



- Kontroverzní témata z pohledu primární péče
- Patní kost jako neobvyklý cíl stafylokoků / Osteomyelitida u 12letého chlapce
- Vyhláška č. 348/2016 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2017
- Prevence a léčba kyčelní dysplazie
- Způsob hodnocení růstu kojeneho dítěte za použití českých referenčních grafů
- Coxa vara adolescens – základní přehled pro pediatry



Pracujeme pro zdravější svět™

**NUTRICIA**  
BABY NUTRITION



do more  
feel better  
live longer



Česká republika patří v Evropě k endemickým oblastem výskytu klíšťové encefalitidy<sup>1</sup> s nejvyšší nemocností v dětském věku ve skupině 5–9letých, u dospělých ve skupině 55–64letých<sup>2</sup>



## „ENCEPURISTÉ“ MAJÍ MOŽNOST OCHRÁNIT SVÉ PACIENTY PŘED NÁSLEDKY KLÍŠŤOVÉ ENCEFALITIDY KDYKOLIV JE TŘEBA...



Specifická forma vakcíny pro děti od 1 roku, dospívající od 12 let a dospělé<sup>3</sup>



Ochrana přibližně již 2 týdny po 2. dávce<sup>3</sup>



Dobrý bezpečnostní profil<sup>3</sup>



Flexibilita očkovacích schémat<sup>3</sup>

# ENCEPUR<sup>®</sup>

Stejně jako jiné vakcíny ani vakcína Encepur nemusí ochránit 100 % očkovaných. Aplikace vakcíny může být spojena s nežádoucími účinky popsány v Souhrnu údajů o přípravku.

inaktivovaná vakcína proti klíšťové encefalitidě

### ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU ENCEPUR

**Název přípravku:** Encepur pro děti/Encepur pro dospělé. 0,25/0,5 ml injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Inaktivovaná vakcína proti klíšťové encefalitidě. **Složení:** 1 dávka (inj. suspenze v předplněné stříkačce) (Encepur pro děti) 0,25 ml, Encepur pro dospělé) 0,50 ml) obsahuje 0,75 µg (Encepur pro děti) / 1,5 µg (Encepur pro dospělé) inaktivovaného viru pomnoženého na buněčných kulturách kulečičích fibroblastů. **Indikace:** Aktivní imunizace proti klíšťové encefalitidě. **Dávkování:** Dětem od jednoho roku věčně do jedenácti let věčně se aplikuje Encepur pro děti. Dětem od 12 let věčně a dospělým se aplikuje Encepur. **Základní očkování:** Běžné očkovací schéma: 1. dávka (den 0), 2. dávka (1 – 3 měsíce po první dávce), 3. dávka (9 – 12 měsíců po druhé dávce). Podání druhé dávky je možné urychlit a podat ji dva týdny po první dávce. U jednotlivců, kteří vyžadují rychlou imunizaci, lze použít alternativní očkovací schéma: Zrychlené očkovací schéma: 1. dávka (den 0), 2. dávka (7. den), 3. dávka (21. den). **Přeočkování:** Po ukončení základního očkování postačuje k posílení imunity dítě do 11 let včetně aplikace jedné dávky 0,25 ml přípravku Encepur pro děti, osobám starším než 12 let se má aplikovat 1 dávka 0,5 ml přípravku Encepur pro dospělé. **Přeočkování:** Po ukončení základního očkování se první booster dávka podává 3 roky po poslední dávce základního očkování. Další booster dávky se podávají každých 5 let, pouze u osob starších než 49 let každé 3 roky. Při zrychleném očkovacím schématu se první booster dávka podává za 12–18 měsíců po podání poslední dávky základního očkování. Další booster dávky se podávají každých 5 let, pouze u osob starších 49 let každé 3 roky. **Způsob podání:** Intramuskulárně, nejlépe do M. Deltoideus. Vakcína nesmí být aplikována intravaskulárně. **Kontraindikace:** U akutních onemocnění vyžadujících léčbu neodložit důvěřez do 14 dnů po jejich plném uzdravení. Očkování je kontraindikováno, při alergii na kteroukoli složku vakcíny. Jestliže po očkování vzniknou nežádoucí účinky, musí být považovány za kontraindikaci dalšího očkování stejnou vakcínou až do vyjasnění jejich příčin, zvláště u očkovacích nežádoucích účinků. Je nutno pečlivě zvážit očkování dítěte osob s unavenou pokožkou mozku. **Interakce:** Při imunosupresivní terapii může být úspěšnost očkování snížena. Encepur je možno aplikovat současně s jinými vakcínami, jednotlivé vakcíny musí být podány do různých očkovacích míst, nejlépe i do různých končetin. V případě vakcína v odlišných očkovacích dnech je nutné dodržet obecná pravidla pro odstup mezi podáními jednotlivých vakcín. **Těhotenství a kojení:** Bezpečnost podání očkovací látky během těhotenství a kojení nebyla stanovena v klinických studiích. Proto je nutno pečlivě zvážit riziko a prospěch před aplikací očkovací látky těhotným nebo kojícím ženám. **Nežádoucí účinky:** Lokální reakce (přechodné zarudnutí, otok a bolest, otok s otokem přilehlých lymfatických uzlin). Zvláště po prvním očkování se mohou objevit celkové symptomy (zvýšení tělesné teploty na 38°C doprovázené bolestí hlavy, parastéziemi, vzácně nauzeou a zvracením). Dále se mohou vyskytovat oběhové reakce (mohou být doprovázeny plicehodnými nespecifickými paruchami vděří), nivaly pocení, zimnice, únava, jakéž i bolesti svalů a kloubů. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte v chladničce 2°C – 8°C. Důraďte před mrazem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** GSK Vaccines GmbH, Emil-von-Behring-Str. 76, D-35041 Marburg Německo. **Způsob úhrady a výdejce:** Přípravek je volán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. **Datum revize textu:** 26.8.2016. **Registrační čísla:** 55/682/93-B/C, 56/682/93-A/C. Před použitím si prosím pečlivě přečtěte Souhrn údajů o přípravku. GSK s.r.o., Hlábava 1734/2c, 140 00 Praha 4, tel.: +420 222 001 422, fax: +420 222 001 444, www.gsk.com

Vakcína Encepur je injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce, vázaná na lékařský předpis a nehrazená z prostředků zdravotního pojištění. Vakcína se aplikuje intramuskulárně. Před předepsáním léku se, prosím, seznámte s úplnou informací o přípravku, kterou najdete v Souhrnu údajů o přípravku na [www.gsk.compendium.cz](http://www.gsk.compendium.cz) nebo se obraťte na společnost GlaxoSmithKline s.r.o., Hvězdova 1734/2c, 140 00 Praha 4; tel.: 222 001 111, fax: 222 001 444; e-mail: [cz.info@gsk.com](mailto:cz.info@gsk.com); [www.gsk.cz](http://www.gsk.cz). Případně nežádoucí účinky nám prosím nahláste i na [cz.safety@gsk.com](mailto:cz.safety@gsk.com).

**Reference:** 1. Tick-borne encephalitis in Europe, WHO/ECCD Factsheet, <http://odds.wg.uva.nl/ny/healthline/vectro/worldhealthday-2014/Documents/tick-borne-encephalitis.pdf> / 10.11.2015.  
2. Kitzler, et al. Úroveň výskytu klíšťové encefalitidy do roku 2014 v České republice. 15.9.2016. dostupné z [www.nuz.cz/pls/acta/spisovnik/objev/6\\_nahleba\\_mnoholetite\\_on\\_1roku\\_2014\\_13R.pdf](http://www.nuz.cz/pls/acta/spisovnik/objev/6_nahleba_mnoholetite_on_1roku_2014_13R.pdf)  
3. 3PG Encepur. Revize textu 26.8.2016 zkontrolováno 19.10.2016.

GlaxoSmithKline s.r.o., Hlábava 1734/2c, 140 00 Praha 4

CZ/EN/0337/15

Schváleno listopadem 2016

gsk

	<b>Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období</b>	5
	<b>Informace SPLDD</b>	
	- Zápis z jednání Koalice soukromých lékařů 26. 10. 2016	
	- Usnesení Celorepublikové konference SPLDD ČR konané dne 5. 11. 2016 v Průhonicích	7
	- Prohlášení Celorepublikové konference Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR	
	Doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.	11
	<b>Kontroverzní témata z pohledu primární péče</b>	
	<b>Informace OSPDL ČLS JEP</b>	13
	MUDr. Michal Zídka	14
	<b>Prevence a léčba kyčelní dysplazie</b>	
	MUDr. Jakub Turek	17
	<b>Coxa vara adolescens – základní přehled pro pediatrii</b>	
	MUDr. Jan Štěpán	20
	<b>Patní kost jako neobvyklý cíl stafylokoků</b>	
	<b>Osteomyelitida u 12letého chlapce</b>	23
	RNDr. Jitka Riedlová	
	<b>Způsob hodnocení růstu kojeného dítěte za použití českých referenčních grafů</b>	23
	<b>Ze světa odborné literatury</b>	30
	<b>Aktuality</b>	31
	<b>Řádková inzerce</b>	33
	<b>Silvestrovské testy 2016</b>	34
	<b>Vyhláška č. 348/2016 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2017</b>	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

**AHOU  
GSK  
MSD  
NESTLÉ  
NUTRICIA**

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

**VOX  
PEDIATRIAE**

[www.detskylekar.cz](http://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](http://www.casus.cz)

**Vydavatel:** Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR, o.s.

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

**Odborná garance:** Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

**Redakční rada:**

MUDr. Jiřina Dvořáková, MUDr. Jiří Liška, CSc., MUDr. Ctirad Kozderka, MUDr. Klára Vitoušová

**Inzerce:** Ing. Veronika Drahovzalová  
GSM: 605 281 665 – jen pro inzery  
[veronika.drahovzalova@detskylekar.cz](mailto:veronika.drahovzalova@detskylekar.cz)

Jazykové korektury: Bohumila Weilová  
Grafické zpracování: Michal Semerák

**Úřední hodiny SPLDD ČR**

**Pondělí** 10<sup>00</sup> – 15<sup>00</sup> hod.  
**Úterý** 10<sup>00</sup> – 15<sup>00</sup> hod.  
**Středa** 10<sup>00</sup> – 15<sup>00</sup> hod.  
**Čtvrtek** 10<sup>00</sup> – 15<sup>00</sup> hod.  
**Pátek** 10<sup>00</sup> – 13<sup>00</sup> 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](mailto:centrum@detskylekar.cz)

Foto na titulní straně: ordinace MUDr. Jiřiny Dvořákové

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, kolegové,

editorial píše pod vlivem – pod vlivem čerstvých listopadových událostí na domácí scéně.

Blíží se konec roku, nastane čas vánočního rozjímání a čas bilancování. Jaký tedy byl rok 2016? Vryje se do našich pamětí v dobrém či špatném?

Určitě to byl rok rušný, plný napětí, očekávání, nadějí, radosti i smutku, rok naplněný usilovnou prací. Práce v ordinacích nám nebyla, spíše naopak. I přes nejrůznější komplikace se většina z nás snaží práci odvádět poctivě, její kvalitu stále zvyšovat. Nermalou zásluhu na tom mají obě naše organizace, SPLDD a OSPDL, a zejména obě předsedkyně, které podřídily i svůj osobní život rozvoji oboru a zvyšování jeho prestiže. Jako červená nit se celým rokem táhl boj o zachování oboru PLDD.

Mnozí PLDD se do vyjednávání zapojili aktivně a věnovali mu mnoho hodin, dnů, týdnů i na úkor svého volného času, za což jim patří dík. **Obor nemající svoji atestaci totiž de facto neexistuje.** Nevím, proč opozice tento fakt nechce přijmout. Seděla by se založenými rukama v klíně, kdyby padl návrh na sloučení všech interních oborů, kam patří i pediatrie, do jednoho? Poslanci nám 9. listopadu poslali vzkaz, že praktičtí lékaři pro děti a dorost zajišťující první kontakt jsou zbyteční. Jiskřička naděje pohasla. O důvodech, které je k tomu vedly, můžeme jen spekulovat. Z naší strany obdrželi k rozhodování dostatek validních podkladů obhajujících zachování přirozeným vývojem vzniklého svébytného oboru PLDD legislativně zakotveného před 12 roky. Těžko trávím „šikovně“ interpretované argumenty naší opozice a zejména hanlivé výroky na hlavy PLDD z úst zpravodaje novely zákona č. 95/2004 Sb. Davida Kasala – poslance a primáře dětského oddělení v jedné osobě. Kritikou kvality naší práce si ale také vedení ČPS nevědomky postavilo vysvědčení za kvalitu své práce ve vzdělávání většiny nás PLDD, kteří jsme se vzdělávali ještě za společné pediatrie. Je tedy rozhodnutí poslanců pro naši společnost to nejlepší? Konec světa se ale nekoná, nesmíme proto sklonit hlavy, i když zpráva z poslanecké sněmovny je pro mnohé z nás frustrující s pocitem, že naše celoživotní práce byla vlastně na nic.

I přes kritická slova na naše hlavy se nedomnívám, že naše péče o děti v naší vlasti je špatná. Naše poskytované služby se za více než 20 let posunuly kvalitativně výše. Proč významně klesla obloženost na dětských odděleních s ekonomickými a personálními dopady? Nabízí se tak otázka, zda novela zákona o vzdělávání není jen zástěrkou k řešení personální devastace v nemocnicích.

S napětím poslouchám zkušenosti s pediatrickou péčí od svých odrostlých dorostenců vrátivších se z ciziny se svými ratolestmi. Nemohu objektivně posuzovat, kde je péče lepší či horší, ale z jejich vyprávění mám pocit, že na tom nejsme až tak zle – systém péče o děti máme jedinečný, je funkční, komplexní a přitom primární péče o děti a dorost je levná a všem dostupná. Můžeme být pyšní, že jsme se podíleli na budování tohoto systému a i přes házení písku do soukolí ho udržujeme ještě v chodu. Není mi proto jedno, když naši odpůrci chtějí bořit něco, co oni sami a jejich předchůdci za naší významné pomoci vybudovali. Věřím, že takto nastavený systém neskončí. Naopak bych si přál, abychom ve světě nebyli ti osamocení „exoti“, kteří mají vedle pediatrie i samostatný obor PLDD, abychom nedrželi světový primát jen ve spotřebě piva, abychom byli vyzkoušeným prototypem v péči o děti a vzorem pro ostatní země. Ano, pediatrie je skutečně jedna, ale z kvantitativního hlediska je, a to důležitou, podmnožinou praktického lékařství pro děti a dorost. Vedle pediatrie musíme mít totiž ještě znalosti a dovednosti z jiných oborů medicínských i nemedicínských. Dětský praktik pracuje sám za sebe, nese svoji kůži na trh, a to odborně, morálně, právně i ekonomicky. Jistě, stále máme co zlepšovat. Možná jsem moc velký idealista, ale očekával bych od našich kolegů z nemocnic podporu v dalším rozvoji oboru primární péče o děti. Mnohde je na lokální úrovni spolupráce mezi PLDD a DL vstřícná, nekonfliktní, a to ve prospěch nejen obou odborností, ale především našich společných pacientů.

Při cestách po jednotlivých regionech vidím mezi námi plejádu velmi zapálených, pracovitých a schopných praktických dětských lékařů, kteří posunují obor kupředu. Těší mne, že mezi již léty ostřílenými kozáky potkávám i nové mladé tváře, kterým není jedno, jaká bude budoucnost, a přiložili ruku k dílu ve prospěch péče o děti a primární péče zvlášť.

Dovolují si poděkovat všem aktivním členům Sdružení za jejich práci, za podporu svých volených zástupců, za to, že ještě nerezignovali a zajišťují péči v první linii i nadále a to i v nezapadlejší vesničce. Děkuji všem regionálním zástupcům, okresním zástupcům, ale i kolegyním a kolegům, kteří své know-how nezištně poskytli všem.

Co na závěr: Obě naše organizace a jejich vedení se snažily pro obor PLDD udělat maximum. Jak už to bývá, nevycházejí z bitvy dva vítězové. Sláva vítězům, čest poraženým. Kdo je ale vítěz a kdo poražený? Není to nakonec Pyrrhovo vítězství? Čas ukáže. Každopádně korektní spolupráci primárních a sekundárních pediatrií musejí obě strany nastavit ve prospěch našich dětí. Přál bych sobě, nám, našim dětem, aby přišel moudrý a spravedlivý ministr zdravotnictví, aby poslanci jednali jako ti nejlepší z nejlepších, aby zmizela závist a nenávist a naopak abychom si podávali pomocnou ruku.

Všem přeji krásné vánoční svátky, odpočítejte si a o svátcích sloužícím lékařům a jejich sestřičkám přeji aspoň chvíli oddechu. A do Nového roku... no však víte.

Váš Ctirad Kozderka



## Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

**MUDr. Ilona Hülleová**  
předsedkyně SPLDD ČR

**Říjen byl měsícem, kdy se očekávalo vydání úhradové vyhlášky a jednalo se o možnostech úhrad pro rok 2017. Říjen byl měsícem dalších jednání o podpoře oboru PLDD jednotlivými poslanci. V říjnu finišovala příprava celostátní konference SPLDD ČR. Proběhlo velké množství jednání na různých úrovních. Jedno z posledních bylo setkání statutárních zástupců SPLDD a OSPDL s premiérem Sobotkou dne 1. 11. 2016.**

**V sobotu 5. 11. 2016 proběhla v Průhonicích XXV. celostátní konference SPLDD ČR. Konferenci se zúčastnilo přes 150 delegátů, mezi účastníky byli i řadoví členové Sdružení. Účastníci konference vydali prohlášení a podepsali se pod dopis poslancům, který apeluje na zachování oboru PLDD.**

**Ve středu 9. 11. 2016 proběhlo 3. čtení k novele zákona o vzdělávání lékařů. Pozměňovací návrh o zachování oboru PLDD mezi základními neprošel o 6 hlasů. Návrh podpořilo 80 poslanců, proti bylo 72 poslanců a ostatní se zdrželi, či se nepřihlásili či byli omluveni. K přijetí bylo potřeba 86 hlasů. Kompletní materiál o oboru a snaze jej zachovat bude uveřejněn v některém z dalších čísel časopisu VOX.**

**26. 10. 2016** proběhlo plánované jednání zástupců Koalice soukromých lékařů. Na programu jednání byla zejména otázka další činnosti KSL a úhradová vyhláška pro rok 2017. Zápis z jednání najdete na stránkách časopisu.

**27. 10. 2016** proběhlo na půdě MZ jednání pracovní skupiny k seznamu zdravotních výkonů. Společně s MUDr. Kulhánkovou jsme obhajovaly nově navržený výkon Časný záchyt poruch autistického spektra v ordinaci PLDD. Nesouhlasily jsme se zkrácením předloženého výkonu na polovinu navrženého času. Po poměrně obsáhlé a delší diskusi jsme dospěli ke kompromisu; přistoupily jsme na čas výkonu 15 minut. Výkon by měl být ve veřejném zájmu zařazen do seznamu v co nejkratší době. Na jednání toho dne neprošel výkon předoperačního vyšetření praktickým lékařem, který obhajovali zástupci všeobecného praktického lékařství.

**27. 10. 2016** se v odpoledních a večerních hodinách sešlo předsednictvo SPLDD a výbor OSPDL. Nově se jednání zúčastnila jako regionální zástupkyně Prahy

MUDr. Cabrnchová, která vystřídala odstupující MUDr. Nulíčkovou. Děkuji i touto cestou kolegyni Ivaně Nulíčkové za její dlouholetou práci nejen pro region Praha, ale i pro celé Sdružení.

**1. 11. 2016** jsme měly možnost spolu s MUDr. Šebkovou hovořit s panem premiérem Sobotkou o našem oboru, o naší práci v linii prvního kontaktu, o probíhající novele zákona o vzdělávání lékařů, o našich obavách z budoucnosti primární péče o děti v České republice. Musím konstatovat, že pan premiér nám věnoval více času než ministr zdravotnictví Němeček na obdobném jednání v minulosti.

**5. 11. 2016** proběhla výroční XXV. celostátní konference SPLDD ČR. O jejím průběhu, usnesení, prohlášení a dopisu poslancům se dočtete na jiném místě časopisu.

**9. 11. 2016** došlo k dlouho očekávanému projednání novely zákona o vzdělávání lékařů (sněmovní tisk 723) ve 3. čtení. Pozměňovací návrh poslanců Hovorky a Mi-holy, který garanční zdravotní výbor doporu-

čil k přijetí, neprošel a obor PLDD bude s největší pravděpodobností zrušen. Jak bude vypadat nově navržený obor pediatrie, je s otazníkem. Zákon nedefinuje náplň vzdělávacího programu, chybějí důležité prováděcí právní předpisy určující např. kompetence lékaře po kmeni, také přechodná ustanovení nejsou kompletní. Zákon nyní směřuje do Senátu. Již nyní se diskutuje o tom, že zákon není pro mladé lékaře přínosný, nezabrání jejich odchodům a v žádném případě jim vzdělání neusnadní. V našem oboru to platí na 100 %. Dopady této změny budeme moci hodnotit až za několik let a čas ukáže, zda naše obavy o zajištění primární péče o děti byly, či nebyly oprávněné. Děkuji všem kolegům za jejich snahu zachovat náš obor, za jejich čas, který strávili s poslanci. Všem regionálním zástupcům bylo zasláno hlasování poslanců ještě téhož dne odpoledne a také jednotliví členové se mohou seznámit s tím, jak kdo hlasoval, zda došlo k naplnění příslibů a slibů. Všem poslancům, kteří nás podpořili, patří náš velký dík.

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,  
na webu v sekci NEPŘEHLEDNĚTE je ke stažení žádost o extra kredity s pokyny k vyplnění. Žádost je určena pro lékaře, kteří splnili minimálně 20 kreditů od SPLDD a potřebují zbývajících maximálně 10 kreditů doplnit o kredity od jiných organizací (ČLK, OSPDL – certifikováno ČLK). Žádost je třeba zaslat do 31. 12. 2016 do kanceláře SPLDD, později došlé žádosti nebudou zařazeny. Termín je nutné dodržet, jelikož seznam členů, kteří získali certifikát SPLDD ČR, se odesílá na zdravotní pojišťovnu.

Ing. Veronika Drahovzalová, tajemnice SPLDD ČR

**ALERGIE  
v rodině?**

## Nutrilon HA - pro děti s výskytem alergie v rodině

- Unikátní prebiotická směs scGOS/lcFOS (9 : 1)  
inspirovaná mateřským mlékem
- Částečně hydrolyzovaná bílkovina  
pro minimální styk s antigeny

**VÝČINKY  
KLINICKY  
PROKÁZÁNY<sup>1,2</sup>**



1 Tang, M., et al., Hypo-antigenic and immune modulatory properties of a partially hydrolyzed cow's milk formula supplemented with prebiotic oligosaccharides EAACI, 2014 (Abstract number 1929).

2 Arsanoglu S, Moro GE, Schmitt J, Tandel L, Rizzardi S, Boehm G. Early dietary intervention with a mixture of prebiotic oligosaccharides reduces the incidence of allergic manifestations and infections during the first two years of life. J Nutr 2008, 138, 1091-5.

Kojení je nejpřirozenějším způsobem výživy kojanců. 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.profuturaprogram.cz](http://www.profuturaprogram.cz). Infolinka: 800 110 000. Materiál pro odbornou veřejnost.



## Informace SPLDD

### ■ Zápis z jednání Koalice soukromých lékařů 26. 10. 2016

Přítomni: dr. Jojko, dr. Hülleová, dr. Chrz, dr. Kudyn, dr. Houba, dr. Tautermann

#### 1. Další činnost Koalice soukromých lékařů

- Na jednání dne 20. 9. 2016 září oznámil dr. Dvořák, že SSG ČR opouští řady Koalice, a důvody odchodu sdružení sdělil ústně. Ostatní členové Koalice berou rozhodnutí SSG ČR na vědomí.

#### 2. Úhradová vyhláška na rok 2017

- Úhradová vyhláška zatím nebyla zveřejněna ve Sbírce zákonů (poznámka: ÚV byla ve Sbírce zákonů zveřejněna 31. 10. 2016).
- Proti obsahu vyhlášky protestovalo Sdružení ambulantních specialistů ČR, které s připomínkami Rady SAS seznámilo ministra zdravotnictví a náměstka ministra pro zdravotní pojištění. Zvažuje i soudní řízení a poté případně další protesty. Nabízí ostatním členům KSL se k protestům připojit.
- SPLDD ČR uzavřelo se ZP parciální dohodu s navýšením úhrad za preventivní výkony.
- ČSK se se ZP dohodla, ale přesto připravila mediální kampaň nazvanou „akce

Klapačka“, kterou chce upozornit na dlouhodobé podfinancování stomatologické péče. První kroky kampaně již byly podniknuty, o dalších rozhodne listopadové jednání sněmu ČSK.

#### 3. Informace o jednání

- Dr. Jojko informoval o jednání k novele zákona o zdravotnických prostředcích s vedoucí odboru farmacie MZ ČR a vedoucí sekce zdravotnických prostředků SÚKL, kterého se účastnil společně s Mgr. Slavíkem, právním poradcem ČSK.

#### 4. Návrh vlády ČR na doplnění chybějících lékařů v nemocnicích lékaři z Ukrajiny

- Dr. Chrz informoval o záměru vlády ČR usnadnit od 1. 1. 2017 přístup ukrajinských lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků na český pracovní trh. Tato snaha s sebou zcela jistě přinese zjednodušení aprobačních řízení a příliv méně kvalifikovaných pracovníků do českého zdravotnictví. Je třeba zjistit, do jaké míry je vláda připravena tento záměr realizovat.

Termíny dalších jednání KSL - 18.30, Apolenka, středa 23. 11. 2016

V Praze dne 4. 11. 2016  
Zapsala: Mgr. Zina Sladkovská

### ■ Usnesení Celorepublikové konference SPLDD ČR konané dne 5. 11. 2016 v Průhonicích

#### 1. Konference schválila

- program konference
- volbu pracovních komisí ve složení:
  - návrhová komise: MUDr. Balatková, MUDr. Cabrnchová, MUDr. Hrunka, MUDr. Zemánková, MUDr. Beneš, MUDr. Pišek, MUDr. Kozderka, MUDr. Pukovec, MUDr. Kolev, MUDr. Gricová
  - mandátová komise: MUDr. Tvrdoňová, MUDr. Saxová, MUDr. Johnová
  - pracovní předsednictvo: MUDr. Hülleová, MUDr. Dvořáková, MUDr. Kulhánková, MUDr. Kozderka
- snížení příspěvků do SPLDD ČR pro rezidenty na úroveň mimořádného členství
- návrh rozpočtu na r. 2017

#### 2. Konference vyslechla

- zprávu o činnosti SPLDD ČR
- zprávu o hospodaření SPLDD ČR
- zprávu Kontrolní komise SPLDD ČR
- vystoupení hostů: MZ, ZP, IPVZ, OSPDL, SPL, mluvčí KSL

# MANAGEMENT ORDINACE PLDD

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR si vás dovoluje pozvat na celorepublikový cyklus konferencí Management ordinace PLDD, který vznikl za laskavé podpory společnosti Pfizer spol. s r.o.

Odborný garant: MUDr. Ilona Hülleová, předsedkyně SPLDD ČR

Pořadatel: SPLDD ČR

Organizátor: Ahou Public Relations, s.r.o.

Vzdělávací akce je pořádána dle vzdělávacího řádu SPLDD ČR.

#### BRNO

AVANTI Hotel  
7. ledna 2017

#### PRAHA

FLORET centrum – Průhonice  
14. ledna 2017

#### OSTRAVA

Hotel Harmony Ostrava  
21. ledna 2017





### 3. Konference konstatuje

- znepokojení nad vystoupením zástupce MZ ČR Mgr. Podhrázkého, který neodpověděl uspokojivě na otázku, kdo bude poskytovat činnost PLDD, dojde-li ke zrušení oboru
- dosud nebyla zrealizována zákonná úprava odškodnění závažných následků po očkování
- Konference vyjadřuje nesouhlas s usnesením mimořádného sjezdu ČLK, který doporučuje, aby byly obory dětské lékařství a PLDD spojeny v jeden obor Pediatrie. To je v rozporu se zákonem o Komorách č. 220/1991 Sb., dle kterého má Komora hájit zájmy všech svých členů.

### 4. Konference doporučuje

- členům SPLDD ČR aktivní postoj vůči dění v ČLK
- členům SPLDD ČR urychleně podepsat prolongační smlouvu se ZP MV ČR
- v případě problémových žádostí o výběrové řízení informovat zdravotní ředitele jednotlivých ZP
- použití jednotného formuláře k úhradě bonifikace za poskytování LPS
- podporu činnosti KSL
- zabývat se logopedickou péčí a jejím financováním, případně limitací její úhrady z v.z.p.

### 5. Konference ukládá

- odeslat Konferencí schválený dopis poslancům PSP ČR před 3. čtením novely Zákona č. 95/2004 Sb. (sněmovní tisk 723) o vzdělávání lékařů, který je přílohou usnesení

- VV SPLDD ČR usilovat o výjimku zavedení EET v ordinacích PLDD ve spolupráci s KSL
- dle výsledků hlasování v PSP ČR urychleně jednat o budoucnosti oboru PLDD

### ■ Prohlášení Celorepublikové konference Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

Účastníci konference se jednoznačně hlásí k myšlence zachovat v novele zákona č. 95/2004 Sb. obor Praktické lékařství pro děti a dorost (PLDD) jako základní specializační atestační obor.

Vyzývají poslance PSP ČR, aby nedopustili nepřipravenou změnu vzdělávání, která povede s velkou pravděpodobností ke změně stávajícího systému péče o dítě, který je funkční a přes nutnost zavádění nových poznatků medicíny do praxe nevyžaduje tak radikální zásah.

Účastníci konference dále upozorňují, že navrhované prodloužení celkové doby vzdělávání nasměruje mladé lékaře do jiných oborů, například do všeobecného praktického lékařství. Nejsou definované kompetence nově vzniklého oboru zejména v preventivní péči, očkování a posudkové činnosti.

Dále upozorňují, že spojení předatestační přípravy do navrhovaného jednoho oboru pediatrie nevyřeší personální situaci české pediatrie jako takové. To bude mít v budoucnu za následek zhoršení dostupnosti péče o děti. Důsledky vidíme v zemích, kde je jeden obor pediatrie.

Obor PLDD je zárukou naplnění a respektování požadavků kladených na praktického lékaře obecně a je předpokladem zvýšení jejich kompetencí. To koresponduje se stále se zvyšujícím počtem mladých lékařů vstu-

pujících do oboru PLDD. Tento počet dokáže zajistit generační obměnu lékařů.

Účastníci konference jsou přesvědčeni, že ve veřejném zájmu je potřeba tento trend podpořit a základní obor praktické lékařství pro děti a dorost zachovat a rozvíjet.

V Průhoncích dne 5. 11. 2016

### ■ Navýšení důchodu při práci

Od ledna do října obdržela Česká správa sociálního zabezpečení (ČSSZ) bezmála 62 tisíc žádostí o přepočtení starobního důchodu pracujících důchodců. Počet podaných žádostí tak dosáhl úrovně za celý loňský rok a pravděpodobně bude atakovat hranici z roku 2014, kdy si o přepočtení požádalo téměř 70 tisíc důchodců. Vylepšit si důchod mohou pracující důchodci za každých 360 odpracovaných dnů, a to i v případě, kdy v zaměstnání pokračují. **Přepočtení důchodu se neprovádí automaticky, ale na základě žádosti důchodce.**

„Příjemcům starobního důchodu, kteří při důchodu dlouhodobě pracují či podnikají, můžeme doporučit, aby si o přepočtení důchodu požádali ideálně vždy po získání 360 dní výdělečné činnosti,“ apeluje k podání žádosti ředitelka sekce provádění důchodového pojištění Eliška Volfová s tím, že není důvod, aby žádost odkládali nebo čekali do doby, než ukončí zaměstnání.

Seniorům, kteří při pobírání starobního důchodu pracují nebo podnikají, může být zvýšen důchod za dobu výdělečné činnosti zakládající účast na pojištění za každých 360 kalendářních dnů této činnosti. Ale pozor, do těchto 360 dnů se nezapočítávají doby neplaceného volna, neomluvené absence, dočasné pracovní neschopnosti či ošetřování člena domácnosti. Žádost o zvýšení důchodu může podat i příjemce



předčasného starobního důchodu, který vykonává výdělečnou činnost po dosažení řádného důchodového věku.

Zvýšení důchodu provádí ČSSZ výhradně na základě písemné žádosti. Tu je možné podat nejlépe prostřednictvím okresní správy sociálního zabezpečení (OSSZ) podle místa trvalého bydliště. Zde klientům odborníci poskytnou pomoc jak s její formulací, tak i při kompletaci potřebných dokladů. Žádost lze případně zaslat také přímo na ústředí ČSSZ. K žádosti se předkládá evidenční list důchodového pojištění prokazující dobu výdělečné činnosti, pokud již nebyl zaměstnavatelem zaslán ČSSZ. Osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ) předkládají výpis z evidence OSVČ, který jim vydá příslušná OSSZ.

#### Kolik činí zvýšení

Částka, o kterou se důchod navýší, je individuální, protože se stanovuje z výpočtového základu, ze kterého byl důchodci vyměřen jeho starobní důchod.

U důchodců, kteří pobírají důchod a současně při něm pracují, činí zvýšení 0,4 % výpočtového základu za každých 360 odpra-

covaných dnů. Nárok na toto zvýšení vznikne ode dne následujícího po dni, kterým důchodce získal 360 započítatelných dnů výdělečné činnosti. Případný nezhodnocený zbytek dnů se použije pro eventuální následující zvýšení.

*Příklad: Důchodci byl přiznán starobní důchod od 10. 9. 2015, který byl vyměřen z výpočtového základu 18 565 Kč. Při pobírání důchodu pracuje nepřetržitě dosud a v tomto období nebyl nemocný a ani neměl jiné nezapočítatelné dny. Zvýšení důchodu mu bude náležet ode dne následujícího po dni, kdy získal 360 kalendářních dnů výdělečné činnosti, tj. od 4. 9. 2016. Pokud si požádá o zvýšení důchodu, bude mu starobní důchod od tohoto data zvýšen o 75 Kč (0,4 % z výpočtového základu 18 565 Kč).*

#### Jak dlouho vyřízení žádosti trvá

Doba vyřízení žádosti o přepočítání důchodu je závislá mj. také na tom, zda byla žádost podána krátce po získání 360 odpracovaných dní, nebo až po delším období. Zpracování je náročnější v případech, kdy lidé žádají o přepočítání důchodu za dobu několikaleté výdělečné činnosti, což negativně ovlivní

i dobu potřebnou pro vyřízení. Žádosti o přepočítání starobního důchodu pracujících důchodců jsou zpracovávány průběžně s přihlédnutím k personálním a kapacitním možnostem; přednostně ČSSZ vyřizuje nově podané žádosti o důchodové dávky, aby „novým“ důchodcům byl zajištěn pravidelný příjem v podobě důchodu. O svůj nárok pracující důchodci, kteří čekají na vyřízení své žádosti, nepřijdou.

V konkrétní situaci poradí pracovníci OSSZ, clientského centra pro důchodové pojištění při ústředí ČSSZ nebo call centra pro důchodové pojištění na telefonním čísle 257 062 860. Zvýšit starobní důchod je možné za výdělečnou činnost získanou po 31. 12. 2009. Zavedla to právní úprava účinná od 1. 1. 2010. Od 1. 1. 2014 může důchodce, který vykonává výdělečnou činnost zakládající účast na důchodovém pojištění a jemuž současně ČSSZ vyplácí v plné výši starobní důchod, požádat o zvýšení důchodu vždy, když získá 360 odpracovaných kalendářních dnů. Do 31. 12. 2013 bylo možné žádat o toto zvýšení buď po dvou letech nepřetržitě výdělečné činnosti, nebo po jejím skončení. Toto již není vyža-



Společnost Orion Diagnostica děkuje všem svým zákazníkům za přízeň a přeje mnoho úspěchů v roce 2017





dováno, žádat je možné vždy po získání 360 odpracovaných dnů.

Zdroj: ČSSZ, 21. 10. 2016

## ■ Úhrada očkování

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ  
ČESKÉ REPUBLIKY

Vážená paní doktorko,  
reaguji na Váš dotaz ohledně očkování pro děti, které jsou pojištěnci podle zákonů upravujících veřejné zdravotní pojištění, ale nebyly (z jakýchkoliv důvodů) očkovány v termínech podle vyhlášky č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem. Na úhradu očkování léčivým přípravkem určeným pro pravidelná očkování, který složením odpovídá příslušnému sdělení Ministerstva zdravotnictví (viz dále), je podle právního výkladu Ministerstva zdravotnictví z prostředků veřejného zdravotního pojištění nárok nezávisle na věku dítěte.

Jediným důvodem pro neproplacení očkování a očkovací látky může být, že vzhledem ke zdravotnímu stavu, věku či jiné okolnosti na straně pacienta je zřejmé, že očkovací látka v daném případě nebude účinná či z jiných důvodů nesplní svůj účel (například očkování dospělého proti dětské nemoci, která mu již nehrozí, apod.). Hrazení pravidelného očkování z prostředků veřejného zdravotního pojištění je upraveno v § 30 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Zde se stanoví, že hrazenou službou je očkování

a úhrada léčivých přípravků obsahujících očkovací látky pro pravidelná očkování podle antigenního složení očkovacích látek stanoveného Ministerstvem zdravotnictví podle zákona o ochraně veřejného zdraví. Příslušným sdělením je pro rok 2016 sdělení č. 261/2015 Sb., o antigenním složení očkovacích látek pro pravidelná, zvláště a mimořádná očkování pro rok 2016, podle kterého Vámi požadovaná vakcína antigenním složením hrazených očkovacích látek pro pravidelná očkování odpovídá.

Žádné další podmínky, než aby zvolená očkovací látka byla přípravkem určeným pro pravidelná očkování a odpovídala sdělení Ministerstva zdravotnictví o antigenním složení očkovacích látek vydanému podle zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, zákon o veřejném zdravotním pojištění nestanoví.

Je samozřejmě žádoucí, aby byla při provádění očkování dodržována vyhláška č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, a z ní vycházející očkovací kalendář. Jak víte, termíny očkování z vyhlášky mají svůj medicínský význam pro efektivitu očkování nejen u samotných očkovanych dětí, ale i pokud jde o společenské přínosy očkování v podobě vysoké proočkovanosti populace. Především vysoká proočkovanost totiž brání výskytu a epidemiím nebezpečných infekčních nemocí. Očkování by tedy mělo být načasováno tak, aby dítě již dokázalo ochránit v době, kdy poprvé začíná hrozit jeho nákaza danou infekční nemocí. Právě to je smyslem stanovení termínů očkování ve vyhlášce.

Pokud jde o samotnou úhradu pravidelného očkování, zákon ji i přesto nijak neváže na to, zda termíny vyhlášky pro provedení očkování byly, nebo nebyly dodrženy. Navíc je zřejmé, že ve Vámi zmiňovaném případě (a obdobných případech) termíny vyhlášky ani nebylo a není možné dodržet.

Tuto interpretaci podtrhuje i fakt, že stát podle ustanovení § 49 odst. 2 zákona o ochraně veřejného zdraví hradí očkovací látky pro pravidelná očkování těch fyzických osob, které nejsou pojištěnci podle zákona upravujícího veřejné zdravotní pojištění. I z toho je zřejmé, že smyslem úhrady nákladů na pravidelné očkování z prostředků veřejného zdravotního pojištění není zajistit, aby pojištěnci dodržovali termíny podle vyhlášky a očkovacího kalendáře, ale především zajistit vysokou proočkovanost populace. Přestože je žádoucí dodržovat termíny očkování, které jsou, jak je vysvětleno výše, stanoveny v zájmu samotného dítěte a též dětského kolektivu, v němž se dítě pohybuje, je z hlediska ochrany populace před infekčními chorobami lepší jedinec očkováný po stanoveném termínu než jedinec neočkováný vůbec.

S pozdravem  
MUDr. Zdeněk Šmerhovský, Ph.D.  
zastupující ředitele odboru ochrany veřejného zdraví

## RESPIRAČNÍ AKADEMIE

2016/2017

Zveme lékaře a zdravotní sestry na cyklus seminářů na téma:  
„Recidivující infekce dýchacích cest“

Odborný garant:

MUDr. Alena Šebková, předsedkyně OSPDL ČLS JEP

Vzdělávací akce je pořádána dle vzdělávacího řádu SPLDD ČR a ČAS.

Pro všechny účastníky je stanoven registrační poplatek ve výši 300 Kč, na místě 500 Kč, rezidenti mají účast zdarma.

Pořadatel: Ahou Public Relations, s.r.o., v případě dotazů nás kontaktujte v pracovních dnech od 9.00 do 17.00  
Bc. Monika Urbanová, monika@ahou.cz, +420 774 706 569.

### TERMÍNY A MÍSTA

#### Praha

Autoklub ČR  
Opletalova 29  
15. 11. 2016

#### Brno

Holiday Inn Brno  
Křižkovského 20  
29. 11. 2016

#### Liberec

Clarion Grandhotel Zlatý Lev  
Gutenbergova 126/3  
12. 1. 2017

#### Ostrava

Imperial Hotel Ostrava  
Tyršova 6  
17. 1. 2017

#### Hradec Králové

Hotel Tereziánský dvůr  
Jana Koziny 336  
24. 1. 2017

#### Č. Budějovice

Clarion Congress Hotel  
Pražská tř. 2306/14  
7. 2. 2017



## Kontroverzní témata z pohledu primární péče

**Doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.**  
předseda SVL ČLS JEP

Podle generální ředitelky WHO M. Chan v souvislosti s celosvětovým nástupem chronických neinfekčních onemocnění se kyvadlo poskytované léčebně preventivní péče nezvratně pohybuje ve směru integrované, komplexní a na pacienty zaměřené primární péče. (20. světová WONCA konf. v Praze)

- Uvedené epidemii neinfekčních chorob nelze předcházet ani ji zvládnout bez její silné infrastruktury.
- **Navazující sekundární a terciární péče by měla primární zdravotní péči jasně podporovat. Do nemocnic by měli být umísťováni pouze pacienti, jejichž obtíže vyžadují ambulantně neproveditelné diagnostické a terapeutické postupy.**

Dle statistik WHO v zemích, kde jsou hlavní zdravotní zátěží chronická neinfekční onemocnění, zvládají praktičtí lékaři 80–90 % zdravotních problémů populace a zároveň spotřebovávají pouze 5–15 % rozpočtu zdravotnictví.

Sekundární péče, kterou tvoří ambulantní a nemocniční specialisté včetně lůžkových zařízení do úrovně oblastních nemocnic, by měla poskytovat péči pouze v 15 % případů a spotřebovat okolo 45 % rozpočtu.

Terciární péče, tvořená FN a velkými krajskými nemocnicemi, by měla poskytovat péči těm nejkomplicovanějším a na svých cca 5 % pacientů spotřebovat cca 40 % z rozpočtu.

**Pokud tedy zdravotní systém z jakýchkoli důvodů propouští neindikované pacienty do dražších pater, zejména do nemocniční péče, je ve svém principu neufinancovatelný.**

Problémem v ČR není jen velký podíl nemocnic na celkovém rozpočtu, který tvoří přes 50 %, ale i masivní přesun lékařů specialistů z nemocnic do ambulantní sféry.

Vzhledem k tomu, že nebyly úměrně s rozvojem ambulantní specializované péče redukovány nemocniční kapacity, kde – jak známo – „lůžko si svého pacienta najde“, tak místo pacientů z nemocnic se některé specializace snaží získat pacienty, kteří patří do primární péče.

V rámci produkčně zaměřeného výkonového systému je v ČR také poskytováno vysoké množství „nadbytečných“ vyšetření, kdy pacienti jsou nuceni absolvovat různá opakovaná „kolečka“ u dalších lékařů s komplementárními vyšetřeními, která nejsou z logiky věci nezbytná.

Jsme na stupních vítězů ve „zdravotnické turistice“, kde máme u občanů v ČR 11–12 kontaktů se zdravotním systémem ročně, zatímco ve Švédsku jsou to 3, v Rakousku 6, bez negativního vlivu na zdravotní stav populace.

- Regulace zdravotních pojišťoven na „unicitní rodné číslo“ pak vede k dalšímu navyšování počtu ošetřených pacientů.
- Většina specialistů v zájmu dostatečné výkonové produkce i vzhledem k regulačním opatřením ZP nemá žádný zájem pacienty vracet do primární péče, a pokud, tak jen pro předpis léků („L“) a provedení nákladných komplementárních vyšetření či „obtěžujících“ adm. opatření (PN atd.).
- Přitom příslušné odborné společnosti v zájmu zachování „dodávek“ pacientů blokují na SÚKL jakékoli uvolňování preskripce do primární péče. Tak máme mj. i nevyšší počet regulací u léků.
- Na svoji plnou kapacitu specialisté i plánují svoji ambulantní činnost, což vede k tomu, že z terénu poslané pacienty pak nejsou schopni včas vyšetřit a objednávat je až za několik měsíců.
- Tito pacienti jsou pak praktickými lékaři posíláni do nemocnic, a tak se dále prohlubuje nerovnováha mezi jednotlivými segmenty zdravotní péče

**Počet lékařů na 10 000 obyvatel** – v rámci OECD jsme na 6.–7. místě! Proč je tedy nedostatek lékařů v ČR?!

(viz graf 1)

Od roku 1990 přes 10 000 amb. specialistů odešlo z nemocnic do soukromé sféry. Přitom v nemocnicích dle ČLK chybí cca 1 000 lékařů!

(viz graf 2)

Není to tedy problém absolutního počtu, ale systému!

Přitom navrhovaná opatření např. navýšení počtů studentů na LF by teoreticky fungovaly až za 9–11 let, pokud stejně absolventi neodejdou.

### Počet kontaktů s lékařem za rok

(viz graf 3)

Pokud provedeme srovnání se Švédskem a k nám blízkým Rakouskem, zjišťujeme, že ve Švédsku jsou to 3, v Rakousku 7 a v ČR 11 kontaktů. Uvedené nás stojí ročně min. 20 miliard Kč.

Průměrný věk dožití obyvatel je ve Švédsku 80,9 roku v Rakousku 79,5 roku a v ČR 76,9 roku.

Z uvedeného je zřejmé, že pouhý počet kontaktů s lékařem za rok nemá žádný vliv na zdravotní stav populace. Je ale nezbytné dodržovat princip, že indikovanou péči i léky má pacient pokud možno získat u prvního lékaře, tedy u svého VPL.

### Nárůst podílu přípravku s preskripčním omezením v seznamech hrazených přípravků

(viz graf 4)

Jedná se o L, E, S a/nebo Z/W.

Připočteme-li indikační omezení „P“, zjistíme, že **je omezena většina hrazených léků** – ČR je v tom světovém unikátem.

### Počet nemocničních lůžek

I přes pokles za poslední dekádu se počet lůžek v ČR stále pohybuje na jedné z nejvyšších hodnot ve vyspělých zemích EU. Průměr EU činí cca pět lůžek. Při porovnání průměrné délky hospitalizace na akutních lůžkách dosahujeme hned druhé nejvyšší příčky, když průměrný pacient stráví v nemocnici 9,5 dne. Průměr EU je o cca dva dny kratší.

Při tom všem je podíl zdravotnictví v ČR na HDP nízký, a i kdyby se zvýšil, není zaručeno, že se automaticky promítne do platů nebo příjmů ZZ.

Podíl soukromých výdajů na zdravotnictví v ČR je jeden z nejnižších.

Proč se tedy zrušily tzv. regulační poplatky?

**K nápravě zde naznačených kontroverzí a systémových problémů jsou nezbytná**



**dlouhodobá opatření. Z pohledu primární péče by to měla být zejména tato opatření:**

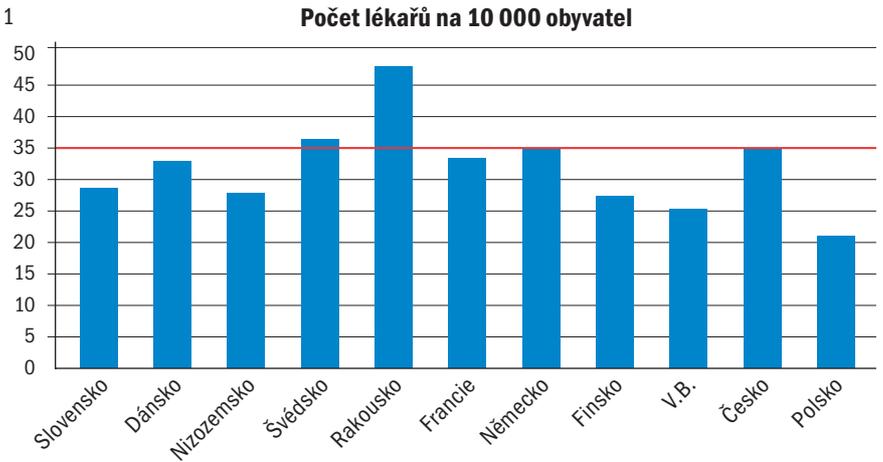
- Udržení sociální rovnosti v přístupu ke zdravotní péči; nediskriminovat pacienty podle toho, kde se léčí.
- Podpora a rozvoj primární péče ze strany MZ a ZP a zavedení racionálního disease management systému, zejména u dlouhodobých chronických chorob, jako je DM 2. typu, arteriální hypertenze, dyslipidémie, CHOPN, astma apod., na základě silných kompetencí primární péče.
- Zrušit zbytečná preskripční omezení v primární péči, která by se měla vztahovat pouze na diagnózu (s výjimkou onko., bio., centrových léků apod.) současně s dalšími opatřeními (měkký gatekeeping, systém vzdělávání a.p.), která zabrání dalšímu zbytečnému nárůstu výkonů.
- Omezit regulace v primární péči a ze strany ZP stimulovat formou bonusů aktivní a kvalitní přístup praktických lékařů k pacientům v rámci prevence a léčby DM, AH, HLP apod.
- Motivovat pacienty k prevenci, ochraně svého zdraví a k racionálnímu využívání zdr. služeb formou bonusů a malusů na zdravotním pojištění a plateb u lékařů. Podpora koordinační role praktických lékařů jako průvodců pacientů ve zdravotnickém systému.
- Racionalizace rozsahu ambulantních i lůžkových specializovaných služeb a odstranění veškerých duplicit v systému
- **Margaret Chan, generální ředitelka WHO v Praze, na 20. světové konferenci konstatovala: „Zdravotní systém, jehož páteří je primární péče, přináší nejlepší výsledky zdravotní péče s těmi nejnižšími náklady a maximální spokojeností uživatelů“.**

**Pokud tuto tezi nebude náš zdravotní systém respektovat, dá se říci, že naše současné problémy se budou v budoucnosti jen prohlubovat.**

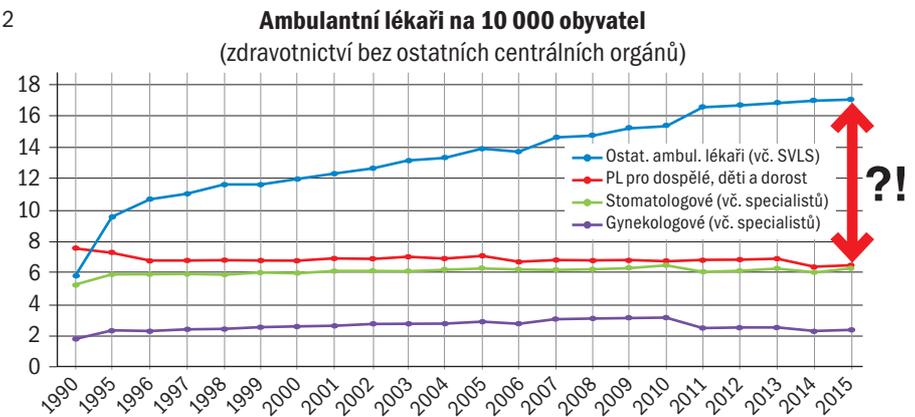
Děkuji za pozornost.

*Předneseno na Celostátním setkání okresních a krajských zástupců Sdružení praktických lékařů ČR v Milovech.*

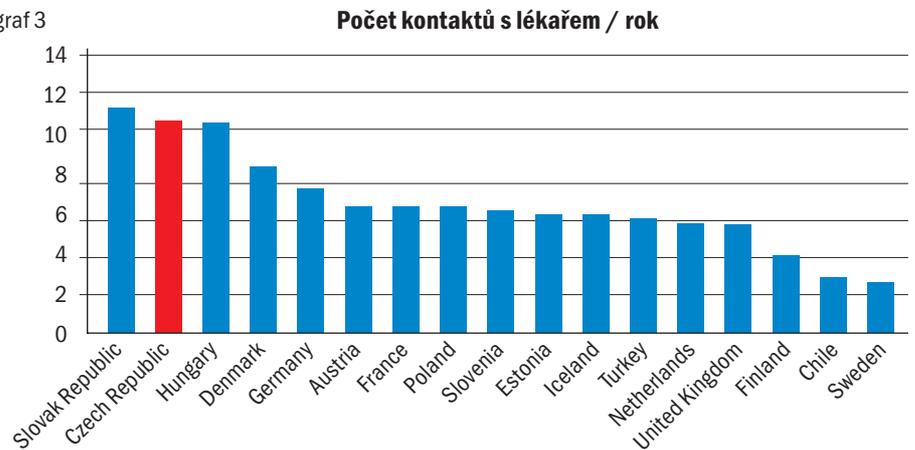
graf 1



graf 2



graf 3



graf 4





## Informace OSPDL ČLS JEP

**MUDr. Alena Šebková**  
předsedkyně OSPDL ČLS JEP

### ■ Vybrané informace z činnosti OSPDL

Hlavní činnost nadále směřuje k obhajobě oboru. Poslaneckou sněmovnou Parlamentu ČR, bohužel, neprošel pozměňovací návrh na návrat oboru PLDD mezi základní/specializační. Chybělo 6 hlasů, a to kvůli systému hlasování. PRO návrh se totiž vyjádřilo více poslanců (80) než PROTI návrhu (72). Nejsmutnější ovšem je, že na naše argumenty, hájící práci praktických lékařů pro děti a dorost, vysvětlující potřebu kvalitního vzdělávání pro mladé lékaře v oblasti primární péče, která vykazuje výrazné odlišnosti od práce v nemocnicích, ukazující strmý nárůst zájmu o obor PLDD, je z druhé strany, tedy ze strany odpůrců oboru PLDD, používáno nepřesných a dokonce lživých informací. A že demagogická vyjádření typu „*nic se neruší, jenom slučuje, aby byla zaručena lepší dostupnost, je jenom jedna pediatrie*“ převýší nad požadavkem kvality a rozvoje primární péče, jíž ti samí poslanci dali podporu v národní strategii Zdraví 2020. Z vyjádření některých vyplývá, že pro práci praktika není nutné naučit se ji, mohou se klidně doučovat za pochodu, jako si já pamatuji z mých začátků. Moji pacienti to, naštěstí, „*přežili*“. Pokud to nedopadne dobře, tedy obor nebude zachován, snad to přežijí i ti budoucí pacienti polovzdělaných lékařů pro primární péči. A vrcholem všeho je, že nejvyšší podíl na tom, že zákon neprošel,

mají kromě většiny poslanců ANO poslanci za ČSSD, z jejichž dílny návrh samostatného oboru PLDD před lety pokrokově vyšel!

**9. 11.** vedla dr. Kubátová první seminář pro studenty 4. ročníku 2. LF UK ve spolupráci s Ústavem lékařské biologie a genetiky (prof. MUDr. M. Macek) na téma „Spolupráce praktického pediatra s genetikem“.

**19. 11.** se na MZ poprvé sešla nová Národní imunizační komise ve zcela novém složení. Čítá 21 členů, jsou v ní zástupci odborných společností – praktických lékařů pro děti a dorost, všeobecných praktických lékařů, vakcinologů, klinických pediatrů, internistů, infekcionistů, neurologů dětských i dospělých, gynekologů, alergologů a imunologů, epidemiologů a mikrobiologů, dále zástupci SÚKL, SZÚ, IPVZ, pojišťoven a samozřejmě ministerstva. Předsedkyní komise je hlavní hygienička Mgr. Eva Gottvaldová, na místo místopředsedy byli navrženi MUDr. Kosina (ČVS) a MUDr. Šebková. Místopředsedkyní se stala MUDr. Šebková. Na proběhlém zasedání mimo jiné padlo opět téma odškodnění za nežádoucí závažné účinky očkování. Bohužel návrh zůstal nadále na MZ a vzhledem k tomu se v tomto volebním období do Sněmovny nedostane. Dr. Šebková upozornila, že je to velmi negativní signál vůči PLDD. Zápis z NIKO bude k dispozici na webu OSPDL.

**26. 11.** se v kanceláři OSPDL sešla dr. Šebková se zástupkyněmi patientských organi-

zací. Ty mají o spolupráci velký zájem. Byly navrženy některé možnosti včetně žádosti o pravidelné setkávání. Tuto spolupráci vnímáme jako oboplně přínosnou pro z kvalitnější péče o handicapované pacienty.

**27. 11.** se konal výbor OSPDL, informace z něj budou následovat v dalším čísle VOXu.

### ■ Informace zahraniční komise MUDr. Gabriela Kubátová

**4.–6. 11.** se dr. Kubátová a dr. Jilichová Nová zúčastnily pracovního zasedání předsednictva ECPCP (Evropská konfederace primárních pediatrů) v Heidelbergu. Program byl zaměřen na problematiku zdravotní péče migrantů, další rozvoj curricula pro primární pediatrickou péči a telemedicínu. ECPCP opět vyjádřilo podporu našemu vzdělávacímu modelu, a to dopisem pro poslance.

ECPCP vypracovala doporučené curriculum pro primární pediatrii a bude je nadále rozpracovávat. Doporučuje, aby pediatri, kteří budou pracovat v primární linii, byli vzdělávání primárními pediatry.

V rámci EAP (Evropská akademie pediatrů) byla v lednu 2016 založena pracovní skupina, která bude pracovat na přípravě primární pediatrie jako subspecializace. Zasedání bude 2.12. v rámci meetingu EAP v Bruselu. Tak, jak již dlouho argumentujeme, v Evropě posilují vzdělání v primární péči. A kam směřujeme my?

**Kongres**  
primární péče

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

podrobnosti a registrace na [www.ahou.cz/kongres](http://www.ahou.cz/kongres)



## Prevence a léčba kyčelní dysplazie

**MUDr. Michal Zídka**

3. lékařská fakulta UK Praha a Centrum prof. Čecha, Praha

**Dispenzární systém trojího ortopedického vyšetření při screeningu dysplazie kyčelního kloubu má v našich zemích více než padesátiletou tradici. Během tohoto období došlo k zásadním změnám v diagnostice i léčbě kyčelní dysplazie. Díky dostupnosti ambulantního ortopedického vyšetření a díky rutinnímu začlenění ultrazvukového vyšetření do screeningového vyšetření se dramaticky zlepšila úspěšnost konzervativní léčby v novorozeneckém a kojeneckém věku. Analýzou vlastního souboru 325 léčených a dále sledovaných dětí tak potvrzují úspěšnost konzervativní léčby v 96 %. Ve skupině léčených dětí však nacházíme 15 % dětí, kde rodiče plně neakceptují léčbu, a významné procento dětí, které se ze sledování dále ztrácejí. Na plánované kontroly do 3 let věku dítěte se tak na kontrolu nedostaví 35 % dětí. Užší spolupráce pediatrů a ambulantních ortopedů v regionech může fungující systém ještě významně kvalitativně zlepšit.**

### ■ Úvod

Vzhledem k endemicky vysoké frekvenci výskytu vývojové dysplazie kyčelní (VDK) ve střední Evropě máme s léčbou tohoto onemocnění v českých zemích bohaté zkušenosti. Diagnostika i léčba je v našich zemích tradičně na vysoké úrovni, povědomí o onemocnění je mezi pacienty vysoké. V českých zemích probíhající systém „trojího ortopedického síta“ při dispenzarizaci VDK je světově unikátním screeningovým komplexem fungujícím již téměř 60 let. Vzhledem k změně diagnostiky, léčby i systému organizace zdravotní péče v posledních desetiletích v článku na základě analýzy vlastního souboru analyzuji, jak je péče o dětské kyčle v současnosti efektivní a jak její efektivitu udržet i v budoucnosti. Zamýšlím se též nad významem spolupráce ortopeda a pediatra v regionu.

### ■ Historie

Po objevení RTG (1897) diagnostika VDK u chodících dětí a léčebná péče neměla ideální výsledky. Diagnostika přicházela pozdě, léčba byla často násilná či nefyziologická, operační techniky a perioperační péče nebyly zdaleka dokonalé. Díky časnější diagnostice v meziválečném období byly vyvinuty konzervativní pomůcky použitelné u malých dětí, léčba se posunula do časnějšího věku pacientů a stala se úspěšnější.

Vzhledem k vysokému endemickému výskytu onemocnění kyčelní dysplazií v centrální

Evropě se zkušenostmi při léčbě velkého množství pacientů profilovalo několik velkých jmen české chirurgie, která posunula pohled na diagnostiku a léčbu VDK dále. Jména Zahradníčka (operační léčba), Frejky, Hanauska, Pavlíka, Pavlánského (konzervativní terapie) a Hilgenreinera (diagnostika) jsou dodnes citována celosvětově.

Díky aktivitě českých a slovenských chirurgů-ortopedů v souvislosti s léčbou kyčelní dysplazie se v období socialistického zdravotnictví podařilo v 50. letech rozšířit a v roce 1959 legislativně podpořit systém povinného ortopedického „trojího síta“ při dispenzarizaci kyčelní dysplazie – trojí cílené vyšetření novorozeneckých kyčlí zakončené nativním RTG vyšetřením kyčelních kloubů ve 4. měsíci věku dítěte. Systém se podařilo úspěšně zavést, jeho úspěšnost byla vysoká. Screening dokázal zachytit téměř 100 % případů VDK, vedl však také k vysoké RTG expozici celé populace a zároveň vzhledem k občas nepřesné interpretaci nálezů ke značnému přeléčování vyšetřených generací, někdy i s negativními následky příliš razantní léčby.

V roce 1980 publikoval v Rakousku Graf diagnostické schéma založené na standardizovaném ultrazvukovém vyšetření a výrazným způsobem tak zpřesnil diagnostické možnosti VDK. V našich zemích se pak koncem osmdesátých let podařilo USG vyšetření rozšířit a v následujícím desetiletí úspěšně implementovat do stávajícího fungujícího screeningového systému. RTG vyšetření dětských kyčlí bylo možno ze screeningu eliminovat pouze na skupinu léčených dětí.

### ■ Legislativní rámec

Důležitým momentem v léčbě VDK se staly v posledních desetiletích i změny společenské – liberalizace zdravotnictví, změny v souvislosti s novou legislativou a posílení práv, ale i právní zodpovědnosti rodičů. Systém dispenzarizace VDK byl akceptován zdravotními pojišťovnami.

Ortopedičtí specialisté dnes při své screeningové a léčebné péči vycházejí z doporučení České společnosti pro ortopedii a traumatologii z roku 1996. Systém „trojího síta“ dispenzární péče je ale především upravován zákonem o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. a upřesňován vyhláškou o preventivních prohlídkách č. 70/2012 Sb., která přesouvá organizační zodpovědnost za vyšetření kyčlí velkou měrou na spádového pediatra.

### ■ Moderní diagnostika a léčba

V posledních dvou desetiletích se podařilo v našich zemích dosáhnout celoplošné dostupnosti ultrazvukového (USG) vyšetření novorozeneckých kyčlí, byl vyškolen personál (jak lékaři-ortopedi, tak lékaři-radio-diagnostici) ke kvalitnímu hodnocení USG nálezů. Podařilo se dramaticky snížit věk dítěte, kdy je diagnóza přesně stanovena, což se pozitivně odrazilo ve výsledcích léčby – včasným zahájením stoupla úspěšnost konzervativní terapie, klesla naopak frekvence výskytu komplikací léčbou způsobených. K realitě se přiblížily i údaje o incidenci onemocnění – frekvence nálezů vyžadujícího



léčbu se u nás pohybuje mezi čtyřmi a pěti procenty narozených dětí.

Klinické vyšetření v porodnici je i dnes stále nezastupitelné. Zkušený vyšetřující je schopen časně odhalit závažnou kyčelní patologii a celý léčebný proces tak příznivě ovlivnit. Vzhledem k tomu, že ale velká část pacientů s kyčelní dysplazií má klinický nálezh v novorozeneckém období fyziologický, přesouvá se dnes největší část diagnostického a terapeutického procesu až do ambulancí spádových ortopedů, kde je možno nálezh sonograficky upřesnit, klasifikovat, začít léčit a probíhající léčbu sledovat.

Ambulantní vyšetření novorozence dnes probíhá standardně v doprovodu rodiče – odbíráme anamnézu a pátráme v anamnéze po rizicích spojených s vyšším výskytem dysplazie. Následuje klinické ortopedické vyšetření dítěte a optimálně je následně bezprostředně provedeno sonografické vyšetření obou kyčelních kloubů standardizovanou technikou se zhodnocením nálezu dle klasifikace Grafa. Rodiče s novorozencem tak mohou ambulanci opouštět se stanovenou přesnou diagnózou a s případným terapeutickým doporučením.

V případě patologického nálezu může být bezprostředně zahájena léčba. Důležité je, že léčba je na základě sonografického nálezu modifikována adekvátně nalezené patologii, následně je léčba sonograficky sledována, dokumentována a včasně ukončována tak, aby co nejméně narušovala fyziologický psychomotorický vývoj kojence. Po ukončení léčby pomůckou může být případně indikována i rehabilitační léčba k harmonizaci motorických stereotypů.

Po ukončení léčby pomůckou má dítě nadále zůstat v dispensární péči spádového ortopeda až do ukončení skeletálního vývoje tak, aby bylo možno se průběžně vyjadřovat k režimovým a prognostickým aspektům. Vyšetřování ultrazvukem u větších dětí při následném sledování VDK není z podstaty metody již u osifikovaného skeletu možné a ani diagnosticky přínosné. RTG sledování u větších dětí je nevyhnutelné, doporučeny jsou kontroly ve třech, šesti, deseti letech věku a pak po ukončení růstu kyčle kolem patnáctého roku věku. S výhodou jsou používány RTG zesilovače, které redukuje nutnou radiační expozici (vykrývání gonád je prováděno standardně již léta). Součástí dispensární péče je samozřejmě i případná indikace k operační intervenci nedostačně se vyvíjejících kyčlí.

### ■ Zhodnocený soubor

Probíhající celostátní screeningový program není bohužel systematicky vyhodnocován. Při čtyřiašedesetileté osobní praxi s vyšetřováním novorozeneckých kyčlí provádím v současnosti klinickou studii hodnotící léčbu ve vlastních souborech.

Vyšetřeno bylo celkově přes 30 000 novorozenců, testuji a analyzuji data dvou podsouborů celkem 325 dětí léčených na Ortopedicko-traumatologické klinice FN Královské Vinohrady v Praze 10 a ambulanci Centra prof. Čecha v Praze 9. Ve sledovaném období jsme léčili 4,5 % vyšetřených dětí. Ambulantní léčba byla úspěšná u 94 % dětí. Léčba probíhala v průměru od 6. týdne věku do 6. měsíce věku dítěte. K léčbě jsme používali nejčastěji Frejkovu peřinku či Pavlíkovy třmínky. U 6 % dětí, kde ambulantní léčba selhala, následovala léčba trakcí, která probíhala za hospitalizace. Léčba trakcemi selhala u 13 dětí, tyto děti byly dále léčeny operačně. Úspěšnost standardně vedené konzervativní léčby je tak 96 %. Léčba byla zatížena minimem komplikací – většinou kožní iritace pomůckou (2,2 % léčených); typ použité léčebné pomůcky jsme změnili jen u 3,4 % pacientů – intolerance dítětem či nespolupráce rodičů.

Léčené děti dále sledujeme v ambulancích v několikaletých intervalech do ukončení skeletálního růstu, dokumentujeme RTG vývoj a sledujeme případnou reziduální dysplazii. V dosledované skupině dětí zatím nebyla nutná žádná indikace následné operační intervence. V obou sledovaných podsouborech se však nepodařilo přes aktivní snahy dosledovat do tříleté kontroly 35 % léčených dětí.

### ■ Diskuse

Vyšetření novorozenců v porodnicích je personálně a organizačně většinou zajištěno vlastním personálem nemocničních zařízení, provádí je neonatolog, případně docházející ortoped. Klinické vyšetření v prvním týdnu věku novorozence se v současnosti jeví z pohledu screeningu jako dostačující. Sonografické vyšetření u novorozenců hned v porodnici je sice proveditelné, ale organizačně a technicky náročné (problém sonograficky vyškoleného personálu vyšetřujícího vícekrát týdně při klesající délce hospitalizace novorozence, nutnost speciálního vybavení sonografu

- krátkodobá *intenzivní podpora organismu*
- *trojnásobek Imunoglukanu<sup>®</sup>*
- *dvojnásobek denní dávky vitamínu C*
- *denní dávka zinku*
- *sníží míru únavy a vyčerpání*





## Dítě se narodilo s mozkem mimo lebku a žije

**Aniyah Todd dala hned po narození pořádně zabrat lékařům. Narodila se totiž s vrozenou vadou mozku encefalokélou, což znamená, že mozek vyrostl mimo lebku.**

Doktoři ani rodiče se nevzdali naděje a jednodenní miminko operovali. Přestože neměla mnoho šancí na přežití, minulý týden oslavila Aniyah čtyři měsíce života.

Vedle jejího dvojčete – sestřičky Sophie se malé Aniyah daří velmi dobře, čímž popírá veškeré medicínské poznatky. Maminka Charlotte Youds jen nerada vzpomíná na hrůzné začátky, kdy se bála o dceřin život. „Její cesta byla velmi tvrdá. Bylo hrozné se na její narození vůbec připravit, když nám lékaři řekli, že jí chybí mozek a že neexistuje žádná cesta, že by mohla žít,“ vzpomínala dvacetiletá maminka pro Daily Mail.

Po úspěšné operaci se Aniyah v domácí péči zlepšovala každým dnem. Začala sama pít i dýchat, přestože se lékaři domnívali, že toho nebude nikdy schopna. „Dokázala věci, které nikdo nepředpokládal, že dokáže. Zvedá hlavičku a rozhlíží se okolo, pořád se směje a miluje hudbu,“ rozplývá se maminka.

Encefalokéla je vrozená vada, která vzniká už v prenatálním vývoji. Je charakterizována výhřezem tkání centrálního nervového systému, který je doprovázen defektem kostí lebky a kožního krytu. Důvody jsou převážně genetické. Záleží ale i na věku a zdravotním stavu i stylu života matky. Procento výskytu se zvyšuje, když rodička nadměrně užívá alkohol, kouří či je drogově závislá. Vada se dá odhalit pomocí ultrazvukového vyšetření nebo odběrem plodové vody.

*Zdroj: kl, Novinky, 13. 11. 2016*

lineární sondou). Z vlastní zkušenosti mohu dokumentovat, že v rámci screeningu naopak časné sonografické vyšetření v porodnici může přinášet falešně pozitivní nálezy nestability (dočasná novorozenecká fyziologická hyperlaxita) a vést tak k overtreatment v podstatě zdravých dětí, jejichž nálezy by se spontánně upravily během několika dnů i bez léčby.

Následná ambulantní ortopedická vyšetření jsou prováděna na základě doporučení registrujících pediatrií, méně často na doporučení z propouštějícího porodnického pracoviště. Ambulantní vyšetření ortopedem (včetně sonografie kyčle) je nejlépe cílit kolem čtvrtého týdne věku dítěte. V tomto věku lze optimálně indikovat a používat léčebnou pomůcku, pokud je potřeba. I rodiče jsou většinou schopni termín takové návštěvy akceptovat. Neopodstatněné posouvání prvního sonografického vyšetření za hranici šestého týdne věku kojence však považuji při současné dobré dostupnosti vyšetření za nevhodné.

Přes kontroverze v odborných ortopedických diskusích se z vlastní zkušenosti domnívám, že široké balení kyčlí plenami v periodě od porodu do verifikace nálezu na kyčlích USG vyšetřením je pro dítě vhodné. Zdravým kyčlím neublíží a u kyčlí dysplastických udrží výhodné podmínky pro případné naložení léčebné pomůcky. Zvláště u dětí s pozitivní rodinnou anamnézou, u dětí rozených polohou „koncem pánevním“ či u dětí s nestandardním klinickým nálezem efekt preventivního širokého balení převyší dočasný diskomfort aplikace plenek navíc.

Léčba kyčelní dysplazie v kojeneckém věku léčebnou pomůckou s sebou přináší pro pečující určité komplikace – pomůckou je potřeba aplikovat technicky správně a po správnou dobu. S rodiči je potřeba vést v tomto směru kontinuální dialog. Považuji za vhodné, aby byl spádový pediatr s léčbou konkrétních pacientů ortopedem dostatečně seznámen a aby pediatr případně léčebné postupy ortopeda u rodičů podporoval, případně léčbu v rámci svých kompetencí a možností také kontroloval. V sledované sestavě pacientů mám zdokumentováno, že přibližně 15 % rodičů mělo během léčby tendenci modifikovat léčbu, což s sebou neslo riziko nestandardních výsledků léčby. Myslím, že počet rodičů, kteří léčbu zcela nedodrží, je v skutečnosti ještě vyšší – naštěstí tyto odchylky od doporučení se nemusejí nutně projevit jako špatné výsledky léčby.

Efekt novorozenecké léčby v českých zemích lze dobře dokumentovat poklesem počtu provádění operační repozice luxace kyčelního kloubu – nejtěžšího nálezu VDK. V posledních letech frekvence vykazování tohoto výkonu pojišťovnam nepřekračuje dvě desítky ročně, zatímco tolik kyčlí bývalo před zavedením ultrazvukového screeningu operováno běžně na většině okresních ortopedií. Problémem dneška tak pro nás, ortopedy, není děti v prvním roce věku zaléčit, problémem pro nás je dnes udržet děti ve sledování svých ortopedických ambulancí. Nikdy není jisté, že léčené kyčle s výborným nálezem na rentgenogramu kyčlí v roce věku se budou prezentovat stejně dobrým nálezem ve třech, šesti či deseti letech věku dítěte. Potřeba dosledovat rentgenologický vývoj dětí do ukončení skeletálního růstu je zcela legitimní. Reziduální acetabulární dysplazie u starších dětí není ani při léčbě lege artis neobvyklá. Za ztrátu 35 % dětí ze sledovaného souboru ortopedické ambulance jistě částečně může migrace rodičů, na druhou stranu nemohu potvrdit, že do vlastního regionu přichází obdobné množství pacientů po léčbě „jinde“. Rodiče na dosledování rostoucích dětí buď zapomenají, nebo se získáním vědomostí z jiných, neoficiálních zdrojů a internetových diskusí domnívají, že další kontroly jejich dětí nepotřebují. Zde vidím nezastupitelnou úlohu pečujícího pediatra a vzájemné spolupráce se spádovým ortopedickým specialistou.

## Závěr

Screeningový systém „trojího ortopedického síta“ v České Republice je velmi efektivní a v současnosti světově unikátní. Prezentované výsledky fungování systému dokumentují. Péče o dětské kyčle v našich zemích vysoce převyšuje světovou úroveň. Liberalizací systému zdravotní péče, migrací, zvýšením pravomocí rodičů a následkem legislativních změn se však zhoršují podmínky pro udržení takto vysokého standardu léčebné péče o dětské kyčle. Domnívám se, že bližší spolupráce pediatrií a dětských ortopedů v regionech může být pro dětské pacienty a pro udržitelnost fungujícího systému přínosná.



# Coxa vara adolescens – základní přehled pro pediatry

MUDr. Jakub Turek, MUDr. Jiří Jochymek, Ph.D.

Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, FN Brno – Dětská nemocnice

**Coxa vara adolescens (coxa vara adolescentium, angl. Slipped capital femoral epiphysis) patří mezi relativně časté diagnózy v dětské ortopedii. Nespecifické příznaky a dlouhotrvající obtíže mohou vést k nesprávným diagnostickým závěrům a prodloužení intervalu mezi počátkem onemocnění a operační terapií. Toto prodloužení může mít za následek zhoršení stadia nemoci se všemi následky, ať se jedná o nutnost extenzivnějších operačních výkonů, nebo vyšší riziko komplikací, z čehož rezultuje zhoršení kvality života dětského pacienta. Právě pro časté nespecifické příznaky může pacient s coxa vara adolescens navštívit pediatrickou ambulanci a je důležité, aby byl lékař o diagnóze informován a zvážil ji i v rámci diferenciální diagnostiky.**

## ■ Úvod

Coxa vara adolescens (CVA) patří mezi relativně časté ortopedické diagnózy, se kterými se setkává nejenom ortoped, ale také i pediatr ve své praxi; bohužel patří mezi diagnózy často přehlédnuté nebo přehlédnutelné. Onemocnění vzniká v důsledku přechodného oslabení růstové chrupavky proximálního femuru, především v části její hypertrofické zóny. Toto oslabení má za následek skluz hlavičky, a to hlavně směrem dozadu, kaudálně a mediálně, čímž způsobuje varózní, extenční a zevně rotační deformitu krčku femuru.

Prevalence CVA se liší mezi etnickými skupinami (signifikantně vyšší u Polynésanů, Hispánců nebo Afroameričanů), geografickou polohou nebo ročním obdobím, obecně se ale uvádí průměrně 1–10,8 na 100 000 dětí. Nemoc se vyskytuje především v době intenzivního růstu, u chlapců mezi 13.–15. rokem, u děvčat mezi 11.–13. rokem, i když dle posledních observačních studií se průměrný věk výskytu diagnózy snižuje a objevuje se u pacientů s rozptylem od 8 do 15 let. Neméně důležitým faktorem je i pohlaví a všeobecně platí, že chlapci jsou postiženi 1,5krát častěji než dívky. Zajímavostí je, že levá strana je postižena častěji (60 %) než pravá (40 %). Oboustranné postižení se vyskytuje přibližně u 25 % pacientů, toto číslo je několikanásobně vyšší u pacientů s endokrinopatiemi.

## ■ Etiologie

I když v minulosti již bylo prezentováno několik možných příčin vzniku onemocnění, přesná etiologie zůstává stále nejasná a současné poznatky připisují vznik onemocnění multifaktoriální etiologii. Nicméně detailní ultrastrukturální analýza napovídá, že skluz epifyzy v oblasti růstové zóny je způsoben sekundárně v důsledku oslabení podpůrných fibrózních vláken při kolagenových distorcích.

I když se tedy jedná spíše o multifaktoriální onemocnění, mechanické faktory, a to hlavně nadváha a abnormální morfologie proximálního femuru, hrají zásadní roli.

Necelých 80 % všech pacientů léčených pro CVA trpí nadváhou (z čehož 50 % má BMI vyšší než 95. percentil populace stejného věku), přičemž obezita je spjata nejenom s rizikem vzniku CVA, ale také s tíží nemoci. Je to v důsledku nepřiměřené mechanické zátěže na proximální růstovou zónu femuru, ale také nacházíme přímou souvislost s anatomickým průběhem růstové zóny, která je u obézních dětí orientována více vertikálně. U mladších pacientů nebo naopak u pacientů výrazně starších, mohou být často příčinné souvislosti s hormonálními dysbalancemi a poruchami, a to hlavně při hypothyreóze, panhypopituitarismu, hypogonadismu, renální osteodystrofií nebo při abnormalitách v působení somatotropinu. Mezi endokrinními poruchami má největší zastoupení právě hypothyreóza, která je kromě jiného charakterizována generalizovanou retardací

růstu, čehož důkazem je například pozdější vývoj sekundárních osifikačních center a pozdější uzavírání růstových zón kostí, z toho vyplývá vyšší riziko skluzu i u starších dětí. U pacientů se zmíněnými endokrinními poruchami se bilaterální výskyt nemoci objevuje signifikantně častěji v porovnání s pacienty endokrinologicky nekompromitovanými. Právě u pacientů s CVA v nízkém nebo naopak nestandardně vyšším věku by bylo vhodné endokrinologické vyšetření s cílem diagnostiky některé z možných zmíněných endokrinopatií.

Své zastoupení má i genetický faktor, u pacientů s pozitivní rodinnou anamnézou je zvýšené riziko výskytu nemoci o přibližně 5–7 %.

## ■ Klinický obraz

CVA můžeme jednoduše rozdělit podle několika hledisek:

- dle stability, a to na: **1. stabilní CVA**, kdy pacient může chodit bez berlí nebo s berlemi, končetinu tedy mírně zatěžuje. Většina pacientů spadá do této skupiny; **2. nestabilní CVA**, při které pacient nemůže chodit ani s berlemi a jedná se o akutní stav vyžadující urgentní terapii.
- dle prezentace příznaků na formu **akutní**, u které prodromální příznaky trvají méně než 3 týdny a na rentgenu nejsou známky remodelace; a na formu **chronickou**, kde jsou spíše nevýrazné prodromální příznaky trvající delší dobu a na RTG jsou již známky přestavby (tato

forma je nejčastější); a na formu **akutní na chronickém podkladě**, při které klinické příznaky a výrazná bolestivost imitují akutní formu, ale na RTG snímcích jsou již patrné přestavbové změny.

c. dle velikosti skluzu na RTG (tab. 1).

Tab. 1 Klasifikace nemoci dle velikosti skluzu

Stupeň skluzu	Rozsah skluzu	Southwickův úhel
Lehký	< 1/3 krčku femuru	< 30 °
Střední	1/3-1/2 krčku femuru	30-60 °
Těžký	> 1/2 krčku femuru	> 60 °

Typický obraz pacienta v ambulanci je pacient s nadváhou, po absolvované sportovní aktivitě, stěžující si na tupou, nepřesně ohraničenou bolestivost v oblasti kyčle, dále může také popisovat bolestivost stehna nebo kolena. Zde se právě setkáváme s problematikou diagnostiky nemoci, nesmíme tedy příznaky opomíjet a při bolesti kolena bez přímé úrazové etiologie vždy myslet na vyšetření kyčlí. Při chronické formě pozorujeme spíše bolest tupou, akutní forma naopak může intenzitou bolesti imitovat frakturu. Při vyšetření na lůžku má pacient omezenou vnitřní rotaci a abdukcii v kyčelním kloubu a při flexi pozorujeme tzv. Drehmanovo znamení, kdy pacient není schopen vykonat flexi v sagitální rovině, nýbrž spíše v rovině semifrontální (při flexi v kyčli směřuje koleno do axily na ipsilaterální straně). V důsledku skluzu epifýzy můžeme pozorovat také zkrat končetiny, který zpravidla dosahuje do 2 cm v porovnání s nepostíženou končetinou.

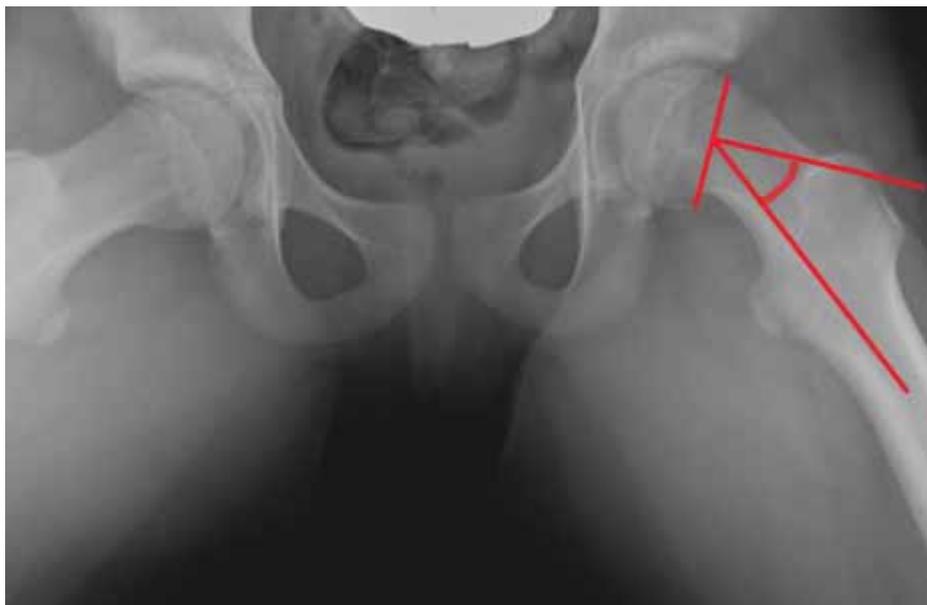
### Zobrazovací metody

Mezi základní zobrazovací metody patří RTG vyšetření kyčlí, a to jak v AP (předozadní), tak v abdukční, Lauensteinově projekci. Jako radiologický příznak se běžně využívá tzv. Kleinova linie, tj. linie procházející horní stranou krčku femuru by měla u zdravé kyčle protínat část hlavičky femuru (obr. 1). Dalším diagnostickým vodítkem je určení Southwickova úhlu, což je úhel tvořený osou epifýzy (kolmice na střed spojnice okrajů epifýzy) a osou diafýzy (obr. 2).

Jiná vyšetření, jako CT nebo MRI, se na našem pracovišti používají při těžších for-



Obr. 1 Kleinova linie – za normálních okolností linie na horní straně krčku femuru prochází částí hlavičky (pravá strana); na obrázku vidíme na levé straně výrazný skluz a Kleinova linie je výrazně vzdálená od oblasti epifýzy femuru



Obr. 2 Orientační měření Southwickova úhlu

mách CVA, při předoperačním plánování nebo k diagnostice možné nekrózy hlavičky.

### Terapie

V současné době je operační terapie jediným možným léčebným postupem, pokud nejsou přítomny závažné kontraindikace zákroku. V minulosti byla navržena celá řada výkonů, počínajíc transfixací in situ zavedenými Kirschnerovými dráty až po korekční osteotomie v různé výšce proximálního femuru. Každá z doposud navržených a prováděných

metod má své zastánce i odpůrce. Zavedení osteosyntetického materiálu je možné i miniinvasivně, a to perkutánní transfixací. Při akutním skluzu je navíc pokus o repozici indikován s cílem dosažení lepšího postavení. U prvního stupně je standardně prováděna transfixace za pomoci jednoho nebo dvou kanylovaných šroubů (ev. s jedním K-drátem pro udržení rotační stability), kde kromě fixace epifýzy nastává zástava růstu v oblasti transfixované růstové chrupavky, což také přispívá k rychlejší remodelaci hlavičky kosti stehenní (obr. 3). Jako možná alternativa



Obr. 3 Transfixace hlavičky proximálního femuru pomocí 1 kanylovaného šroubu a 1 K-drátu



Obr. 4 Osteotomie proximálního femuru za použití LCP dlahy dle Imhauser-Webera

u lehčích forem, která je ovšem v odborné veřejnosti kontroverzní, se jeví transfixace K-dráty. Tato metoda představuje zvýšené riziko penetrace drátů do kloubu, čímž by mohla být způsobena chondrolýza.

Osteotomie femuru mohou být klasifikovány z časového hlediska, a to na časné osteotomie, které jsou určeny k akutní léčbě s cílem dosažení lepšího anatomického postavení v kloubu, prevenci dalšího skluzu. Pozdní osteotomie (zpravidla 1 rok po úvodní léčbě) se využívají v případech perzistujících signifikantních symptomů a deformit. Další

dělení souvisí s etází osteotomie, rozeznáváme osteotomie subkapitální (Dunn, Fish), bazicervikální (Kramer), intertrochanterické (Southwick, Imhauser) nebo jejich modifikace. Výběr mezi jednotlivými metodami závisí na mnoha faktorech, především na tíži postižení, velikosti skluzu a věku pacienta. Podrobnější sdělení o jednotlivých osteotomiích proximálního femuru při CVA je nad rámec článku.

## ■ Komplikace

Chondrolýza je akutní nekróza kloubních chrupavek s následným zúžením až vymizením kloubní štěrbiny. Rizikové faktory pro vznik chondrolýzy jsou imobilizace v sádrové fixaci, penetrace osteosyntetického materiálu do kloubu, větší stupeň skluzu nebo dlouhá prezentace symptomů před samotnou léčbou. Z hlediska patologie se jedná o nespecifický zánětlivý proces s doprovodným ztluštěním synovie, která následně fibrotizuje. Navíc reaktivní granulační tkáň vznikající v důsledku nespecifického zánětu narušuje kloubní chrupavky až po obnažení kosti a v této fázi je vznik osteoartrity nesporný. Léčebná škála je široká, od odstranění osteosyntetického penetrujícího materiálu až po artrodézu nebo náhradu kyčelního kloubu v časně dospělosti.

**Avaskulární nekróza hlavičky femuru** může být částečná nebo kompletní. Vzniká v důsledku poruchy krevního zásobení, a to předoperačně v důsledku skluzu hlavičky nebo následně léčby (závislost na operační technice, provedení repozice).

## ■ Závěr

Primární péče o pacienty s CVA může být zahájena už v pediatrických ambulancích, a to správně diagnostikovaným onemocněním nebo zvážením této možnosti v rámci diferenciální diagnostiky a následně nasměrováním pacienta na specializovaná centra dětské ortopedie. Základem je správně odebraná anamnéza a důkladné klinické vyšetření ze strany pediatra. Právě tato spolupráce mezi pediatry a ortopedy může vést k rychlejší diagnostice a následně včasné terapii onemocnění.

## ■ Použitá literatura

- Dungal, P. Ortopedie. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4357-8.
- Poul, J. Dětská ortopedie. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-622-9.
- Parson, S.J., Barton C., Banerjee R. Kiely Slipped upper femoral epiphysis. Current Orthopaedics 2007;21:215-228.
- Novais EN, Millis MB. Slipped capital femoral epiphysis: prevalence, pathogenesis, and natural history. Clin Orthop Relat Res. 2012 Dec;470(12):3432-3438.



# Patní kost jako neobvyklý cíl stafylokoků

## Osteomyelitida u dvanáctiletého chlapce

MUDr. Jan Štěpán

Dětské oddělení Nemocnice Nový Jičín a.s.

**Zánětlivá onemocnění kostí jsou většinou způsobena bakteriemi, k jejichž inokulaci dochází hematogenním rozsevem. Prevalence osteomyelitidy narůstá především u mladších dětí, a to zejména kvůli bohatému cévnímu zásobení rostoucích dlouhých kostí. Ke vzniku zánětu dochází nejčastěji v metafýzách kostí pro obleněnou cirkulaci v kapilárních kličkách. Osteomyelitida představuje riziko zejména patologických fraktur postižených kostí a rozvoje hluboké žilní trombózy.**

### ■ Popis klinického případu

Na naši JIP byl přijat 12letý chlapec pro intenzivní bolest pravé paty. Rodinná anamnéza stran revmatických onemocnění negativní, pacient dispenzarizován pouze na kardiologii pro benigní presynkopální stav. Bez trvalé medikace, aktivní fotbalista. Jako jediné poškození pravé dolní končetiny je udávána distorze kotníku před dvěma lety. Chlapec přichází pro potíže trvající devět dní, kdy během dovolené v Egyptě došlo k rozvoji bolesti pravé paty omezující chůzi. Nebyla však anamnéza traumatu či jiného poranění ve smyslu panaritida. V zahraničí podal hotelový lékař i.m. injekci s dočasným efektem. Dle vyjádření rodičů údajně nechtěl lékař sdělit, co chlapci aplikuje – lze si domyslet, že se zřejmě jednalo o analgetikum. Od třetího dne se navíc přidaly ojedinělé teploty do 39 °C, nebyly ale jiné známky akutního infektu. Během dovolené rodiče stav jinak neřešili a vracejí se teprve po více než týdnu ze zahraničí. Následně se s chlapcem objevují na naší ambulanci.

Vstupnímu nálezu dominuje lokální proteplení pravé paty, nenacházíme ale žádné další kardinální známky zánětu. Pravou nohu však chlapec drží v úlevovém – varózním – postavení. RTG pravé nohy (viz obr. 1) neprokazuje případně traumatické změny, jako vedlejší nálezy jen varieta v podobě dvou nevýznamných osifikací pod apexem fibuly. Pacient byl ještě před přijetím vyšetřen ortopedem, který konstatuje m. Haglund Sever, na pravou nohu nasazena sádrová dlah a doporučena chůze o berlích bez došlapu s analgetizací. Nicméně ve vstupních odběrech se ukazuje zejména výrazná elevace CRP na 203 mg/l, prokalcitonin jen mírně zvýšen 0,46 µg/l, bez leukocytózy v krevním obraze.

### ■ Terapie a další průběh hospitalizace

Vzhledem k anamnéze a výsledkům jsme stav vyhodnotili jako akutní osteomyelitidu a zahájili terapii intravenózním klindamycinem v plné dávce. Druhý den hospitalizace se na akutně provedeném MRI pravé nohy ukazují známky osteomyelitidy patní kosti, tj. v T1 sekvenci hyposignální okrsky, v T2 a STIR zvýšený signál calcaneu (viz obr. 3, 5). Případný absces či lytické ložisko nezaznamenáno. Navíc se z laboratoře již po 24 hodinách hlásí pozitivní hemokultura G+ koků ve sluchcích, zatímco sěr před hemokulturou byl negativní. Od přijetí se objevuje ještě několik febrilních špiček s příznivou reakcí na běžná antipyretika. Během prvních dní chlapec zpočátku pro výraznou bolestivost vyžadoval trvalou analgetizaci včetně intravenózního Nalbuphinu. Celkový stav se však postupně stabilizuje. Vzhledem k prevenci kontraktury byla sádra rozřezána a nadále ponechána jen bandáž. Po dvou dnech od zahájení ATB terapie se přechodně na 36 h. teploty nacházejí již v pásmu low-grade subfebrilií. Poté se však opět objevuje teplotní špička a dochází k další mírné elevaci CRP – vzestup jsme hodnotili jen jako zdánlivý pro předtím nezachycený peak. V první hemokultuře vychází Staph. aureus dobře citlivý na protistafylokoková antibiotika včetně výborné in vitro MIC na podávaný klindamycin (tj. 0,25). Lokální nálezy na pravé noze byl v těch dnech celku nevýrazný, přetrvávala ale palpační citlivost na patě a kolem zevního kotníku, kde bylo rovněž zřetelné diskretní ložisko zarudnutí a prosáknutí. Nicméně i další den pokračovaly febrilní špičky, v kontrolní hemokultuře po téměř 75 h. terapie klindamycinem stále nápadný bakteriální nárůst. Proto šestý den

po konzultaci s antibiotickým střediskem do terapie přidán intravenózní oxacilin ve vysoké dávce (MIC 0,5). Vzhledem k nálezu opakovaných pozitivních hemokultur (po každé S. aureus) a výskytu teplotních špiček bylo doplněno i echokardiografické vyšetření. Nález však nese svědčí pro bakteriální endokarditidu, přítomen jen nevýznamný reaktivní perikardiální výpotek.

Po přidání oxacilinu byl chlapec již jen krátce subfebrilní a následně až do doby dimise zůstal bez teplot. Osmý den v kontrolní laboratoři konečně dochází k výraznějšímu poklesu CRP, na druhou stranu se však lokální nálezy zhoršuje: objevilo se zvýraznění otoku a zarudnutí. Proto bylo vzhledem k t.č. již maximální konzervativní terapii zvažováno provedení drenáže patní kosti. Následujícího dne provedena kontrolní MRI pravé nohy, kde nebylo zřetelné lytické ložisko ani absces, jen progresse tekutiny v talokrurálním a subtalárním kloubu spolu s prosáknutím a lemem tekutiny při úponu Achillovy šlachy (viz obr. 4). Další den se však nálezy opětovně upravuje a dochází také k dalšímu poklesu CRP, echokardiograficky zřetelná i regrese perikardiálního výpotku. Vzhledem k příznivému vývoji stavu tedy opuštěno od zvažované intervence. Dle rozhodnutí primářské vizey došlo 12. den k ukončení terapie klindamycinem – nadále pokračováno jen v monoterapii intravenózním oxacilinem. Teprve čtvrtá hemokultura nabraná osmý den ATB terapie vychází negativní.

Celkový stav nakonec umožňuje překlad na standardní oddělení. Chlapec postupně vertikalizován bez zátěže PDK, laboratorně patrně další postupné klesání CRP až k normě, dochází k úpravě mírné, zřejmě parainfekční anémie. Pátá hemokultura rovněž negativní.



Obr. 1



Obr. 2

Stran lokálního nálezu však ještě přetrvává v čase ustupující bolestivost, proto nakonec oxacilin podáván do 17. dne. Perorální náhrada oxacilinu není v současnosti dostupná, a tak jsme po důkladném zvážení vývoje stavu a citlivostí zvolili potencovaný amoxicilin ve vysokém dávkování, který následně užíval 14 dní. Celkově jsme se tak dostali na 36 dní antibiotické terapie. Pacient byl zaučen v chůzi o podpažních berličích. Jednalo se o tzv. fingovaný krok, který mu měl v čase umožnit postupný přechod na plnou zátěž PDK. Po třech týdnech propuštěn v uspokojivém celkovém stavu do domácí a následně ambulantní péče.

### ■ Vývoj stavu po dimisi

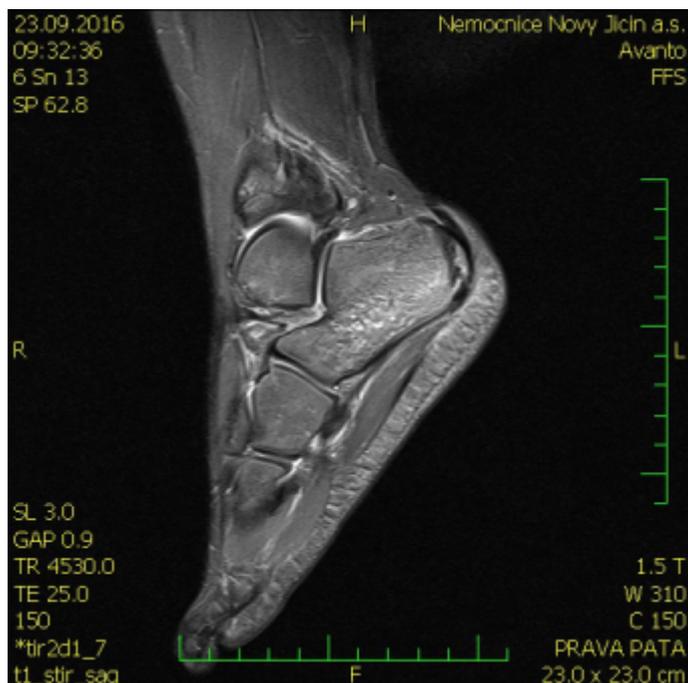
Po propuštění byl již nález na pravé noze klidný a chlapec bez subjektivních potíží. Na kontrolním RTG pravé nohy v odstupu měsíce od zahájení léčby nejsou zřetelná osteolytická ložiska, nicméně vzhledem k delší době inaktivity můžeme vidět difúzní prořidnutí kostní hmoty (viz obr. 2). Proto pacient nadále pokračoval v rehabilitaci. Konkrétně se jednalo o měkké techniky k mobilizaci zánártních kloubů, jednoduché cviky v rámci možné mobility nohy a kontrolu správného našlapování při chůzi o berličích, aby se zaměřilo našlapování přes varoální postavení. Nadále doporučen víceméně klidový režim,

během tří týdnů (do bolestivosti) postupný přechod na plnou zátěž PDK, avšak s vyloučením nárazů v podobě skoků či dupání, které by mohly zapříčinit případnou zlomeninu patní kosti. Pro adekvátní opětovné vytvoření kostní trámčiny byl dlouhodobě doporučen Vigantol v kombinaci s preparáty vápníku.

### ■ Význam praktického lékaře

Úloha praktického lékaře při akutní osteomyelitidě spočívá jednak ve správném rozpoznání onemocnění spolu se včasným odesláním pacienta k hospitalizaci, jednak posléze v dispenzární péči. V první linii je

Obr. 3



Obr. 4





## Vrazím tam. Bud' to dopadne, nebo ne, tvrdí Ludvík o postu ministra zdravotnictví

Přijmout funkci ministra zdravotnictví považuje Miloslav Ludvík, ředitel pražské Fakultní nemocnice Motol, za výzvu. To, že není lékař, nepovažuje po 27 letech strávených ve zdravotnictví a 17 letech v čele fakultní nemocnice za svůj handicap, řekl v rozhovoru pro Novinky.

### Objevují se informace, že si vaší nominací na post ministra premiér Sobotka zavazuje pražskou organizaci ČSSD...

Nemyslím si, že by to mělo něco společného. Možná musel nastoupit někdo, kdo se v tom resortu aspoň trochu orientuje. Je to skutečně složité, a když si to vezmete, tak se tam rozděluje 250 miliard ze zdravotního pojištění, dalších několik desítek miliard kapitola 335 státního rozpočtu, krajské rozpočty a je to velmi komplikované a máte 10 měsíců dole. Tam není čas na rozkoukávání se. Tam prostě vrazíte, buď to dopadne, nebo ne.

### Nejste lékař, nebude to váš handicap ve funkci ministra zdravotnictví?

Po 27 letech ve zdravotnictví a po 17 letech ve vedení FN Motol vím, do čeho jdu. Mám pocit, že budu asi po 20 letech první nelékař. Budu ekonom, posledním byl pan ministr Stráský, takže to je to, na co se musím soustředit.

### V čem to může být výhoda?

Do neděle jsem v podstatě jenom navržený, takže třeba to pan prezident neschválí, takže na nějaké profilové věci je času dost. V tuto chvíli bych se k tomu nechtěl nijak vyjadřovat, protože teď si to musí rozhodnout pan prezident.

### Jaký může být přínos ekonomů na ministerstvu zdravotnictví?

Myslím, že nějaké nápady mám, ale počkám si na oficiální jmenování. Pokud bude, tak já s tím asi seznámím pana prezidenta a pak se vyjádřím.

### Nebál jste se funkci přijmout?

Teď je skutečně doba, kdy je ošklivo a musíte nastavit čelo, teď se lámou charakter a musíte prostě přijmout výzvu. Bylo by samozřejmě lepší si počkat v závětrí. Teď je doba, kdy musíte vylézt čelem. Je to resort, kde se zatím vystřídal největší počet ministrů. Ale jinak bych to nepřijal, byl jsem osloven až dneska a do té doby jsem o tom s nikým nemluvil.

Zdroj: B. Janáková, Novinky, 11. 11. 2016

nezbytné v diferenciální diagnostice správné vyloučení jiných onemocnění, která by mohla osteomyelitidu imitovat. Mezi ně patří např. subkutánní absces, celulitida, fraktury, ale i zákeřné diagnózy jako leukémie či kostní nádory. Mezi nezbytná vyšetření patří krevní obraz s dif. rozpočtem a CRP, je také nutné odebrat hemokulturu. Prostý RTG snímek nám pomůže oddiferencovat určitá onemocnění. Nicméně platí, že zlatým standardem pro adekvátní zobrazení změn, zejména v časnějších stadiích infekce, patří MRI dané oblasti, ideálně s kontrastem.

Cílem léčby je eradikace infekce, náprava funkce a úleva od bolesti. Je nezbytné začít léčbu před osteomyelitickými změnami a kostní nektrózou. Délka terapie je obvykle delší než 4–6 týdnů, řídí se vyvolávajícím patogenem, klinickým stavem pacienta, konkrétním místem infekce a klinickým průběhem. Chirurgický zákrok přichází v úvahu až při selhání ATB léčby nebo při zavedeném infikovaném chirurgickém materiálu (např. při osteosyntéze), případně u chronické osteomyelitidy s nektrózou kosti či měkkých tkání. Možná rekurence se udává až v jedné třetině adekvátně léčených osteomyelitid.

V následné dispenzární péči je nezbytné nalezení správného kompromisu mezi dvěma protipóly. Ten první představuje riziko zlo-

meniny pro sníženou kostní denzitu v rámci dlouhodobější inaktivity a případně i pro osteolytické změny. Na druhé straně pak vystupuje nutnost opětovné obnovy kostní trámčiny, čehož lze kromě medikamentů usnadňujících novotvorbu kosti dosáhnout také přiměřenou aktivitou s postupným navyšováním zátěže.

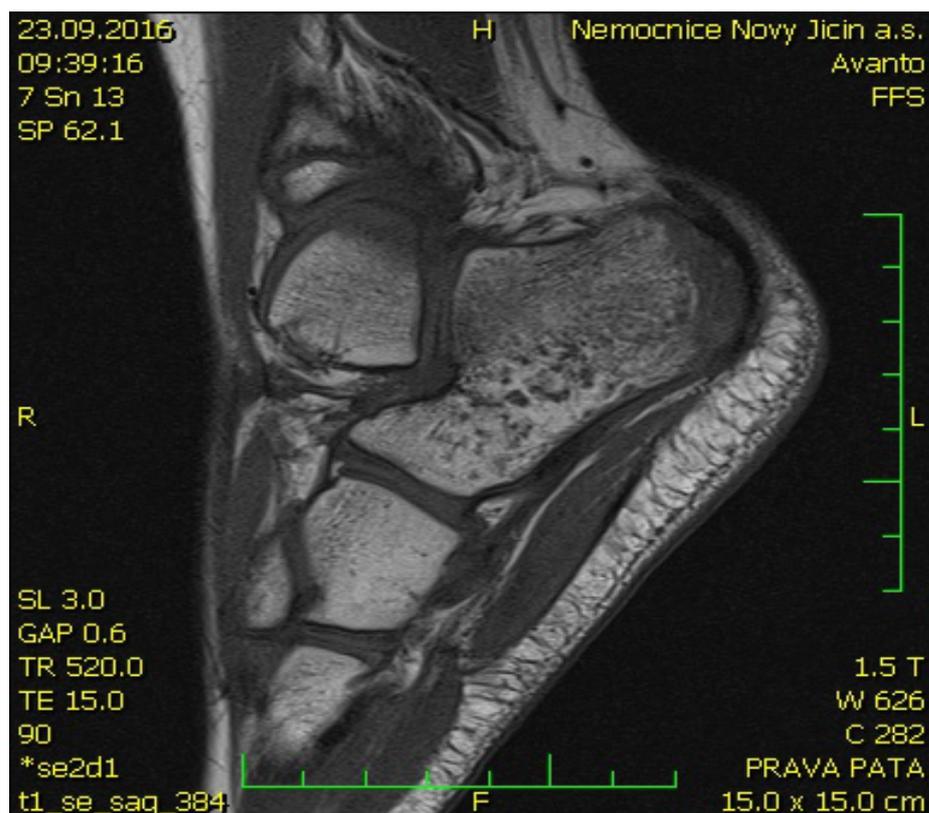
U zdravých dětských pacientů bez podezření na případné hematologické odchylky není indikováno použití antikoagulancií. Dostatečnou prevenci hluboké žilní trombózy zajistí v případě osteomyelitidy dolních končetin bandážování lýtek do doby mobilizace končetiny.

Samozřejmostí je podrobná a systematická edukace rodičů i pacienta o celkovém zdravotním stavu a dalším plánu, neboť jen díky compliance lze v dispenzarizaci předejít komplikacím.

## Závěr

Akutní osteomyelitida není u dětských pacientů vzácností. Vzhledem k možnostem dostupné a spolehlivé léčby a současně možným závažným následkům by tato diagnóza rozhodně neměla uniknout naší pozornosti, a to i v méně typických lokalizacích.

Obr. 5





# Způsob hodnocení růstu kojeného dítěte za použití českých referenčních grafů

**RNDr. Jitka Riedlová<sup>1)</sup>, Mgr. Markéta Paulová, Ph.D.<sup>2)</sup>, Ing. Jana Vignerová, CSc.<sup>2)</sup>,  
doc. MUDr. Dagmar Schneidrová, CSc.<sup>1)</sup>, Ing. Marek Brabec, Ph.D.<sup>2), 3)</sup>**

<sup>1)</sup> 3. lékařská fakulta, Univerzita Karlova; <sup>2)</sup> Státní zdravotní ústav, Praha; <sup>3)</sup> Ústav informatiky AV ČR, v.v.i., Praha

## ■ Úvod

Kojení má významný dopad na zdraví a vývoj dítěte potvrzený řadou výzkumů. Světová zdravotnická organizace (WHO) doporučuje výlučné kojení po dobu 6 měsíců a dále pokračovat v kojení s postupně zaváděným příkrmem do 2 let věku dítěte, případně i déle. S tímto doporučením se ztotožňuje i Ministerstvo zdravotnictví ČR ([http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/doporučení-k-zavadení-komplementární-výživy-příkrmu-u-kojencu\\_7542\\_1154\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/doporučení-k-zavadení-komplementární-výživy-příkrmu-u-kojencu_7542_1154_3.html)). Vzhledem k mnoha výhodám, které kojení dítěti přináší, WHO přímo definovala kojení jako biologickou normu výživy dítěte a růst kojeného dítěte jako normativní. Jediným způsobem, kterým je možné hodnotit přiměřenost váhových přírůstků kojenců, je využívání růstových grafů. Proto v roce 2006 publikovala WHO nové růstové standardy (v podobě grafů a tabulek) vycházející ze sledování růstu dětí výlučně nebo převážně kojených minimálně 4 měsíce a doporučila je svým členským státům k přijetí na národní úrovni.

Z tohoto důvodu již v roce 2007 bylo provedeno v České republice porovnání nových růstových standardů WHO a používaných českých referenčních dat. Z tohoto porovnání vyplynulo, že ačkoliv cílem WHO byla podpora a prosazování výlučného kojení po dobu prvních 6 měsíců, při použití standardů WHO pro hodnocení růstu českých dětí by mohlo paradoxně docházet k předčasnému zavádění dokrmu či příkrmu před ukončením 6. měsícem věku. Podrobněji se těmto výsledkům věnuje článek v Česko-Slovenské Pediatrii č. 9/2008. Nevhodnost zavedení standardů WHO do české pediatrické praxe poukázala na potřebu provedení studie růstu českých kojených dětí, protože doposud používané růstové grafy z let 1991 a 2001 (5. a 6. Celostátní antropologický výzkum dětí a mládeže, CAV – Lhotská L a kol. 5. Celostátní antropologický výzkum dětí a mládeže 1991, antropometrické cha-

rakteristiky. Praha: Státní zdravotní ústav, 1993; Vignerová J a kol. 6. Celostátní antropologický výzkum dětí a mládeže 2001, Praha: PíF UK v Praze, SZÚ, 2006) jsou konstruovány na základě měření dětí, jejichž způsob výživy nebyl definován jako kritérium pro jejich zařazení do výzkumu.

Proto byla v letech 2009–2011 v České republice provedena studie růstu výlučně a dlouhodobě kojených dětí. Cílem studie bylo porovnat růstový vzorec těchto dětí s aktuálně používanými českými referenčními daty pocházejícími z 5. CAV 1991 a 6. CAV 2001. Studie prokázala, že pro posuzování růstu českých kojených dětí lze sice využívat referenční data (růstové grafy) používaná pro celou českou dětskou populaci, avšak při hodnocení hmotnosti a hmotnosti k délce je třeba mít na paměti několik specifíků růstu kojených dětí. Pokud tyto odlišnosti nebereme v úvahu, může dojít ke zbytečnému dokrmování nebo úplné náhradě kojení umělou mléčnou výživou, předčasnému zavádění nemléčných příkrmu před ukončením 6. měsícem věku, případně k nežádoucímu překrmování kojence po prvním půlroce života.

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 70/2012 Sb. ukládá dětským lékařům povinnost sledovat a hodnotit růst dítěte podle platných růstových grafů při pravidelných preventivních prohlídkách. Podle této vyhlášky jsou jako hlavní ukazatele tělesného růstu u nejmenších dětí posuzovány tělesná délka, hmotnost a obvod hlavy. Právě těmto tělesným charakteristikám se tento článek věnuje.

## ■ Materiál a metodika

Studie růstu českých kojených dětí proběhla v letech 2009–2011. Sběr dat byl zahájen v dubnu 2009. Měření byla prováděna v ordinacích více než 40 praktických dětských lékařů z celé České republiky, a to v rámci pravidelné preventivní prohlídky v 18 měsících věku dítěte. Do výzkumu byly zahrnuty všechny děti odpovídajícího věku, které se během sledovaného období dostavily do ordinací spolupracujících lékařů a u nichž rodiče písemně souhlasili se zjišťováním tělesných charakteristik a dalších potřebných dat. Byly zaznamenány údaje o tělesné délce, hmotnosti a obvodu hlavy dítěte, a to

Tab. 1 Kritéria pro výběr dětí v souboru WHO (MGRS) a v souboru českých kojených dětí

Kritéria výběru	WHO (MGRS)	České kojené děti
Socio-ekonomická situace, která nebrzdí růst	ano	ano
Nízká nadmořská výška (< 1500 m)	ano	ano
Nízká mobilita sledované populace	ano	ano
Minimálně 20 % matek ochotných postupovat podle výživových doporučení	ano	ano
Existence systému podpory kojení	ano	ano
Vzdělání matky minimálně středoškolské	ne	ano
Matka nekuřačka před i po porodu	ano	ano
Porod jediného dítěte, v termínu	ano	ano
Porodní hmotnost < 2500 g	ano (pokud bylo dítě narozené v termínu)	ne
Výlučně/převážně kojené po dobu ≥ 4 měsíců	ano	ano



jednak hodnoty aktuálně získané během preventivní prohlídky, jednak zpětně vypsané ze Zdravotního a očkovacího průkazu dítěte a mladistvého. Zaznamenáním aktuálních i všech předchozích měření tělesné délky, hmotnosti a obvodu hlavy bylo docíleno longitudinálního charakteru studie. Do května 2010 byla získána růstová data od 1 765 dětí.

Na základě písemného souhlasu rodičů dítěte byly dotazníkovou formou získány důležité informace o socio-ekonomických podmínkách života dítěte i jeho rodiny, porodní údaje dítěte, gestační věk, pořadí narození v rodině, údaje o matce (tělesná výška, hmotnost, vzdělání, kuřáctví) a zejména údaje o stravování dítěte, tj. délce kojení dítěte a způsobu jeho další výživy (např. věku při zavedení dokrmu a příkrmů).

Ve shodě s kritérii WHO byl za vylučné kojení považován způsob výživy, kdy bylo dítě krmeno pouze mateřským mlékem a navíc mu byly podávány pouze minerály a vitaminy, za převážné kojení pak způsob výživy, kdy ke kojení byla podávána voda nebo nemléčné tekutiny.

Do výsledného souboru byly vybrány děti, které splňovaly podmínky výběru podobné jako v souboru, na jehož základě byly konstruovány růstové standardy WHO 2006. Kritéria pro výběr v souboru WHO a v souboru českých kojených dětí jsou uvedena v tabulce 1. Studie WHO (MGRS) byla postavena na měření téměř 8 500 dětí ve věku 0–60 měsíců z Brazílie, USA, Ghany, Indie, Norska a Ománu.

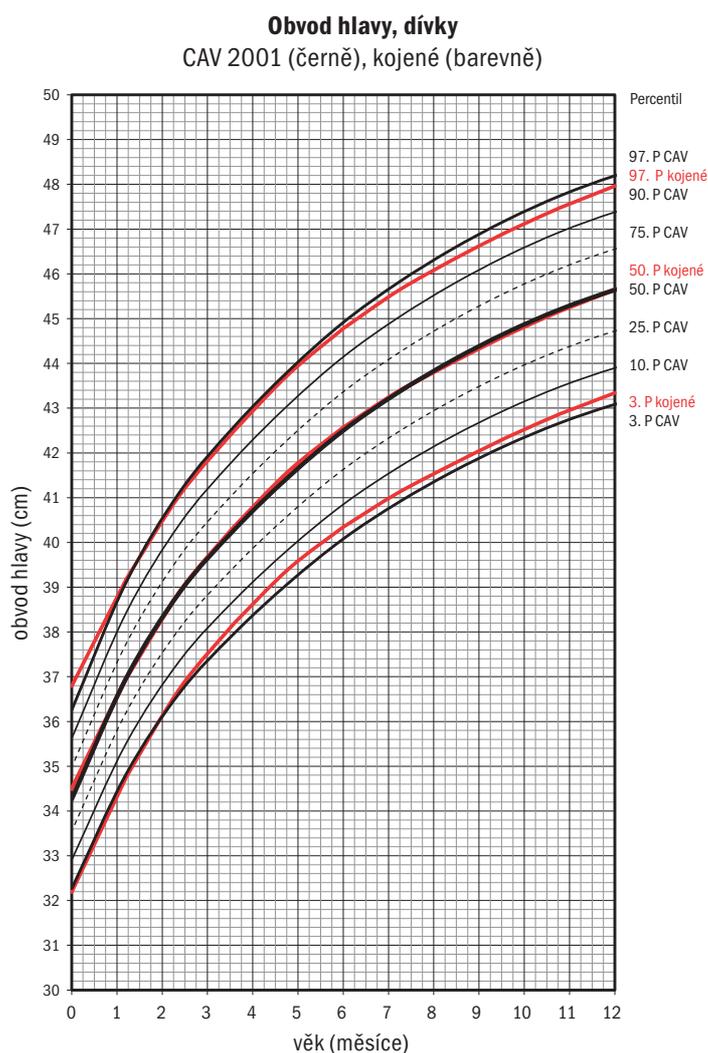
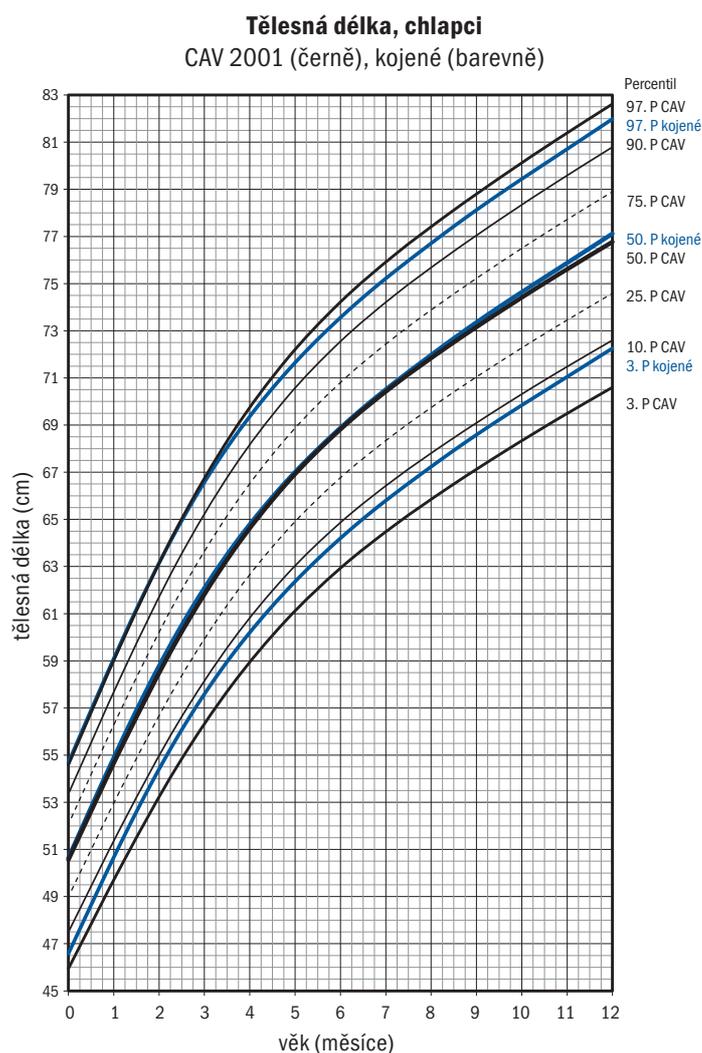
Do souboru českých kojených dětí bylo podle těchto kritérií zahrnuto 960 dětí (471

chlapců a 489 dívek), z nich 87 % mělo 10 a více měření, 13 % dětí méně než 10 měření. Celkem bylo k dispozici 10 727 antropometrických vyšetření.

Z takto získaných dat byly konstruovány růstové křivky pro kojené děti od narození do 12 měsíců. Pro nedostatek údajů mezi 12. a 18. měsícem nebylo možné konstruovat křivky pro delší časové období. Tyto křivky byly porovnány s aktuálně používanými českými růstovými grafy. Růstové reference pro českou dětskou populaci jsou výsledkem 5. Celostátního antropologického výzkumu dětí a mládeže z roku 1991 (hmotnost, hmotnost k výšce, BMI) a 6. Celostátního antropologického výzkumu dětí a mládeže z roku 2001 (tělesná délka a obvod hlavy). Grafy jsou k dispozici např. ve *Zdravotním a očkovacím průkazu dítěte a mladistvého*;

Graf 1 Tělesná délka, chlapci

Graf 2 Obvod hlavy, dívky





v software RůstCZ <http://www.szu.cz/publikace/data/program-rustcz-ke-stazeni> nebo ke stažení z webových stránek Státního zdravotního ústavu na <http://www.szu.cz/publikace/data/program-rustove-grafy-ke-stazeni>. Oba celostátní výzkumy byly transversální a děti do nich byly zařazeny bez ohledu na způsob výživy po narození. Do CAV 1991 bylo zahrnuto 90 910 dětí od narození do 18 let (z toho více než 13 tisíc dětí do 18 měsíců věku), pro CAV 2001 byla získána data o 59 109 dětech ve věku 0–18 let (z toho téměř 10 tisíc dětí do 18 měsíců věku).

Všechny přiložené grafy znázorňují aktuálně používané české reference a v nich jsou barevně vyznačeny 3., 50. a 97. percentil českých kojených dětí. Barevné křivky tedy zobrazují růstový trend daných tělesných charakteristik, který je třeba zohlednit při hodnocení růstu kojeného dítěte, avšak nedělná se o referenční data pro kojené děti.

### ■ Vývoj tělesných charakteristik kojeného dítěte

Mnohé z výsledků studie růstu českých kojených dětí již byly publikovány v předešlých ročních číslech časopisu VOX Paediatricae (2 články v č. 3/2012, další článek v č. 8/2014). Tento článek se věnuje hodnocení vývoje tělesných charakteristik kojeného dítěte.

K hodnocení **tělesné délky i obvodu hlavy** kojeného dítěte lze dobře použít aktuální české referenční grafy, viz obr. 1 a 2. Růstové křivky českých referenčních grafů a křivky kojených dětí probíhají souběžně. To platí pro obě pohlaví, a proto uvádíme pro každou tělesnou charakteristiku pouze jeden graf.

Nejvýrazněji se projevuje specifický rys růstu kojeného dítěte u **hmotnosti** (grafy č. 3, 4). V prvních měsících po porodu můžeme zaznamenat, ve srovnání s českými referenčními grafy, větší hmotnostní přírůstky u kojených dětí – individuální růstová křivka stoupá strměji než křivky v percentilovém grafu. Ve věku přibližně mezi 2. a 3. měsícem se tento trend zpomaluje. Přírůstky se relativně snižují, individuální křivka už nestoupá tak strmě, ale naopak se začíná přibližovat ke křivkám percentilového grafu. Tento jev je fyziologický a **neměl by být automaticky důvodem k zavedení dokrmu**. Jak je zřejmé z grafů 3 a 4, je tento průběh patrný na všech percentilových křivkách.

Po prvním půlroce se křivka hmotnosti kojeného dítěte kříží se sousední níže položenou křivkou percentilového grafu a dostává se

pod ni. To ukazuje na skutečnost, že kojené děti se kolem tohoto věku stávají štíhlejšími ve srovnání s referenční populací a **že kojení působí jako jeden z protektivních faktorů vzniku obezity**. Není proto potřeba neúměrně zvyšovat energetický příjem dlouhodobě kojených dětí v druhém půlroce jejich života.

Vhodnější než hodnocení prospívání dítěte pouze podle hmotnosti samotné je hodnocení podle grafu **hmotnosti k tělesné délce** (grafy 5, 6). Přibližně do tělesné délky 65 cm (tj. v době, kdy jsou děti ve věku, který je pro zachování dlouhodobého kojení rozhodující) růstový trend kojených dětí odpovídá křivkám v růstovém grafu hmotnosti k tělesné délce pro celou populaci. Pak se projeví nižší hmotnost kojených dětí, proto jsou i hodnoty hmotnosti k délce u kojeného dítěte nižší a křivka kojeného dítěte se dostává pod křivku referenčního percentilového grafu, což je patrné z grafů 5 a 6. I to ukazuje, že kojení je jedním z preventivních faktorů vzniku obezity.

### ■ Závěrem

- Kojení je pro zdraví a vývoj dítěte nenahraditelné, podporuje jeho správný fyzický i psychický vývoj. Přínosné je i pro kojící matku.
- U kojených dětí je v prvních měsících života průběh růstu odlišný od růstu dětí nekojených, a to zejména u hmotnosti. Zohlednění tohoto specifika přispívá k správnému hodnocení vývoje kojeného dítěte, brání zbytečnému zavedení dokrmu (zejména ve věku mezi 2.–3. měsícem), zbytečnému zavádění příkrmů před ukončením 6. měsícem a překrmování dítěte v druhém půlroce života.
- Správné pochopení a použití referenčních růstových grafů pro hodnocení růstu kojeného dítěte podporuje zachování výlučného kojení do věku 6 měsíců a kojení i po 12. měsíci věku.
- Percentilové křivky kojených dětí nebyly konstruovány jako normativní. Cílem jejich konstrukce bylo přesně popsat odlišný průběh křivek jednotlivých antropometrických charakteristik kojeného dítěte v porovnání s referenční populací. Zavedení nových grafů pro kojené děti do pediatrické praxe by přineslo mnoho nesnází. Používání původních referenčních grafů CAV a zároveň nových grafů pro kojené děti by způsobilo mnoho nejasností.

Úplné nahrazení původních grafů novými grafy pro kojené děti by bylo příčinou komplikací při hodnocení dětí kojených jen částečně nebo nekojených vůbec. Nebyla by zajištěna návaznost grafů pro kojené děti a grafů CAV ve věku 12 měsíců. V neposlední řadě by šlo o finanční zátěž při jejich zavádění a distribuci.

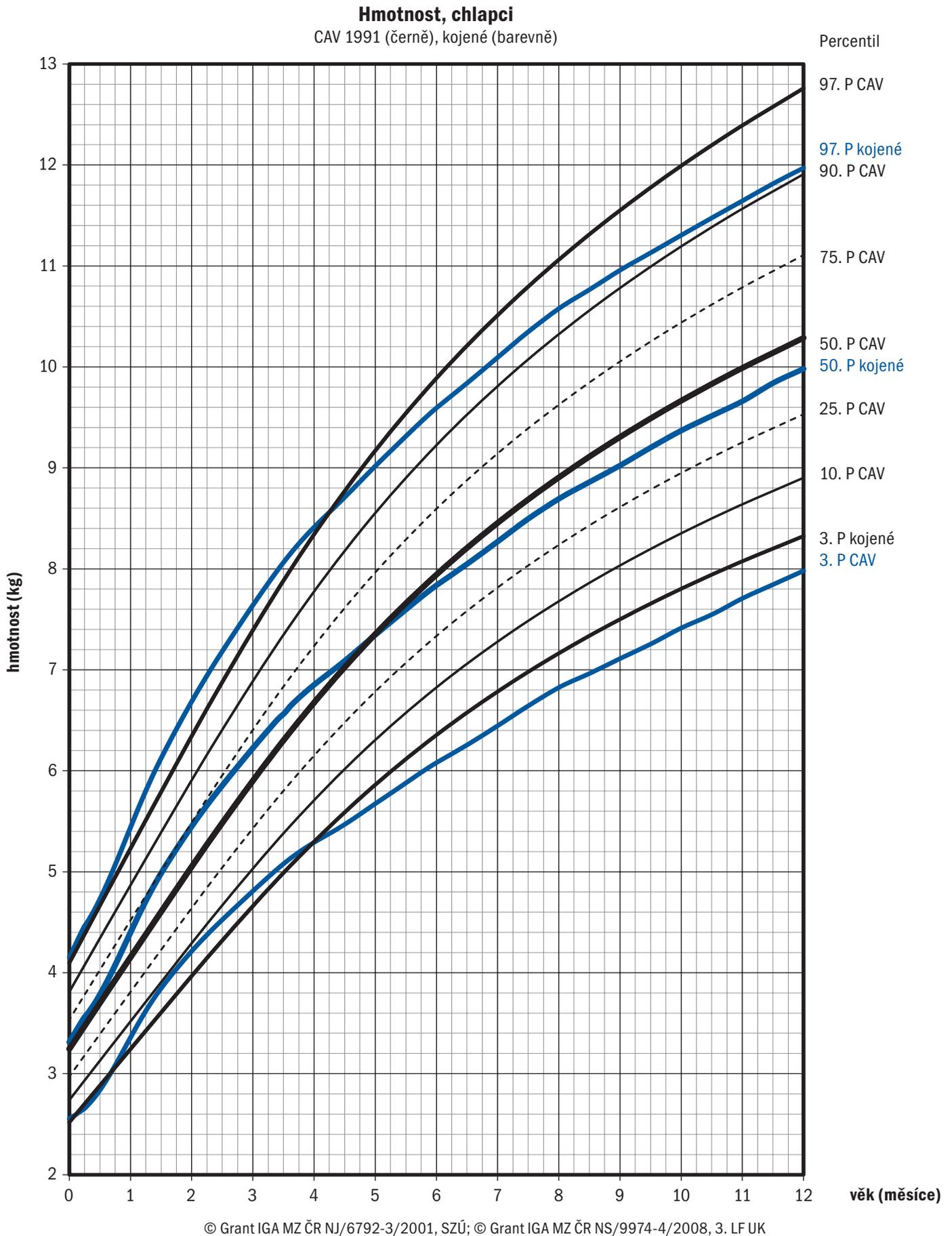
- Grafy zobrazující percentilové křivky pro kojené děti, uveřejněné v tomto článku, jsou k dispozici na webu Státního zdravotního ústavu (<http://www.szu.cz/publikace/data/rust-kojenych-deti>).
- Percentilové křivky kojených dětí byly doplněny do růstového software RůstCZ (<http://www.szu.cz/publikace/data/program-rustcz-ke-stazeni>), který je zdarma k dispozici na webu Státního zdravotního ústavu stejně jako leták Jak hodnotit růst kojeného dítěte (<http://www.szu.cz/uploads/documents/obi/CAV/LETAK.pdf>).

Závěrem děkujeme za vstřícnost a účinnou pomoc spoluorganizátorům výzkumu MUDr. Renátě Růžkové a MUDr. Bohuslavu Procházkovi a dále všem praktickým lékařům pro děti a dorost, kteří se do projektu zapojili měřením dětí a sběrem dotazníků.

Studie růstu českých kojených dětí proběhla ve spolupráci 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, Státního zdravotního ústavu a Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP v letech 2009–2011 za finanční podpory IGA MZ ČR (grant IGA MZ ČR č. NS 9974-4/2008).

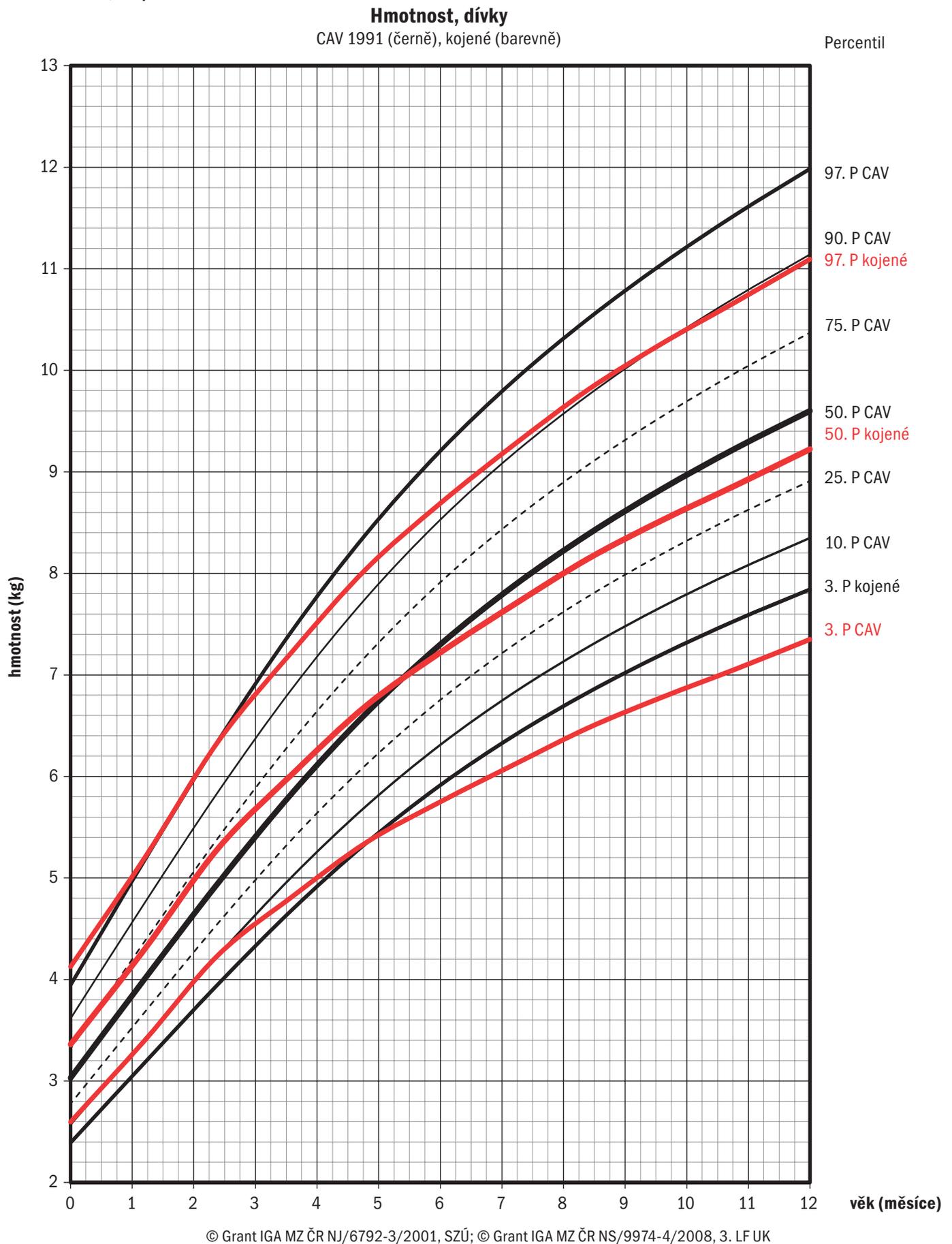


Graf 3 Hmotnost, chlapci





Graf 4 Hmotnost, dívky

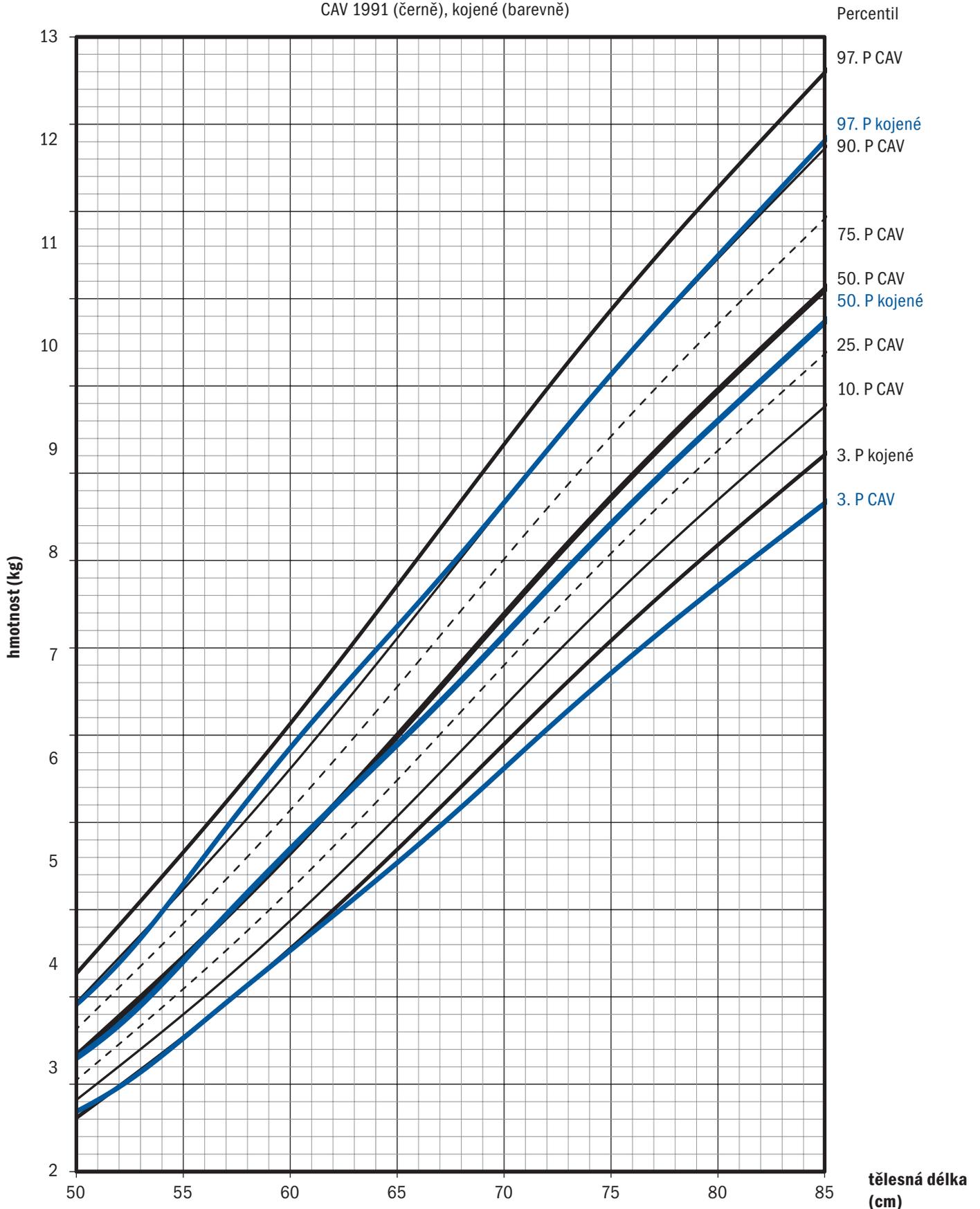




Graf 5 Hmotnost k tělesné délce, chlapci

### Hmotnost k tělesné délce, chlapci 50–85 cm

CAV 1991 (černě), kojené (barevně)

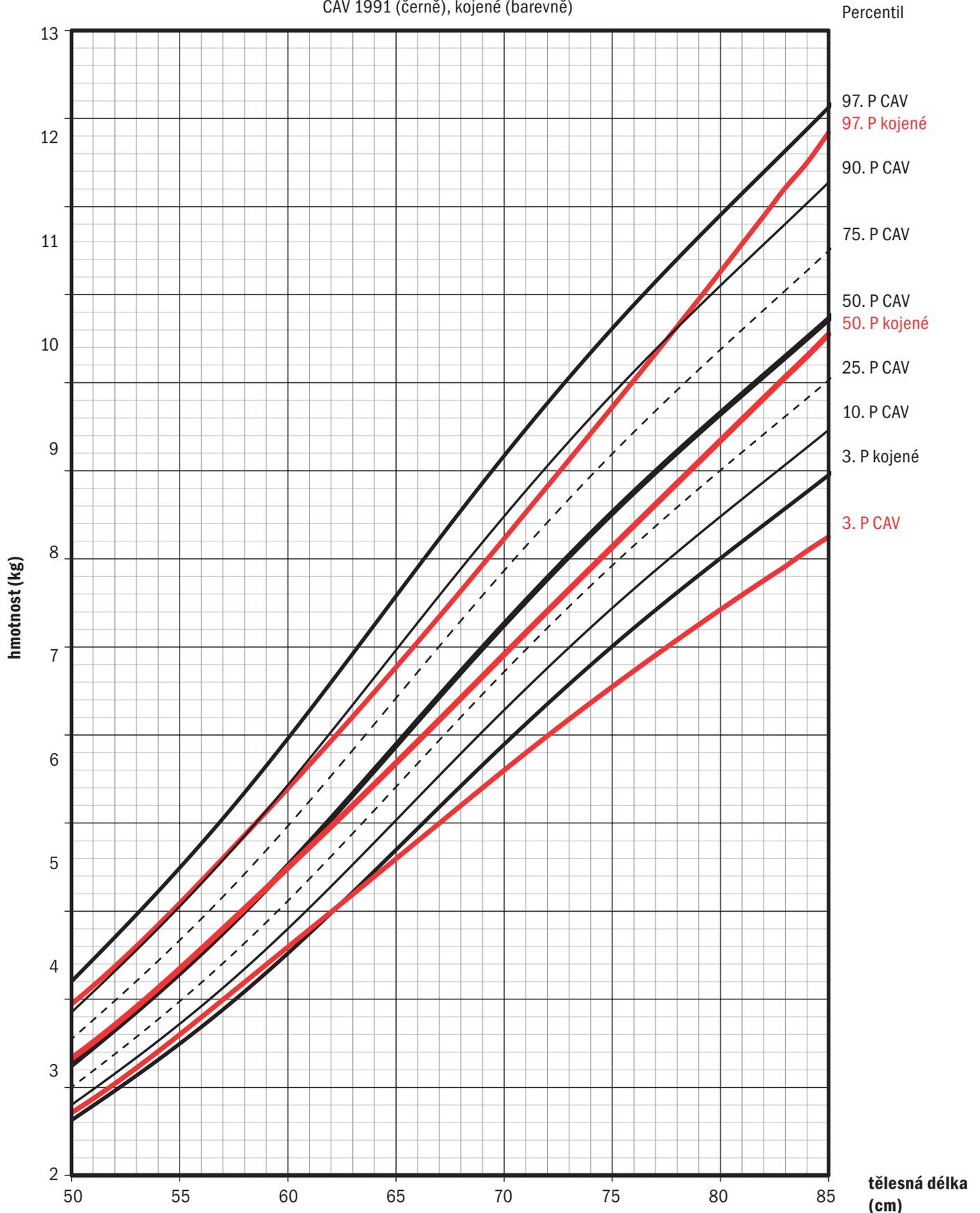


© Grant IGA MZ ČR NJ/6792-3/2001, SZÚ; © Grant IGA MZ ČR NS/9974-4/2008, 3. LF UK



Graf 6 Hmotnost k tělesné délce, dívky

**Hmotnost k tělesné délce, dívky 50–85 cm**  
CAV 1991 (černě), kojené (barevně)



© Grant IGA MZ ČR NJ/6792-3/2001, SZÚ; © Grant IGA MZ ČR NS/9974-4/2008, 3. LF UK



## Ze světa odborné literatury...

### ■ Léčba infantilních hemangiomů – doporučení evropské expertní skupiny

Jedná se o druhou zásadní publikaci k danému tématu. Prevalence infantilních hemangiomů se pohybuje od 2,6 do 4,5 %. Většina z nich nevyžaduje léčbu a regreduje spontánně. Přes 10 % však vytváří obstrukce, ulcerace a mnohdy i znetvoření. Tato práce obsahuje doporučení pro ošetřování komplikovaných infantilních hemangiomů. Rozdělení se týká především rizikových faktorů a patogeneze. Mezi rizikové faktory patří nezralost, ženské pohlaví, nízká porodní váha. Děvčata bývají postižena třikrát častěji než chlapci. Nejvýznamnějším rizikovým faktorem se jeví porodní váha. Na každých 500 g váhového poklesu se riziko hemangiomů zvyšuje o 40 %. Z méně významných faktorů vystupují do popředí častá těhotenství, zvýšení věku matky, in vitro fertilizace, preeklampsie a placentární anomálie. Rodinná anamnéza zvyšuje riziko 2×. Patogeneze je velmi nekompletní. Existují tři hypotézy. První je somatická mutace hemangiomových buněk se spoluúčastí vaskulárního endoteliálního růstového faktoru a hypoxií indukovaného faktoru. Druhou je placentární teorie, kdy je rapidní proliferace následována involucí. Přítomná neonatální hemangiomatóza je ve spojitosti s placentárními hemangiomy. Třetí je hypoxií indukovaná proliferace. Tkáňová hypoxie pak bývá stimulem pro vaskulární proliferaci.

**Klinický průběh a komplikace:** Charakteristický je lineární růst. Manifestují se během prvního a druhého týdne života. Ne však později než ve 12. týdnu života. Růstová rychlost poté klesá a obvykle se zastavuje do 6. měsíce života. Segmentální hemangiomy a větší fokální hemangiomy se mohou ještě rozšiřovat během druhého a šestého roku života. U 5–10 % všech infantilních hemangiomů se vyvíjejí komplikace vyžadující léčbu, někdy až u 20 %.

**Komplikace:** Ulcerace, funkční narušení a zjizvení. Nejčastějšími komplikacemi jsou ulcerace. Objevují se u 10 % všech IH. Predikcí jsou dolní ret, brada a anogenitální oblast. Velké, segmentální a superficiální IH jsou více postiženy než malé, fokální a hluboké. Ulcerace jsou popisovány ve věku 4 měsíců během proliferací fáze a mohou být příčinou krvácení nebo infekce. Bolestivost je většinou signifikantní. Dále pak je zde funkční narušení. To bývá u periokulárních hemangiomů, které omezují vizus a zapříčiňují amblyopii, astigmatismus nebo strabismus. Nasální IH mohou narušovat kojení. Při určitém umístění mohou způsobovat

až poruchu kojení. Při umístění na krku mohou afektovat pohyb a vést k torticollis. Děti, které mají mnohočetné IH, mají riziko i hepatálních hemangiomů. Multifokální hepatické IH zvyšují riziko pro hepatální hemangiomy. Zjizvení v centrální oblasti nosu vytváří další problém. V 50 % se přetváří v teleangiektazie. V určité lokalitě může zapříčinit až městnavé selhání srdeční.

**Vyšetření a diferenciální dg.:** Pro velké subkutánní hemangiomy, zvláště lokalizované v oblasti parotis, supraglottické a paratracheální, je indikována sonografie s Dopplerem. Echo je doporučováno pro děti s velkými hemangiomy, kde je zvýšené riziko srdečního selhání. Děti s intrahepatálními hemangiomy by měly být screenovány pro hypotyreózu. Segmentální hemangiomy v obličeji a na krku jsou často asociovány s cerebrovaskulárními a kardiálními anomáliemi. Mnohdy se zde dělá MRI echokardiografie. Ta je zvláště ideální před propranololovou léčbou. Většina infantilních hemangiomů může být rozlišena od vaskulárních malformací. Další dif. dg musí být učiněna proti vaskulárním tumorům.

**Indikace pro léčbu:** Zatímco IH jsou benigními tumory a mají tendenci regredovat spontánně ve druhém roce života, léčba není požadována ve většině případů. Na druhé straně obstrukční a ulcerované formy vyžadují terapii. I malé hemangiomy mohou uzavírat oko a způsobovat vážné problémy.

Hovoří se o procedurách užívaných v posledním desetiletí. Většinou jsou to modifikace beta-blokátorů – efekt propranololu nebo timololu. Zvláště to platí pro rizikové lokalizace. Periokulární IH způsobuje amblyopii, intertriginní oblast pak ulcerace, na nose zjizvení a obstrukci, na rtu zjizvení a narušení pití a kojení, segmentální hemangiomy ulcerace a mamární oblast permanentní zjizvení. Užívání beta-blokátorů ještě není standardizované. Ukazatele systémové resorpce (bradykardie a hypotenze) nejsou dlouhodobě sledovány.

**Chirurgická léčba:** Nyní jsou studie srovnávající chirurgickou a kryochirurgickou léčbu a propranolol. Pulsní laserová léčba je užívána pro hemangiomy rezistentní k chirurgické terapii. Ohodnocení topické léčby pro infantilní hemangiomy. Nejsou doporučovány intraleziální kortikosteroidy. Nedoporučen intraleziální bleomycin, propranolol, topické kortikosteroidy.

**Systémové léčení nedoporučováno v první linii:** Pulsní laser není plně efektivní v proliferativní fázi, propranolol také ne. Pulsní barevný laser je bolestivý, vyžaduje celkovou anestezii, je zde riziko ulcerací. Limitovaným užitím je

kryoterapie, riziko depigmentace. YAG laser bolestivý, malý efekt léčby. Zřídka kompletní odpověď. Nedoporučován interferon nebo vincristin pro vedlejší efekt hematologických poruch, spastické diplegie a periferní neuropatie. Potenciálně užitečné jsou kortikosteroidy při monoterapii při propranololové intoleranci. Kombinace nízké dávky kortikosteroidů s léčbou sirolimem. Ten má antiangiogenní užitečnou složku. Perorální kortikosteroidy by mohly být brány v úvahu pro pacienty se špatně odpovídajícími IH, kteří neodpovídají na propranolol, mají primární kontraindikaci nebo se vyvíjí vedlejší efekt. Kombinace nízkých dávek kortikosteroidů a propranololu se jeví jako poměrně bezpečná. Kombinace kortikosteroidů a propranololu může zvyšovat riziko hypoglykémie, protože adrenální suprese může inhibovat uvolňování kortisolu. Je možné si uvědomovat, že sirolimus, inhibitor rapamycinu, demonstruje silnou antiangiogenní aktivitu.

Pro léčbu hypertenze a dalších indikací jako hypertrofické kardiomyopatie, hypertyreózy nebo migrén byl užíván propranolol u dětí v dávce 6–8 mg/kg/den již od roku 1964. Zjistilo se ale, že odpověď na propranolol nastává již při dávce 2–3 mg/kg/den a vedlejší efekty jsou reverzibilní. Narušení spánku, somnolence a dráždivost jsou pozorovány u 20 % dětí. Rutinní EKG a ECHO před začátkem jeho podávání je známé. Na začátku léčby všechny děti pod 2 měsíce věku musejí být monitorovány před podáním a 1 a 2 hodiny po podání propranololu. U starších dětí by se to provádělo vždy při zvýšení dávky. Nezralé děti mají zvýšené riziko bradykardie a hypotenze. Zvýšené riziko mají všechny děti se subglotickými hemangiomy.

Všechny děti s věkovou hranicí do 4 týdnů jsou kontraindikovány a potenciálně i ty, které dostávají blokátory kalcia, antiarytmika, digitalis a fenobarbital. Dále děti s bronchiálním astmatem, AV blokem II.–III. stupně. Dále s bradykardií, hypotenzí a hypoglykemií. Dávkování: začíná se s 1 mg/kg/den, zvyšují se po týdnu na 2 mg/kg/den až do konečné dávky 2–3 mg/kg/den. TK měřit vždy hodinu před podáním a po podání. Stále nutné je myslet na hypoglykémii a hypoglykemické křeče. Standardní trvání léčby je 6 měsíců, u některých dětí až 12 měsíců. Relaps je udáván ve 20 %, u ročního podávání pak v 5 %. Přerušeni léčby nastalo většinou pro ataky obstrukční bronchitidy.

*Eur J Pediatr. 2015;174:855–865  
Ve spolupráci s firmou Pfizer  
připravil MUDr. Jiří Liška, CSc.*



## Aktuality...

### ■ Více studentů medicíny ano. Ale kdo je bude učit?

Stále silněji zaznívá téma nedostatku, ale hlavně stárnutí lékařů. Zdravotnictví stojí na skupině 50+ a další vývoj je neuspokojivý. Podle ministerstev zdravotnictví a školství by situaci mělo vyřešit navýšení počtu mediků na lékařských fakultách. Málo se ovšem mluví o souvisejícím problému, jímž je nedostatek učitelů lékařství. Zeptali jsme se, jak to vnímá děkan 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy profesor Aleksi Šedo.

#### **Kdo jsou „učitelé doktorů“ a proč jich není dostatek?**

Z největší části lékaři, kteří ke své zdravotnické kariéře připojili aktivitu akademickou a učí coby asistenti, docenti nebo profesori studenty lékařských fakult. Mají sice smysluplnou a prestižní práci, ale i řadu závazků, které by ve zdravotnictví neměli, a hlavně – přibližně poloviční finanční ohodnocení ve srovnání s tím, co nabízí zdravotnictví stejně starým lékařům bez akademických povinností.

#### **Pak se tedy vnučuje otázka – proč by tedy měl lékař vyhledávat kariéru vysokoškolského učitele za polovinu mzdy, že? A jak z toho ven?**

Řešením je částečný souběh zdravotnického a školského úvazku, což však představuje více času v práci. Ovšem v oborech, které vyžadují medicínské vzdělání, ale nezabývají se přímou péčí o pacienty (anatomie, histologie, fyziologie, biochemie, biologie atd.), je to mnohem horší. V těchto disciplínách je vysokoškolská kariéra pro lékaře hluboce neatraktivní. Například výuka anatomie na našich lékařských fakultách stojí na odbornících v důchodovém nebo těsně předdůchodovém věku. Pokud nedojde ke generační obnově, tento obor doslova vymře.

#### **Jaký je tedy systém finančního ohodnocení vysokoškolských učitelů?**

Finanční částka potřebná na vzdělávání studentů je kryta meziročně stagnujícím či dokonce klesajícím normativem od státu, a to pouze asi ze 70 procent. Pokud chtějí fakulty učit své studenty, musejí si na to samy vydělat – např. vzděláváním zahraničních studentů a dalšími hospodářskými činnostmi. Přiznejme si, že v podnikatelském prostředí by to byl asi dosti neobvyklý model.

#### **Vyřešily by problém vyšší státní dotace na platy akademických pracovníků?**

Studium medicíny trvá šest let, přičemž asi 20 procent studentů školu nedokončí. Pokud bychom dostali od státu peníze na navýšení počtu studentů, musíme připravit a především i udržet dostatek učitelů, kteří chybějí v řadě oborů již nyní, a jejichž příprava trvá deset a více let. A to představuje rovněž nemalé finanční náklady.

Personální udržení a rozvoj spolu s nutným rozšířením zázemí fakult je dlouhodobý proces. Mějme přitom na paměti, že pokud ještě nyní nejsme, tak určitě někdy budeme pacienti.

Zdroj: V. Pergl, Právo, novinky.cz, 22. 10. 2016

### ■ Novela zákona o léčivech přinese do tří let systému úsporu 2 miliardy korun

Meziročně vzroste v České republice počet pacientů, kteří vyžadují centrovou péči, tedy inovativní a finančně nákladnou léčbu,

o 10–12 %. Jedná se o diagnózy, jakými jsou rakovina, roztroušená skleróza a řada dalších smrtelných chorob. Náklady zdravotního systému na jejich léčbu tak prudce rostou. Cílem Ministerstva zdravotnictví je zajistit udržitelnost financování této nákladné léčby a zachovat její dostupnost pro všechny pacienty, kteří jí potřebují. Řešení spatřuje MZ v aktuálně projednávané novele zákona o léčivech.

„Situace, kdy by kvůli nemravným ziskům farmaceutických firem byla ohrožena dostupnost potřebných léků pro pacienty s vážným onemocněním, je pro mě nepřijatelná. Proto usiluji o prosazení novely zákona o léčivech, která tuto situaci řeší,“ říká ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček a dodává: „Ovšem tlak, kterému jsem v posledních týdnech čelil ze strany farmaceutických firem a dokonce i zastupitelských úřadů některých zemí, jsem za celou dobu ve funkci ministra nezažil. Přesto se pochopitelně nevzdávám a věřím, že se zákon podaří schválit v navrhované podobě.“

Jedním z řešení, jak zajistit udržitelnost financování nákladné léčby, je tlak na snižování cen biosimilars, tedy léků podobných nebo s podobným účinkem, jako mají ty nejdražší léky, a generik obsahujících účinné látky.

Růst nákladů na centrovou léčbu potvrzuje i náměstek ředitele VZP Petr Honěk: „Centrová péče patří mezi nejrychleji rostoucí segmenty a předpokládáme, že náklady na ni jen u VZP letos přesáhnou 9 miliard korun. Snižováním vstupní ceny centrových léků by tedy došlo k zásadní úspoře, tento krok tedy rozhodně podporujeme.“

Dosud je regulace maximální ceny prováděna Státním ústavem pro kontrolu léčiv, a to v intervalu 5 let i výše. Tato prodleva je ale příliš dlouhá a nedochází tak k dynamickému pohybu cen jako v ostatních zemích Evropské unie. Současný mechanismus v ČR automaticky snižuje tzv. referenční cenu biosimilars o 15 % a generik o 32 %. Navrhujeme, aby snížení ceny bylo do budoucna u biosimilars o 30 % a u generik o 40 %, což by českému zdravotnictví přineslo během tří let úsporu přibližně 2 miliardy korun.

Ve většině zemí Evropské unie jsou ceny biosimilars na mnohem nižší úrovni a klesají mnohem rychleji než v České republice. Jako příklad lze uvést Dánsko, Irsko, ale i Slovensko. Jedním z cílů novely zákona o léčivech je tedy snížení nákladů na biosimilars, a to mechanismem poklesu maximální ceny již při vstupu do systému úhrad ze zdravotního pojištění. Úspory nejenže přinesou finanční prostředky pro vstup inovativních léků do jednotlivých oblastí, ale rovněž zajistí možnost léčby mnohem vyššímu počtu pacientů.

Zdroj: MZ ČR, 1. 11. 2016

### ■ V Jekatěrinburgu je každý padesátý člověk nakažen virem HIV

Jekatěrinburg, čtvrté největší ruské město, se stalo centrem epidemie HIV, kterou se v Rusku dlouhodobě nedaří zastavit. Informovala o tom náměstkyně ministra zdravotnictví Taťjana Savinová. Ve městě je podle ní nositelem viru každý padesátý člověk.

Jekatěrinburg, který leží asi 1 500 kilometrů východně od Moskvy, má 1,5 milionu obyvatel. Virem HIV se podle Savinové nakazilo 27 000 jeho obyvatel, tedy 1,8 procenta populace. Šíření nebezpečného viru se přitom rychle zvyšuje.



V Rusku je oficiálně zaregistrováno kolem 800 000 lidí nakažených virem HIV, jen loni bylo ohlášeno 100 000 nových případů. Podle odhadů zdravotníků je celkový počet nositelů viru ve skutečnosti přinejmenším dvojnásobný. Experti předvídají, že každých pět let se počet nakažených zvýší o 100 procent.

„Dohnali jsme a předechnali Afriku!“ ironicky napsal komentář o epidemii HIV/AIDS v Rusku server Gazeta.ru; podle starosty Jekatěrinburgu totiž v jiných oblastech Ruska není situace o nic lepší než v metropoli Uralu. Poté, co v roce 2015 ruské ministerstvo zdravotnictví zveřejnilo varovnou zprávu o nebezpečí epidemie viru HIV, vláda byla donucena konat. Premiér Dmitrij Medvěděv nařídil, aby se výdaje na prevenci a péči o nakažené zvýšily a vypracoval se plán boje proti viru HIV a AIDS.

#### „Nemoc homosexuálů a narkomanů“

Otázkou je, zda se podaří tyto peníze na danou problematiku vyčlenit. Podle deníku Gazeta.ru nejde jen o nedostatek peněz, které v současném Rusku nestačí i na jiné věci, ale také o ztrátu pomoci z mezinárodních programů a o důsledky příklonu k „národním duchovním hodnotám“: pravoslavná církev i mnoho politiků považují AIDS za „nemoc homosexuálů a narkomanů“ a za „boží trest za hříšnost“, ačkoliv podle statistik značnou část postižených tvoří ženy, které nakazil jejich manžel.

Paradoxně se tak opakuje přístup z dob sovětské éry, kdy úřady odmítaly vzít nebezpečí na vědomí, protože AIDS považovaly za „západní nemoc“ a prostituce a narkomanie v Sovětském svazu podle tehdejšího tvrzení úřadů neexistovaly. Ani teď se epidemii nedaří zastavit „propagandou rodinných hodnot“.

Nemocní v Rusku umírají dříve než jinde, v průměru již v 35 letech, protože se jim pomoci dostává příliš pozdě, a to i kvůli obavám z diskriminace.

*Zdroj: Novinky, ČTK, 3. 11. 2016*

### Dívka odmítala naslouchátko, její matka z něj udělala módní doplněk

Čtyřletá Jaime se narodila téměř hluchá. Velmi brzy po narození dostala naslouchátko, které v jejím životě hraje důležitou roli při komunikaci s ostatními. Jenomže malá holčička nechápala, proč ho musí nosit, a stále ho sundávala. Mamince holčičky se z jejího handicapu nakonec podařilo udělat přednost, která nyní pomáhá stejně postiženým dětem i jejich rodičům.



Jaime Plikshové z Austrálie byla hluchota diagnostikována nedlouho po porodu. Že miminko nereaguje na zvuk, si všimli rodiče. Test později potvrdil hlubokou ztrátu sluchu v levém a hlubokou až těžkou ztrátu sluchu na pravém uchu.

Nedalo se nic dělat a holčička musela začít nosit naslouchátko. Když jí ale začaly růst zuby, naslouchátko často z ucha sundávala a žvýkala ho.

#### Okrasná čelenka

Maminka dívky tak vymýšlela způsob, jak přesvědčit dceru, aby si zařízení nesundávala. Proto se rozhodla strojek přizpůsobit obrazu svému tak, aby jej dívka nosila s oblibou a nevnímala ho jako trest. K tomu všemu jí stačila čelenka, kterou připevnila k naslouchátku. Čelenky začala vyrábět, když byly holčičce pouhé tři měsíce.

Svoje výtvary sdílela přes sociální sítě a brzy se o její kreativní nápady zajímali i rodiče podobně postižených dětí.

„Čelenky s mašličkami jsem brzy vyráběla nejen pro Jaime, ale i pro její kamarády, kteří trpí stejnou diagnózou,“ řekla Dailymailu devětatdvacetiletá maminka Lisa.

To, co nejdřív začalo jako malá pomůcka, se brzy rozjelo ve smysluplný byznys. Lisa začala čelenky prodávat na internetu. Jen za srpen tohoto roku si u ní vyzdobené naslouchátko objednalo více než 200 lidí.

#### Holčičí zdobení

Postupem času, jak holčička rostla a dosáhla vhodného věku, jí byl voperován kochleární implantát. Ani to ale kreativní matku nezastavilo a pro svou dceru i tak vymýšlí stále nové, líbivé designy, aby se za nošení přístroje nemusela stydět.

„Malé děti stále něco zkoumají a Jaime nejdřív vnímala kochleární implantát spíše jako hračku.“ Matka se proto snažila najít nějakou šikovnou pomůcku, která by jí pomohla dcerku odnaučit, aby přístroj sundávala a dotýkala se ho. Nakonec dívku přiměla, aby jej nosila s nadšením.

„Jaime mi strašně ráda pomáhá s výběrem nejrůznějších látek a stylů čelenek. Má taky nejrůznější požadavky. Přece jen je to dívka, takže se jí nejvíce líbí všechno růžové a třpytivé,“ svěřila se Lisa.

*Zdroj: ema, Novinky, 8. 11. 2016*

### Rodiče, kteří nenechali očkovat dítě, uspěli u Nejvyššího správního soudu

**Rodiče z Brněnska vyhráli sedmiletý spor vyvolaný tím, že nenechali dítě naočkovat povinnou hexavakcínou. Nejvyšší správní soud (NSS) zamítl stížnost ministerstva zdravotnictví. Předmětem sporu sice byla pokuta 4 000 korun pro každého z rodičů, ovšem jeho význam je širší.**

V rozsudku hledá NSS rovnováhu mezi systémem povinného očkování a názorem Ústavního soudu (ÚS), podle kterého lze vakcínu odepřít nejen z náboženských důvodů, ale také kvůli svědomí.

V případě rodičů z Brněnska ústavní soudci v lednu průlomově uvedli, že při posuzování světské výhrady svědomí je nutné zkoumat několik faktorů, například naléhavost důvodů na straně rodičů, konzistentnost a přesvědčivost jejich tvrzení a možné společenské dopady. Pokud jsou podmínky splněny, lze upustit od peněžní sankce.

Na základě lednového nálezu Městský soud v Praze rozhodl ve prospěch rodičů. Následovala neúspěšná kasační stížnost ministerstva, spor tak nejspíš definitivně skončil. NSS zdůraznil, že nelze pochybovat o konzistentnosti a stálosti názoru rodičů, kteří dlouhodobě vyjadřují obavu ze zdravotních následků očkování.

#### Rozumné a zodpovědné chování

Nejvyšší správní soud nesdílí názor, že s odkazem na výhradu svědomí bude moci kdokoli odepřít očkování, a tak se zákonná po-



vinnost zcela vyprázdnil. „Jakkoli NSS připouští, že příklad žalobců může být inspirací a povzbuzením pro další rodiče, kteří by mohli odepřít splnění povinnosti podrobit své děti očkování, je zřejmé, že při respektování přísných podmínek stanovených ÚS by tyto případy neměly nabýt masového charakteru, respektive neměly by mít za následek snížení úrovně ‚proočkování‘ pod kritickou úroveň,“ píše se v rozhodnutí.

Nejvyšší správní soud se zároveň domnívá, že se drtivá většina rodičů zachová „rozumně a zodpovědně“ a své děti očkování podrobí.

#### **Pokuta až 10 tisíc**

Zákon umožňuje za nedodržení očkovací povinnosti uložit pokutu až 10 tisíc korun. Výjimku mají děti s prokázanou imunitou a trvalou

kontraindikací. Ústavní soud (ÚS) řešil očkování vícekrát. Podle základního nálezu z roku 2011 lze rodičům sankci prominout jen v individuálních případech, například když očkování prokazatelně odporuje náboženskému přesvědčení rodiny.

Letos se prostor pro výjimky rozšířil. ÚS v minulosti také rozhodl, že očkování smí zůstat podmínkou pro přijetí dítěte do školky. Na druhé straně se vyslovil pro to, aby stát nesl odpovědnost za případné poškození zdraví následkem očkování.

*Zdroj: novinky.cz, ČTK, 22. 11. 2016*

## INZERCE

**423 4-16**

**Společnost Elis a Elis s.r.o. nabízí zpracování ocenění lékařských praxí fyzických a právnických osob všech odborností.**

Tel.: 602 437 166, e-mail: poradce@mybox.cz,

www.elis-dane.cz

**436 8-16**

**Hledám nástupce** do dobře zavedené ordinace PLDD v **Novém Strašecí** (32 km od kraje Prahy po D6). Tel. 606 475 777.

**437 8-16**

**Hledám nástupce** do dobře zavedené ordinace PLDD v **okrese Děčín**. Vhodná i pro zájemce o částečný úvazek.

Tel. 602 939 674

**438 8-16**

**Prodám ordinaci** praktického lékaře pro děti a dorost na poliklinice v **Praze 10**. Ev. zaměstnám lékaře na libovolný úvazek dle dohody. Tel.: 731 781 134, e-mail: martikaktus@seznam.cz

**441 9-16**

**Hledám dětského lékaře k převzetí pediatrické praxe v Praze na Jarově**. Obvod je velký, zavedený, bezproblémová klientela, ordinace v našem vlastnictví. Kontakt tel.: 737 600 021, e-mail: rakusanp@seznam.cz

**442 9-16**

Do zavedené soukromé ordinace praktického lékaře pro děti a dorost v **Říčanech** u Prahy **přijmu lékaře/lekařku** s atestací DL nebo PLDD – VPP na 2 dny v týdnu.

Kontakt: asistentkaricany@gmail.com

**445 9-16**

**Hledám nástupce** do ordinace PLDD **Horní Planá-Černá v Pošumaví-Hořice** na Šumavě v krásném prostředí rekreační oblasti Lipensko. Zpočátku možný i poloviční úvazek nebo dlouhodobější zástup. Vstřícný přístup obecních úřadů. Výhledově možnost bydlení. Kontakt: telefon 602 118 123, e-mail: jan.indra@centrum.cz

**446 9-16**

**Přijmu lékaře** do zavedené ordinace PLDD v **okrese Nový Jičín** s předpokladem prodeje. Kontakt tel. 604 638 331.

**447 10-16**

**Hledám nástupce** do dobře zavedené ordinace PLDD v **Chrástavě, okres Liberec**. Do budoucna i možnost sehnání bytu.

Kontakt mobil 737 485 512.

**448 10-16**

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

**449 10-16**

**Přenechám ordinaci PLDD na Blanecku**, blíže Brna. Informace na mob. 603 287 021.

**450 11-16**

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

**451 11-16**

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

**452 11-16**

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

**453 11-16**

**Prodám zavedenou a prosperující ordinaci PLDD v Městci Králové** (okres Nymburk). Plánovaný převod červen 2017.

Ordinace nyní ve vlastní nemovitosti, kterou je možné odkoupit či pronajmout. Pro bližší info kontaktujte: petr.filip.cz@gmail.com

**454 11-16**

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

**455 11-16**

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

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

# Silvestrovské testy 2016

## 1. Jak zvoláme nad skutkem, který je nanejvýš nepatřičný?

- a) Kristovo stehno
- b) Kristovo koleno
- c) Kristova noho

## 2. Jak se cítí mozková buňka šedé kůry mozkové v hlavě blondýny?

- a) osaměle
- b) důležitě
- c) jako střed světa

## 3. Pickwickův syndrom je

- a) závislost na pití čaje značky Pickwick
- b) snaha žít asketicky
- c) hypoventilace na základě extrémní obezity

## 4. Suspensor byl poprvé v hokeji použit již v 19. století. Helma byla použita až o 100 let později. Z toho vyplývá, že:

- a) trvalo sto let, než muži přišli na to, že i hlava je důležitá
- b) trvalo sto let, než hokejista dostal pukem do hlavy
- c) trvalo sto let, než muži zjistili, že jim helma sluší

## 5. Kdy je žena nad 29 let nejkrásnější?

- a) za svitu měsíčku
- b) ve světle reflektorů
- c) na tropické pláži v pravé poledne

## 6. Známá Opera v Sydney zahájila nabídku k přespání v této budově. V médiích byl tento počín uveden jako světová novinka. Je toto tvrzení správné?

- a) ano, jsou zcela první, ale již se objevilo několik dalších divadel s touto nabídkou
- b) ne, prvním bylo milánské divadlo La Scala
- c) ne, již dávno lze přespát v Národním divadle, a to během baletu Labutí jezero nebo Louskáček



Ať vám úsměv vydrží po celý rok 2017

přeje redakce Vox pediatrae



# 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 mléku<sup>1</sup>
- nejnižší množství bílkoviny (1,8 g/100 kcal) podle nejnovějších doporučení odborných společností a EFSA 2014<sup>2</sup>
- zajišťuje zdravý růst a vývoj<sup>3</sup>

PŘI ALERGIÍ  
V RODINĚ



OPTIPRO® H.A.

- při výskytu alergického onemocnění v rodině v přímé linii
- snadno stravitelná HA bílkovina<sup>4</sup>
- chrání citlivý a nevyvinutý trávicí systém novorozence<sup>1</sup>
- jediná 100% syrovátková částečně hydrolyzovaná bílkovina s prokázaným a dlouhodobým účinkem<sup>5</sup>



Tyto výrobky doporučují  
Složení praktických  
lékařů pro děti a dospělé ČR.

#### Reference:

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

#### Důležité upozornění:

Světová zdravotnická organizace (WHO)<sup>1</sup> doporučuje, aby těhotné ženy a matky byly informovány o výhodách a nadřazenosti kojení – zejména o skutečnosti, že mateřské mléko poskytuje dětem tu nejlepší výživu a ochranu před nemocmi. Matkám by měly být podrobně vysvětleny techniky kojení a způsoby udržení kojení se zvláštním důrazem na význam správně vyvážené stravy, a to jak v průběhu těhotenství, tak po porodu. Mělo by se zabránit zbytečnému zavádění částečného kmenů z lahve nebo podávání jiných nápojů a potravin, protože by to mohlo mít negativní vliv na kojení. Matky by měly být upozorněny na obtížnost návratu ke kojení, pokud se rozhodují nekojit. Matkám by také měly být vysvětleny zdravotní, sociální a ekonomické důsledky takového kroku. Matkám by mělo být zdůrazněno, že mateřské mléko je pro dítě tou nejlepší výživou. Pokud se přijme rozhodnutí používat kojeneckou výživu, tak je nezbytné matky poučit o správné přípravě a zdůraznit, že použití nepřečištěné vody, nemylé lahve nebo nesprávného ředění může vést k onemocnění dítěte.

<sup>5</sup>viz Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka přijatý WHA v rezoluci 34.22 v květnu 1981



Informace určené pouze pro pracovníky ve zdravotnictví