmrtí. Laboratoře se na tomto čísle podílejí jen drobně.“

Pokud se týká laboratorních měření, nejčastěji se chyby vyskytují v preanalytické fázi (46–68 %), tedy ještě před vyšetřením vzorku. Příčinou je obvykle hemolýza krve, chybný odběr (špatná zkumavka, nesprávné množství vzorku aj.), sraženina, chyba v identifikaci vzorku nebo pacienta, nevhodná doba mezi odběrem a analýzou či špatná příprava nemocného. Četnost analytických chyb (7–13 %), vzniklých přímo při vyšetření materiálu v laboratoři, v posledních letech poklesla díky moderní technice a automatickým analyzátorům na zlomek původních hodnot. V postanalytické fázi je výskyt chyb překvapivě poměrně vysoký (18–45 %) – nejčastěji vznikají špatnou interpretací výsledků a neadekvátní reakcí. „Ordinující lékař by měl při hodnocení testů mj. znát nejistotu měření, kterou by mu měla sdělit laboratoř, a dále biologickou variabilitu sledovaného parametru. Některé laboratorní hodnoty totiž během dne fyziologicky kolísají až o desítky procent,“ zdůraznil prof. Palička. Lékař by měl rovněž umět posoudit, zda vyšetření provedené s časovým odstupem skutečně odráží změnu zdravotního stavu pacienta, či zda se pohybuje v pásmu individuální biologické variability a nejistoty měření.

V této souvislosti upozornil na problematiku výuky studentů medicíny – lékařské fakulty podle něj málo a nedostatečně učí výběr a indikaci vhodných testů a interpretaci jejich výsledků. „Naši medicíni znají daleko lépe obraz srdečního infarktu v mikroskopu než rozhodovací limit koncentrace troponinu pro diagnostiku srdeční ischemie. Nicméně v praxi budou mít pro zhodnocení biopsie či pitvy vždy k dispozici kvalifikovaného patologa, zatímco laboratorní vyšetření budou muset vybírat sami a jen málokdy budou mít k dispozici klinického biochemika pro jejich zhodnocení,“ konstatoval

prof. Palička. Uvedl dále, že 10–20 % chyb negativně ovlivní úroveň péče a více než 3 % přímo ohrozí zdraví pacienta. „Ekonomové považují také všechna zbytečně indikovaná a provedená vyšetření za chybná. Přitom se ukazuje, že až polovina lékařů naordinuje nemocnému, jenž si to přeje, test, o kterém vědí, že je zbytečný,“ zdůraznil s tím, že vše nelze diagnostikovat laboratorně a příliš mnoho správných testů – tedy jakási „defenzivní medicína“ – může lékaře zavést přesně tam, kam jeden chybný.

Testování v místě poskytované péče racionální klinicky i ekonomicky

Možnosti POCT diagnostiky – tedy „point of care testing“ – v moderní ordinaci praktického lékaře prezentoval MUDr. Petr Šonka, člen předsednictva SPL ČR: „Testování v místě poskytované péče, ať už jde o laboratorní, nebo přístrojové vyšetření, přináší okamžité podklady pro klinické rozhodování. Využitelné je jak při akutních stavech, tak při dispenzarizaci, a pomáhá nám racionalizovat odesílání pacientů do sekundární péče.“ V českém zdravotním systému podle něj stále přetrvává okleštění kompetencí praktiků z období socialistického zdravotnictví, a tudíž vznikla hypertrofická síť ambulantních specialistů a nemocniční péče. „Praktičtí lékaři jsou přitom schopni kvalitně poskytnout široké spektrum péče. Zavádění POCT je součástí dlouhodobé snahy odborných společností o rozšiřování kompetencí praktiků a konečně přináší úspěchy,“ dodal MUDr. Šonka s tím, že ČR je regionálním lídrem v metodách POCT i přístrojovém vybavení. Počet výkonů POCT v ordinaci praktických lékařů, které hradí zdravotní pojišťovny, se od roku 2007 více než zdvojnásobil. Jedná se např. o:

- kvantitativní stanovení CRP (kód výkonu 02230, 102 bodů), souběžně je nutno vykázat odběr kapilární krve (kód 09111, 30 bodů);
- kvantitativní stanovení INR z kapilární krve (kód 01443, 180 bodů);
- analýza moči chemicky (kód 09123, 38 bodů);
- streptest (kód 02220, 158 bodů);
- stanovení glukózy glukometrem (kód 01441, 19 bodů) – k ověření změn koncentrace glykémie při podezření na dekompenzaci diabetika nebo v rámci dispenzární prohlídky, dále ke stanovení postprandiální glykémie u osob, jež nemají možnost selfmonitoringu, a u jedinců neléčených pro diabetes, kdy je charakter

obtížů suspektů z dekompenzace diabetu; nelze použít jako screeningové vyšetření, při preventivních prohlídkách a pokud je současně odebírána venózní krev za účelem biochemického vyšetření;

- stanovení glykovaného hemoglobinu HbA_{1c} v ambulanci (kód 01445, 155 bodů);
- průkaz albuminu v moči (kód 81327, 67 bodů) – praktický lékař může vykazovat v rámci dispenzární prohlídky u diabetika 2. typu, když ho sám dispenzarizuje (pouze zdravotnické zařízení, které má nasmlouváno výkon);
- stanovení okultního krvácení ve stolici (kódy 15120, 15121, 155 bodů) – u osob ve věku 50–55 let jednou ročně, od 55 let jednou za 2 roky;
- EKG vyšetření (kód 09127, 121 bodů) – diferenciální diagnostika bolesti na hrudi, preventivní prohlídka (od 40 let každé 4 roky), každý hypertonik jednou za rok, každý dispenzarizovaný diabetik jednou za rok, předoperační vyšetření.

„Od roku 2014 mohou být laboratorní POCT výkony nasmlouvány každé ordinaci praktika, která o to požádá. Podmínkou je absolvování předepsaného kursu – SPL v tomto ohledu usiluje o zrušení –, dále vlastnictví přístroje a účast v externí kontrole kvality,“ komentoval MUDr. Šonka.

„Ordinující lékař by měl při hodnocení testů mj. znát nejistotu měření, kterou by mu měla sdělit laboratoř, a dále biologickou variabilitu sledovaného parametru. Některé laboratorní hodnoty totiž během dne fyziologicky kolísají až o desítky procent. Rovněž by měl umět posoudit, zda vyšetření provedené s časovým odstupem skutečně odráží změnu zdravotního stavu pacienta.“

Prof. Vladimír Palička, Ústav klinické biochemie a diagnostiky LF UK a FN Hradec Králové

Závěrem ještě představil dva nové výkony POCT, které mohou provádět praktičtí lékaři:

- neinvazivní ambulantní monitorování krevního tlaku (kód 17129, 344 bodů) – sdílený výkon autorské odbornosti kardiologie, umožňuje přesné posouzení cirkadiálního průběhu krevního tlaku v běžném prostředí pacienta, reaktivity na fyzickou a psychickou zátěž a variability krevního tlaku; praktický lékař smí výkon vykazovat pouze u jím registrovaných pacientů, které sám dispenzarizuje



pro hypertenzi, maximálně dvakrát za rok u jednoho nemocného; holter lze indikovat při podezření na rezistentní, epizodickou, maskovanou či sekundární hypertenzi, fenomén bílého pláště, hypotenzní stavy, diabetickou vegetativní dysautonomii či při nutnosti ověřit účinnost změny léčby; podmínkou nasmlouvání je vlastnictví přístroje kategorie AA podle BHS;

- měření indexu kotník-paže (ABI) na čtyřech končetinách oscilometrickou metodou (kód 12024, 118 bodů) – sdílený výkon autorské odbornosti angiologie, cílem je odhalení časných stadií ICHDK; praktický lékař smí vyšetření indikovat u symptomatického pacienta s podezřením na ICHDK, souběžně s dispenzární prohlídkou nekomplikovaného diabetika 2. typu nebo u jím registrovaného asymptomatického pacienta staršího 60 let s alespoň jedním obecně uznávaným rizikovým faktorem aterosklerózy.

„Česká republika je první zemí EU, kde je měření indexu ABI hrazeno z prostředků zdravotního pojištění. V současnosti je na trhu několik typů přístrojů – u toho, který měří krevní tlak na třech končetinách, je třeba provést a zaznamenat do dokumentace dvě měření, pokaždé s použitím jiné horní končetiny. Je to podmínka proplacení tohoto vyšetření,“ upřesnil MUDr. Šonka a dodal: „Výkony POCT v ordinaci praktika tedy představují velmi dobře schůdnou cestu ke zvýšení příjmů, bohužel ale stále málo využívanou. Přitom od zdravotních pojišťoven nelze očekávat významné navýšování kapitační platby, ale spíše ochotu platit více peněz pouze za lepší péči.“

Na příkladu jedné nejmenované venkovské praxe s 2 600 pacienty (obec s přibližně 7000 obyvateli) ukázal ekonomický benefit plynoucí z výkonů POCT vykázaných v roce 2015 – vyšetření EKG indikováno 458× (55 000 Kč), TOKS 375× (60 000 Kč), INR 755× (144 000 Kč), CRP 673× (73 000 Kč), kapilární krve 677× (21 000 Kč), žilní krve 895× (35 000 Kč), moči 145× (6 000 Kč), FW 567× (16 000 Kč), oxymetrie 40× (3 000 Kč), indexu ABI 310× (38 000 Kč) a holterem TK 99× (23 000 Kč), celkem tedy 474 000 Kč.

Technické hračky dětského praktika

O nadstandardním vybavení, které v moderní ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost zkvalitňuje péči o nejmenší pacienty, se závěrem zmínil MUDr. Michal

Pukovec z Nového Jičína. Jeden z běžných diagnostických přístrojů k vyšetření glykémie pomocí ampérometrické technologie a současně k měření koncentrace cholesterolu a triglyceridů v krvi reflektometrickou metodou představuje MultiCare.

„Dnes již téměř standardní vybavení ordinace dětského praktika tvoří plně automatické zařízení QuikRead go, jež slouží ke kvantitativnímu a kvalitativnímu měření a používá se v kombinaci se soupravami re-agencií. Snadná obsluha, rychlost a spolehlivost výsledků činí z tohoto systému cenný nástroj pro každodenní práci, v případě potřeby ho lze připojit k laboratorním informačním softwarům,“ uvedl MUDr. Pukovec a upozornil v této souvislosti na QuikRead go CRP+Hb – rychlý diagnostický test určený ke kvantitativnímu stanovení CRP a hemoglobinu z jednoho vzorku. K detekci streptokoků skupiny A (*S. pyogenes*) – jedné z základních původců bakteriální faryngitidy – ve vzorcích výtěrů z krku je pak určen jednoduchý test QuikRead go Strep A. „I přes možnosti tohoto vyšetření se ČR dostává na přední místa ve spotřebě makrolidových antibiotik,“ komentoval MUDr. Pukovec.

Jak dále uvedl, pokud nestačí hodnota hemoglobinu naměřená při vyšetření CRP, pak lze použít hematologický analyzátor, jenž stanoví současně 18 parametrů včetně diferenciálu. Výsledky jsou získány do 45 sekund, automatický podavač chrání uživatele přístroje před kontaminací zvenčí, čímž ještě zvyšuje přesnost testu. Další pomůckou pro rychlé testování je vyšetření jaterních testů AST a ALT v rámci diferenciální diagnostiky (tonzilitidy, mononukleóza, virus Epstein-Barr, cytomegalovirus, hepatitidy apod.). Neméně důležitým přístrojem je močový analyzátor Uri Tex, který poskytuje kompletní močovou analýzu včetně stanovení koncentrace mikroalbuminu a kreatininu.

MUDr. Pukovec se rovněž zmínil o spolehlivém a snadno přenosném inkubátoru Cultura M, který je určen k inkubaci při teplotách v rozmezí 25–48 °C s využitím jednoduchých kultivačních testů Uricult, určených pro detekci infekcí močových cest. Testy mohou být prováděny okamžitě po odběru vzorků moči. „Naočkovaný Uricult vložíme na 24 hodin do inkubátoru a pokud dojde k nárůstu bakteriálních kolonií na živné půdě, odesíláme jej do laboratoře k interpretaci a stanovení citlivosti,“ objasnil a dodal, že mezi velmi častá onemocnění u dětí patří záněty dolních i horních cest dýchacích. Při jejich řešení se velmi dobře uplatňuje inha-

lační léčba. K tomu, aby ji děti zvládaly a ne bály se, slouží inhalační systémy s veselým a interaktivním designem – třeba ve tvaru hasičského auta nebo stavebnice –, které malé pacienty zabaví.

„Aby nás nezaskočila nepředvídatelná situace, abychom byli schopni poskytnout adekvátní přednemocniční pomoc a nestáli nad pacientem jen s holýma rukama, měli bychom se vybavit resuscitačním setem – púllitrovou lahví s redukčním ventilem, dýchacím vakem s univerzální maskou, vzduchovody, kleštěmi na vytáhnutí jazyka a kuželovitým rozvíračem úst. Náhoda přeje připraveným,“ uzavřel MUDr. Pukovec.

jat

Desatero zásad pro indikaci a interpretaci laboratorních testů

1. Vše nelze diagnostikovat laboratorními testy.
2. „Defenzivní medicína“ není důvodem pro ordinaci laboratorních testů.
3. Nadměrný počet testů je pro pacienta nebezpečný.
4. Používejte Bayesiánský přístup (testujte postupně).
5. Správné časování je základem úspěchu.
6. Buďte si vědomi limitací testů.
7. Berte vážně všechny problémy preanalytické fáze.
8. Zapomeňte na spory s komplementem a hledejte spolupráci.
9. Žádný test a žádný výsledek nelze správně interpretovat bez zohlednění klinického stavu.
10. Systém „co nejvíce vyšetření“ pacientovi neprospívá.

Zdroj: prezentace prof. V. Paličky

Onkologická prevence začíná v dětském a dorostovém věku

„O vzniku a příčinách rakoviny toho víme stále zoufale málo, ale známe rizikové faktory i dědičné dispozice k řadě chorob. Nevystavovat děti rizikům, zapátrat v rodinné historii a aktivně se pokusit chránit děti očkováním je velký vklad do jejich budoucnosti. Neměli bychom tedy vedle investic do vzdělání a výchovy našich dětí zapomínat také na jejich budoucí zdraví. Chceme pro ně přece to nejlepší!“ Doc. MUDr. Petra Tesařová, CSc., v Onkologické revue 2016.



Kulatého stolu k onkologické prevenci v dětském a dorostovém věku se na Kongresu primární péče zúčastnili: MUDr. Ilona Hülleová, praktická lékařka pro děti a dorost (PLDD) a předsdkyně Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR (SPLDD), MUDr. Alena Šebková, PLDD, předsdkyně Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP (OSPDL), Ing. Karla Mališová z MŠMT, Mgr. Veronika Ďugovičová ze SZÚ, MUDr. Ing. Tomáš Votava z Dětské kliniky LF UK a FN Plzeň, prof. MUDr. Jan Starý, DrSc., přednosta Kliniky dětské hematologie a onkologie 2. LF UK a FN Motol v Praze, MUDr. Viera Bajčiová, CSc., z Kliniky dětské onkologie FN Brno, doc. MUDr. Petra Tesařová, CSc., z Onkologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze, Markéta Havlová ze sdružení DialogJesenius, redaktorky Onkologické revue Marcela Horáková a PhDr. Jana Vytlačilová a MUDr. Parvine Gricová, PLDD z Uherského Hradiště, vedoucí pracovní skupiny pro očkování OSPDL.

„Musím přiznat, že jsem nikdy nepřemýšlela o tom, že bychom se my, dětské praktici, zaměřili na prevenci onkologických onemocnění obecně. Naše dosavadní vzdělávání v tomto směru a spolupráce s dětskými onkology byla zaměřena spíše na umění včasné diagnostiky nádorů v dětském věku, než že by nás napadlo, že bychom se mohli podílet v nějakých velkých preventivních programech. Asi před rokem jsem byla pozvána k účasti na tiskové konferenci na téma onkologické prevence, kde jsem se setkala s doc. Tesařovou, a tehdy jsem si uvědomila, že úkol praktických dětských lékařů pro děti a dorost na poli prevence onkologických onemocnění je poměrně velký. Jde totiž nejen o včasné rozpoznání nádorů nebo o prevenci sekundárních malignit už u nemocných dětí, ale jde také o záležitost rodinných anamnéz a hlavně o to, jak se naše děti a dorostenci chovají, na jaký si zvyknou životní styl, neboť ten se může odrazit v onkologických onemocněních v dospělém věku – a tady je naše úloha obrovská,“ uvedla MUDr. Alena Šebková a dodala, že Odborná společnost praktických dětských lékařů navázala spolupráci s MUDr. Bajčiovou a ve spolupráci s nemocničními pediatry, hematookology, onkology a dalšími odborníky se podílela na vzniku speciálního čísla Onkologické revue – Prevence onkologických onemocnění začíná v dětství, které bylo poskytnuto na Kongresu primární péče všem účastníkům. Upozornila také, že vzhledem k tomu, že už existují jisté

programy zaměřené na dorostový věk, spolupráce musí být nejen mezioborová mezi lékaři, ale i meziresortní mezi institucemi, které mají k prevenci co říci.

MUDr. Ing. Tomáš Votava z plzeňské fakultní nemocnice, který se zabývá dětskou hematookologií, uvedl, že z jeho pohledu je funkce praktického dětského lékaře v rámci časného zachytu onkologických onemocnění velmi důležitá. „Opakovaně se setkáváme s případy, kdy rodiče s dětmi obcházejí buď různé specialisty, ke kterým je dětská praktici směřují, nebo někteří v zásadě bagatelizují jejich problémy. Nelze to samozřejmě paušalizovat, ale rezervy v této oblasti jsou. Mnohé děti kvůli pozdnímu zachytu přijdou pozdě. Je tedy třeba se věnovat hlavně otázce edukace.“

Síto propouští tolik nečistot, jak velké jsou v něm díry

„Pracuji na Klinice dětské onkologie v brněnské fakultní nemocnici a věnuji se aktivně i oblasti prevence nádorových onemocnění u dětí a adolescentů, a vidím dva hlavní směry, které je nutné zlepšovat a rozšiřovat, a to především práci s mladou generací, edukaci,“ uvedla MUDr. Viera Bajčiová. A dodala: „Když řeknu adolescentovi, že mu ve třiceti letech něco hrozí, tak ho to vůbec nezajímá, protože třicetiletý člověk je pro něho kmet, a vůbec se nezajímá, co bude v padesáti, protože padesátník je v jeho očích „těsně před smrtí“. Není tedy snadné s adolescenty pracovat. Je třeba volit přijatelnou formu, která je jim blízká, což je především internet.“

Jako druhou důležitou stránku prevence vidí MUDr. Bajčiová spolupráci s lékaři primární péče. „Obrazně řečeno, síto propouští tolik nečistot, jak velké díry v něm jsou – když lékaři primární péče nebudou dostatečně edukováni a vezmou v potaz jen informaci, že nádorová onemocnění u dětí a adolescentů jsou vzácná, měli by si na druhé straně uvědomit, že jsou na třetím místě úmrť u adolescentů. Pak si jistě uvědomí, že se tato problematika týká každého,“ řekla MUDr. Bajčiová.

„My, dospělí onkologové, máme mnoho důvodů být frustrováni, protože 50 % našich pacientů na zhoubná onemocnění umírá,“ konstatovala doc. MUDr. Petra Tesařová, CSc., z Onkologické kliniky 1. LF UK a VFN, která se zabývá především léčbou karcinomu prsu. A dodala: „Trápí nás jak pozdní zachyt nádorů, tak i zvyšující se incidence, proto považujeme prevenci od dětského věku za

nesmírně důležitou. V rámci prevence karcinomu prsu jsme se věnovali stále mladším a mladším ročníkům jak v samovyšetřování, tak i v problematice takových návyků, jako je kouření. Co se týče edukace prevence z hlediska očkování, ukázalo se, že teenagery jsou mnohdy schopni to pochopit lépe než jejich matky. Podle mě je tato skupina zcela klíčová.“

Přednosta Kliniky dětské hematologie a onkologie 2. LF UK a FN Motol v Praze prof. MUDr. Jan Starý, DrSc., zdůraznil, že prevence nádorových onemocnění a včasná diagnostika je povinností všech. „Důležitá je i primární osvěta. Proto jsme začali veřejnost aktivně oslovovat dnem dětské onkologie, loni i letos, a to nejen v Praze, rozšířilo se i několik dalších velkých měst, při té příležitosti se konaly různé osvětové akce, které jsou mediálně úspěšné,“ řekl prof. Starý. Upozornil také na besedy v základních i středních školách, kterých se kromě lékařů účastní i odláčené děti.

Ruce na prsa

Mgr. Veronika Ďugovičová z Centra podpory veřejného zdraví Státního zdravotního ústavu (SZÚ) upozornila na druhé kolo projektu podpořeného ministerstvem zdravotnictví Zdravé koule a Markéta Havlová z Dialogu Jesenius informovala o projektu Ruce na prsa, který běží od roku 2013. „Projekt Ruce na prsa iniciovaly velmi mladé pacientky s karcinomem prsu, ženy ve věku 21 a 24 let. Daly projektu i svou tvář, což je velmi důležité, protože když adolescenti vidí mladého pacienta, dokážou si spíše uvědomit a připustit, že se to týká jich samých,“ řekla M. Havlová. Uvedla také, že projekt je zaměřený na mladé lidi ve všech směrech, tedy i formou komunikace s nimi. „Máme aplikaci určenou do mobilních telefonů a je na ni docela velký ohlas. Za rok, co je ke stažení, si ji stáhly již 4 000 lidí,“ uvedla M. Havlová a dodala, že se u mladých pacientek setkávají s tím, že lékař primární péče jejich problém bagatelizoval se slovy: „Vy jste na to příliš mladá“ a žádným dalším způsobem s nimi nepracoval. A zdůraznila, že by rádi rozšířili spolupráci do primární péče tak, aby byly informovány i maminky a vedly své dcery k tomu, aby chodily pravidelně na gynekologii a aby se samovyšetřovaly. Ing. Karla Mališová z MŠMT ČR konstatovala, že realizaci projektu Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí podpořila vláda již v roce 2014 v usnesení č. 23 ze dne 8. ledna



a rovněž Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky v usnesení č. 175 ze dne 20. března 2014.

Účelem Národní strategie Zdraví 2020 je především nastartovat účinné a dlouhodobě udržitelné mechanismy ke zlepšení zdravotního stavu populace. Neméně významná je i její role jako klíčového dokumentu pro splnění předběžné podmínky Evropské komise pro čerpání finančních prostředků z evropských fondů pro oblast zdravotnictví.

„Co se týče podchycení rizika začínajícího zhoubného onemocnění u adolescentů, tak ti, kdo přecházejí ze základního vzdělávání na střední školu, musejí projít preventivní prohlídkou, kde praktík posuzuje, zda je dítě způsobilé a zda unese profil školy, do které se hlásí. Zde by tedy měl být první záchytný mechanismus. Vidíme také prostor pro diskusi v tom, že by se měl nějaký vzdělávací modul týkající se zdraví a prevence nabízet přímo školám,“ řekla Ing. Mališová.

Redaktorka Marcela Horáková konstatovala, že média mají moc, sílu informace poskládat a poslat je dál. „Proto také vznikl nápad na suplementum Onkologické revue týkající se prevence v dětském věku, které jsme měli možnost na Kongresu primární péče poskytnout všem účastníkům. Do jeho přípravy vstoupila i VZP, poskytla prostředky, abychom toto suplementum mohli vydat ve velkém nákladu. Do budoucna všichni lékaři na onkologických pracovištích mají možnost s praktickými dětskými lékaři vytvořit takové suplementum, které bude pro všechny srozumitelné a upozorní je na některé možné reálné diagnózy, které u dětí a adolescentů hrozí.“

Validní informace dostatečně atraktivní pro adolescenty

„Nevýhodou dnešní mladé generace je, že k některým našim materiálům přistupuje a priori negativně. Posuzují to podle vlastních dětí. Děti dnes mají své prostředky, pokusme se tedy chytit, co čtou, na co se dívají. Na internetu najdu kde co, ale většinou jsou to materiály určené lékařům. Při preventivních prohlídkách se děvčat ptám, zda si samovyšetřují prsy, zda byly na gynekologii, učím je, jak si je mají vyšetřovat, ale chtěla bych více materiálů, a to takových, které by děti a adolescenty oslovily,“ řekla MUDr. Parvine Gricová. „Podle mě chybí zdroj validních informací, ovšem dostatečně atraktivních pro ten věk, který chceme oslovit. Tak vymysleme něco, co by tuto vě-

kovou skupinu oslovilo,“ vyzvala kulatý stůl MUDr. Gricová.

MUDr. Ilona Hülleová uvedla, že existuje spousta nástrojů, které jsou však roztříštěné, bylo by tedy vhodné vzájemnou informovanost zlepšit, najít společné postupy a výstupy, které by se mohly dostat ke všem praktickým lékařům pro děti a dorost. „Můžeme k nim dostávat materiály po různých liniích, máme web apod. Potřebujeme nástroje moderní, mladé. Při preventivních prohlídkách mnohdy supluje rodiče dětí, čím dál víc rodin začíná selhávat v základních funkcích, ve stravování a hygienických návycích. Při prevencích tak kolikrát mladistvý více naslouchá svému praktikovi, zvlášť když ho zná roky, než aby určité věci probral s rodičem. Vidím úskalí hlavně v tom, že mnozí pediatri nevědí, kam mají dítě poslat, když mají určité podezření. Na Moravě máme semináře s prof. Štěrbou z brněnské dětské onkologie a nebojíme se děti k němu do Brna posílat. Zaznělo tu, že někteří pediatri problém dítěte bagatelizují, ale myslím, že to někdy ani není bagatelizace, spíš nevědí, kam s ním. Děti pak končí na dospělých chirurgiích, urologiích apod., což není dobré. Také ovšem není zrovna jednoduché říct rodičům: Bojím se, že by to mohlo být něco závažného,“ řekla MUDr. Hülleová.

„Na očkování proti HPV infekci jsou mnohé problémy krásně vidět,“ reagovala MUDr. Alena Šebková. „Nyní došlo k rozšíření indikací, jsou indikace i na mužskou populaci, onkologové upozorňují na souvislosti i nádorů hlavy a krku s HPV infekcí, a my děláme ‚tanečky‘ kolem toho, jestli máme očkovat i chlapce, nebo jestli máme dát šanci jenom děvčatům atd. Myslím, že takhle by to nemělo být, stát by měl dát jasnou strategii a podpořit ji,“ řekla MUDr. Šebková a povzdychla si: „Dostali jsme krásný úkol se prostě zkomunikovat, dohadovat se s rodiči, kteří odmítají očkování, při ministerstvu zdravotnictví se vytvořila komise, kde je nás asi třicet, ale nakonec se nedomluví nic... Spolupráci vidím v opakované edukaci, v rozšíření edukace, už mám v hlavě workshopy v menších skupinách, určitě bychom potřebovali víc edukačních materiálů.“

„Už jsem navrhovala, aby měl každý praktický pediatri vizitky pro kluky ‚Máš koule‘ a to samé pro děvčata ohledně prsů – jsou nutné plakátky, webové stránky, jako jsou např. www.linkos.cz, kde je část určená pro pacienty, jsou tam i nádory adolescentů a zájemci mohou položit otázku a dostatou odpověď,“ reagovala MUDr. Bajčiová.

A Markéta Havlová z Dialogu Jesenius upozornila, že vizitky již jsou v aplikaci Ruce na prsa, kterou si zájemci mohou stáhnout. „Souhlasím, že dnešní mladí lidé mají jiné informační kanály, dívají se na youtubová videa, mají své celebrity a pokud by se podařilo oslovit je právě prostřednictvím jejich celebrit, informace by se k nim dostaly. Máme hodně letáčků, edukační videa i webovou adresu, na které je vtipné, odlehčené video, které má do dnešní doby už 32 000 zhlédnutí,“ uvedla Markéta Havlová.

MUDr. Šebková připomněla, že v současné době se diskutuje úprava webových stránek společností praktických dětských lékařů. „Domluvili jsme se, že kromě webových stránek pro lékaře bychom rádi vytvořili edukační web pro rodiče i pro dorostence, pro veřejnost, o všem, s čím se mohou setkat v praktické medicíně. Myslíme si, že to lékaři i usnadní komunikaci, když bude moci říct ‚tady si to stáhni,‘“ informovala MUDr. Šebková.

„My se občas zlobíme na gynekology, že nám posílají pozdě velmi mladé pacientky s karcinomem prsu. Model souboru těchto pacientek je přitom asi početně hodně podobný souboru onkologických dětských pacientů. Máme vytvořené centrum pro rizikové pacienty, osvědčilo se nám vzhledem k tomu, že všichni jsou v ordinacích přetížení, mít nějaký jednoduchý algoritmus, jakousi kuchařku. Takže například gynekolog diagnostikuje u pacientky karcinom prsu, je zděšený, situace je složitá, ale už jsme udělali tak velké promo této naší aktivitě, že ví, že stačí zavolat na číslo buď do Prahy, nebo do Brna, a my se do jednoho až dvou dnů pacientky ujmem. Jdeme cestou zjednodušení práce pro ty, kteří mají nesmírně těžký úkol – ve spoustě pacientů najít toho správného. Snažíme se jim tu cestu usnadnit, rozhodně se nemusejí bát, že budou kritizováni,“ řekla doc. Tesařová.

hech

Převzato z časopisu AM Review



Ze světa odborné literatury...

■ Patogeny zapříčiňující močovou infekci u kojenců a batolat

V práci prošli více než 4 500 vzorků v 10 zemích Evropy. Nejčastěji byla nalezena *E. coli*, a to ve více než 50 %. Dalšími mikroby byly *Klebsiella*, *Enterococcus*, *Proteus* a *Pseudomonas*. *E. coli* ukazuje vysokou rezistenci na amoxicilin, trimetoprim i na cefalosporin. Jedinečný se jeví nitrofurantoin, jehož rezistence se pohybuje jen kolem 5 %.

Eur J Pediatr. 2015;174:783–790

■ Léčení infantilních hemangiomů: doporučení Evropské expertní skupiny

Vysoká prevalence 2,6–4,5 % infantilních hemangiomů reprezentuje danou skupinu. Zatímco většina regreduje spontánně, kolem 10 % má komplikace jako obstrukce, ulcerace nebo znetvoření. S používáním perorálního propranololu se mnohé konvenční postupy staly obsoletními. Redakce se pokusila předložit určitý konsenzuální rukopis.

Rizikové faktory a patogenese: ženské pohlaví, nízká porodní hmotnost a prematurita. Dívky jsou postiženy 3× častěji než chlapci. Z hlediska porodní hmotnosti se na každých 500 g poklesu váhy riziko zvyšuje o 40 %. Prospektivní studie udávají mnohočetná těhotenství, zvýšení mateřského věku, in vitro fertilizaci, preeklampsii, placentární anomálie, placentární abrupce a abnormální inzerce pupečníku. Pozitivní rodinná anamnéza zvyšuje výskyt těchto tumorózních útvarů dvojnásobně.

Z hlediska patogenese se prezentují tři hypotézy: Vaskulární endoteliální růstový faktor a hypoxií indukovaný HIF faktor. Dále pak případy neonatální hemangiomatózy asociované s placentárními hemangiomy. Za třetí hypoxií indukovaná proliferace vaskulárního charakteru.

Klinický průběh a komplikace: charakteristické nelineární růstové vzorky manifestující se během prvního nebo druhého týdne života, ale ne později než 12. týden života. Růstová rychlost později klesá a obvykle se zastavuje mezi 4. a 6. měsícem života. Segmentální hemangiomy nebo velké fokální hemangiomy se mohou prezentovat během 2.–3. roku života. Ale 90 % hemangiomů spontánně involvuje

mezi 2.–6. rokem života a někdy až do 10. roku života. Avšak 5–10 % infantilních hemangiomů se komplikuje ulceracemi, funkčním narušením a znetvořením.

Ulcerace jsou predilektně na dolním rtu, na šíji a v anogenitální oblasti. Velké, segmentální a superficiální jsou častěji afektované než malé a hluboké. Ulcerace bývají většinou ve 4 měsících v proliferační fázi a mohou být provázeny infekcí a krvácením. K tomu se přidává bolest.

Funkční narušení – periokulární hemangiomy mohou narušovat vizus a zapříčiňovat amblyopii, astigmatismus nebo strabismus. Nazální hemangiomy mohou narušovat dýchání. Lokalizací mohou také vést k subglotické obstrukci. Hemangiomy na rtech mohou často krváčet. Lokalizované na krku vedou k torticollis. Děti s mnohočetnými kožními IH mají zvýšené riziko pro hepatické hemangiomy a měly by být sonograficky screenovány. Multifokální hepatické IH mohou indukovat kongestivní srdeční selhání a tyreoidní dysfunkci.

Znetvoření pochází od hemangiomů v centrální oblasti obličeje, nosu, rtu, čela, zvláště s nekompletní regresí. Umístěné v parotické oblasti delší dobu perzistují.

Vyšetření a diferenciální diagnóza: Pro velké subkutánní hemangiomy, lokalizované v oblasti parotis, v supraglotické oblasti, paratracheálně, je nejlepší sonografie s Dopplerem a někdy MRI. Echokardiografie v kardiálním okolí k zajištění jistoty před kardiálním selháním. Segmentální hemangiomy v obličeji a na krku jsou asociovány s cerebrovaskulárními hemangiomy. Měly by být screenovány MRI angiografií a ECHO již před začátkem léčby propranololem. Je třeba odlišení mezi vaskulárními malformacemi a vaskulárními tumory. Indikace pro léčbu: chirurgická podle lokalizace: v první linii nedoporučovány v proliferační fázi pulsy laserem, limitovaná je kryoterapie, laser při anestezii. Dále není doporučována terapie interferonem pro negativní vedlejší efekty – v 25 % spastické diplegie. Dále pak nedoporučován vincristin pro hematologické komplikace a periferní neuropatii. Potenciálně užitečné jsou kortikosteroidy při propranololové intoleranci nebo kombinace kortikoidy-propranolol. Dále pak léčba sirolimem pro jeho antiangiogenní efekt.

Perorální propranolol: v dávce 6–8 mg/den. V jiných pracích byla již prezentována odpověď na dávku 3 mg/kg/den. Narušení spánku, somnolence a iritabilita popisovány ve 20 %. Propranolol je vysoce lipofilní beta-blokátor.

Kontraindikace propranololové terapie: novorozenci do 4 měsíců věku; potenciální léková interakce: kalciové blokátory, antiarytmika, digitalizace, rifampicin, fenobarbital; bronchiální astma; AV blok II.–III. st. Sick sinus sy; bradykardie a hypotenze; kardiální selhání; hypoglykémie; hypersenzitivita; feochromocytom; Raynaudův syndrom.

Dávka: 0,5–1 mg/kg/den, zvyšovat po týdnu až do finální dávky 2–3 mg/kg/den. Kontroly TK před a 1–2 hod. po každé dávce. V případě bradykardie a hypotenze dávku snižovat. Kontroly hypoglykémie.

Trvání léčby: šest měsíců standard, 17 % relaps; po 12měsíční terapii relaps 5 %.

Eur J Pediatr. 2015;174:855–865

■ Vyšetřování možné spojitosti mezi očkováním dospívajících proti lidskému papiloma viru a migrénou

Byla provedena srovnávací studie v letech 2008–2010. Incidence migrény pro vakcinovanou 12–16letá děvčata (případně chlapce) byla mírně vyšší než v prevakcinačním období. Statisticky však nebylo nic pozoruhodného. Jednalo se o vakcínu Cervarix pro 12letá děvčata. Bylo hlášeno 52 postvakcinačních případů migrény z 800 000 podaných vakcín. Migrény byly popisovány jako těžké, s klasickými příznaky fotofobií a fonofobií. V cílené postvakcinační periodě v letech 2009–2010, kterou srovnali s prevakcinační periodou 2008, nenalezli výraznou diferencii ve skupině 2, 4, 6, 13 týdnů po vakcinaci. Určitě zde hraje roli věk jako klasický začátek migrénových symptomů. Bylo by nutné ještě došetření převzít estrogenové hladiny u děvčat v dané době.

Eur J Pediatr. 2015;174:641–649

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

MYSLETE NA OCHRANU PROTI HEPATITIDĚ TYPU A VČAS!



Pobytem v kolektivu jsou děti vystaveny vyššímu riziku nákazy infekčním onemocněním (například žloutenkou typu A), než když trávily většinu času doma

Mýt si ruce
NESTAČÍ!

Upozornění:
Vakcína Havrix Junior nesmí být aplikována jedincům se známou přecitlivělostí na kteroukoli její složku nebo jedincům, u nichž se po předchozím očkování vakcínou Havrix Junior projeví známky přecitlivělosti.

Na očkování proti hepatitidě typu A lze využít příspěvku zdravotních pojišťoven. Přesné podmínky je nutné ověřit u konkrétní pojišťovny

HavrixTM
720 JUNIOR
Vakcína proti hepatitidě A

Zdravotní 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 hydroxyový hydroxid hlinitý celkem: 0,50 miligramů A3+. Jedna dávka (0,5 ml) vakcíny Havrix 720 Junior monodose obsahuje: virus hepatitis A inaktivovaný 720 ELISA jednotek, adsorbovaný na hydroxyový hydroxid hlinitý celkem: 0,25 miligramů A3+. **KLINICKÉ ÚDAJE:** **Indikace:** Vakcína Havrix je indikována k aktivní imunizaci proti infekci vyvolané virem hepatitidy A (HAV) u osob 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 poskytuje ochranu proti infekci hepatitidou způsobené virem hepatitidy B, hepatitidy C, hepatitidy E ani proti dalším patogenům vyvolávajícím onemocnění. **Dělování a způsob podání:** Dospělí a dospívající od 16 let výše - k základnímu očkování podává jedna dávka vakcíny Havrix 1440 (1,0 ml suspenze). Dti 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 až do 16 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 podstoupit další dávku 12 měsíců po první dávce. **Způsob podání:** Vakcína je určena pro intramuskulární aplikaci. Dospělým a dětem se podává do deltoidní oblasti, malým dětem do anterolaterální strany stehna. Vakcína se nemá podávat do gluteální oblasti. Vakcína Havrix v žádném případě nesmí být podána intravenózně. Osobám s trombocytopenií nebo poruchami srážlivosti krve se musí vakcína Havrix podávat opatrně, neboť u nich po intramuskulární aplikaci může dojít ke krvácení. Na místě vpichu může být po dobu nejméně 2 minut přiložen tlakový obklad (bez mrazu). **Kontraindikace:** Vakcína Havrix nesmí být aplikována jedincům se známou přecitlivělostí 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 nebo závažným onemocněním. Mírná infekce není kontraindikací očkování. Vzhledem k dělování doby hepatitidy A je možné, že očkování osoba by mohla být v průběhu očkování již postižena infekcí. V takových případech není změna, zda očkování přípravkem Havrix ochrání proti rozvoji hepatitidy A. U hemodialyzovaných pacientů a osob s pokročilým imunitním systémem se po jedné dávce vakcíny Havrix nemusí dostát odpovídající titru anti-HAV. Může tak u nich být nutné podat další dávku vakcíny. Podobně jako u všech jiných injekčních vakcín musí být pro případ, že se po aplikaci vakcíny Havrix volně vyvine anafylaktická reakce, okamžitě dostupná lékařská pomoc. Z tohoto důvodu je nutné, aby byla očkována 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 vzácný syndrom jako psychogenní reakce na injekční jehlu. Je důležité zjistit, aby při ev. dalším očkovi o k úrazu. **Interakce:** Vzhledem k tomu, že Havrix je inaktivovaná vakcína, je nepravděpodobné, že by současně podání s jinou inaktivovanou vakcínou vedlo k ovlivnění imunitní odpovědi. Současné podání vakcíny proti břišnímu tyfu, žluté zimnici, choleře (injekční vakcína) nebo tetanu neovlivňuje imunitní odpověď na vakcínu Havrix. Současné podání imunoglobulinů neovlivňuje ochranný účinek vakcíny. Pokud je nezbytné nutné současně podání více vakcín nebo imunoglobulinů najednou, přípravek musí být podán rozdílnými injekčními stříkačkami a jehly do odlišných míst. **Nežádoucí účinky:** Bezpečností proti uvedeným níže **Zvláštní opatření pro uchování:** Vakcína musí být uchovávána při teplotě od +2 °C do +8 °C a chráněna před světlem. Pokud vakcína zmrazí, musí být znehodnocena. Havrix je bílá mléčná zakalená suspenze. Při uchování se může vytvořit jemná bílá usazenina s bezbarvým supernatantem. Před aplikací vakcíny je nutné obsah lahvičky nebo stříkačky protřepat. Před použitím musí být vakcína vizuálně zkontrolována na přítomnost sražených částic a na netypický zrnitý vzhled. Při jakémkoliv vizuálním zjištění odchylky musí být vakcína vyřazena. **Druh obalu a velikost balení:** Havrix 720 Junior Monodose 1 x 0,5 ml v předplněné stříkačce, Havrix 1440 1 x 1 ml v předplněné stříkačce. **DRŽITEL ROZHOVDNUTÍ O REGISTRACI:** GSK SmithKline Biologicals s.a., Rue de l'Institut 89, B-1330 Rixensart, Belgie. **REGISTRAČNÍ ČÍSLO:** Havrix 1440: 58/691/98-C, Havrix 720 Junior monodose: 58/690/98-C. **DATUM PRVNÍ REGISTRACE/PRODLUŽENÍ REGISTRACE:** 13. 11. 1998 / 4. 7. 2012. **DATUM REVIZE TEXTU:** 24. 4. 2013. Vakcína 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. Přípravek aplikujte lékař intramuskulární injekcí. Úplnou informaci pro poskytovatele přípravku najdete v Souhrnu údajů o přípravku na www.gsk.compendium.cz nebo se obraťte na společnost GSK SmithKline, s.r.o., Hlávčova 1734/2a, 140 00 Praha 4. Případné nežádoucí účinky nám prosím nahláste na cz.nabytk@gsk.com. Verze SPC platná ke dni 4. 8. 2016

Reference: 1. Souhrn údajů o přípravku Havrix 1440 a Havrix 720 Junior monodose, poslední revize textu 24. 4. 2013.

CZ/HAV72/0009/16

Schváleno: duben 2016





Aktuality...

Ministr zdravotnictví předal normu o vzdělávání sester, počítá s modelem 4 + 1

Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček (ČSSD) dal vládní legislativě novelu o vzdělávání zdravotních sester. Plné kompetence by sestry podle návrhu měly mít po čtyřech letech střední školy a roce vyšší školy. S modelem 4 + 1, který je podle Němečka osvědčený například v Německu, nesouhlasí některé organizace sester. Sestry nyní pro získání plných kompetencí musejí po střední škole studovat ještě tři roky na vysoké škole.

„Dnes odesíláme do legislativní rady vlády už hotovou novelu zákona o vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků. Základní změnou je, že přecházíme na model 4 + 1, to znamená, že pro zdravotní sestry, které by měly mít plné kompetence k běžné práci u lůžka, již nebude povinností mít vysokoškolské vzdělání,“ uvedl ve středu Němeček.

Ministr požádá vládní legislativce, aby se novele věnovali přednostně, a věří tomu, že změnu podpoří rychle také Poslanecká sněmovna. Norma by podle něj mohla být přijata do konce letošního roku, takže od příštího školního roku už by se jí mohlo vzdělávání sester řídit.

Němeček připomněl, že změna je v souladu s požadavky EU i osvědčenou praxí například v Německu.

Více sester do nemocnic?

Nyní ze středních zdravotnických škol vycházejí zdravotničtí asistenti, kteří nemohou pracovat samostatně, jen pod dohledem, a mohou vykonávat jen některé úkony. Ti by si mohli rokem studia na vyšší odborné škole kompetence rychle doplnit, což by ještě navýšilo příliv vzdělaných sester do nemocnic. Ministr počítá i s tím, že k sesterské práci bude lidi motivovat lepšími platy.

Podle Asociace vysokoškolských vzdělavatelů nelékařských zdravotnických profesí v ČR se zkrácením studia zdravotních sester jejich nedostatek nevyřeší.

Obava ze snížení kvality

Podle zdravotnických odborů chybějí v nemocnicích tisíce sester. Kvůli tomu se omezuje provoz a zavírají některá oddělení. Sestry odcházejí z nemocnic kvůli přetěžování, hledají si méně stresující práci, za kterou si vydělají stejně nebo i víc. Loni měly sestry ve státních nemocnicích 28 tisíc korun, základní plat činil 19 680 korun.

„Nedostatek sester ve zdravotnických zařízeních nesouvisí se systémem jejich vzdělávání ve školách. Ten je nyní nastavený správně a navrhovaná novela zákona o nelékařských zdravotnických povoláních nepřinese pacientům žádná pozitiva. Naopak hrozí, že sníží kvalitu zdravotnické péče,“ varovala asociace.

Asociace systém 4 + 1 odmítá, návrh nemá podporu ani u Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče, České asociace sester a Asociace vyšších odborných škol.

Asociace navrhuje rozšířit vzdělávací kapacity vyšších a vysokých škol pro vzdělávání sester, nastavit systém celoživotního vzdělávání a změnit minimální personální standardy tak, aby byla zajištěna kvalitní a bezpečná péče a sestry nebyly přetěžovány.

Zdroj: čtk, www.novinky.cz, 7. 4. 2016

Chaos ve zdravotnictví, hájil se lékař, který měl podvést pojišťovnu o 23 miliónů

Až deset let za mřížemi hrozí lékaři z Plas na severním Plzeňsku, který měl obrát pojišťovnu o dvě desítky miliónů korun. Dvaapadesátiletý chirurg se ve středu před Krajským soudem v Plzni hájil i tím, že v českém zdravotnictví panuje chaos. Své jednání ale nevysvětlil. Zdravotní pojišťovnu Ministerstva vnitra ČR měl připravit soukromý chirurg Zbyšek Urban o 23 miliónů korun. Podle státního zástupce Augustina Hrbotického podváděl tím, že ve výkazech zdravotnických výkonů uváděl nepravdivé údaje.

„Podle výkazů měla zdravotní domácí péči doporučit registrující praktická lékařka, což se však nezakládalo na pravdě,“ popsal žalobce jeden z celkem 34 případů. Uvedené výkony přitom byly fakturovány a peníze za jednoho pacienta někdy sahaly až k miliónu korun.

„Sebe úmyslně obohatil tím, že uvedl někoho v omyl,“ doplnil Hrbotický. Za zvláště závažný zločin podvodu nyní lékaři hrozí pět až deset let žaláře.

Urban, který má ženu a dvě děti, svoji obhajobu postavil na popsání stavu českého zdravotnictví a úhrad od zdravotních pojišťoven. Zároveň před senátem odmítl, že by uvedenou škodu způsobil.

„Určitě ne v plné výši,“ uvedl obžalovaný.

Lékařem se stal v roce 1989, do soukromé sféry pak přešel o čtyři roky později. Postupně začal provozovat několik ambulancí v Plzni a na Plzeňsku. Podle svých slov jen on měl 70 pacientů denně a zaměstnával až 40 lidí - hlavně lékařů a zdravotních sester.

„Ve finále jsem měl šest nebo sedm ambulancí,“ uvedl. Dodal, že v roce 2008 přišla rána. Až do té doby na provoz zařízení od pojišťovny prý inkasoval až 800 tisíc měsíčně, poté ale pojišťovna snížila počet úvazků ze sedmi na dva a zálohy osekala na 270 tisíc.

Půjčky a exekuce

„Půl roku jsem nedostal žádné peníze. Kdybych to všechno zrušil, tak bych zůstal já a jeden doktor, všechny ostatní bych musel propustit. Byla to velká krize, zadlužil jsem se, byly na mě exekuce,“ doplnil chirurg s tím, že tehdy začal jezdit za pacienty do domácích prostředí.

Proč ale vykazoval výkony domácí péče, jež měli doporučit lékaři, kteří ji ve skutečnosti nedoporučili, neobjasnil. „Nedoporučili ji. Péče ale byla poskytnuta. Nepravdivé údaje jsme brali jako formality,“ hájil se chirurg. „Ve zdravotnictví panuje chaos,“ pokračoval. Podobně reagoval i na otázku soudce Martina Kantora, který upozornil, že kromě doktorů i někteří z pacientů popírají, že by jim Urban nebo jeho personál poskytoval péči. „To nedokážu vysvětlit, určitá chybovost tam samozřejmě je,“ odvětil lékař.

Zdroj: J. Švábek, www.novinky.cz, 23. 3. 2016



INZERCE

406 1-16

Prodám zachovalý **nábytek do dětské ordinace.**

Kontakt: 774 291 802, e-mail: rottova.alice@seznam.cz

407 2-16

Přenechám pediatrickou **ordinaci v Praze 3.** Bezproblémová praxe, budova v našem vlastnictví, možný i částečný úvazek, předání praxe nebo podíl v s.r.o. – dle dohody.

Kontakt: 737 600 021, nebo rakusanp@seznam.cz

408 2-16

Pronajmu nebo **prodám** zavedenou **ordinaci** praktického lékaře pro děti a dorost **v Ostravě-Starém Zábřehu.**

Mobil 736 250 560.

410 3-16

Soukromé zdravotnické zařízení v Praze 5 hledá: LÉKAŘE – PEDIATRA s atestací z PLDD, ev. pediatrie

Požadujeme:

- odbornou způsobilost
- znalost anglického jazyka
- vstřícnost a flexibilitu
- trestní bezúhonnost

Nabízíme:

- zajímavou práci s privátní klientelou (max. 300 registrovaných pacientů)
- nadstandardní finanční ohodnocení
- rozšířené zaměstnanecké benefity
- příjemné a moderní pracovní prostředí
- výše úvazku dle dohody

Kontakt: Gabriela Šebestová, telefon: 731 611 768
e-mail: gabriela.sebestova@programplus.cz

411 3-16

Pro ordinaci PLDD **v Praze hledáme lékaře/lékařku** s atestací v pediatrii, možno zkrácený úvazek či DPP. Ordinování v ambulanci nebo popř. pouze pohotovostní služba mimo ordináční hodiny, ideálně kombinace obojího. Nutná znalost AJ. Nástup ihned nebo dle dohody. Kontakt: info@pediatrie.cz, 724 894 264.

412 3-16

Prodám zavedenou **praxi** na **Praze 9.** Kontakt 776 600 032.

413 3-16

Přijmu lékaře do zavedené ordinace PLDD **v Praze 5**, částečný úvazek, výhodné podmínky, pozdější převzetí dohodou. Tel. 605 182 280.

414 3-16

Přenechám praxi PLDD **blízko Brna**, asi 1 150 registrovaných pacientů. Spěchá. Telefon: 602 581 177.

415 3-16

Nabízím krátkodobý i dlouhodobější **zástup v ordinaci PLDD** v regionu **Vysočina, Brno a okolí.** Jsem lékař s 30letou praxí pediatra. Dále nabízím možnost přednášek první pomoci – vlastním lektorské osvědčení komory (praxe u ZZS). Kontakt mobilem: 774 221 226 nebo 566 524 870.

416 3-16

Prodám dobře zavedenou **praxi** praktického lékaře pro děti a dorost **v Ostravě-Porubě.** Kontakt mobil 737 457 148

417 3-16

Hledám nástupce do dobře zavedené ordinace PLDD na venkovský obvod **v okrese Přerov**, vhodná i pro zájemce o částečný úvazek. Telefon 739 012 729, e-mail: detskestredisko@email.cz

418 3-16

RESTRIAL, s.r.o.

ZZ vyhláší výběrové řízení na pozici lékaře pro odb.: Praktické lékařství pro děti a dorost – **Středočeský kraj.** Nástup možný ihned.

Požadujeme:

- VŠ – lékařské vzdělání s ukončeným společným interním základem nebo s atestací z pediatrie nebo PLDD
- Minimálně 3 roky praxe
- Aktivní znalost MS Office
- Angličtina výhodou

Nabízíme:

- Pracovní pozice s možností ukončení atestace ve zvoleném oboru v nejkratším možném termínu
 - Atraktivní platové ohodnocení, finanční bonusy, služební vozidlo
 - Přátelské pracovní prostředí
 - Nadstandardní vybavení ordinací
 - Dlouhodobá pracovní perspektiva
- Více Vám rádi sdělíme při osobním setkání.

Kontakt: Profesní životopisy zasílejte na e-mailovou adresu: lucie.kutinova@restrial.com

419 4-16

Hledám nástupce do ordinace PLDD **Horní Planá-Černá v Pošumaví-Hořice** na Šumavě v rekreační oblasti Lipensko. Kontakt: tel. 602 118 123, e-mail jan.indra@centrum.cz

420 4-16

Hledám lékaře do ordinace PLDD na 1 až 2 dny v týdnu dlouhodobě, **Čelákovice.** Tel. 723 256 145

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

Autodidaktický test 5/2016

Metabolický syndrom

- 1. Metabolický syndrom (také Reavenův sy., syndrom X, syndrom 5H, resp. syndrom 4H) lze obecně definovat jako soubor rizikových faktorů nebo nemocí, které se vyskytují společně a mohou vést k předčasnému rozvoji aterosklerózy a jejím následkům, především ke vzniku kardiovaskulárních nemocí nebo diabetu mellitu II. typu. První zmínky o metabolickém syndromu jsou staré již cca 100 let, za tu dobu bylo vytvořeno několik definic tohoto syndromu. Zdá se však, že klíčová je přítomnost rezistence na inzulín doprovázená hyperinzulinismem. Některé projevy hyperinzulinismu jsou prognosticky významně závažné a vžil se pro ně termín „smrtelné kvarteto“. To zahrnuje:**
 - a) centrální obezitu, intoleranci laktózy, arteriální hypertenzi a hyperlipidémii
 - b) centrální obezitu, intoleranci glukózy, arteriální hypertenzi a hyperurikémii
 - c) centrální obezitu, hyperkortizolémii, arteriální hypertenzi a hyperlipidémii
 - d) centrální obezitu, intoleranci glukózy, arteriální hypertenzi a hyperlipidémii
- 2. Hyperinzulinémie způsobuje liposyntézu, která pomáhá udržovat obezitu. U obezích je známa periferní rezistence na inzulín. Ta je podmíněna:**
 - a) změnou molekuly inzulínu
 - b) snížením počtu inzulínových receptorů
 - c) změnou terciární struktury receptorů pro inzulín na membránách buněk
 - d) kompetitivní inhibicí způsobenou zvýšenou produkcí inzulínu podobných růstových faktorů (IGF)
- 3. Ještě před projevy porušené homeostázy glukózy se u metabolického syndromu rozvíjí aterosgenní dyslipidémie. Příčinou aterosgenní dyslipidémie je:**
 - a) snížení kapacity tukové tkáně skladovat lipidy při inzulínorezistenci
 - b) nedostatečná suprese lipolýzy, což vede k trvalému vstupu volných mastných kyselin do jater a dalších orgánů
 - c) zvýšená resorpce nenasycených mastných kyselin enterocyty
 - d) nedostatečná esterifikace volných mastných kyselin, což vede k prodloužení clearance v jaterních buňkách a jejich opožděnému vylučování žlučí
- 4. Klíčová role při vzniku a rozvoji metabolického syndromu náleží viscerální obezitě a inzulínové rezistenci. Dosud není jasné, která z nich je primární. Endokrinní funkce tukové tkáně jsou ovlivňovány prostřednictvím hypotalamo-hypofýzo-adrenokortikální osy. Zejména obezita viscerálního typu je spojena se změnami v sekreci adipocytokinů (leptin, TNF-alfa, IL-1, IL-6, IL-9, rezistin, angiotenzin, adiponektin) Při ní dochází k:**
 - a) vzestupu produkce protizánětlivých cytokinů
 - b) vzestupu produkce zánětlivých cytokinů
 - c) poklesu produkce protizánětlivých cytokinů
 - d) poklesu produkce zánětlivých cytokinů
- 5. K vyšetřování účinnosti inzulínu in vivo je používána jako zlatý standard metoda hyperinzulinového euglykemického clampu. Test je využíván zejména ve výzkumu pro jeho náročnost. Principem testu je:**
 - a) navození hyperinzulinémie s hodnocením množství glukózy spotřebované k udržení glykémie na požadované hodnotě. Při normálním působení inzulínu se toto množství zvyšuje
 - b) navození a udržování konstantní hyperglykémie a sledování sekrece inzulínu. Při normálním působení inzulínu stoupá spotřeba glukózy i sekrece inzulínu
 - c) navození hyperinzulinémie s hodnocením množství glukózy spotřebované k udržení glykémie na požadované hodnotě. Při normálním působení inzulínu se toto množství snižuje
 - d) navození a udržování konstantní hyperglykémie a sledování sekrece inzulínu. Při normálním působení inzulínu stoupá spotřeba glukózy a klesá sekrece inzulínu

OČKOVÁNÍ CHLAPCŮ PROTI ONEMOCNĚNÍM SOUVISEJÍCÍM S INFEKČÍ HPV

Speciální očkovací program VZP ČR



SILGARD®

Vakcína proti lidskému papilomaviru
[typy 6, 11, 16, 18] (rekombinantní, adsorbovaná)

Ochraňte své pacienty před závažnými nádorovými onemocněními, která jsou způsobena některými typy HPV.

- Program je určen **pro chlapce ve věku od 9 let do dosažení 14 let**, kteří jsou pojištěni u VZP a jsou členy Klubu pevného zdraví.
- Program je platný **od 1. 2. 2016**, o příspěvek ve výši až 2 500 Kč je možné žádat nejdéle **do 30. 11. 2016** nebo do vyčerpání stanoveného limitu **pro prvních 8 000 klientů**.

Více informací o programu
a jeho podmínkách získáte
na www.vzp.cz/hpv-chlapci.



VZP

POJIŠTOVNA NA CELÝ ŽIVOT

infolinka: 952 222 222
www.vzp.cz

Zkrácená informace o léčivém přípravku

Silgard®, injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Očkovací látka proti lidskému papilomaviru [typy 6, 11, 16, 18] (rekombinantní, adsorbovaná). **Složení:** 1 dávka (0,5 ml) obsahuje přibližně: Papilomavir humani typus 6 proteinum L1 – 20 mikrogramů; Papilomavir humani typus 11 proteinum L1 – 40 mikrogramů; Papilomavir humani typus 16 proteinum L1 – 40 mikrogramů; Papilomavir humani typus 18 proteinum L1 – 20 mikrogramů. **Léková forma:** Injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. **Indikace:** Silgard je očkovací látka k použití od věku 9 let k prevenci: premaligních genitálních lézí (cervikálních, vulválních a vaginálních), premaligních análních lézí, cervikálních karcinomů a análních karcinomů v příčinné souvislosti s jistými onkogenními typy lidského papilomaviru (HPV), bradavic genitálu (condyloma acuminata) v příčinné souvislosti se specifickými typy HPV. Tato indikace je založena na průkazu účinnosti přípravku Silgard u žen ve věku 16 až 45 let a u mužů ve věku 16 až 26 let a na průkazu imunogenity přípravku Silgard u dětí ve věku 9 až 15 let a dospívajících. Použití přípravku Silgard musí být v souladu s oficiálními doporučeními. **Dávkování a způsob podání:** Dávkování: Jedinci ve věku 9 až 13 let věku včetně: Přípravek Silgard lze podávat podle dvoudávkového schématu (0,5 ml v nultém a šestém měsíci). Pokud se druhá dávka očkovací látky podá dříve než 6 měsíců po první dávce, je nutno vždy podat třetí dávku. Alternativně lze přípravek Silgard podat podle třídávkového schématu (0,5 ml v nultém, druhém a šestém měsíci). Druhou dávku je nutno podat nejméně jeden měsíc po první dávce a třetí dávku je nutno podat nejméně 3 měsíce po druhé dávce. Všechny tři dávky musí být podány během období jednoho roku. Podávání přípravku Silgard musí probíhat v souladu s oficiálními doporučeními. **Pediatrická populace:** bezpečnost a účinnost přípravku Silgard u dětí mladších 9 let nebyla stanovena. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku. Jedinci, u nichž se po podání dávky přípravku Silgard objeví příznaky hypersenzitivity, nesmí další dávku přípravku Silgard dostat. Podávání přípravku Silgard musí být odloženo u jedinců trpících závažným akutním horečnatým onemocněním. Přítomnost lehké infekce, jako je lehká infekce horních cest dýchacích nebo horečka nízkého stupně však nejsou kontraindikací pro imunizaci. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Při rozhodování o vakcinaci jednotlivce se musí vzít v potaz riziko, že již byl vystaven působení HPV, a potenciální přínos, který může z vakcinace mít. Stejně jako u všech injekčních očkovacích látek musí být pro případ vzácných anafylaktických reakcí po aplikaci očkovací látky snadno k dispozici odpovídající léčebná opatření. Po každém očkování, někdy i před ním, může v důsledku psychogenní reakce na vpich jehly dojít k synkopě (mdlobám), někdy s pádem, zejména u dospívajících jedinců. Při probírání se z mdloby se mohou objevit některé neurologické projevy, jako jsou přechodné poruchy vidění, parestázie, tonicko-klonické pohyby končetin. Očkování by proto mělo být přibližně 15 minut po podání očkovací látky sledováno. Je potřeba zavést opatření proti úrazům v důsledku mdloby. Stejně jako u jiných očkovacích látek, nemusí očkování přípravkem Silgard zajistit ochranu všem očkováným. Neprokázalo se, že by měl přípravek Silgard terapeutický efekt. Bezpečnost a imunogenita očkovací látky byly hodnoceny u jedinců ve věku od 7 do 12 let s prokázanou infekcí virem lidské imunodeficiency (HIV). Jedinci se sníženou imunitní reakcí v důsledku buď silné imunosupresivní léčby, genetické poruchy nebo jiných příčin, nemusí na očkovací látku zareagovat. Tuto očkovací látku je nutno podávat opatrně jedincům s trombocytopenií nebo s jakoukoli poruchou koagulace, protože po intramuskulárním podání takovým jedincům může dojít ke krvácení. Nejsou k dispozici žádné údaje o bezpečnosti, imunogenitě ani účinnosti, které by podporovaly zaměnitelnost přípravku Silgard s jinými očkovacími látkami proti HPV. **Interakce:** Jedinci, kteří dostali imunoglobulin nebo krevní deriváty během 6 měsíců před první dávkou očkovací látky, byli ze všech klinických studií vyřazeni. Použití spolu s dalšími očkovacími látkami: Při podání přípravku Silgard ve stejnou dobu (ale při podání očkovacích látek do různých injekčních míst) s očkovací látkou proti hepatitidě typu B (rekombinantní) nedošlo k zásahu do imunitní odpovědi na HPV typy. Přípravek Silgard lze podávat současně s kombinovanou posilovací (booster) očkovací látkou obsahující difteri (d) a tetanus (T) buď s pertusí [acelulární komponenta] (ap) a/nebo s poliomyelitidou [inaktivovaná] (IPV) (očkovací látky dT-IPV, dTap-IPV) bez významné interference s protilátkovou odpovědí na kteroukoli ze složek kterékoliv z vakcín. Současné podávání přípravku Silgard s jinými očkovacími látkami, než jsou očkovací látky uvedené výše, nebylo studováno. Neprokázalo se, že by použití hormonální antikoncepce ovlivnilo imunitní odpověď na přípravek Silgard. **Těhotenství a kojení:** Údaje o podávání přípravku Silgard v průběhu těhotenství neprokázaly žádný bezpečnostní signál. Tyto údaje však nejsou dostatečné pro doporučení používání přípravku Silgard v průběhu těhotenství. Očkování je nutno odložit na dobu po ukončení těhotenství. Přípravek Silgard lze podávat během kojení. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté ($\geq 1/10$): bolest hlavy, v místě injekce: bolest, otok a zarudnutí. Časté ($\geq 1/100$, $< 1/10$): horečka, pocit nevolnosti, v místě injekce: zhmoždění, svědění, bolest v končetině. **Uchovávání:** Chraňte před mrazem. Uchovávejte injekční lahvičku ve vnější krabici, aby byl přípravek chráněn před světlem. Přípravek Silgard musí být po vyjmutí z lednice podán co nejdříve je to možné. Stabilní údaje naznačují, že složky očkovací látky jsou stabilní po dobu 72 hodin, pokud jsou skladovány při teplotách od 8 do 25 °C. Po uplynutí této doby musí být přípravek Silgard použit, nebo zlikvidován. Tyto informace jsou určeny pouze pro zdravotnické pracovníky v případě dočasného teplotního výkyvu. **Balení:** 0,5 ml suspenze v předplněné injekční stříkačce se dvěma jehlami v balení po 1 kus. Na trhu nemusí být všechny velikosti balení. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Merck Sharp & Dohme Ltd., Hertford Road, Hoddesdon, Hertfordshire EN11 9BU, Velká Británie. Registrační číslo(a): EU/1/06/358/007. **Datum poslední revize textu:** 26. 5. 2015.

Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznámte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.
Vakcinační akce schválena Ministerstvem zdravotnictví ČR, č.j.: MZDR77954/2015-3/OVZ.



© Copyright Merck Sharp & Dohme s.r.o., 2016. Všechna práva vyhrazena.
Merck Sharp & Dohme s.r.o., Evropská 2588/33a, 160 00 Praha 6, Česká republika
tel.: +420 233 010 111, e-mail: dpoc_czechsllovak@merck.com, www.msd.cz

02-2017-VACC-1175848-0000

NOVINKA



Nestlé
Zdravý začátek
Zdravý život.

Nový koncept kojenecké výživy Nestlé

- Tekutá, předem připravená kojenecká výživa i pro domácí použití
- Vyvinuto na základě nejnovějších vědeckých poznatků a doporučení předních odborníků
- Složení je připraveno po vzoru mateřského mléka a odpovídá potřebám zralých donošených novorozenců v prvních dnech života (od narození do 3 měsíců)
- 100 % laktózy

PRO DOBRÝ
ZAČÁTEK



OPTIPRO®

- patentovaná, vysoce kvalitní bílkovina nejbližší mateřskému mléku¹
- nejnižší množství bílkoviny (1,8 g/100 kcal) podle nejnovějších doporučení odborných společností a EFSA 2014²
- zajišťuje zdravý růst a vývoj³

PŘI ALERGIÍ
V RODINĚ



OPTIPRO® H.A.

- při výskytu alergického onemocnění v rodině v přímé linii⁴
- snadno stravitelná HA bílkovina⁴
- chrání citlivý a nevyvinutý trávicí systém novorozence¹
- jediná 100% syrovátková částečně hydrolyzovaná bílkovina s prokázaným a dlouhodobým účinkem⁵



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

Reference:

1. Nestlé Patent EP 0 880 902 A1 2. EFSA 2014. 3. Yan J et al. 2015 4. Vandenplas Y et al. 2014 5. Von Berg A et al. 2015 *studie GINI 2003, 2007, 2008, 2013.

Důležité upozornění:

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

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



Informace určené pouze pro pracovníky ve zdravotnictví