



- Je rozhodnuto. A co dál?
- Když medvídko bolí břicho
- Neonatální tyreotoxikóza
- Racionální léčba nejčastějších respiračních nemocí u dětí
- Časná a pozdní morbidita u novorozence s velmi nízkou porodní hmotností
- Nesynototická plagiocefalie a asymetrický vývoj u rizikových novorozenců
- Autoinflamatorní onemocnění a monogenní vaskulitidy s možnými projevy v novorozeneckém věku
- Subkapsulární hematom jater u nedonošeného novorozence – retrospektivní studie



Pracujeme pro zdravější svět™

NUTRICIA
BABY NUTRITION



do more
feel better
live longer





**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^{1,2}**



1. Tang, M., et al., Hypo-allergenic and immune modulatory properties of a partially hydrolyzed cow's milk formula supplemented with prebiotic oligosaccharides EAACI, 2014 (Abstract number 1929).
2. Arsanaghi 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 nejvýhodnějším způsobem výživy kojců. Kojenecká výživa by měla být používána na doporučení lékaře. Potravinu pro zvláštní výživu – dietní potravina pro zvláštní lékařské účely. Způsob použití a další informace najdete na obalech a webových stránkách www.nutrikulub.cz. Infolinka: 800 110 000. Materiál pro odbornou veřejnost. 03/2017.

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Informace SPLDD	6
	MUDr. Milan Cabrnach, MBA Je rozhodnuto. A co dál?	14
	MUC. Anna Chvojková Když medvídko bolí břicho	15
	Informace OSPDL ČLS JEP	18
	MUDr. Eva Dortová Časná a pozdní morbidita u novorozence s velmi nízkou porodní hmotností	19
	PhDr. Mgr. Ingrid Palaščíková Špringrová, Ph.D. Nesynototická plagiocefalie a asymetrický vývoj u rizikových novorozenců	22
	MUDr. Petra Dedková Neonatální tyreotoxikóza	25
	prof. MUDr. Anna Šedivá, DSc. Autoinflatorní onemocnění a monogenní vaskulitidy s možnými projevy v novorozeneckém věku	28
	MUDr. Martina Skálová Subkapsulární hematoma jater u nedonošeného novorozence – retrospektivní studie	33
	MUDr. Zuzana Vančíková, CSc. Racionální léčba nejčastějších respiračních nemocí u dětí – část 3.	36
	Ze světa odborné literatury	39
	Aktuality	39
	Řádková inzerce	41
	Autodidaktický test, Alergologie	42
	Nestlé Nutrition Institute – Akutní stavy v pediatrii	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

**GSK
HIPP
MEDAC
MSD
NESTLÉ
NUTRICIA
Orion Diagnostica
PFIZER**

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

**VOX
PEDIATRIAE**

www.detskylekar.cz

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

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

Odborná garance: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

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

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

Jazykové korektury: Bohumila Weilová
Grafické zpracování: Michal Semerák

Úřední hodiny SPLDD ČR

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

Sekretariát:
U Hranic 16, 100 00 Praha 10

telefon: 267 184 065
fax: 267 184 050

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

Titulní strana: Jan Collaert – Uzdravení paralytika (Oblastní galerie Liberec)

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



Vážené kolegyně a kolegové,

dostalo se mi po delší odmlce opět cti zamyslet se v úvodníku nad „během dějin“, nad tím, zda se naše očekávání naplnila, nebo nenávratně mizí v propadlišti času. Pro nás, které jste zvolili do čela pelotonu praktických dětských lékařů, bylo a je čím dál tím obtížnější zachytávat „nástupy“ ostatních resortních účastníků závodu. Zejména myšlenkových „námětů“ některých poslanců, kteří si umanuli vymazat náš obor primární péče o děti z portfolia základních oborů.

Bohužel Poslanecká sněmovna odmítla 31. ledna senátní veto a schválila návrh novely zákona č. 95/2004 Sb. ve znění bez PLDD. Tento zákon by měl od 1. 7. 2017 začít platit. Vzhledem k naší předchozí aktivní argumentaci, je valná část poslanců přesvědčena o nesmyslnosti tohoto kroku a je ochotna podpořit tzv. malou novelu tohoto zákona, připravenou z pera poslance doc. Svobody (ODS), která uchopila naši další existenci jako předvolební téma. (více viz. zamyšlení kolegy Cabrnocha uvnitř Voxu).

Také téma primární péče a odborné kompetence, praktici versus ambulantní specialisté, bylo otevřeno na společné pracovní schůzce odborných společností. I když nedošlo k žádným konkrétním závěrům, téma převádění některých kódů v SZV do primární péče bylo otevřeno a systémová diskuse bude pokračovat. Toto téma je úzce provázáno s nutností změny úhradového mechanismu a financování zdravotní péče tak, aby byla v přijatelné míře omezena dostupnost a pohyb pacienta systémem. Koalice soukromých lékařů opakovaně poukazuje na situaci, kdy do systému politickým rozhodnutím tečou desítky miliard korun ze státního rozpočtu na posílení role nemocniční péče na úkor péče ambulantní.

Asi na tom nic nezmění ani výsledek oranžového přepřáhnutí na postu ministra zdravotnictví, který okamžitě prohlásil, že bude ministr pacientů a udělá vše pro to, aby pacient nemusel nic platit. KSL požádala pana ministra o schůzku, tak se necháme překvapit.

Tato schůzka se odehraje v době, kdy se opět roztáčejí kola dohodovacího řízení o úhradách a regulacích pro rok 2018 mezi pojišťovnami a zástupci poskytovatelů. Pro segment praktiků to bude 6. 4. a 24. 5. V tuto chvíli diskutujeme koordinaci vzájemného postupu se SPL na základě výstupů s Analytické komise DŘ. Na KSL jsme ve shodě, že budeme požadovat pravidelnou valorizaci ceny práce nositelů výkonů o 10 % v úhradách ZP (kapitace, hodnota bodu). Peněz je na navýšení oproti roku 2017 dost, zda bude politická vůle sanovat ambulantní segmenty, je otázka. Možná i otázka pro předvolební rétoriku.

V poslední době je mezi lékaři diskutováno další „výbušné“ téma. Tím je beze sporu povinné zavedení EET v našich ordinacích od března 2018. Zatímco čas plyne a poslanci to uchopili jako předvolební klacek, lékaři jsou bombardováni firemními nabídkami (jedna lepší než druhá). No nekupte to, když to s vámi myslí upřímně. Moje rada – vyčkejte, neunáhlujte se. Výbor SPLDD plánuje oslovit kompetentní osoby na MF a doporučí PLDD optimální technické vybavení do ordinace tak, aby za minimální náklady splňovalo zákonný předpis.

Od ledna 2018 má být také povinný elektronický recept. KSL jednoznačně deklaruje, že je nezbytné v zájmu bezpečnosti pacienta a zachování dostupnosti lékařské péče zasadit se o změnu zákona tak, aby ponechala na volbě lékaře, zda vystaví recept v listinné podobě, nebo elektronicky. Je sice pravda, že elektronizaci našeho života ve zdraví i nemoci nezastavíme, ani nechceme, ale po zkušenostech s podobnými IT projekty v našem státě je trocha obezřetnosti nutná. Přece jenom předání receptu s léčbou z rukou lékaře pacientovi není jen virtuální záležitost.

Vážení kolegové, máme před sebou období našich regionálních konferencí. Věřím, že v míře větší než hojně využijete tuto platformu k diskusi nejen nad výše zmíněnými tématy.

Přicházející jarní období přináší po dlouhé zimě do našich srdcí a domovů novou energii, více denního světla i slunečního svitu. Využijte toto krásné jarní období k obnovení duševních i fyzických sil a nechte svou mysl zastínit pouze pracovními problémy a stresem.

V úctě Milan Kudyn



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

Dne 31. 1. 2017 bylo zahájeno dohodovací řízení o cenách pro rok 2018. Sledujeme se znepokojením vyjádření pana ministra v médiích, ve kterých zaznívá podpora navýšení úhrad pro lůžkový segment (k zajištění slíbeného navýšení mezd) a nutnost hledání rezerv v systému financování zdravotnictví. O podpoře primární péče se nemluví. Celkem jednoduše lze spočítat, že na ostatní segmenty péče nezbude pro navýšení téměř nic. Očekáváme složitá jednání, ve kterých budeme usilovat o adekvátní navýšení i pro segment praktických lékařů. Na tomto místě chci poděkovat všem, kteří zaslali plnou moc do centra. Během měsíce ledna a února jsme pracovali na definitivním znění Metodiky provádění a vykazování včasného zachytu PAS, která upřesňuje náplň a vykazování kódu 02240. Tuto metodiku předložíme zástupcům ZP na plánovaném společném jednání dne 22. 3. 2017 k projednání a definitivnímu schválení. Poté bude ihned k dispozici všem členům. V průběhu března probíhala příprava programu jednotlivých regionálních konferencí a v centru jsme netrpělivě očekávali dodání šanonu důležitých dokumentů pro praxi PLDD, který jsme vytvořili pro členy. Reagovali jsme tak na žádosti některých lékařů, které jsme slyšeli na konferencích či managementech. Jedná se o seznam a vzory důležitých dokumentů, které by měl mít každý PLDD ve své ordinaci pro případ kontrol např. SÚKL, KÚ či jiných správních orgánů. Tyto šanony se budou prodávat pouze na regionálních konferencích SPLDD. Pevně věřím, že se stanou užitečným pomocníkem v našich praxích a výkonný výbor SPLDD se bude snažit o pravidelnou aktualizaci a doplňování předpisů.

24.-25. 2. 2017 se konal již XI. KPP v TOP HOTELU v Praze. Kongres primární péče měl tradiční vysokou účast a zajímavý program zaměřený na potřeby praktických lékařů pro děti a dorost a všeobecných praktických lékařů. Více se dozvíte na stránkách časopisu.

1. 3. 2017 jsem společně s MUDr. Šebkovou jednala se zástupci VZP o možné spolupráci na generační výměně lékařů v oboru PLDD, zejména s ohledem na nový zákon o vzdělávání lékařů, který umožní některým lékařům s atestací z dětského lékařství získat specializovanou způsobilost pro práci PLDD prostřednictvím tzv. funkčního kursu. Dále

jsme požádali z důvodu provádění včasného zachytu PAS o seznam smluvních pedopsychiatrických ambulaní, který jsme zveřejnili na webu www.detskylekcar.cz.

3. 3. 2017 proběhlo plánované jednání předsednictva SPLDD, informace z jednání předávají regionální předsedové prostřednictvím okresních zástupců jednotlivým členům.

15. 3. 2017 se sešli zástupci Koalice soukromých lékařů, předmětem schůzky byla mimo jiné příprava na jednání s ministrem zdravotnictví, projednání reakce ÚZIS na dopis k ekonomickým výkazům, návrh zá-

kona o elektronizaci zdravotnictví. Více se dozvíte ze zápisu z jednání, který pravidelně uveřejňujeme v časopise VOX.

17. 3. 2017 se uskutečnila v kanceláři SPLDD schůzka pokladníků jednotlivých regionů s našim daňovým poradcem Ing. Adamcem.

18. 3. 2017 zahájil letošní kolo regionálních konferencí Severomoravský region SPLDD, konference se letos konala netradičně v Olomouci. Usnesení konference bude zveřejněno.

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

a OSPDL ČLS JEP si vás dovoluují pozvat na odborné semináře v roce 2017. Semináře se konají vždy první čtvrtek v měsíci v Lékařském domě, Sokolská 31, Praha 2, stanice metra „C“ I. P. Pavlova, od 16:30 hodin. Vzdělávací akce jsou pořádány dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK a jsou ohodnoceny 2 kredity. Odborný garant: MUDr. Natália Sztányi, MUDr. Bohuslav Procházka

4. 5. 2017

Febrilní křeče – aktuální pohled na problematiku a doporučení

MUDr. Kubr M.
Neurologická klinika FNM, Praha



OSPDL ČLS JEP



Informace SPLDD

■ Zápis z jednání Koalice soukromých lékařů 15. 2. 2017

Přítomni: dr. Jojko, dr. Kudyn, dr. Tautermann, dr. Chrz, dr. Šonka
Omluveni: dr. Šmatlák, dr. Hülleová, dr. Houba
Host: Mgr. Vojtěch

1. Pokračování jednání s Mgr. et Mgr. Adamem Vojtěchem

- Zástupci KSL se na základě poznámek připravených dr. Jojkem vyjadřovali k hlavním bodům diskuse, která proběhla na lednovém setkání Koalice a týkala se návrhů hnutí ANO na řešení problémů ve zdravotnictví v souvislosti s přípravou jeho volebního programu.
- Bylo diskutováno vrácení oboru praktické lékařství pro děti a dorost do systému primární péče (dr. Kudyn informoval o přípravě malé novely zákona č. 95/2004 Sb. a požádal ANO o podporu),
- Zástupci KSL žádali, aby elektronizace zdravotnictví:
 - a) byla založena na dobrovolném rozhodnutí lékaře i pacienta se do ní zapojit,
 - b) měla zajištěnu bezpečnost proti úniku, zneužití a prodeji dat,
 - c) měla stanovenou právní odpovědnost za škody způsobené tím, že údaje budou neplatné nebo chybně zapsané,
 - d) měla zajištěnu kompenzaci nákladů na zvýšenou administrativu, nikoliv však z prostředků veřejného zdravotního pojištění,
 - e) znamenala úsporu času pro lékaře a větší komfort pro pacienta.
- Mgr. Vojtěch přislíbil přihlídnout k připomínkám KSL při sestavování volebního programu a finální verzi zaslat k nahlédnutí.

2. Společná schůzka s novým ministrem zdravotnictví

- V polovině ledna letošního roku požádala KSL dr. Ludvíka e-mailem o společné setkání, a přestože přijetí e-mailu potvrdila podatelna MZ ČR, do termínu únorového jednání KSL ministr na žádost nereagoval. (Žádost byla znovu odeslána 16. 2. a setkání zástupců Koalice s ministrem zdravotnictví se bude konat ve čtvrtek 23. 3. od 13:30 hodin).

3. Dohodovací řízení o úhradách zdravotní péče na rok 2018

- Termíny:
Jednání Analytické komise – 24. 3. 2017
I. kolo DŘ – 5.–6. 4. 2017
II. kolo DŘ – 24.–25. 5. 2017
Závěrečné jednání DŘ – 20. 6. 2017
- Před zahájením DŘ si organizace KSL vzájemně předají informace o požadavcích, které budou uplatňovat na jednáních jednotlivých poskytovatelů se zdravotními pojišťovnami.
- Ještě před podzimními volbami je třeba zvážit kroky k prosazení přiměřeného navýšení úhrad o 7–10 % zvýšením ceny za jednotku práce.

4. Informace ÚZIS ke sběru výkazů za rok 2016

- Materiál ÚZIS upravuje metodiku zasílání dat pro resortní statistické zjišťování. Podle tohoto materiálu jsou některé výkazy rozšířeny o další sledované položky (odměňování zaměstnanců) a nově se sběr dat týká všech zdravotnických zařízení. Zástupci KSL se dohodli na textu dopisu s připomínkami ke změnám a žádostí o zvážení jejich opodstatnění, který bude zaslán ministru zdravotnictví a v kopii doc. Duškovi, řediteli ÚZIS (*dopis byl odeslán 20. 2. 2017*).

5. Různé

- Dr. Jojko informoval o jednání s Ing. Rögenerovou, ředitelkou odboru dohledu nad zdravotním pojištěním, o zařazení kompenzace za zrušené regulační poplatky do klinického výkonu jako fixní platbu, s účinností od roku 2018.

V Praze dne 22. 2. 2017

Zapsala: Mgr. Zina Sladkovská

■ Kontroly zacházení s léčivými přípravky v zařízeních poskytujících zdravotní péči v roce 2016

Hodnocení činnosti odboru lékárenství a distribuce – kontroly poskytovatelů zdravotních služeb

V roce 2016 inspektoři Státního ústavu pro kontrolu léčiv (dále jen „Ústav“) provedli celkem **304 kontrol** podmínek zacházení

s léčivými přípravky (dále také jen „LP“) při poskytování zdravotní péče u poskytovatelů zdravotních služeb (dále jen „ZZ“) se zaměřením na dodržování zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a jeho prováděcích předpisů (dále jen „zákon o léčivech“), části 6 vyhlášky č. 84/2008 Sb., o správné lékařské praxi, bližších podmínkách zacházení s léčivými v lékárnách, zdravotnických zařízeních a u dalších provozovatelů a zařízení vydávajících léčivé přípravky, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „vyhláška č. 84/2008 Sb.“), vyhlášky č. 54/2008 Sb., o způsobu předepisování léčivých přípravků, údajích uváděných na lékařském předpisu a o pravidlech používání lékařských předpisů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „vyhláška č. 54/2008 Sb.“), a zákona č. 40/1995 Sb., o regulaci reklamy a o změně a doplnění zákona č. 468/1991 Sb., o provozování rozhlasového a televizního vysílání, ve znění pozdějších předpisů.

Prioritami kontrolní činnosti byl dozor nad zacházením s léčivými přípravky v rozporu se zákonem o léčivech se zaměřením na skladování nadměrného množství LP v ordinacích lékařů za účelem jejich neoprávněného výdeje a jejich výdej v ordinacích lékařů, případně zacházení a opětovné používání LP vrácených pacienty. Při kontrolách se inspektoři Ústavu dále zaměřili na poskytovatele zdravotních služeb, kteří zacházeli s parenterálně podávanými neregistrovanými LP, zejména vysokodávkovým vitamínem C. Při kontrolní činnosti v roce 2016 spolupracoval Ústav s Policií ČR ve věci podezření na nadměrné předepisování LP s obsahem omamných látek poskytovatelem zdravotních služeb a jejich následné zneužívání neoprávněnými osobami, resp. při šetření podezření z neoprávněného předepisování LP Vendal tbl. na úkor prostředků veřejného zdravotního pojištění. Při kontrolách byl dále kladen zvýšený důraz na kontrolu dodržování povinností vyplývajících z ustanovení vyhlášky č. 84/2008 Sb., především v souvislosti s úpravou a uchováváním LP v souladu se souhrnem údajů o přípravku (SPC). Na základě kontrolních zjištění Ústavu bylo dle věcné příslušnosti postoupeno celkem 8 podnětů jiným správním orgánům a orga-



nizacím – Úřadu na ochranu osobních údajů, krajským úřadům, České lékařské komoře nebo Policii ČR. **V jednom případě** bylo při kontrole ZZ řízením na místě poskytovateli zdravotních služeb pozastaveno používání LP v rozporu se zákonem o léčivech. Kontroly Ústavu proběhly na **22 lůžkových odděleních** poskytovatelů zdravotních služeb a v 282 samostatných ambulancích praktických lékařů, lékařů specialistů a v ostatních zdravotnických zařízeních.

V tabulce 1 jsou uvedeny počty kontrol uskutečněných podle plánu a počty cílených kontrol provedených na základě podnětu ke kontrole. Z celkem 38 cílených kontrol bylo zjištěno, že ve **20 případech** byl podnět oprávněný. Kontroly byly hodnoceny stupnicí 1 až 3 podle závažnosti zjištěných nedostatků.

Uvedené hodnoty jsou vztaženy k celkovému počtu kontrolovaných ZZ, tj. 304 kontrol.

Klasifikace 1 – drobné závady (např. méně závažné nedostatky v dokumentaci).

Klasifikace 2 – významné závady (např. chybějící záznamy o teplotě uchovávání u termolabilních LP, nejsou zpracovány standardní operační postupy pro jednotlivé vykonávané činnosti apod.).

Klasifikace 3 – kritické závady (např. nedodrženy podmínky uchovávání LP, LP s překročenou dobou použitelnosti, výdej LP v ordinaci apod.).

V tabulce 2 jsou uvedeny nejčastější nedostatky při zacházení s LP v ZZ, zjištěné při kontrolách inspektorů Ústavu v roce 2016.

Nejčastější závadou byly chybějící standardní operační postupy (SOP) pro příjem, úpravu, používání a uchovávání LP včetně absence písemně stanovených pravomocí a odpovědností jednotlivých pracovníků za zacházení s LP – u 38,2 % kontrolovaných ZZ.

Teplota uchovávání LP nebyla sledována, nebyly vedeny záznamy teplot uchovávání LP celkem v 27,0 % kontrolovaných ZZ; u termolabilních LP (uchovávaných při 2 °C až 8 °C) v 7,6 % kontrolovaných ZZ.

Tabulka 1 Kontroly ZZ v roce 2016

druh kontroly	Povaha kontroly		Klasifikace závad					
	následné	na podnět	1	%	2	%	3	%
ZZ 2016	266	38	189	62,2	80	26,3	35	11,5

Tabulka 3 Porovnání výsledků kontrol ZZ v roce 2014, 2015 a 2016

rok	Povaha kontroly		Klasifikace závad					
	následné	na podnět	1	%	2	%	3	%
2014	257	33	182	62,8	80	27,6	28	9,6
2015	243	44	177	61,7	73	25,4	37	12,9
2016	266	38	189	62,2	80	26,3	35	11,5

Tabulka 2 Nejčastější nedostatky při zacházení s LP v ZZ v roce 2016

nejčastější druhy závad	počet ZZ: 304 z toho cílená: 36	výskyt v %
porušení zákona o léčivech § 79 odst. 10 → vyhl. č. 84/2008 Sb. (ustanovení):		
§ 37 odst. 2 písm. c) bod 1–4 – standardní operační postupy, § 37 odst. 3 – odpovědnost za zacházení s LP	116	38,2
§ 37 odst. 1 – záznamy o kontrole doby použitelnosti	81	26,6
§ 37 odst. 2 písm. a) bod 4 – kontrola dodržení teploty uchovávání LP	82	27,0
§ 37 odst. 2 písm. a) bod 5 – reklamace	27	8,9
§ 37 odst. 2 písm. a) bod 3 – evidence LP	59	19,4
§ 37 odst. 2 písm. a) bod 1 – záznamy o příjmu LP	36	11,8
§ 36 odst. 2, 3 – LP bez původních obalů, LP bez identifikačních údajů	30	9,9
§ 35 – nedodržení postupu pro úpravu LP	4	1,3
porušení zákona o léčivech § 88 odst. 1, 3 a § 89 odst. 1 – likvidace nepoužitelných LP^{1),2),3)}	44 ¹⁾ 12 ^{2,3)}	14,5 3,9
porušení zákona o léčivech § 88 odst. 1 – LP vrácené pacienty	0	0
porušení zákona o léčivech § 80 → vyhl. č. 54/2008 Sb., § 1 odst. 2 písm. b) – způsob objednávání LP, § 2 – zacházení s lékařskými předpisy	14	4,6
porušení zákona o léčivech § 7 odst. 1 písm. b), § 36 odst. 1 vyhl. č. 84/2008 Sb. LP s prošlou dobou použitelnosti, které nebyly příslušně označeny a nebyly uchovávány odděleně od ostatních LP, nedodržení zacházení s LP podle souhrnu údajů o přípravku, nedodržování podmínek uchovávání podle pokynů výrobce, dodávající lékárny nebo zařízení připravujících LP	32	10,5
porušení zákona o léčivech § 7 odst. 2 a § 8 odst. 8 – skladování velkého množství LP bez povolení	1	0,3
porušení zákona o léčivech § 82 odst. 2 – neoprávněný výdej LP	0	0
porušení zákona o NL⁴⁾	4	1,3
zacházení s LP se závadou v jakosti nebo s prošlou dobou použitelnosti v rozporu s § 23 odst. 2 zákona o léčivech	4	1,3

1) LP nejsou odevzdávány právnické nebo fyzické osobě, která provádí zneškodňování na základě souhlasu uděleného orgánem kraje

2) smlouva pro zneškodňování nebezpečného odpadu nebyla předložena

3) ve smlouvě pro zneškodňování nebezpečného odpadu není uveden kód odpadu 18 01 09 „Jiná nepoužitelná léčiva“

4) zákon o NL tj. zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů



Záznamy o prováděných kontrolách dob použitelnosti uchovávaných LP nebyly vedeny v 26,6 % kontrolovaných ZZ.

K LP uloženým v ordinaci poskytovatel zdravotní péče nepředložil záznamy o jejich příjmu – u 11,8 % kontrolovaných ZZ.

Závady v jakosti a stahování léčiv z oběhu nebyly kontrolovány u 8,9 % kontrolovaných ZZ. Na pracovišti nebyla vedena evidence LP – v 19,4 % kontrolovaných ZZ.

Nebyl dodržen postup pro úpravu LP – v 1,3 % kontrolovaných ZZ.

LP nevyhovující jakosti, s prošlou dobou použitelnosti, uchovávané nebo připravené za jiných než předepsaných podmínek, zjevně poškozené nebo nespolehlivé nebyly jako nebezpečný odpad předávány právnícké nebo fyzické osobě, která provádí zneškodňování na základě souhlasu uděleného orgánem kraje (porušení § 88 odst. 1 a 3, § 89 odst. 1 zákona o léčivech). Smlouva pro zneškodňování nebezpečného odpadu nebyla předložena, případně neobsahovala kód odpadu 18 01 09 „Jiná nepoužitelná léčiva“ – v 3,9 % kontrolovaných ZZ.

LP připravené v lékárně nebyly uchovávané

v původním obalu, po přepnutí byly bez identifikačních údajů, registrované LP nebyly uchovávané tak, aby byly zachovány údaje, které je identifikují – v 9,9 % kontrolovaných ZZ.

LP nebyly uchovávané za podmínek uvedených v souhrnu údajů o přípravku nebo podle pokynů dodávající lékárny, LP s prošlou dobou použitelnosti nebyly příslušně označeny a nebyly uchovávané odděleně od ostatních LP – celkem v 10,5 % kontrolovaných ZZ.

Byly nalezeny lékařské předpisy, které nebyly uloženy tak, aby se zabránilo jejich ztrátě nebo odcizení a možnosti jejich zneužití. Nevýplně lékařských předpisů byly opatřeny razítkem poskytovatele (porušení § 2 vyhlášky č. 54/2008 Sb.) – celkem v 4,6 % kontrolovaných ZZ.

Jeden poskytovatel zdravotních služeb (0,3 %) nad rámec svého oprávnění a v rozporu se zákonem o léčivech skladoval v prostorách jím provozovaného ZZ velké množství registrovaných LP za účelem jejich neoprávněného výdeje v ordinaci.

V tabulce 3 je uvedeno porovnání výsledků kontrol v roce 2014, 2015 a 2016, z něhož

je patrné mírné zlepšení výsledků kontrol provedených v uplynulém roce ve smyslu výskytu kritických nedostatků, které mají přímý vliv na výslednou klasifikaci kontroly a případně na navazující správní řízení o udělení pokuty.

Za závažná porušení povinností stanovených zákonem o léčivech uložil Ústav poskytovatelům zdravotních služeb v roce 2016 celkem **9 pravomocných rozhodnutí o pokutě** v celkové výši **1 405 000 Kč** (zahrnuta jsou i pravomocně ukončená správní řízení na základě kontrol provedených v předchozím období).

Mezi hlavní důvody k vydání rozhodnutí o uložení pokuty patřily zejména skladování a výdej LP v ordinaci, zacházení s LP v rozporu se souhrnem údajů o přípravku, nesprávné uchování LP po době jejich použitelnosti a další závažná porušení povinností při zacházení s LP stanovených prováděcími předpisy.

Odbor lékárenství a distribuce
22. 2. 2017

■ Usnesení Regionální konference regionu Severní Morava a Slezsko ze dne 18. 3. 2017 v Olomouci

Konference vyslechla zahájení konference a návrh programu

Konference konstatovala, že není přítomna nadpoloviční většina členů SPLDD Regionu SM a Slezsko, a proto ukončila své jednání pro neschopnost se usnášet. Konference zvolila jako náhradní termín konání konference sobotu 18. 3. 2017 od 14:30 hod.

V uvedenou dobu konference vyslechla opětovně zahájení a schválila původní program. Zvolila: komisi mandátovou ve složení: Ivana Vašíčková, Eliška Křivská, Ludmila Nováková; návrhovou komisi ve složení: Ivana Kolev, Pavla Tvrdonová, Zuzana Andresová. Konference konstatovala, že je přítomno 80 členů a je usnášeníschopná.

Konference vyslechla

- zprávu o činnosti regionu Severní Morava a Slezsko Michala Pukovce,
- zprávu Radmily Olšové o hospodaření regionu za rok 2016 a **návrh rozpočtu regionu na rok 2017.**

Konference bere na vědomí informaci o hospodaření regionu za rok 2016.

Konference souhlasí s hospodařením regionu v roce 2016, souhlasí a odhlasovala návrh rozpočtu regionu Severní Morava a Slezsko na rok 2017.

Konference dále vyslechla zprávu kontrolní komise Ivany Vašíčkové.

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

Konference vyslechla vystoupení předsedkyně SPLDD ČR – Ilony Hülleové:

- Smlouvy se ZP a dodatky ZP
- Aktualizace seznamu výkonů
- Očkování a aktuální informace
- Zachování oboru PLDD

Konference vyslechla vystoupení místopředsedy OSPDL ČLS JEP Zdeňka Zímy:

- Výsledky volby 2017
- Nedokončené úkoly – fond odškodnění očkování
- Formy vzdělávání (e-learning, mezioborová spolupráce, činnost pracovních skupin)

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

Konference podporuje návrhy ke změně zákona o vzdělávání, včetně zpětného zařazení

oboru PLDD mezi základní obory primární péče.

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

Konference diskutovala nad primární péčí s MUDr. Jiřím Havrlantem, náměstkem ředitele RBP pro zdravotnictví, Ing. Michalem Vojáčkem, ředitelem odboru zdravotní péče VZP, a MUDr. Martinem Gebauerem, náměstkem hejtmana pro zdravotnictví MSK. Konference vyzývá členskou základnu k vyšší účasti na akcích SPLDD.

Konference bere na vědomí, že příští regionální konference se bude konat během března až dubna 2018, termín bude upřesněn. Místo konání bude v Opavě.

Konference schválila, že v roce 2018 bude konference jednodenní.

Konference doporučuje VV SPLDD, aby navrhl změnu v organizaci termínů konferencí a termíny konání se pravidelně posouvaly každý rok o týden!

V Olomouci, 18. března LP 2017
MUDr. Michal Pukovec
MUDr. Ivana Kolev



■ Seznam států TBC k 20. 2. 2017

Seznam států s vyšším výskytem tuberkulózy podle údajů Světové zdravotnické organizace k 20. 2. 2017

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

Státy s vyšším výskytem TBC

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

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

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

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

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

Aktualizace: únor 2017

■ Podmínky použití neregistrovaných léčivých přípravků a specifické léčebné programy

Řešení problematiky registrace léčivých přípravků a specifických léčebných programů vychází ze zákona č. 378/2007 Sb.

I. Neregistrované léčivé přípravky a registrované léčivé přípravky použité „off-label“

Při poskytování zdravotních služeb jednotlivým pacientům může ošetřující lékař za účelem poskytnutí optimální zdravotní péče předepsat nebo **použít neregistrovaný léčivý přípravek** pouze za situace, kdy zároveň platí:

1. není distribuován nebo není v oběhu v ČR léčivý přípravek odpovídajícího složení nebo obdobných terapeutických vlastností, který je registrován,
2. jde o léčivý přípravek, který je
 - a. již registrovaný v jiném státě nebo

- b. přípravek pro moderní terapie, jehož výrobce je držitelem povolení k výrobě dané lékové formy v rozsahu odpovídajícím povolení k výrobě hodnocených léčivých přípravků vydaných SÚKL,

- c. takový způsob je dostatečně odůvodněn vědeckými poznatky a

- d. nejde o léčivý přípravek obsahující geneticky modifikovaný organismus, nebo **použít registrovaný léčivý přípravek** způsobem, který není v souladu se souhrnem údajů o přípravku, tzv. „off-label use“ (§ 8 odst. 3 a 4 zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech).

Ošetřující lékař je povinen v případě předepsání neregistrovaného léčivého přípravku tuto skutečnost **vyznačit na lékařském předpisu** a předepsání či **použití neregistrovaného léčivého přípravku neprodleně oznámit SÚKL**, nejpozději do 7 dnů od předepsání či použití přípravku. Oznámení zasílá PZS pouze elektronicky vyplněním formuláře uvedeného na webových stránkách SÚKL (www.sukl.cz – Hlášení pro SÚKL – Hlášení o použití neregistrovaného léčivého přípravku).

II. Specifické léčebné programy

Specifické léčebné programy dle § 49 zákona č. 378/2007, o léčivech umožňují:

- použití
- distribuci
- výdej

humánních léčivých přípravků neregistrovaných podle tohoto zákona, **pokud jsou splněny následující podmínky:**

- nedostupnost registrovaného léčivého přípravku nebo jiná mimořádná potřeba programu
- přípravek je určen pro stavy závažně ohrožující lidské zdraví (jejich léčbu, prevenci či stanovení diagnózy)
- Ministerstvo zdravotnictví s přihlédnutím ke stanovisku SÚKL vydalo písemný souhlas s uskutečněním programu
- použití přípravku probíhá podle předem vypracovaného a schváleného léčebného programu

Přípravek ze specifického léčebného programu je možné použít pouze v souladu s Rozhodnutím o schválení specifického léčebného programu MZ ČR, tzn. je třeba dodržet podmínky pro indikaci, vymezenou populaci i konkrétní pracoviště, která mohou přípravek ze specifického léčebného programu použít.

Odsouhlasené léčebné programy se zveřejňují také v informačních prostředcích MZ ČR, včetně webových stránek www.mzcr.cz. MZ ČR a SÚKL vykonávají kontrolu nad průběhem odsouhlasených léčebných programů a v případě zjištění nových skutečností o léčivém přípravku či závažném porušení podmínek stanovených léčebným programem je MZ ČR oprávněno svůj souhlas odvolat; SÚKL pozastaví používání léčivého přípravku v případě zjištění nových skutečností či závažného porušení podmínek jeho použití, distribuce či výdeje stanovených léčebných programem.

Na lékaře, který použije neregistrovaný přípravek v rámci povoleného specifického léčebného programu, se nevztahuje zákonná oznamovací povinnost informovat o použití neregistrovaného přípravku SÚKL (na rozdíl od použití neregistrovaného přípravku dle § 8 zákona).

Ošetřující lékař je povinen informovat pacienta o skutečnosti, že je mu podán neregistrovaný léčivý přípravek, a to i v rámci specifického léčebného programu.

Na lékaře, farmaceuta nebo jiného odborného zdravotnického pracovníka, který zaznamená **podezření na závažný nebo neočekávaný nežádoucí účinek** anebo jiné skutečnosti závažné pro zdraví, se vztahuje **povinnost hlášení SÚKL** dle § 90 zákona o léčivech.

V případě použití neregistrovaného léčivého přípravku nebo použití registrovaného léčivého přípravku způsobem, který není v souladu se souhrnem údajů o přípravku, odpovídá poskytovatel zdravotních služeb za případnou újmu na zdraví nebo za usmrcení člověka, ke kterým došlo v důsledku použití tohoto přípravku.

Právnícká nebo podnikající fyzická osoba se jako osoba zacházející s léčivou dopustí správního deliktu tím, že při poskytování zdravotních služeb použije léčivý přípravek v rozporu s § 8 odst. 1 až 5 nebo v rozporu s § 8 odst. 5 neoznámí předepsání nebo použití neregistrovaného léčivého přípravku. Za správní delikt lze uložit pokutu až do výše do 300 000 Kč.

Fyzická osoba se jako osoba zacházející s léčivou dopustí přestupku tím, že při poskytování zdravotních služeb použije léčivý přípravek v rozporu s § 8 odst. 1 až 5 nebo v rozporu s § 8 odst. 5 neoznámí předepsání nebo použití neregistrovaného léčivého přípravku. Za přestupek lze uložit pokutu až do výše 300 000 Kč.



■ Rozhodnutí MZ o použití přípravku RETARPEN



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

V Praze 23. února 2017
Č.j.: MZDR 5908/2017-3/FAR
MZDRX00XRC66

ROZHODNUTÍ

Ministerstvo zdravotnictví, odbor farmacie, jako orgán příslušný k rozhodnutí podle § 11 písm. a) zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o léčivech“), na základě žádosti podané společností Sandoz s.r.o., IČ 41692861, U Nákladového nádraží 10, 130 00 Praha 3 (dále jen „žadatel“), a na základě ustanovení § 49 odst. 3 zákona o léčivech rozhodlo v souladu s ustanovením § 68 a násl. zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „správní řád“) tak, že **souhlasí** se specifickým léčebným programem s využitím neregistrovaného humánního léčivého přípravku

RETARPEN 2.4 MEGA IU (benzathini benzylpenicillinum)
1 propichovací amp. se suchým práškem a 1 amp. s prostředkem
pro přípravu suspenze
výrobce: Sandoz Kundl GmbH, Rakousko.

Tento souhlas je platný za splnění níže uvedených podmínek:

1. V souladu s tímto rozhodnutím je léčivý přípravek možné distribuovat a vydávat do 28. 2. 2019. Léčivý přípravek vydaný v souladu s tímto rozhodnutím je možné používat při poskytování zdravotních služeb po dobu jeho použitelnosti.
2. **Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis**, ošetřující lékař je povinen informovat pacienta o skutečnosti, že je mu podán neregistrovaný léčivý přípravek v rámci specifického léčebného programu.
3. **Předkladatel léčebného programu** (Sandoz s.r.o., Praha) **je povinen**:
 - zajistit, aby na vnějším obalu každého balení přípravku bylo uvedeno sdělení, že přípravek je používán v rámci specifického léčebného programu (např. formou štítku),
 - v termínu do 31. 3. 2018 předložit Ministerstvu zdravotnictví a Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv průběžnou zprávu o léčebném programu (uvedení počtu pacientů zařazených do programu, vyhodnocení výskytu všech nežádoucích účinků, počty použitých balení přípravků) a v termínu do 31. 3. 2019 předložit zprávu závěrečnou.
4. **Cíl schváleného programu**:
terapie a profylaxe infekčních onemocnění vyvolaných patogeny vysoce citlivými na peniciliny (terapie akutní tonzilitidy, spály, erysipelu, časné syfilis a latentní syfilis /s výjimkou neurosyfilis/, frambezie, endemické syfilis, penty; profylaxe revmatické

horečky, poststreptokokové glomerulonefritidy a erysipelu) u novorozenců, dětí, dospívajících a dospělých.

Pracoviště: poskytovatelé zdravotních služeb formou ambulantní a lůžkové péče.

5. **Distributor přípravku**: Sandoz, s.r.o., ČR.

6. **Počet balení přípravku**: 150 000.

Odůvodnění

Dne 6. 2. 2017 byla Ministerstvu zdravotnictví doručena žádost o vydání souhlasu se specifickým léčebným programem s využitím neregistrovaného humánního léčivého přípravku

RETARPEN 2.4 MEGA IU (benzathini benzylpenicillinum)
1 propichovací amp. se suchým práškem a 1 amp. s prostředkem
pro přípravu suspenze
výrobce: Sandoz Kundl GmbH, Rakousko.

V rámci posuzování žádosti Ministerstvo zdravotnictví zjišťovalo, zda jsou splněny podmínky pro vydání souhlasu stanovené právními předpisy.

Po provedení tohoto posouzení, s přihlédnutím ke stanovisku Státního ústavu pro kontrolu léčiv sp. zn. suks28958/2017 ze dne 20. 2. 2017 podle § 49 odst. 3 zákona o léčivech, Ministerstvo zdravotnictví, odbor farmacie, konstatuje, že nebyly shledány důvody pro zamítnutí žádosti. Proto bylo rozhodnuto tak, jak je uvedeno ve výroku tohoto rozhodnutí. S ohledem na to, že se v případě přípravku RETARPEN jedná o přípravek, který je podáván lékařem, není požadováno, aby každé balení tohoto přípravku bylo opatřeno příbalovou informací s textem v jazyku českém. Texty odborné informace o přípravku a příbalové informace budou v jazyku českém k dispozici na webových stránkách Státního ústavu pro kontrolu léčiv.

Toto rozhodnutí nezakládá bez dalšího žádná práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, ohledně stanovení nebo změny nebo zrušení maximální ceny nebo výše a podmínek úhrady daného léčivého přípravku z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Poučení

Proti tomuto rozhodnutí je možné podat v souladu s ustanovením § 152 odst. 1 správního řádu u Ministerstva zdravotnictví rozklad, a to ve lhůtě 15 dnů ode dne doručení. O rozkladu rozhoduje ministr zdravotnictví.

PharmDr. Alena Tomášková
ředitelka odboru farmacie
v.r.

Ministerstvo zdravotnictví, Palackého náměstí 4, 128 01 Praha 2
tel./fax: +420 224 971 111, e-mail: far@mzcr.cz, www.mzcr.cz



■ Dispenzární péče

Pro postup při poskytování dispenzární zdravotní péče pacientům pojištěným v rámci veřejného zdravotního pojištění poskytovatelé zdravotní péče vycházejí z ustanovení těchto právních předpisů: zákon č. 372/2011 Sb., zákon č. 48/1997 Sb. a vyhláška č. 39/2012 Sb. v platných zněních.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

1) § 5 odst. 2 písm. c) definice

„Druhy zdravotní péče podle účelu jejího poskytnutí jsou... c) **dispenzární péče**, jejímž účelem je aktivní a dlouhodobé sledování zdravotního stavu pacienta ohroženého nebo trpícího nemocí nebo zhoršením zdravotního stavu, u kterého lze podle vývoje nemoci důvodně předpokládat takovou změnu zdravotního stavu, jejíž včasné zjištění může zásadním způsobem ovlivnit další léčbu a vývoj nemoci;“

2) § 3 odst. 2

„Ošetřujícím zdravotnickým pracovníkem se rozumí zdravotnický pracovník, který navrhuje, koordinuje, poskytuje a vyhodnocuje individuální léčebný postup u konkrétního pacienta a koordinuje poskytování dalších potřebných zdravotních služeb.“

3) § 45 odst. 2 povinnost specializovaného poskytovatele

písm. f): „předat zprávu o poskytnutých zdravotních službách registrujícímu poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, je-li mu tento poskytovatel znám...“

písm. g): „předat jiným poskytovatelům zdravotních služeb nebo poskytovatelům sociálních služeb potřebné informace o zdravotním stavu pacienta nezbytné k zajištění návaznosti dalších zdravotních a sociálních služeb poskytovaných pacientovi;“

4) § 47 odst. 5 povinnost registrujícího poskytovatele předat pacientovi s ohledem na jeho zdravotní stav písemné doporučení ke specializované ambulantní péči

„Vyžaduje-li zdravotní stav pacienta poskytnutí specializované ambulantní péče, jednodenní péče nebo lůžkové péče, předá registrující poskytovatel nebo jiný poskytovatel, který pacienta přijal do péče, doporučení k této léčbě. Spolu s doporučením předá též

písemné odůvodnění a důležité informace týkající se zdravotního stavu včetně výsledků předem provedených vyšetření a informace o dosud provedené léčbě.“

Z toho vyplývá, že v případě, kdy potřeba zdravotní péče o dané zdravotní postižení přesahuje odborné kompetence registrujícího lékaře, dané jeho vzdělávacím programem, předává pacienta do péče specialistovi v oboru, který se tomuto onemocnění věnuje v plné šíři a který je schopen poskytnout zdravotní péči na náležité úrovni.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

1) § 31 odst. 2

„Pojištěnce do dispenzární péče **zařazuje podle odborných kritérií** jeho **registrující lékař, který odpovídá za účelnost a koordinaci dispenzární péče**. Pojištěnec může být dispenzarizován pro jednu diagnózu pouze u jednoho ošetřujícího lékaře.“

Vyhláška č. 39/2012 Sb., o dispenzární péči, v příloze vyjmenovává nemoci, u nichž se dispenzární péče poskytuje, a s ohledem na zkušenosti zdravotnické veřejnosti neurčuje, který lékař pacienta s vyjmenovanou nemocí do dispenzární péče zařazuje, protože řada vyjmenovaných diagnóz má multiorgánová postižení, mnohé nemoci se vyskytují v různých stupních postižení, takže určovat právním předpisem, která odbornost bude tou dispenzarizující, by nemohlo být přesné. Proto nejsou u jednotlivých nemocí specializace uvedeny, je uveden jen registrující lékař, který dle výše uvedeného zákona za dispenzarizaci každého pacienta odpovídá.

Konkrétně jsou v příloze vyhlášky uvedeny vedle registrujících poskytovatelů pouze ty odbornosti, které podléhají ještě opatřením uvedeným v jiných právních předpisech nebo se významně liší svým charakterem, jako jsou nemoci z povolání a pracovní lékařství, onkologie a částečně infekce (i Tbc) a dermatovenerologie, podléhající různým hlášením apod., a psychiatrie.

Z uvedeného vyplývá, že **zákony při zajišťování dispenzární péče pacientovi umožňují postup v obou směrech**, podle toho, u kterého poskytovatele je zjištěna nemoc uvedená v příloze vyhlášky, a to vzájemným informováním se o tom, že pacient trpí nemocí uvedenou v příloze vyhlášky.

Novela vyhlášky o dispenzární péči

Dne 17. 10. 2016 nabyla účinnosti vyhláška č. 318/2016 Sb., kterou se mění vyhláška č. 39/2012 Sb., o dispenzární péči. V této novele je několik změn, které se ale nedotýkají PLDD. (Změny se dotýkají poskytovatelů v oboru všeobecné praktické lékařství, v oboru psychiatrie a v oboru dětská a dorostová psychiatrie.)

Pro osvěžení otiskujeme znění vyhlášky č. 39/2012 Sb. a její přílohu č. 1, která uvádí seznam **nemocí, u nichž se poskytuje dispenzární péče v oboru PLDD**.

VYHLÁŠKA č. 39/2012 Sb.

ze dne 23. ledna 2012

o dispenzární péči

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 120 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), k provedení § 5 odst. 3 písm. b) zákona:

§ 1

Dispenzární prohlídky provádějí poskytovatelé zdravotních služeb (dále jen „poskytovatel“) v takovém časovém rozmezí, které vyžaduje zdravotní stav pacienta, nejméně však jedenkrát ročně.

§ 2

Nemoci, vady nebo stavy (dále jen „nemoc“), u nichž se poskytuje dispenzární péče, a poskytovatelé, kteří provádějí dispenzární péči, se uvádějí v příloze k této vyhlášce.

§ 3

Vyhláška č. 386/2007 Sb., kterou se stanoví nemoci, u nichž se poskytuje dispenzární péče, časové rozmezí dispenzárních prohlídek a označení specializace dispenzarizujícího lékaře, se zrušuje.

§ 4

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. dubna 2012.

Příloha k vyhlášce č. 39/2012 Sb.

Nemoci, u nichž se poskytuje dispenzární péče

Poskytovatel v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, popřípadě jiný poskytovatel

01	Infekční a parazitární onemocnění s prokázanou infekční etiologií s chronickým průběhem, následky těchto onemocnění vyžadující soustavnou léčbu déle než 1 rok
02	Lymeská borrelióza



03	Závažná chronická onemocnění způsobená herpetickými viry	30	Stavy po operaci zažívacího traktu vyžadující dlouhodobé sledování
04	Závažné imunodeficientní stavy vyžadující soustavnou léčbu déle než 1 rok, vrozená asplenie, stav po splenektomii	31	Střevní malabsorpce včetně celiakie
05	Defekty koagulace vyžadující soustavnou léčbu déle než 1 rok	32	Psoriáza a další závažná kožní onemocnění vyžadující soustavnou léčbu delší než 1 rok
06	Závažné anémie vyžadující soustavnou léčbu déle než 1 rok	33	Lupus erythematoses
07	Diabetes mellitus a další poruchy glukózové tolerance	34	Revmatická onemocnění u dětí, systémová postižení pojivové tkáně
08	Další závažné poruchy endokrinní soustavy vyžadující soustavnou léčbu déle než 1 rok	35	Nefrotický syndrom
09	Závažná metabolická onemocnění	36	Vrozené a získané srdeční vady s příznaky srdečního selhání nebo poruchou hemodynamiky
10	Cystická fibróza	37	Závažné arytmie vyžadující soustavnou léčbu déle než 1 rok
11	Familiární hypercholesterolemie	38	Stavy po operaci srdce, angioplastikách, valvuloplastikách
12	Mentální retardace	39	Plicní hypertenze
13	Závažná forma dětské mozkové obrny vyžadující soustavnou rehabilitaci déle než 1 rok	40	Kardiomyopatie vyžadující soustavnou léčbu déle než 1 rok
14	Primární enuréza u dítěte nad 5 let věku	41	Intersticiální a difúzní plicní procesy s poruchou funkce plic
15	Enkopréza s chronickou obstipací	42	Stavy po dlouhodobé ventilaci plic pro syndrom dechové tísně
16	Hydrocefalus	43	Asthma bronchiale – závažné perzistující formy, obtížně léčitelné astma
17	Následky zánětlivých onemocnění centrálního nervového systému, onemocnění centrálního nervového systému s nejistou prognózou	44	Chronická pankreatitis vyžadující soustavnou léčbu déle než 1 rok
18	Progredující neurologická a svalová postižení	45	Závažná chronická onemocnění jater vyžadující soustavnou léčbu déle než 1 rok
19	Epilepsie	46	Chronická pyelonefritida a glomerulonefritida a veškeré další stavy spojené s poruchou funkce ledvin nebo vážnou poruchou funkce vývodných močových cest
20	Vrozená nebo získaná postižení oka (mimo samotných refrakčních vad) vyžadující soustavnou léčbu déle než 1 rok	47	Stavy po transplantaci orgánů a krevtvočných buněk
21	Strabismus	48	Vrozené anomálie a chromozomové abnormality vyžadující léčbu
22	Vrozená nebo získaná porucha sluchu vyžadující soustavnou léčbu déle než 1 rok	49	Děti ohrožené sociálním prostředím, to jsou děti týrané, zneužívané a zanedbávané
23	Závažné alergie s perzistujícími klinickými příznaky kožními, očními, nosními, bronchiálními nebo gastrointestinálními a stavy po anafylaxi		
24	Bronchopulmonální dysplazie		
25	Stavy po chirurgické léčbě nitrohrudních procesů s následnou poruchou funkce plic		
26	Chronická obstrukční plicní nemoc dětského věku, bronchiektazie		
27	Idiopatické střevní záněty		
28	Cholecystolitiáza		
29	Vředová choroba žaludku a duodena		

Doporučený postup po zjištění, že pacient trpí nemocí uvedenou v příloze vyhlášky č. 39/2012 Sb., o dispenzární péči

- V případě, že takový stav zjistí registrující lékař a stupeň postižení odpovídá jeho odbornosti, zařadí pacienta do dispenzarizace a poskytuje mu dispenzární péči, v případě závažnějšího stupně postižení předá pacienta spolu s doporučením do dispenzární péče specialistovi v daném oboru (příklad – alergické rhinitidy dispenzarizuje registrující lékař, který si může v případě

potřeby vyžádat konziliární vyšetření, těžší astmatickou bronchitidu již předá do péče odbornému lékaři v alergologii, nebo pneumologii, totéž např. s hypertenzní nemocí, kterou dispenzarizuje všeobecný praktický lékař, ale závažnější formu s důsledky hypertenze předá do péče odbornému lékaři v oboru vnitřní lékařství, s diabetem mellitem, kdy inzulinoterapii a orgánové komplikace dispenzarizuje odborný lékař v diabetologii apod.). Specialista v daném oboru na základě doporučení rozhodne, zda pacienta do dispenzární péče převezme, či nikoli; v obou případech zpětně o převzetí či důvodu odmítnutí (např. kapacitní omezení, obtížná dostupnost, odlišný odborný názor...) informuje registrujícího lékaře.

- V případě, že takový stav zjistí nejprve specialista v daném oboru, pacienta podle stupně postižení buď s celkovým nálezem a doporučením předá registrujícímu lékaři zpět do péče, a to i dispenzární, nebo si vzhledem k závažnosti stavu pacienta v dispenzární péči ponechá a informuje o tom registrujícího lékaře. Ten v souladu s ust. § 31 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb. pacienta zařadí do dispenzární péče tohoto specialisty, kterému zároveň zašle informace o zdravotním stavu pacienta potřebné k zajištění návaznosti zdravotní péče (příklad – dermatolog diagnostikuje psoriázu a o pacientovi předá zprávu registrujícímu lékaři s tím, že pacienta s mírným postižením předá do jeho dispenzární péče a při vážnějším a rozsáhlejší postižení oznámí registrujícímu lékaři, že pacienta přebírá do své specializované dispenzarizace); u některých nemocí, jako jsou glaukom, epilepsie apod., nejsou žádné pochybnosti, že pacienta dispenzarizuje specialista daného oboru.

Dispenzarizující specialista předává registrujícímu lékaři informace i při každé další dispenzární prohlídce tak, aby byl registrující lékař průběžně informován o stavu a současné léčbě svého registrovaného pacienta; registrující lékař naopak poskytuje pro tuto prohlídku dispenzarizujícímu specialistovi informace o změnách zdravotního stavu pacienta, které mohou ovlivnit stav a léčbu onemocnění, pro které je dispenzarizován. V případě nejistoty u konkrétního pacienta se registrující lékař a specialista o dispenzární péči spolu **dohodnou** tak, aby bylo naplněno výše uvedené ustanovení **§ 31 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., že pojištěnec může být dispenzarizován pro jednu diagnózu pouze u jednoho ošetřujícího**



lékaře. Záznamy a informace o dispenzární péči u specialisty jsou součástí i zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi registrujícím poskytovatelem.

Dispenzarizující lékař nejen kontroluje zdravotní stav dispenzarizovaného pacienta výkonem cíleného klinického vyšetření dle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává Seznam výkonů s bodovými hodnotami,

v platném znění (kapitola 3 – obsah výkonů klinických vyšetření), ale **zajišťuje i všechny ostatní úkony, související s diagnózou, pro kterou je u něj pacient dispenzarizován**, včetně předepisování léků pro léčbu dispenzarizovaného onemocnění, indikace potřebných doplňujících vyšetření, ale také zdravotní dopravu, vedení dočasné pracovní neschopnosti apod.

Doporučením registrujícího lékaře k dispenzarizaci pacienta specialistou příslušného oboru není dotčena pacientova svobodná volba lékaře nebo zdravotnického zařízení pro poskytování dispenzární péče.

Pro VOX připravil MUDr. Ctirad Kozderka
19. 3. 2017

INZERCE 466 3-17

Státní léčebné lázně Janské Lázně, státní podnik, přijme lékaře/lékařku (vhodné i pro absolventa LF)

Požadujeme: vzdělání v příslušném oboru – všeobecné lékařství (u absolventů)

Výhodou: osvědčení o spec. způsobilosti v oboru RFM, atestace v oboru pediatrie, interny, chirurgie, neurologie nebo ortopedie, znalost AJ, případně NJ, RJ. **Dále požadujeme:** profesionální a proklientské chování, odpovědnost, flexibilitu, ochotu učit se novým věcem.

Nabízíme: trvalý pracovní poměr u zavedené perspektivní společnosti s dlouhou tradicí v oboru, motivující mzdové podmínky (mzda dohodou) a zaměstnanecké benefity dané kolektivní smlouvou, předatestační přípravu, možnost dalšího vzdělávání a profesního růstu hrazené zaměstnavatelem, práci na výjimečném pracovišti v rámci ČR a spolupráci s dalšími odbornými pracovišti v ČR, možnost aktivní i pasivní účasti na konferencích, seminářích, možnost individuálních odborných stáží v našich partnerských zdravotnických zařízeních, na našem pracovišti je samozřejmostí každoroční multioborové třídní sympozium, pravidelné pořádání odborných seminářů a přednášek s účastí špičkových odborníků, 5 týdnů dovolené na zotavenou, přidělení služebního bytu ve známém lyžařském středisku, možnost získání jednorázového příspěvku na stěhování a vybavení bytu, možnost realizace: akupunktura, akupresura, psychosomatická medicína a další.

Nástup možný ihned, případně dle dohody. Pokud Vás nabídka oslovila a splňujete-li naše požadavky, kontaktujte nás prosím a zašlete nám svůj strukturovaný životopis a motivační dopis na e-mail: vasil.janko@janskelazne.com, sona.micankova@janskelazne.com

Kontakt: MUDr. Vasil Janko +420 739 658 119, Soňa Mičánková +420 499 860 120, +420 739 421 992

QuikRead go®

Váš pomocník při rozhodování o léčbě



Strep A



CRP



CRP+Hb

*Všechny testy jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou
pro odbornost 001 a 002*



Pro více informací navštivte stránky www.oriondiagnostica.cz nebo volejte na tel. číslo 602 647 793



Je rozhodnuto. A co dál?

MUDr. Milan Cabrnach, MBA

Prezident Zeman podepsal 14. února 2017 novelu zákona o získávání způsobilosti lékařů. Novela ruší obor Praktický lékař pro děti a dorost, ruší obor Dětské lékařství a zavádí nový obor Pediatrie. Nepodařilo se mám společně vysvětlit důležitost zachování oboru PLDD jako samostatného základního oboru pro primární péči, politická reprezentace přijala většinově názor našich kolegů z nemocnic, reprezentovaný vedením České pediatrické společnosti.

Jaké jsou další úkoly pro naši odbornou společnost a sdružení? **Nejdůležitějším cílem je udržet obor jako takový, udržet jej v primární péči, udržet kvalitu vzdělávání a kvalitu poskytování péče, udržet a zlepšovat systém úhrady péče a zachovat a zlepšovat podmínky pro soukromé podnikání v primární péči o děti a dorost.**

Musíme dokončit specializační vzdělávání pro ty lékaře a lékařky, kteří byli zařazeni do oboru. To znamená zachovat akreditované ordinace praktických lékařů pro děti a dorost a udržet systém soustavného vzdělávání školení. Znamená to zachovat samostatnou katedru na IPVZ, akreditační komisi a zkušební komisi pro atestační zkoušky.

Druhou důležitou otázkou je rozhodnutí o náplni specializační přípravy nově vzniklého oboru pediatrie. Která odborná společnost bude za přípravu této náplně zodpovědná? Dnes máme v rámci České lékařské společnosti JEP dvě odborné společnosti, a to Českou pediatrickou společnost a Odbornou společnost praktických dětských lékařů. Při rozhodování o náplni specializačního vzdělávání bude třeba zohlednit počty lékařů, kteří pracují na dětských odděleních nemocnic, a počty lékařů, kteří pracují v primární péči. Musíme se zodpovědně rozhodnout, pro jakou práci nové pediatrie připravujeme. Zda budou pracovat na dětských odděleních nemocnic, anebo zda budou pracovat v primární péči.

Vzhledem k tomu, že největší potřeba nových dětských lékařů je právě v primární péči, bude (měl by) tomu odpovídat i obsah

specializační přípravy. Lékaři před atestací budou pracovat jistě nejprve v nemocnicích, a budou (měli by) před atestací pracovat nejméně jeden rok v akreditované ordinaci primární péče. Obě odborné společnosti by měly zahájit práci nad náplní specializační přípravy. Lékaři, kteří budou promovat, se budou rozhodovat o volbě oboru, a pokud nebude náplň a perspektiva nového oboru Pediatrie jasná, zvolí si obor jiný a prohloubí se nedostatek dětských lékařů.

Novela zákona zrušila obor PLDD jako základní obor specializačního vzdělávání. Obor PLDD však z českého právního systému ani zdaleka nemizí. V celé řadě jiných zákonů, a paradoxně i v novele samotné, najdeme na obor PLDD řadu odkazů. PLDD má i nadále celou řadu povinností a kompetencí.

Kdo tedy a podle jakých pravidel rozhodne o tom, že je lékař oprávněn samostatně poskytovat péči v oboru PLDD? Pokud by nebyla součástí specializační přípravy v novém oboru Pediatrie dostatečná (tedy nejméně jeden rok) příprava v akreditované ordinaci PLDD, nemohla by sama atestace pro samostatnou práci PLDD stačit. Připomínám, že lékař na dětském oddělení i po atestaci pracuje v týmu, má se s kým poradit, jeho rozhodnutí schvaluje nebo kontroluje starší zkušenější lékař a přednosta oddělení. Naproti tomu PLDD v primární péči pracuje zcela sám.

Další velkou otázkou je otázka výběrových řízení a smluv se zdravotními pojišťovnami. Bude specializační příprava a složení atestační zkoušky dostatečným kritériem pro registraci zdravotnického zařízení a pro uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou na poskytování zdravotní péče v odbornosti 002 PLDD? Kdo stanoví podmínky, za kterých budou zdravotní pojišťovny uzavírat smlouvy s novými lékaři v odbornosti PLDD?

Můžeme předpokládat dva krajní scénáře. V prvním bude specializační příprava pro primární péči kvalitní a dostatečná, a potom budeme prosazovat, aby byli k primární péči včetně smluv s pojišťovnami plně

kompetentní lékaři po atestaci. Podle druhého scénáře bude specializační příprava pro primární péči nedostatečná, a potom by naše odborná společnost a sdružení měly usilovat o to, abychom to byli my, kdo bude s pojišťovnami dojednávat podmínky pro uzavírání smluv pro odbornost 002. V každém případě však musí klíčovou roli v jednání o smlouvách s pojišťovnami sehrát Sdružení PLDD.

Nedílnou součástí odborného života v každém lékařském oboru je celoživotní vzdělávání. Platí to i pro obor PLDD. Dosavadní zkušenosti ukazují, že klinická pracoviště nejsou příliš aktivní v oblasti nejen celoživotního vzdělávání, ale ani v otázce zlepšování spolupráce s lékaři primární péče. Zásadní roli v celoživotním vzdělávání hraje OSPDL a měla by ji hrát i dál. Je to velký závazek. Nestačí jen organizovat semináře a prezentovat na nich ve spolupráci s komerčními subjekty přednášky kolegů z klinických pracovišť. Je třeba, tak jak se nám to v posledních letech daří, připravovat a svými silami zajišťovat přednášky a studie zaměřené a cílené na skutečné každodenní problémy ordinací PLDD.

Velké utkání, možná dokonce turnaj, o udržení oboru z pohledu specializované způsobilosti jsme prohráli. Prohraná bitva však neznamena prohranou válku. Máme svou odpovědnost vůči svým pacientům a jejich rodičům, vůči svým zaměstnancům a kolegům i vůči sobě samým. Obor Praktický lékař pro děti a dorost z primární péče v České republice nezmizí, pokud to nedovolíme. Máme před sebou hodně úkolů, a jistě přijdou i ty, o kterých ještě dnes nevíme. Je jenom na nás, jak se s nimi popasujeme.

20. února 2017



Když medvídko bolí bříško

MUC. Anna Chvojková, MUC. Aneta Fridrichovská

Co si počít, když je nejoblíbenější plyšový medvídek nemocný? Tady pomůže jen opravdový odborník, medvídkový lékař. A kde někoho takového najít? Ti největší specialisté pracují pod záštitou IFMSA CZ.

IFMSA CZ je sdružení studentů medicíny v České republice a zároveň členskou organizací mezinárodní IFMSA (International Federation of Medical Students' Associations). Jedním z projektů IFMSA je i Nemocnice pro medvídky, působící v mateřských školách.

■ Nemocnice pro medvídky

Lidé se často bojí toho, čemu nerozumějí. A barvitá dětská fantazie nepřijemné pocity ještě umocňuje. Sami si jistě vzpomenete na bolestivá očkování, podivné lékařské nástroje a děsivá vyšetření. To spolu s cizími lidmi v bílém plášti vyvolává v dětech obavy a strach.

Pokud si však děti **spojí lékaře s pozitivní zkušeností** a nemocniční prostředí bude místem známým ze hry, snáze si vybudují důvěru ve zdravotnický personál i vyšetření. Lépe pak pochopí, že lékař pomáhá od trápení a není třeba se ho bát.

Zbavit dětské pacienty strachu z bílých plášťů je hlavním mottem a cílem celosvětového projektu Nemocnice pro medvídky. Projekt Nemocnice pro medvídky se zrodil na egyptských lékařských fakultách a díky IFMSA se postupně rozšířil po celém světě. V České republice funguje již řadu let a setkat se s ním můžete na všech osmi lékařských fakultách.

Program je určen především pro děti ve věku tří až sedmi let. Medvídkoví lékaři několikrát

týdně navštěvují mateřské školy a formou hry spolu s dětmi uzdravují plyšové pacienty. V současné době spolupracujeme s desítkami dobrovolníků z řad mediků, zapojují se ale i studenti zubního lékařství, fyzioterapie či farmakologie. Jen v loňském akademickém roce jsme navštívili **156 mateřských škol** a pracovali s **6 578 dětmi**. Projekt se postupně objevuje i v anglických školkách, kde se mohou zapojit především zahraniční studenti.

S Nemocnicí pro medvídky se kromě mateřských škol můžete setkat i na nejrůznějších akcích pro veřejnost jako Světový den zdraví, Dětský den, Dokážeš to taky!, NGO market, Den celoživotního vzdělávání UK a mnoha dalších.

Novinkou loňského roku je **medvěd s vyjímatelnými orgány**, který byl pro každou fakultu vyroben v chráněných dílnách Sdružení Práh. Pomáhá dětem lépe si představit stavbu lidského těla i průběh operace. Každý medvěd má k dispozici dvojce plíce – zdravé a kuřácké. To nám kromě větší názornosti přináší i možnost nenásilně upozornit na problematiku kouření.

■ Jako v opravdové nemocnici

Do školky přijdeme většinou v dopoledních hodinách a ve třídě si připravíme nemocniční prostory včetně operačního sálu. Za chvíli už si medvídkoví lékaři obléknou obávané bílé pláště a služba začíná!

Spolu s námi přichází i velký plyšový pomocník Teddy a naši hru začínáme právě jeho příběhem. Vyprávíme, jak se nemocný medvěd lékařů zprvu bál, pak ale překonal svůj strach a teď je mu mnohem lépe. Povídáme si s dětmi o jejich zkušenostech s nemocemi a snažíme se je tím inspirovat pro další hru. V den naší návštěvy si každé z dětí přinese svého oblíbeného plyšáčka, ze kterého se rázem stane pacient. **Děti samy přijímají roli rodiče** a spolu s tím i určitou zodpovědnost za zdraví svého kamaráda, uvědomí si tak nutnost návštěvy lékaře. Z pozice doprovodu děti **mohou beze strachu přihlížet** všem vyšetřením i léčbě a proniknout do tajuplného zákulisí nemocničního světa.

Na začátku každý malý rodič přivede ukázat svého plyšového kamaráda k praktickému lékaři, dále pak postupujeme **jako v opravdové nemocnici**. Nejprve se vyptáme na anamnézu a za aktivní účasti a spolupráce dítěte posloucháme fonendoskopem, odebíráme krev, měříme teplotu... Pokud to stav vyžaduje, pošleme medvídko na specializované radiologické pracoviště, kde zkoumáme opravdové rentgenové snímky. Společnými silami pak stanovíme konečnou diagnózu, pofoukáme bolístky, nalepíme náplast, obvážeme tlapky, na hlavu přiložíme studený obklad. Nakonec je třeba předepsat čaj s medem a vitamíny, doporučit pusinku na čumáček či připomenout důkladné mytí rukou a čištění zoubků.





Může se však stát, že i přes veškerou snahu medvídek stůně dál. Pak je nutná operace. Sebe i děti oblékneme do chirurgických plášťů, nasadíme roušky a čepice. Ještě důkladně umýt ruce a můžeme na operační sál. Operace bývá napínavá a my se snažíme děti vtáhnout do dění, přesto **nezapomínáme vysvětlovat**, proč všechny ty podivné věci děláme, a **necháme je vše vyzkoušet** v pozici lékaře i nemocného.

Jak to bylo s Brumlou...

Malý Tomáš přichází do ordinace se svým medvídkem. Brumlu už od rána bolí bříško a když odpoledne upadl, ošklivě si poranil přední packu. Pacička je oteklá, bolestivá a plná modřin, bříško moc bolí a je tuhé. Jistě tušíte lékařovo podezření na apendicitis a frakturu přední packy, stav je vážný. Lékař odesílá Tomáše s Brumlou na statimové RTG vyšetření, které potvrdí zlomeninu předloktí, jak vidí i Tomáš spolu s rentgenologem. Dále již na nic nečekáme, jde se na sál. S chlapcovou pomocí probíhá příprava operačního pole, anestezie a následuje samotný výkon (břišní dutina patří našemu Teddymu). Na závěr Tomáš zvědavě prohlíží vyndaný appendix a díví se, jak taková malá věc může tolik bolet.

Nakonec je každý pacient zachráněn, ale hra tím zdaleka nekončí. Pro úplné zotavení je nutné, aby medvěď dlouho odpočíval a dodržoval vše, co lékař nařídil. Dále už přejímá zodpovědnost dítě a často ještě několik dní pečuje o zdraví svého kamaráda.

Projekt Nemocnice pro medvídky se setkává s velmi kladnými ohlasy ze strany mateřských škol i rodičů. Učitelky posílají fotografie, popisují nadšené reakce dětí a ihned si rezervují termíny pro příští školní rok. Projekt mnohé přináší i studentům, rozvíjí jejich schopnost komunikovat s dětmi,

nechává je odpočinout od nesnadného studia a přibližuje je více či méně vzdálené budoucnosti lékaře. Největší odměnou je však radost dětí, které se na naši návštěvu vždy velmi těší a jen nerady nás nechávají odcházet.

■ Další činnost IFMSA

Nezávislá apolitická instituce IFMSA zastřešuje 123 členských organizací s více než 1,3 milionu studentů všeobecného lékařství z celého světa. Základním posláním IFMSA je prohloubit mezinárodní spolupráci mezi studenty medicíny, zlepšit jejich schopnosti a dovednosti a přispět k povědomí o zásadních problémech světového zdraví podle hesla *Think globally, act locally*.

Nemocnice pro medvídky spadá pod sekci SCOPH (Standing Committee on Public Health), která se zaměřuje na podporu veřejného zdraví. Mezi další SCOPH projekty patří:

Pro život – projekt první pomoci pro střední a základní školy,

Úsměv všem – psychická vzpruha pro seniory i děti hospitalizované v nemocnicích,

Medici pomáhají – dobročinný projekt zaměřený na pouliční medicínu,

Zdraví v hrsti – projekt určený pro střední a základní školy, zajímavě nejen o životě, správě aneb zamysleme se nad sebou,

Světový den zdraví, Světový den proti diabetu – velké akce pro širokou veřejnost.

Ostatní sekce se zaměřují na reprodukční zdraví a AIDS, lidská práva a mír a v neposlední řadě na vzdělávání mediků. Kromě projektů zajišťuje IFMSA klinické a výzkumné zahraniční stáže pro studenty medicíny.

Další informace o Nemocnici pro medvídky, ostatních projektech či o IFMSA obecně najdete na našich stránkách www.ifmsa.cz, případně se neváhejte obrátit na kohokoli z lokálních koordinátorů či národního koordinátora pro projekty veřejného zdraví.

Pokud Vás projekt zaujal a měli byste zájem ho podpořit, možnosti naleznete na webu IFMSA (číslo účtu 2100078736/2010).



Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13-valentní, adsorbovaná)

POTVRZENÁ ÚČINNOST V REÁLNÉ PRAXI¹

Prevenar 13
je jediná pneumokoková
konjugovaná vakcína,
která obsahuje
důležité sérotypy
3, 6A a 19A.^{1,2}

Prevenar 13 prokázal
v zemích s vysokou
proočkovaností významné
snížení invazivních
pneumokokových
onemocnění, pneumonií
i akutních zánětů
středouší.¹

Zdravotní informace o přípravku Prevovar 13 (lipidní suspenze, Pneumokokové polysacharidové konjugované vakcína (13-valentní, adsorbovaná))

[illegible]



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Alena Šebková

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

Obor

Téma oboru PLDD je stále živé. Zákon ještě ne-nabyl účinnosti a již se postupně plní vše, před čím jsme varovali. A co, bohužel, i někteří z nás podcenili či nechťeli slyšet.

Přestože jsem byla ujištěna na osobním jednání s ředitelem odboru vzdělávání MZ, že budeme přizváni ke všem schůzkám, které se budou týkat „oboru pediatrie“, hned první schůzka, jež se týkala sestavení kmenů, se měla konat bez PLDD. Jen náhodně při setkání s náměstkem MZ prof. Prymulou a dr. Šebkovou, dr. Hülleovou a dr. Cabrnachovou, s hlavním tématem očkování, jsme se o schůzce dozvěděli a mohli vyslat svého zástupce. S návrhy na obsazení akreditační komise je to naprosto identické. Zde jsme kromě jiného ještě i na Kongresu primární péče předsedou ČLS byli ujišťováni o paritním zastoupení PLDD. Opět jsme nedostali ani výzvu, kterou obdržely ostatní obory. O problému s rezidenčními místy, který velmi pravděpodobně nikdo řešit nebude, jsem již informovala v minulém čísle. Kdo tedy měl pravdu? My, když od počátku říkáme, že obor PLDD se ruší – nyní již zrušil, anebo ti, kteří stále uhořávali veřejnost, a bohužel i některé z nás, že se jen obory slučují a systém zůstane zachován????

Očkování

22. 3. 2017 vyšel v **MfDnes** článek s palcovým titulkem „Vakcína pro děti došla. A nebude.“ Tento článek, který se týkal vakcíny BoostrixPolio, lze do jisté míry považovat za šíření poplašné zprávy. Je s podivem, že paní redaktorka se neobtěžovala kontaktovat ani zástupce naší odborné společnosti, ani profesní organizace. Výpadky vakcín se občas dějí. Nejsme z toho nijak nadšeni, těmi, kdo zápolí s termíny, jsme my. Toto téma ale bylo řešeno velmi rychle oběma našimi organizacemi, příslušnou firmou i MZ a všichni PLDD s přístupem k webu a přes regionální zástupce měli k dispozici informace. Pak nerozumím vyjádření osloveného kolegy, který evidentně informován nebyl, nicméně vyjádřil se do tisku. Vážení kolegové, není v silách vedení ani jedné společnosti obcházet každou ordinaci zvlášť. Informace k dění jsou k dispozici v časopise VOX, na webu, prostřednictvím regionálních předsedů či zástupců SPLDD a OSPDL. Stejně tak pokud v případě nejasností kontaktujete Centrum, odpovědi se dočkáte. Je to ale i o vaší iniciativě. Inkriminovaná vyjádření, tentokrát,

bohužel, i nejasné vyjádření SÚKL, vnášeji do situace nejasnosti, nezřídka i paniku. Nepodléhejte jí, prosím.

Proběhla **schůzka „očkovací“ skupiny** na MZ, kde byli účastníci seznámeni s věcným záměrem MZ na vytvoření „odškodňovacího fondu“. Pravdou je, že pro nás nic nového, hovoříme o tom na nejrůznějších jednáních již několik let a doufali jsme, že zákon bude schválen ještě v tomto období. Zmíněný návrh nicméně zní racionálně a já pevně věřím, že jsem dobře pochopila, že má šanci být hotov příští rok.

Spolupráce s veřejností

Rádio Junior – po domluvě bude 1× za měsíc hostem pořadu Atrium, úterý 21:15–22:00, praktický lékař pro děti a dorost. Prvního „výkopu“ v této sérii se ujme dr. Verdánová s tématem respiračních onemocnění a alergií. Děkuji! Prosím i vás ostatní o návrhy témat, která pocítujete, že by měla být řešena a měla by vejít více ve známost mezi rodiče.

Pacientské organizace – byla nabídnuta spoluúčast na Zdravotnickém fóru „Dětská paliativní péče“ 3. 6. v Praze.

Bohužel v této oblasti se stále více objevuje „antispolupráce“, ale části veřejnosti s lékaři, nikoli naopak. Se skupinou těch, kteří odmítají očkování a útočí proti němu „hlava nehlava“, bohužel ne vždy s cílem se rozumně domluvit, ale s cílem „zvítězit“, diskutujeme již několik let. Jaké bylo ale mé překvapení, když byla napadena i studie PLDD s tématem výživy, na kterou navazovalo a ještě předpokládám bude navazovat vzdělávání v této oblasti, vycházející z mezinárodních doporučení. Nechápu pohnutky některých „rádobyodborníků“, kteří se vydávají za guru tématu a vytrhávají z kontextu, překrucováním fakt atp. matou veřejnost. Ráda bych vás tedy na tuto skutečnost upozornila.

MPSV

Proběhla schůzka, již se zúčastnili dr. Kozderka, dr. Hülleová, dr. Šebková na MPSV – tématem bylo doladění formulářů pro handicapované pacienty na základě cca ročních zkušeností, zapracování připomínek všeobecných praktických lékařů, tak, aby formuláře vyhovovaly všem. Doufám, že nyní již budou tyto definitivní.

Dětská psychiatrie

PAS – byla upravena metodika – odborná část vypracována OSPDL, vykazování SPLDD. Na

včasný záchyt navazuje spolupráce s výborem Sekce dětské a dorostové psychiatrie, předsedkyně MUDr. Uhlíková. Dr. Šebková se setkala s paní předsedkyní a prof. Pacitem, který má tuto problematiku „na starosti“. Vznikl společný návrh diagnostického postupu, navazovat musejí postupy a možnosti léčebné – to je náplní přívládní komise, kde zůstává členem dr. Šebková. Ta byla nyní dokoptována i do komise při MZ, která se zabývá adiktologií, dr. Zíma se zúčastnil jednání komise, která má řešit vznik center duševního zdraví. Další psychiatrická témata jsou diskutována, podrobné informace poskytneme v Newsletteru OSPDL.

Newsletter OSPDL

Na základě předchozích informací o nových formách vzdělávání, odborné informovanosti se výbor OSPDL rozhodl pro vydávání Newsletteru OSPDL, který bude distribuován elektronicky minimálně 4× ročně s cílem informovat praktické lékaře pro děti a dorost mj. o

- aktivitách OSPDL ČLS JEP,
- činnosti jejích pracovních skupin a regionů,
- aktivitách zástupců OSPDL ČLS JEP ve vládních, resortních a meziresortních komisích,
- vzdělávacích akcích pořádaných pod záštitou OSPDL ČLS JEP,
- mezioborové spolupráci,
- všech aktuálních záležitostech týkajících se praktických dětských lékařů

Newsletter jako platforma praktických dětských lékařů by se mohl a měl do budoucna stát i nástrojem užší komunikace napříč komunitou

- praktických dětských lékařů a pediatriů,
- kliniků a ambulantních specialistů,
- všeobecných praktických lékařů,
- zdravotních sester a ostatních nelékařských profesí ve zdravotnictví,
- farmaceutů,
- státních orgánů a
- v neposlední řadě rodičů dětských pacientů.

Avizo – zadejte si do kalendáře:

Zdravotnické fórum „Dětská paliativní péče“, 3. 6. 2017, Praha
3. mezioborový kongres PLDD s pracovním názvem „Dětská onkologie ze všech stran“, 13.–14. 10. 2017, Olomouc



Časná a pozdní morbidita u novorozence s velmi nízkou porodní hmotností

MUDr. Eva Dortová, doc. MUDr. Jiří Dort, Ph.D.

Neonatologické oddělení Fakultní nemocnice v Plzni

V tomto sdělení se autoři věnují problematice novorozenců s velmi nízkou porodní hmotností (porodní hmotnost pod 1 500 g). Jejich incidence v České republice v roce 2015 byla 1,18 %. Stručně jsou shrnuty principy humanizace péče o tyto pacienty, ale i novější postupy v léčbě závažných diagnóz časně i pozdní morbidity a přehled o jejich dlouhodobé prognóze. Současně je zdůrazněn význam vývojové péče o tyto pacienty, která začíná na jednotkách intenzivní péče po porodu a po propuštění pokračuje při spolupráci praktických lékařů pro děti a dorost a center vývojové péče, která pracují v některých regionech.

Klíčová slova: novorozenec s velmi nízkou porodní hmotností, časná morbidita, pozdní morbidita, vývojová péče

■ Úvod

S pokrokem v medicínských postupech dostává šanci přežít stále větší procento dětí s velmi nízkou porodní hmotností (tj. pod 1 500 g). V posledních 20 letech kromě zavedení nových technologických a farmakologických postupů v léčbě prodělala neonatologie významnou humanizaci péče (přítomnost rodičů na jednotkách intenzivní péče, principy něžné péče, orofaciální stimulace, individuální přístup), to se příznivě odráží v zlepšujících se výsledcích dlouhodobé morbidity těchto dětí. Hospitalizace těchto pacientů trvá často mnoho týdnů a je velmi náročná nejen po stránce zdravotnické a ekonomické, ale i z pohledu celé rodiny. Konečný výsledek péče, tj. kvalita života těchto dětí, závisí na tom, jak dobře se podaří zvládnout přítomné perinatální komplikace, s jakou reziduální problematikou odchází pacient domů, jak kvalitní je rodinné zázemí a jak bude probíhat péče po propuštění. Narození novorozence s velmi nízkou porodní hmotností zcela jistě významně zasáhlo celou rodinu. Maminka má většinou za sebou dlouhodobou hospitalizaci se svým dítětem na neonatologickém oddělení, což je velká výhoda, protože je dobře zacvičena v ošetrovacích postupech a zná potřeby svého dítěte. Během hospitalizace je maminkám na některých neonatologických odděleních poskytována psychologická intervence, která jim pomáhá zvládat náročné období a může být prevencí rozvoje posttraumatické stresové poruchy. Po propuštění do domácí péče je dítě registro-

váno u praktického lékaře pro děti a dorost, kde probíhají běžné preventivní prohlídky. Velkou výhodou je současné zařazení předčasně narozených dětí do sledování Center vývojové péče, která v některých regionech pracují v rámci perinatologických center. Nárůst počtu přežívajících novorozenců s velmi nízkou porodní hmotností nezvyšuje incidence závažné pozdní morbidity (dětská mozková obrna, epilepsie, těžká porucha zraku a sluchu, těžká mentální retardace, těžká porucha růstu) (2). Každoročně vykazované celostátní výsledky sledování těchto dětí ve 2 letech potvrzují tento pozitivní trend. Ve skupině 1 000–1 499 g bylo vykázano těžké postižení v 8 %, u dětí pod 1 000 g v 18 % v ročníku 2012 (14,15).

■ Časná neonatální morbidita

Epidemiologické studie poruch psychomotorického a neurosenzorického vývoje novorozenců s velmi nízkou porodní hmotností (pod 1 500 g) stanovily rizikové perinatální faktory. Jsou to funkční a morfologické změny placenty, růstová retardace plodu, hypoxie a perinatální infekce. Celostátně je v České republice sledována časná neonatální morbidita – nekrotizující enterokolitida, bronchopulmonální dysplazie, perinatální poškození mozku – intraventrikulární hemoragie III. a IV. stupně, cystická periventrikulární leukomalacie (CPVL) a retinopatie nedonošených (ROP) stupně III. a vyšších (10).

Nekrotizující enterokolitida NEC je závažná, život ohrožující porucha adaptace trávicího systému nedonošeného novorozence na extrauterinní život. Hemoragicko-nekrotizující, ulcerující zánět, postihující v různém

rozsahu střevu, probíhající v lehčích stádiích bez perforace a v těžších stádiích jako náhlá příhoda břišní i s perforací střeva a rozvojem peritonitidy. Toto onemocnění je třeba odlišit od spontánní intestinální perforace nezralého střeva, kde není přítomen zánětlivý proces a je typicky postiženo terminální ileum. NEC postihuje nedonošené novorozence po zahájení enterální výživy, jen asi v 10 % případů postihuje donošené novorozence (5). Incidence se odhaduje na 6–10 % ve skupině novorozenců pod 1 500 g, mortalita je vysoká, až 30 %. Prevencí je zahájení časně enterální nutrice, nejlépe čerstvým mateřským mlékem, urychlující funkční vyzrávání střevní sliznice. Podávání probiotik je předmětem výzkumu. Po akutní fázi, která je často řešena chirurgickým zákrokem, je riziko rozvoje malabsorpčního syndromu nebo syndromu krátkého střeva.

Z toho vyplývá nutný pečlivý monitoring růstové a hmotnostní křivky, kontroly vnitřního prostředí, případně jeho korekce a řízení výživy s využitím moderních formulí (směs aminokyselin, vysokokalorická výživa), v extrémních případech i domácí parenterální výživa. Je třeba zabránit malnutrici vzhledem k riziku poruchy růstu a vývoje, hlavně mentálního deficitu.

I po propuštění je třeba věnovat pozornost růstu a hmotnostním přírůstkům a věnovat se rizikům dehydratace a hyponatrémie, deficitu magnézie, zinku, železa, vitamínu B12, kyseliny listové, vitamínu D a vápníku. Po propuštění je riziko častých rehospitalizací pro poruchu imunity (9).

Bronchopulmonální dysplazie (BPD) je chronické plicní postižení vzniklé poškozením nezralé plicní tkáně s následnou reparací tkáně se zmnožením vaziva a výslednou



poruchou alveolo-kapilárního vývoje. Její těžší forma – II. a III. stupeň – je definována jako dependence na podávání kyslíku nebo ventilační podpoře ve stáří 36 týdnů postkoncepčního věku. Výskyt u dětí pod 1 500 g činí 19 %. (5) Většina novorozenců s diagnózou BPD postupně ztratí závislost na kyslíku a plicní funkce se reparují. V posledních letech spolu s vyšším počtem přežívajících novorozenců s extrémně nízkou porodní hmotností se objevuje ojediněle i nová forma BPD, charakterizována zástavou vývoje plic v kanalikulárním stadiu a poruchou tvorby alveolů, ale současně také kapilární sítě s následným vývojem plicní hypertenze, která je příčinou pozdního úmrtí těchto dětí, často až za několik měsíců po narození (1). Základní léčbou bronchopulmonální dysplazie je oxygenoterapie, jejímž cílem je zabezpečit trvalou normoxémii bez desaturací za všech okolností (spánek, neklid), což je velmi důležité pro jejich další psychomotorický vývoj hlavně v oblasti kognitivních funkcí. Přidělení domácí léčby tekutým kyslíkem, používané v některých regionech ČR, umožňuje časnější propuštění novorozence s touto diagnózou do domácí péče (3). Názory na podávání inhalačních kortikoidů se liší; je indikováno pokud se opakují obstrukční bronchitidy nebo wheezing. U těchto pacientů je důležité zabránit další respirační morbiditě po propuštění (vakcinace proti pneumokoku, chřipce, RS viróze).

Intraventrikulární hemoragie (IVH) III. a IV. stupně dle Papilové může vzniknout u novorozenců s porodní hmotností pod 1 500 g v prvních dnech života z důvodů nestability cirkulace, nezralosti regulačních mechanismů a poruch hemokoagulace. Diagnostikuje se ultrazvukem. Rizikem je rozvoj posthemoragického hydrocefalu, který pak vyžaduje neurochirurgickou intervenci – zavedení ventrikuloperitoneální drenáže (5). Je vysoké riziko dlouhodobých neurologických následků, a to zejména u IVH IV. stupně (intraventrikulární krvácení velkého rozsahu spojené s hemoragickým infarktem v přiléhající tkáni mozku), kde je těžké vývojové postižení prakticky nevyhnutelné. Dalším velmi závažným sonografickým nálezem je cystická periventrikulární leukomalacie (cPVL) – fokální ischemická nekróza bílé hmoty dorzálně a laterálně od postranních komor. Příčinou je zranitelnost nezralé mozkové tkáně, snížená schopnost autoregulace mozkového průtoku, anatomie

cév, hypoxie a infekce. Výskyt u novorozenců pod 1 500 g je 12 %. Existuje velmi vysoké riziko rozvoje těžkých forem dětské mozkové obrny – DMO (4,8).

Posthemoragický hydrocefalus u dětí s velmi nízkou porodní hmotností je v období před zavedením definitivní ventrikuloperitoneální (VP) drenáže řešen neurochirurgem zavedením subgaleárního rezervoáru. Ten slouží během hospitalizace k opakovaným odběrům mozkomíšního moku do definitivního vyřešení. Po propuštění dětí s ventrikuloperitoneální drenáží je třeba včas identifikovat její případnou malfunkci. Projevuje se zvracením, změnou chování dítěte ve smyslu vyšší dráždivosti, či naopak apatie. V průběhu ventilu se může objevit kolekce likvoru v podkoží, je napjatá, pulsující fontanela. Opakem popsání stavu je výskyt nitrolební hypotenze, kdy dochází naopak k předržování (overdrenaže). Při těchto projevech je hospitalizace a neurochirurgické řešení nezbytné.

Retinopatie nedonošených (ROP) III. a vyšších stupňů je vazoproliferativní postižení sítnice vznikající na neúplně vaskularizované sítnici silně nezralých novorozenců. Rizikové faktory jsou kromě nezralosti též infekce, kyslíková terapie, transfuze krve. Výskyt u VLBW novorozenců 8 %, s klesajícím gestačním stářím incidence dále stoupá (5). V léčbě je nejčastěji používána laserová fotokoagulace nebo kombinace fotokoagulace a kryopexy. Stále více se dostává do popředí zájmu v terapii ROP lokální injekční aplikace inhibitorů VEGF při selhání léčby intervenční (10). U pacientů s těžkými formami je důležité zahájení zrakové stimulace. Ta je poskytována středisky rané péče se zaměřením na děti se zrakovým postižením a v optimálním případě je zahajována ihned po propuštění do domácí péče.

■ Pozdní morbidita

S narůstajícím přežíváním novorozenců s velmi nízkou a extrémně nízkou porodní hmotností se v odborné i laické veřejnosti stále častěji objevuje otázka týkající se kvality života extrémně nezralého novorozence, jehož úmrtí jsme v perinatálním období odvrátili. V angloamerické literatuře byla již publikována řada studií, která porovnávala výskyt neurosenzorických postižení (DMO, slepota, hluchota, mentální deficit) u silně a extrémně nezralých novorozenců. Všechny se shodují v závěru, že při klesá-

jící mortalitě se nezvyšuje procento těžce postižených dětí, které se udává 19–25 % v nejnižší hmotnostní skupině, tj. pod 750 g (2,7,8,12,13). Většina hrubého postižení, které závažným způsobem nejen snižuje kvalitu života dítěte, ale dopadá na život jeho celé rodiny, vzniklého jako komplikace extrémní nezralosti, je patrná v průběhu prvních dvou let života. Méně zřejmé a lehčí poruchy, jako je motorická neobratnost, problémy s chováním a učením ve smyslu poruch aktivity a pozornosti (ADHD), se odkrývají až v pozdějším věku, ale vztah těchto nálezů k perinatálnímu období je často již problematický.

V České republice je sledována závažná pozdní morbidita: dětská mozková obrna (DMO), epilepsie, psychomotorická retardace, porucha zraku pro ROP, eventuálně centrální slepota, porucha sluchu, porucha růstu. Posuzování se provádí ve 2 letech věku, i když je zřejmé, že sledování až do školního věku i déle, které probíhá v řadě evropských zemí, Kanadě, Austrálii, je pro tuto skupinu dětí nezbytné.

Dětská mozková obrna (DMO): Výskyt DMO roste s klesající porodní hmotností a gestačním věkem, incidence v ČR má klesající tendenci. V roce 2001 byl výskyt ve skupině novorozenců s porodní hmotností pod 1 000 g 20 %, v roce 2010 jen 6 %, ve skupině 1 000–1 499 g v roce 2001 11 % a v roce 2010 pouze 2 %. U novorozenců s velmi nízkou porodní hmotností se nejčastěji vyskytuje spastická diplegie, diagnózu stanoví neurolog. Mezi rizikové faktory DMO patří těžká nezralost, hypoxie – ischemie centrálního nervového systému, perinatální i postnatální infekce, vícečetná gravidita, preeklampsie, sonografické nálezy IVH III. a IV stupně, cystická periventrikulární leukomalacie. (14,16)

Psychomotorická retardace: Tato diagnóza se někdy vyskytuje společně s DMO, její incidence v ČR v roce 2010 byla u dětí s porodní hmotností pod 1 000 g 8 %, ve skupině 1 000–1 499 g 4 %. Její výskyt se v posledních 10 letech významně nezměnil. (15) Je definována snížením mentálního vývojového indexu pod 70. K její diagnostice používá erudovaný psycholog testy dle Bayleyové. V literatuře je popisována souvislost s BPD a podáváním kortikoidů postnatálně (1).

Porucha sluchu: Rizikové faktory vedoucí k těžkým poruchám sluchu jsou těžká pre-



maturita spolu s hypoxií, závažnou hyperbilirubinemií, podávání ototoxických léků. Výskyt poruchy sluchu v ČR se dlouhodobě pohybuje kolem 1 % u dětí s porodní hmotností 1 000–1 499 g, 2–3 % u dětí s porodní hmotností pod 1 000 g. Velmi důležitý je časný záchyt vyšetřováním otoakustických emisí a časná léčba pomocí sluchadel či kochleárního implantátu.

Porucha zraku po těžkých formách retinopatie nedonošených (III. a vyšších stupňů) je definována jako zbytky zraku, světlotcit, eventuálně nevidomost. Její incidence dramaticky poklesla v posledních deseti letech z 12 % na 2 % u dětí s porodní hmotností pod 1 000 g, ve skupině 1 000–1 499 g je výskyt trvale nízký (0,4 %) (16).

Současné priority péče o VLBW novorozence směřují k zachování nebo zlepšení stávajících hodnot perinatální a neonatální mortality, dále je kladen velký důraz na časnou a pozdní morbiditu, se zaměřením na hmotnostní skupinu pod 1 000 g. Toho lze dosáhnout včasným záchytem známek hrožícího předčasného porodu, léčbou intrauterinní infekce a placentární patologie a důsledným prováděním antenatální indukce plicní zralosti. Důležitá je prevence nejen časné, ale i pozdní cerebrální morbidity včetně přísně individuální indikace léčby BPD kortikoidy. Poruchy kognitivních funkcí u původně extrémně nezralých novorozenců i pacientů s jinými diagnózami je možné příznivě ovlivnit ranou péčí ve spolupráci s klinickým logopedem a speciálním pedagogem. Důležitá je časná diagnostika pacientů s poruchou autistického spektra.

Neonatologická oddělení v jednotlivých krajích se v různém rozsahu věnují dlouhodobému sledování rizikových novorozenců po propuštění. V rámci Neonatologického oddělení Fakultní nemocnice v Plzni je centrum vývojové péče (CVP) tvořeno specializovanou neonatologickou ambulancí pro rizikové novorozence, včetně možnosti ultrazvukového, rtg a laboratorního vyšetření, dětskou psychologickou ambulancí, poradnou speciálního pedagoga, rehabilitační, neurologickou a oftalmologickou péčí. V rámci nemocnice je dostupná konziliární služba všech potřebných specialistů.

Cíle centra vývojové péče jsou:

1. Pomoc rodině po propuštění rizikového novorozence při řešení specifických problémů vzniklých v perinatálním období

– ve spolupráci s praktickým lékařem pro děti a dorost.

2. Kontinuita péče ve vztahu rodič-zdravotník. CVP je ambulantní částí neonatologického oddělení, kde byl navázán úzký vztah s rodiči během často dlouhodobé hospitalizace jejich dítěte. Rodiče mají k pracovišti důvěru, která je základem další spolupráce po propuštění.
3. Kontinuita péče ve vztahu zdravotník-rodič. Sledování vývoje pacientů po propuštění je důležitou zpětnou vazbou a zrcadlem péče pro zdravotníky neonatologického oddělení. Shromažďování validních informací o stavu vybraných skupin pacientů ve 2 letech (novorozenci s porodní hmotností pod 1 500 g a novorozenci s hypoxicko-ischemickou encefalopatií II. a III. stupně) je nutné pro celostátní sběr dat.
4. Možnost zahájení adekvátní vývojové intervence v případě potřeby (fyzio-terapie, speciálněpedagogická péče, logopedická péče).
5. Komplexnost péče: tým odborníků pod jednou střechou, při jedné návštěvě lze vyřešit více problémů.
6. Spolupráce s dalšími zařízeními poskytujícími péči o děti s postižením – státními i nestátními.

Snahou je co nejlepší integrace dítěte s postižením neurosenzorického vývoje do vzdělávacího procesu a později do společnosti a co největší pomoc rodině, která se o dítě stará (6).

■ Závěr

Nárůst počtu přežívajících novorozenců s velmi nízkou porodní hmotností nezvyšuje incidenci jejich závažné pozdní morbidity. Tato okolnost jistě souvisí s plynulým zlepšováním péče o tyto pacienty z mnoha úhlů pohledu (technologický pokrok, humanizace péče, možnosti vývojové intervence). Po propuštění do domácí péče je pro další vývoj dítěte ideální úzká spolupráce rodiny, praktického lékaře pro děti a dorost a centra vývojové péče.

■ Seznam použité literatury:

1. Bancalari E, Wilson-Costello D, Iben SC. Management of infants with bronchopulmonary dysplasia in North America. *Early Hum Dev.* 2005;81(2):171–179

2. Cooke RW. Improved outcome for infants at the limits of viability. *Eur J Pediatr.* 1996;155(8):665–667
3. Dort J, Dortová E, Mocková A. Domácí oxygenoterapie pro děti s chronickou plicní nemocí. *Čes.-slov. Pediat.* 2004;59(1),8–10
4. Dort J, Chvojková E, Hejčlová A. Příčiny a výskyt pozdní neurologické morbidity nezralých novorozenců. *Neonatal. listy.* 1996;2(4):272–281
5. Dort J, Dortová E, Jehlička P. *Neonatalogie.* Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2253-8
6. Dortová E, Dort J. Následná péče o rizikové novorozence po propuštění do domácí péče. *Vox Pediatricae.* 2008;8(9):14–15
7. Doyle LW. Outcome to five years of age of children born at 24–26 weeks' gestational age in Victoria. The Victorian Infant Collaborative Study Group. *Med J Aust.* 1995 Jul 3;163(1):11–14
8. Hack M, Wilson-Costello D, Friedman H et al. Neurodevelopment and predictors of outcomes of children with birth weights of less than 1000 g: 1992–1995. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2000;154(7):725–731
9. Konopásková K, Kokešová A, Mojžíšová M. Syndrom krátkého střeva u dětí – průběh a léčba, soudobé trendy. *Neonatal. listy.* 2012;18(1):7–11
10. Odehnal M, Malec J. Otázky a kontroverze u Retinopatie nedonošených. *Neonatal. listy.* 2014;20(1):16–20
11. Plavka R. Neonatální mortalita a morbidita Česká republika 2013. Konference sekce neonatální medicíny, Špindlerův Mlýn, 2014
12. Sethi VD, Macfarlane PI. Neurodevelopmental outcome at age two years amongst very low birth weight infants: results from a district general hospital. *Public Health.* 1996;110(4):211–214
13. Vohr BR, Wright LL, Dusick AM et al. Neurodevelopmental and functional outcomes of extremely low birth weight infants in the National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network, 1993–1994. *Pediatrics.* 2000;105(6):1216–1226
14. Wood NS, Marlow N, Costeloe K. Neurologic and developmental disability after extremely preterm birth. EPICure Study Group. *N Engl J Med.* 2000;343(6):378–384
15. Zaban P. Neuromotorická a senzorická morbidita dětí s porodní hmotností do 1500 g jako ukazatel kvality perinatální a neonatální péče. *Čes.-slov. Pediat.* 2004;59(12):610–614
16. Zaban P. Aktuální problémy pozdní morbidity rizikových novorozenců. Konference sekce perinatální medicíny, Jeseník, 2013



Nesynostotická plagiocefalie a asymetrický vývoj u rizikových novorozenců

PhDr. Mgr. Ingrid Palašćáková Špringrová, Ph.D.

REHASPRING centrum s.r.o., ambulantní zdravotnické zařízení fyzioterapie, akreditované pracoviště MZČR, Čelákovice

ACT centrum s.r.o. akreditované pracoviště MZČR, Čelákovice

Nesynostotická deformační plagiocefalie (NSP) a následný asymetrický motorický vývoj kojenců patří mezi časté nálezy, které postihují v prvních dvou měsících života jednoho z pěti novorozenců. Účelem sdělení je představit rizikové faktory a syntézu důkazů souvisejících s následnou terapií zejména v prvním trimenonu. Důležité je multidisciplinární řízení NSP v klinické praxi.

Deformační plagiocefalie (DP), známá také jako polohová plagiocefalie nebo nesynostotická plagiocefalie a brachycefalie, se projevuje změnami tvaru lebky, ke kterým dojde v prenatálním období působením mechanických sil po narození. V prvních dvou měsících života dítěte postihuje DP až jedno dítě z pěti a úzce souvisí s následným motorickým vývojem dítěte. V průběhu prvních týdnů života je DP u novorozence obecně o to vážnější, že hlavička dítěte se jen velmi málo aktivně pohybuje.

V prvních třech měsících věku roste obvod hlavy o 2 cm za měsíc, zatímco ve čtyřech až šesti měsících je to cca 1 cm za měsíc. Tvar hlavy je závislý také na kulturních a generačních faktorech. Definice „normálního“ tvaru hlavy částečně záleží na kulturních normách a zvycích daného jedince, včetně polohy při spaní. Používání různých vnějších prostředků na účelové tvarování dětské hlavy se pratikovalo v mnoha kulturách po tisíce let a v minulých stoletích byl tvar lebky měřítkem sociálních rozdílů. Také zavinování dítěte může mít za následek brachiocefalický tvar hlavy. V Asii je zvykem pokládat děti na spaní do polohy na záda, proto je v této oblasti výskyt brachycefalie běžný. V Japonsku a Koreji vykazují školní děti cefalický index (CI) v rozsahu 85–91 %. U nigerijských dětí, které běžně spávají v poloze na břiše, je CI 75–78 %. V USA v roce 2005, když už se děti na spaní pokládaly na záda, se normativní CI u zdravých dětí pohyboval mezi 86–88 %.

První čtyři měsíce jsou pro vývoj NSP získané po porodu rozhodujícím obdobím. Lebka novorozence je tenká, měkká a její tvar se může následkem jednostranné polohy hlavy na tvrdé podložce snadno změnit. Výsledkem může být kompenzace v podobě vyboulení na jiném místě, způsobené in-

tenzivním růstem mozku dětí v prvním roce života. U centrálního okcipitálního zploštění oblasti (brachycefalie) je lebka následkem kompenzace širší zadní částí hlavy vytlačena rovně nahoru. Parietálně-okcipitální zploštění se často vyvine do asymetrické kraniální podoby, odchylky od normálního postavení ušních boltců a obličejové asymetrie.

Porozumění možným činitelům, polohám a jejich vlivu na tvarování dětské lebky může být při prevenci NSP hodnotným nástrojem. Jestliže se dítě narodí s okcipitální asymetrií například kvůli omezenému prostoru v děloze nebo tlaku při komplikovaném porodu a je často pokládáno do polohy na zádech, hlavička se automaticky stočí na zploštěnou stranu, která se stane při spánku preferovanou a efekt zploštění se ještě prohloubí. Dvouměsíční dítě může prospat více než 700 hodin. Studie uvádí, že 60 % dětí s vrozenou svalovou tortikolidou mělo okcipitální zploštění. Zlepšení NSP může nastat u kojenců, když se stávají pohyblivějšími, ale nemusí k tomu vždy dojít. Podle studií preference pozic autorů, kteří byli primárně stoupenci preventivního přístupu, zůstává asymetrické okcipitální zploštění u 45 % dětí a asymetrie čela u 21 % dětí ve věku mezi 2. a 3. rokem. Panoval názor, že redukce relativní asymetrie se částečně projevovala zvětšováním hlavičky a růstem vlasů, které reziduální zploštění zakrývaly. Rodiče pak měli pocit, že udělali pro své dítě vše, co bylo v jejich moci, a byli spokojeni. Přesto existuje mnoho rodičů, které dlouhodobé kosmetické následky asymetrie hlavy znepokojují.

Po přezkoumání literatury v databázích Academic Search Elite, CINAHL, PubMed, Science Direct, AMED byly shromážděny a klasifikovány potenciální rizikové faktory

NSP. Kategorie potenciálních rizikových faktorů zahrnovaly:

Perinatální faktory

- prvorozené dítě
- předčasně narozené dítě
- vícečetné těhotenství
- vrozená plochá místa na hlavě
- vrozená svalová tortikolida
- měkká lebeční kost
- kefalhematom
- paréza brachiálního plexu
- zlomenina klíční kosti
- asistovaný porod
- porod koncem pánevním
- jiné porodní komplikace

Dětské faktory

- mužské pohlaví
- preference polohy hlavy na jednu stranu
- aurikulární anomálie
- dysplazie kyčelního kloubu
- snížená úroveň aktivity
- pomalý motorický vývoj
- jiné poruchy

Faktory týkající se péče o dítě

- kojenec leží obvykle s hlavou ve stejné poloze
- kojenec obvykle leží na zádech
- hlavička spočívá na prokazatelně tvrdé matraci
- kojenec je krmen z jedné strany
- kojenec tráví nadměrné množství času v autosedačce, nosítku nebo houpacíce.

Sociodemografické a socioekonomické faktory

- nízká úroveň vzdělání rodičů
- vysoká úroveň vzdělání rodičů
- socioekonomický blahobyt
- matka starší 35 let



Obr. 1 Dvojčata narozena 32+2, na obrázku 8 týdnů, gestačně 2 týdny – asymetrická poloha na břiše



Obr. 2 Dvojčata narozena 32+2, na obrázku 8 týdnů, gestačně 2 týdny – asymetrická poloha na zádech

Dostupné důkazy potvrzují, že kojenci s DP jsou méně aktivní

- mají nestabilní svalový tonus
- ve srovnání s vrstevníky jsou pomalejší v motorickém vývoji

V posledních letech se objevily důkazy o významné souvislosti, ne-li přímo příčinné, mezi vývojovým opožděním a NSP. Kojenci s DP dosáhli nižšího skóre v oblastech, jako je posazování, otáčení nebo plazení. Souvislost mezi některými projevy vývojového opoždění a DP poukazuje spíše na to, že poskytovatelé rané péče o děti by si měli být vědomi vyšší pravděpodobnosti opožděného vývoje u dětí s DP a že posouzení motorického vývoje je základní částí řízení terapie kojenců s tímto problémem.

■ Určení závažnosti DP

Jednou z největších výzev při diagnostikování a kvantifikování DP je rozlišit mírnou, střední a závažnou deformitu. Důležité je použít ustálenou metodu pro kvantifikaci závažnosti, aby bylo v klinické praxi možné dokumentovat, monitorovat a rozhodovat o terapii DP. Kvantifikovat závažnost plagiocefalie je obtížné, protože řada poskytovatelů využívá znaleckých posudků, které nejsou řádně zdokumentovány a u jednotlivých lékařů se liší. Obavy rodičů u mírných případů DP a nejasné instrukce týkající se rané péče mohou vést k zbytečnému diagnostickému testování a doporučení k dalším vyšetřením. Bez intervence odborníka se tento stav může časem zhoršit a u závaž-

ných případů se mohou objevit neurologické a kosmetické problémy.

Za účelem stanovení diagnózy a rozhodnutí o terapii pediatrické kranioální deformity je zapotřebí pro klasifikaci NSP a brachycefalie spolehlivého nástroje. Jakákoliv terapeutická doporučení pro nesynototické deformity hlavy by měla zahrnovat fyzioterapeutický přístup a úpravu lůžka. To je doporučeno, když je kojenci méně než 4 měsíce a když je kraniofaciální deformita klasifikována jako „mírná“ až „střední“. Pro počáteční deformitu hlavy doporučuje Americká akademie pediatri v současnosti fyzioterapeutické metody. Tyto postupy zlepší mobilitu krční páteře, asymetrický vývoj kojence a měly by se aplikovat včas! V případě vážných deformit hlavy by již od 4 měsíců věku měly vést k ortotické terapii.

Rizikovou skupinou pro NSP – jsou nedonošení novorozenci, viz obr. 1, 2.

Jelikož DP sama sebe limituje konzervativními strategiemi pro financující subjekty, mohou být výzkumy zaměřené na tento problém omezeny nízkou mírou priority; přednost mají studie s vysokou kvalitou důkazů. Právě z tohoto důvodu je velmi důležité, aby se poskytovatelé rané péče o děti zaměřili na včasný zásah a řízení terapie těchto zdravotních potíží. Léčba vážné formy DP je nepochybně mnohem nákladnější než včasné řízení terapie mírné nebo střední DP. Pochopení rizikových faktorů a přirozeného průběhu vývoje a růstu lebky nabídne poskytovatelům rané péče o děti možnost aktivně se podílet na prevenci a včasném řízení terapie DP.

Strategie pro prevenci a řízení management terapie deformační plagiocefalie a asymetrického vývoje.

Prevence

- střídat polohu hlavy při pokládání dítěte ke spaní do polohy na zádech
- kojenci by měli trávit minimum času v autosedačce nebo jiných podobných pomůckách, které podporují polohu na zádech
- pod dohledem je potřebné pokládat kojence do polohy na břiše. Pokud se to dítěti nelíbí, je potřeba začít jednou minutou nebo dvěma a postupně přidávat. Cílem by mělo být vydržet na břiše ke konci I. trimenonu alespoň 30 minut denně.

Polohování

- aktivní polohování v době spánku a hry
- umístit postýlku tak, aby se kojeneček díval na opačnou stranu než obvykle
- na přebalovacím pultu střídat strany
- pokládat hračky na opačnou stranu, než kam dítě obvykle otáčí hlavu, aby se podpořilo otáčení na stranu opačnou.

Z fyzioterapie aplikujeme v I. trimenonu techniky pro stimulaci zraku – obr. 3, dále exteroceptivní stimulace pro inhibici a facilitaci tonu svalových řetězců v poloze na zádech a v poloze na břiše, které uvolní zkrácené svaly a fascie v oblasti krční páteře a prsních svalů (viz obr. 4, 5). Toto „cvičení“ je důležité zařazovat v rámci každého přebalování. Je důležitá také stimulace zraku černobílými hračkami. Fyzioterapeut by měl instruovat matku v manipulaci s kojencem a režimových opatřeních v průběhu dne.



Obr. 3 Stimulace zraku v I. trimenonu černobílou knížkou



Obr. 4 Exteroreceptivní inhibice *m. trapezius* směrem kranio-akromiálním



Obr. 5 Exteroreceptivní inhibice ventrálního řetězce trupu a horních končetin od *m. pectoralis*, přes *m. biceps brachii*, *mm. flexor digitorum* ke kořenu dlaně

Pohybové vzory I. trimenonu, o kterých by měla být matka instruována dle vývoje – poloha na zádech a zvedání DKK u kojence, na břiše „pasení koníků“ – obr. 5, 6. Ukázky Akrální koaktivační terapie v I. trimenonu u rizikových novorozenců s asymetrickým motorickým vývojem, která využívá přesně definované exteroceptivní stimuly a jejich aplikaci na svalové řetězce – obr. 4, 5, 6 a similaritu motorického učení motorických pohybových vzoru – obr. 7, 8.

U lékařů, kteří se v rámci pravidelných zdravotních prohlídek věnují také komplexnímu vizuálnímu vyšetření hlavičky dítěte, je větší pravděpodobnost, že rozpoznají včasné znaky asymetrie, kdy se problém dá řešit konzervativně. Lékař může diagnostikovat, monitorovat a odkazovat kojence k fakty řízené fyzioterapii a dalším vhodným vyšetřením a k mezioborové spolupráci.

Literatura u autorky



Obr. 6 Exteroreceptivní stimulace dorsálního svalového řetězce zevních rotátorů ramenních kloubů, střední a dolní části *m. trapezius*



Obr. 7 Instruktaž a nácvik polohování na břicho spojený s nácvikem pohybového vzoru I. trimenonu „pasení koníků“ v poloze na břiše. Koaktivační držení ventrálního a dorzálního svalového řetězce. Fixace lopatky přes procesus coracoideus



Obr. 8 Nácvik pohybového vzoru vleže na zádech v I. trimenonu (2.–3. měsíc). Fixace pohybových segmentů hlavy a hrudníku pro zvedání dolních končetin nad podložku. Poloha je často kombinována s exteroceptivními stimuly



Neonatální tyreotoxikóza

**MUDr. Petra Dedková¹, prim. MUDr. Martin Čihař¹,
MUDr. Klára Klenková¹, MUDr. Eva Al Taji, Ph.D.²**

¹ Neonatologické oddělení Nemocnice Na Bulovce, Praha

² Klinika dětí a dorostu 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

Neonatální tyreotoxikóza je vzácné onemocnění novorozence způsobené přestupem mateřských protilátek proti TSH receptoru štítné žlázy. Jeho incidence je nízká, Gravesova-Basedowova choroba komplikuje 0,1–0,2 % těhotenství a jen každé sedmdesáté dítě má klinické respektive laboratorní známky onemocnění. Jeho mortalita však může dosáhnout až k 25 %, nejčastěji pod obrazem městnavého srdečního selhání. V loňském roce jsme případ neonatální tyreotoxikózy diagnostikovali na našem oddělení, proto souhrn doplňujeme o kazuistiku tohoto případu.

■ Patogeneze

Nejčastější příčinou novorozenecké tyreotoxikózy je Gravesova-Basedowova choroba matky, při níž dochází k transplacentárnímu přestupu maternálních protilátek stimulujících TSH receptor štítné žlázy plodu (TRAb, aTSHR). Důsledkem je zvýšená funkce štítné žlázy plodu a novorozence, tj. nadprodukce jeho tyreoidálních hormonů (T3 a T4) a zpětnovazebně potlačení vlastní tvorby TSH. K neonatální hypertyreóze může dojít i u novorozenců matek, u nichž byla pro Gravesovu-Basedowovu chorobu v minulosti provedena tyreoidektomie či podán radiojód. Důvod je přetrvávající zvýšená hladina protilátek proti TSH receptorům štítné žlázy v těle matky.

U novorozence se štítná žláza zakládá okolo 24. gestačního dne. Ve 12. týdnu se objevují folikuly s koloidní substancí a od 25. gestačního týdne již dokáže plnit svoji funkci – syntézu, regulaci a uvolňování tyreoidálních hormonů. Ve stejném období je již funkčně založena i hypotalamo-hypofyzární osa a regulace štítné žlázy pomocí TSH – tyreostimulačního hormonu.

K prostupu mateřských protilátek placentou dochází během celého těhotenství, ale až od 25. gestačního týdne může dojít k nadměrné stimulaci štítné žlázy plodu a k rozvoji klinických příznaků.

Zpočátku je nápadná změna ze zrychleného metabolismu plodu – tedy zaostávání růstu, s přibývajícím gestačním stářím i zvýšení frekvence pohybů plodu či zrychlení srdeční akce plodu.

Transplacentární průnik imunoglobulinů stimulujících štítnou žlázu narůstá spolu s gestačním týdnem těhotenství, a proto dochází k fetální tachykardii často až v posledním trimestru. Před porodem jsou hodnoty protilátek stimulujících štítnou žlázu novorozence srovnatelné s hodnotami matky. Míra klinických obtíží novorozence obvykle odpovídá hladině protilátek matky. Je-li jejich koncentrace 3–5× vyšší, než je norma, dochází u novorozence k projevům tyreotoxikózy.

■ Klinické příznaky

Fetální tyreotoxikóza představuje zvýšené riziko předčasného porodu i porodu novorozence o nízké porodní hmotnosti. Další příznaky se objevují po 24 hodinách od narození dítěte. Spektrum vyjádření klinických příznaků je velice široké dle míry stimulace štítné žlázy – od izolovaného zvýšení laboratorních hodnot až po život ohrožující stav novorozence s plně vyjádřenými symptomy. Mortalita tohoto onemocnění se udává mezi 21–25 %, zejména v důsledku městnavého srdečního selhání, vzácně v důsledku

trombocytopenie či útlaku dýchacích cest strumou. Ostatní klinické znaky zahrnují zvýšenou dráždivost, motorický neklid, třes, pocení, supraventrikulární tachykardii, strumu a exoftalmus. Nápadná je velká chuť k jídlu v kontrastu s nedostatečnými váhovými přírůstky či dokonce váhovým úbytkem. Velmi vzácně lze pozorovat generalizovanou lymfadenopatii doprovázenou hepatosplenomegalií a trombocytopenií. Četnost výskytu je stejná u chlapců i děvčat.

V případech, že byla matce podávána tyreostatická léčba, můžeme – v důsledku přechodu tyreostatik přes placentární bariéru – očekávat nástup klinických obtíží s latencí několika dnů až týdnů.

■ Diagnostika

Na toto onemocnění bychom měli myslet při tachykardii plodu, fetální či neonatální strumě, iritabilitě či hypertermii novorozence. Dle aktuálních doporučení by u rizikové skupiny žen – tj. zejména žen s floridní Gravesovou-Basedowovou tyreotoxikózou a také žen po proběhlé tyreoidektomii nebo léčbě radiojodem pro tuto diagnózu – měly být monitorovány protilátky proti TSH receptoru v těhotenství, nejpозději kolem 22. týdne gravidity. Při jejich pozitivitě je doporučeno pravidelné sledování plodu



Registrace za snížený poplatek 300 € pro české lékaře.

www.woncaeurope2017.eu



se zaměřením na možné symptomy fetální tyreotoxikózy (růst, srdeční akce, struma, příp. rychlost osifikace, případně stanovení tyreoidálních hormonů z kordocentézy). U novorozence s prenatálně vyjádřenou tachykardií a známým onemocněním matky lze provést odběr na protilátky proti TSH receptoru již z pupečnickové krve. Po porodu je nutné u všech novorozenců matek s pozitivitou protilátek proti TSH receptoru stanovit hladinu fT_4 , TSH, fT_3 .

Pro neonatální tyreotoxikózu svědčí nízké hladiny TSH, elevace fT_3 a fT_4 a průkaz protilátek.

Léčba

Nemoc patří mezi takzvaná self-limiting onemocnění, dítě si vlastní protilátky proti TSH receptorům netvoří, klinické hodnoty jsou závislé na cirkulujících maternálních protilátkách. Jejich postupnou degradací dochází ke zmírňování klinických projevů a mezi 3. a 6. měsícem věku života je kojenec již bez obtíží.

V případě prokázané tyreotoxikózy u plodu je doporučena léčba tyreostatiky podávanými matce. Léky prostupují placentární bariérou a snižují srdeční akci plodu. Zcela nezbytné ale je vyvarovat se nežádoucí hypofunkce štítné žlázy u matky i plodu. Nutné jsou týdenní kontroly plodu ultrazvukem a správná titrace dávek tyreostatik.

V případě tyreotoxikózy u novorozence zahajujeme též léčbu tyreostatiky – lékem volby je thiamazol/methimazol. Po iniciálním podání tyreostatik lze použít po několik dní Lugolův roztok, který svým vysokým obsahem jódu vede zejména ke snížení uvolňování již preformovaných hormonů štítné žlázy do krevního oběhu.

V případě tachykardie se zahajuje terapie betablokatory – propranolol v dávce

0,5–2 mg/kg denně rozdělené do 3 denních dávek.

Kazuistika

Jednalo se o chlapce narozeného z I/I gravidity 29leté matce u nás v Nemocnici Na Bulovce v Praze. Matka se léčila pro anémii, dále interně byla zdráva, zvýšenou únavu přičítala vysokému stupni těhotenství. Před těhotenstvím kouřila.

Gravidita probíhala fyziologicky až do 32 + 4 g.t., kdy došlo ke spontánnímu odtoku žlutě zkalené plodové vody. Byla nasazena ATB a plíce plodu maturovány antenatální kúrou kortikoidů. Laboratoř matky byla opakovaně nezářlivá. V kultivačním vyšetření z pochvy byla prokázána pouze běžná flóra. Po dvou dnech bylo pro tachykardii plodu (170/min) indikováno ukončení těhotenství císařským řezem.

Byl porozen chlapec (32 + 6 gestační týden) s porodní hmotností 1990 g a porodní délkou 44 cm. Poporodní adaptace byla výtečná, skóre dle Apgarové 10-10-10. Chlapec byl uložen do inkubátoru a zajištěn kapací infuzí. Současně byl zahájen perorální příjem potravy.

Laboratorní hodnoty hormonů štítné žlázy u chlapce

Den života	TSH	fT_4	fT_3	Protilátky proti TSH receptoru
Norma	0,5–10,8 mU/l	19–39 pmol/l	2,2–9,0 pmol/l	< 1,8 U/l
9. den	0,003	59,9	46,8	31
22. den	0,026	28,6	13,09	18,4
80. den	3,72	17,92	6,49	0,88

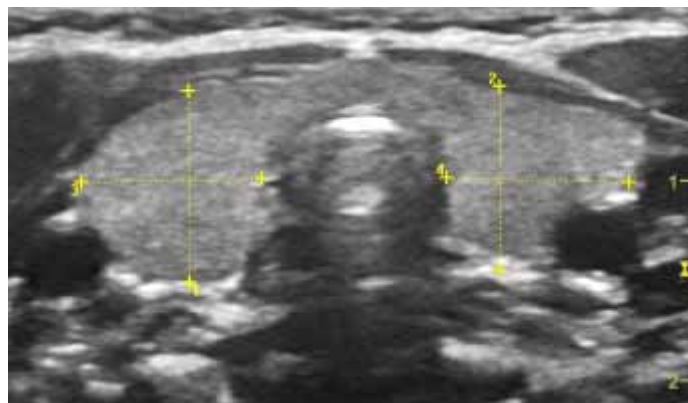
Laboratorní hodnoty hormonů štítné žlázy u matky

	TSH	fT_4	fT_3	Anti TSH receptory
Norma	0,27–4,2 mU/l	12–22 pmol/l		< 1,8 U/l
11. den po porodu	0,01	100	neprovedeno	35

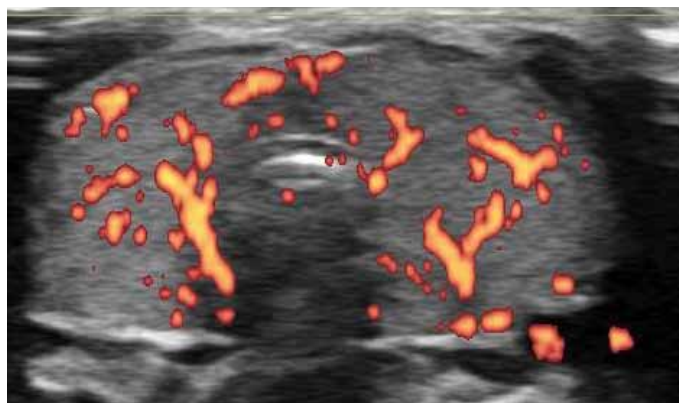


Obr. 1

Obr. 2



Obr. 3





Obr. 4

Od 4. dne byl chlapec na plném perorálním příjmu, prospíval na váze.

Nicméně i po porodu přetrvávala tachykardie 160–180 pulsů za minutu. Trpěl na řidší stolice, opakovaně byl subfebrilní. Trvale se jevil neklidný a roztřesený při normálních hodnotách glykémie a iontů.

Laboratoř byla nezášlehlá, kultivace bez klinického významu. Na EKG patrný sinusový rytmus s tachykardií 170–190/min. Struma nebyla patrná, lehce byl naznačen exoftalmus (viz obr. 1).

6.–7. den věku chlapce jsme se z cílené anamnézy od matky dozvěděli o onemocnění v širší rodině. Vyskytovala se zde autoimunitní onemocnění štítné žlázy. Následně byl u chlapce proveden odběr na vyšetření štítné žlázy, s patrnou elevací fT3 a fT4 a supresí TSH. Protilátky proti TSH byly značně zvýšeny.

9. den věku byla stanovena diagnóza u novorozence – neonatální tyreotoxikóza.

Oční vyšetření potvrdilo mírný axiální exoftalmus.

Opakovaně bylo prováděno UZ vyšetření štítné žlázy – velikost obou laloků byla při horní hranici normy (11 × 14 mm vpravo, 12 × 12 mm vlevo) (viz obr. 2). Prokrvení štítné žlázy bylo homogenní, parenchym bez ložiskových změn (viz obr. 3).

11. den po konzultaci s dětským endokrinologem FNKV byla zahájena terapie thiamazolem (preparát Thyrozol) v jedné denní dávce 0,34 mg/kg p.o. a Lugolovým roztokem. Pro přetrvávající tachykardii byl 13. den života přidán propranolol v postupně se zvyšujících dávkách (od 0,5 do 2 mg/kg/den ve třech dávkách p.o.).

Chlapec dále prospíval na váze, AS se zklidnila, chlapec byl propuštěn do domácí péče 30. den života.

80. den života byla chlapci ukončena terapie thiamazolem. Propranolol byl vysazen 105. den života. Chlapec je nyní klinicky i laboratorně eutyroidní. Další sledování probíhá na dětské kardiologii, endokrinologii a neurologii. Přikládáme obrázek chlapce po propuštění (viz obr. 4).

Matce bylo doporučeno endokrinologické vyšetření, byla u ní diagnostikována hyperfunkční struma na podkladě Gravesovy-Basedowovy choroby. Terapie jí byla nasazena 11. den po porodu (Thyrozol tbl. 10 mg 3 × 1 p.o., Vasocardin). 50. den po porodu došlo i u ní k normalizaci hodnot tyreoidálních hormonů. Následně podstoupila tyreoidektomii.

■ Závěr

Ačkoliv je novorozenecká tyreotoxikóza vzácné onemocnění, je v případě známé tyreopatie matky jeho diagnostika snadná.

Na toto onemocnění je ovšem nutno myslet i v širší diferenciální diagnostice nejasné tachykardie plodu a novorozence.

Náš případ je zajímavý tím, že se o onemocnění matky nevědělo. Nicméně diagnóza byla u chlapce stanovena časně. Při vhodné terapii došlo rychle k úpravě jeho klinického stavu. Díky rozpoznání onemocnění novorozence bylo následně diagnostikováno a залéčeno i onemocnění jeho matky.

■ Použitá literatura

1. Batra CM. Fetal and neonatal thyrotoxicosis. Indian J Endocrinol Metab. 2013;17(-Suppl 1):S50–S54.
2. Besançon A, Beltrand J, Le Gac I, Luton D, Polak M. Management of neonates born to women with Graves' disease: a cohort study. Eur J Endocrinol. 2014;170(6):855–862.
3. Guérin B, Vautier V, Boin-Gay V, Estrade G, Choulot JJ, Doireau V. Severe neonatal hyperthyroidism which reveals a maternal Graves' disease. Ann Endocrinol (Paris). 2004;65(2):125–130.
4. Smith C, Thomsett M, Choong C, Rodda C, McIntyre HD, Cotterill AM. Congenital thyrotoxicosis in premature infants. Clin Endocrinol (Oxf). 2001;54(3):371–376.
5. Martin RJ, Fanaroff AA, Walsh MC. Fanaroff and Martin's Neonatal-Perinatal Medicine: Diseases of the Fetus and Infant. 2-Volume Set. 10th Edition. Philadelphia: Saunders, 2014. s. 1490–1516.

■ Poslanci dali zelenou spravedlivějšímu přerozdělování pojistného

„Věřím, že tato novela v konečném důsledku zvýší komfort chronicky nemocných pacientů a také bude motivovat pojišťovny k rozvoji preventivních programů. Zákon reaguje na fakt, který dosud není v praxi dostatečně zohledněn, a to že chronicky nemocní pacienti představují pro systém z hlediska zdravotního pojištění vyšší náklady,“ uvedl ministr zdravotnictví Miroslav Ludvík poté, co poslanci ve třetím čtení podpořili návrh novely zákona o pojistném na veřejné zdravotní pojištění.

Návrh zavádí spravedlivější rozdělení prostředků mezi zdravotní pojišťovny, kdy na chronicky nemocné pojištěnce pojišťovny z přerozdělování obdrží částku, která odpovídá průměrným nákladům na léčení dané chronické choroby. Zdravotní pojišťovny s vyšším podílem chronicky nemocných klientů tedy v navrhovaném systému dostanou z přerozdělování více prostředků. Návrh obohacuje současný systém přerozdělování založený výhradně na demografických ukazatelích o tzv. farmaceuticko-nákladové skupiny, zkráceně PCG. Nové nákladové skupiny umožní zohlednit při přerozdělování pojistného vyšší výdaje zdravotních pojišťoven, které jsou spojeny mimo jiné se zvýšenou spotřebou léčivých přípravků a další péče u chronicky nemocných pacientů. Novela také zachovává systém kompenzací za mimořádně nákladné pojištěnce, přičemž jej dále rozvíjí tak, aby tyto náklady byly zohledněny ve větší míře než doposud.

Očekáváme, že reforma povede k většímu důrazu na programy prevence zdravotních pojišťoven, zaměřené na chronické nemoci zohledňované v novém systému přerozdělování, neboť vhodně organizovaná prevence může výrazně zlepšit ochranu zdraví lidí a v důsledku i snížit náklady na léčbu chronicky nemocných.

Změnou oproti vládnímu návrhu novely zákona je odklad účinnosti zákona o jeden kalendářní rok, tedy nově s účinností od 1. 1. 2018, a zároveň aktualizace koeficientů obsažených v přechodných ustanoveních tak, aby vycházely z dat pro rok 2015. Návrh novely zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, bude nyní posuzovat Senát.



Autoinflamatorní onemocnění a monogenní vaskulitidy s možnými projevy v novorozeneckém věku

prim. prof. MUDr. Anna Šedivá, DSc.

Ústav imunologie 2. LF UK a FN v Motole

■ Abstrakt

Hereditární poruchy imunitního systému spadají pod širší název primární imunodeficiency. Jedná se o vzácná onemocnění, z nichž některá tvoří již klasické diagnostické jednotky, jako například vůbec první popsaná imunodeficiency Brutonova agamaglobulinémie. Nicméně zvláště v posledním desetiletí, hlavně s rozvojem genetických metod, se objevuje celá řada onemocnění, která tvoří zcela nové kategorie dosud neznámých vzácných jednotek. Nově se v tomto kontextu do primárních imunodeficiency řadí kapitola Autoinflamatorní onemocnění, jejichž podstata spočívá v mutacích jednotlivých molekul účastnících se složité regulace zánětu. Oblast autoinflamatorních onemocnění je předmětem překotného nárůstu znalostí, objevení nových nemocí a nových etiopatogenetických mechanismů rozvoje onemocnění. Řada z těchto jednotek se může klinicky projevit již v novorozeneckém a časném kojeneckém věku. Následující přehled se bude věnovat právě těmto jednotkám. Velmi časný nástup příznaků je charakteristický pro skupinu onemocnění nazývaných kryopyrinopatie, jejichž podstata tkví v poruchách inflamatoru, základního mechanismu řetězových reakcí uvnitř buňky které iniciují a regulují zánět. Onemocnění nazývané NOMID nebo CINCA (Neonatal onset multisystem inflammatory disease / chronic infantile neurologic cutaneous and articular syndrome) je již klasickou jednotkou v oblasti autoinflamatorních stavů. Jeho název přímo zahrnuje neonatální začátek příznaků. Poruchy inflamatoru a interleukinu 1 jsou charakteristické i pro další jednotky, jako je DIRA (Deficiency of interleukin-1 receptor antagonist). Postupně se objevují další onemocnění související s mnoha složkami, které se účastní zánětu, z nichž mnohé se mohou projevit již u novorozence. Patří sem poruchy mitochondriálních proteinů (SIFD, Congenital sideroblastic anemia with immunodeficiency and developmen-

tal delay), dále poruchy lipidových cest, poruchy intracelulárních procesů, jako je ubiquitinace a syntéza proteasomu. Zcela zvláštní kapitolu potom tvoří vaskulitidy s příznaky v neonatálním věku, kde se kromě neonatálního SLE mohou objevit monogenní vaskulitidy, což je zcela nový, neočekávaný fenomén. Mezi první popsané jednotky v této kapitole se řadí onemocnění SAVI (STING associated vasculopathy in infancy) a DADA2 (deficiency adenosine deaminase 2). Neobvyklým projevem těchto onemocnění mohou být i projevy iktu asociovaného s vaskulitidou a trombózou, s klinickou prezentací v novorozeneckém a kojeneckém věku.

Níže uvedený přehledový článek se dotýká těchto neobvyklých klinických jednotek a upozorňuje na jejich možný výskyt v novorozenecké populaci. Informace o těchto jednotkách jsou velmi důležité, neboť u řady z nich je možné léčebně zasáhnout razantní protizánětlivou terapií, jako je například blokáda interleukinu 1.

■ Úvod

Autoinflamatorní onemocnění se jako definovaná kategorie začala velmi pomalu formulovat v 80. a 90. letech 20. století tím, že se postupně odhalovaly příčiny jednotlivých známých nemocí, jako je familiární středozevní horečka nebo hyper IgD syndrom. Samotný termín „autoinflammation“ se poprvé objevil v roce 1999 ve shrnujícím článku, který dal posléze hranice celé problematice autoinflamatorních onemocnění (1). Velký rozmach výzkumu v této oblasti přinesl velmi významné poznatky o úloze vrozené imunity v rozvoji zánětu. Přibližně ve stejné době, na přelomu tisíciletí, byl objeven inflamator jako zcela zásadní jednotka nutná pro spuštění a regulaci zánětu (2). Od té doby proběhl bouřlivý rozvoj vědomostí, které dnes určují úlohu přirozené imunity v zánětlivých procesech. Zmíněný inflamator je nakupení řady molekul v cytoplasmě

hlavně buněk vrozené imunity, které se zformuje po aktivaci buněk některým ze signálů nebezpečí, obvykle infekcí, ale i dalšími signály vycházejícími i z buněk samotných či z okolních vlastních tkání. Taková aktivace buňky spustí řetězec reakcí vedoucí k výrazné aktivaci zánětu, mohutné sekreci hlavně prozánětlivých cytokinů a posléze spuštění klinických projevů zánětu, které jsou již dlouho známé a zahrnují hlavně horečku a další příznaky specifické pro dané jednotky. Přehled autoinflamatorních onemocnění, včetně popisu základní etiopatogeneze, již byl v české literatuře prezentován (3), základní monogenní jednotky ze skupiny autoinflamatorních onemocnění jsou uvedeny v tabulce 1.

V tomto sdělení se soustředíme na vzácná autoinflamatorní onemocnění, která se mohou projevit v novorozeneckém a časném kojeneckém věku.

■ Klasická autoinflamatorní onemocnění

Klasická autoinflamatorní onemocnění se obvykle projevují v dětství, některá dokonce až v dospělosti. Pro ucelený přehled jsou uvedena v tabulce 1. Ze všech těchto jednotek se klinicky může projevit v novorozeneckém věku prakticky pouze onemocnění nazývané „Neonatal-onset multisystem inflammatory disease“ neboli NOMID. Onemocnění můžeme také najít pod synonymem CINCA, „chronic infantile neurologic cutaneous and articular syndrome“. Jedná se o nejtěžší formu s nejčasnějšími projevy z triády jednotek, které dohromady tvoří skupinu onemocnění nazývaných kryopyrinopatie. Tato onemocnění jsou spojena svou genovou podstatou, mutacemi genu pro protein kryopyrin, nazývaný také NLRP3. Tato molekula je základní součástí tak zvaného inflamatoru. Inflamator je funkční seskupení několika molekul v buňce, které se k sobě aktivně přiblíží při aktivaci buňky, ke které dojde některým z aktivních signálů,



Tabulka 1 Přehled autoinflatorních onemocnění

onemocnění	gen	diagnostika	terapie
Hereditární periodické horečky Většinou spojené s poruchou funkce inflamasonu			
Familiární středozeimní horečka	<i>MEFV</i> (pyrin)	Typické klinické příznaky, rodinná anamnéza, genetické vyšetření	Kolchicin, nově jsou zprávy o účinku IL-1 blokády
TRAPS (TNF receptor-associated periodic syndrome)	<i>TNFRSF1A</i> (TNFR1)	Klinické příznaky, rodinná anamnéza, AD dědičnost, genetické vyšetření	kortikoidy blokáda prozánětlivých cytokinů (IL-1, IL-6, TNFα)
Hyper IgD syndrom (HIDS)	<i>MVK</i> (mevalonate kinase)	Klinické příznaky, vysoké IgD a hlavně IgA, genetické vyšetření	Nesteroidní antirevmatika, kortikoidy, blokáda IL-1
Familiární chladvá urtika (FCAS)	<i>NLRP3/CIAS1</i> (NLRP3/cryopyrin)	Urtika po celkové expozici chladu, artralgie, myalgie, konjunktivitidy	Blokáda IL-1
Muckle-Wells syndrom (MWS)		Horečky, hluchota, amyloidóza. Artralige, myalgie, uveitidy, afty	
NOMID (Neonatal-onset multisystem inflammatory disease)		Urtikariální dermatitida až vaskulitida kožní, hyperostóza, artritidy, aseptická meningitida, hluchota, oční projevy, poruchy růstu, těžké postižení	
Idiopatické syndromy Etiologie většinou neznámá, možná účast poruchy funkce inflamasonu			
Juvenilní idiopatická artritida, systémová forma (Systemic onset juvenile idiopathic arthritis, SoJIA) a Stillova choroba dospělých	Komplexní genetické pozadí	Horečka spojená s artritidou, systémové projevy, serozitidy, komplikující syndrom aktivace makrofágů	Blokáda IL-1, imunosuprese, kortikoidy, doplňující terapie
Schnitzler syndrom	nejasné	Horečka spojená s urtikariálními projevy, artralgiemi, bolestmi kostí a s monoklonální komponentou	Blokáda IL-1
Pyogenní onemocnění			
Pyogenní artiritida, pyoderma gangrenosum, akné (PAPA)	<i>PSTPIP1/CD2BP1</i> (PSTPIP1/CD2BP1)	Hnisavé projevy kůže a hlubokých tkání	Potlačení zánětu, kortikoidy a blokáda prozánětlivých cytokinů
Granulomatózní onemocnění Porucha aktivace NF-κB			
Blau syndrom (juvenilní sarkoidóza)	<i>NOD2/CARD15</i> (NOD2/CARD15)	Dominantní oční postižení, granulomatózní zánět oka a dalších struktur, artritidy u juvenilní sarkoidózy	Symptomatická terapie, imunosuprese, blokáda TNFα
Crohnova choroba	komplexní (<i>NOD2</i> , <i>ATG16L1</i> , <i>IRGM</i>)	Granulomatozní zánět střevní, klinická diagnostika, genetické vyšetření	Imunosuprese, blokáda TNFα
Autoinflamatorní onemocnění kůže a kostí			
Deficit IL-1 receptor antagonisty (DIRA)	<i>IL1RN</i> (IL-1Ra)	Těžké neonatální postižení, hnisavé projevy, osteomyelitidy	Blokáda IL-1 substitucí IL1RA
CRMO (chronická rekurentní osteomyelitida), SAPHO (synovitis, acne pustulosis, hyperostosis a osteitis) a Majeed syndrom	LPIN2 u Majeed syndromu	Chronické osteomyelitidy, hnisavé projevy na kůži, palmoplantární pustulóza, u Majeed syndromu provázející dyserytropoetická anémie	Symptomatická terapie, blokáda IL-1

typicky v odpovědi na infekci. U pacientů s danými mutacemi se inflamason aktivuje nekontrolovaně a vede k výrazným projevům zánětu, aniž by byl vyprovokován infekcí či jiným spouštěčem, nebo k jeho aktivaci stačí minimální, normálně podprahový signál.

NOMID/CINCA

Syndrom NOMID/CINCA je spojen s časným, často neonatálním typickým postižením kůže ve formě urtikariálních až vaskulitických lézí, s neurologickými a osteoartikulárními projevy. Neurologické příznaky se přidávají

později, jsou způsobeny aseptickou meningitidou, která podle tíže vede k bolestem hlavy až ke křečím či spasticitě. Projevy sensorineurální hluchoty a oční projevy až se ztrátou vizu v důsledku edému papily, atrofie optiku či uveitidy jsou taktéž typickými,



Obr. 1 NOMID/CINCA

většinou pozdějšími projevy. Artropatie je těžká a deformující, progresivní, s předčasnou epifyzární osifikací a dále s deformující artropatií. Onemocnění je nejzávažnější formou z celé skupiny periodických horeček a má významnou úmrtnost již v dětském věku (obr. 1). V současné době je dobře známa patogenese, vyplývající právě z poruch inflamasyonu (4). Všechny formy kryopyrinopatií (tabulka 1) jsou schválenou indikací aplikace blokátorů IL-1.

DIRA

Do nyní již klasických autoinflammatorních syndromů se řadí i onemocnění nazývané DIRA. Deficit antagonisty receptoru pro IL-1, ve zkratce DIRA, je nově popsané vzácné onemocnění s první publikací v roce 2009 (5). Onemocnění se projevuje velmi časným až neonatálním začátkem příznaků, s hlavními projevy na kůži a kostech, ve formě pustulózy a sterilní multifokální osteomyelitidy

Obr. 3 DITRA



a ostitidy (obr. 2). Empirická léčebná aplikace IL-1RA (Anakinra) vedla k promptnímu efektu, který přiměl výzkumnou skupinu k hledání možné příčiny v signálních cestách spojených s IL-1. Mutace byly nalezeny v genu, který kóduje přirozeného antagonistu IL-1, nazývá se IL1RN, je kódován na 2. chromosomu a dědí se autosomálně recesivně. Efekt léčby bloádou IL-1 je promptní a byl pozorován u všech popsaných pacientů. Velmi podobnou genezi má onemocnění obdobné etiologie, ale týkající se receptoru pro IL-36, nazývané DITRA (deficiency of the IL-36 receptor) (obr. 3) I toto onemocnění reaguje na včasné podávání IL-1RA (Anakinra).

■ Nová autoinflammatorní onemocnění, interferonopatie a monogenní vaskulitidy

S pokračujícím výzkumem v oblasti autoinflammatorních onemocnění se ukázalo, že ne



Obr. 2

všechny stavy se dají vysvětlit aktivací inflamasyonu a ne všechny klinické projevy jsou podmíněny IL-1. V literatuře se nyní postupně objevují nové kategorie těchto vzácných onemocnění, které souhrnně spadají pod poruchy regulace a produkce interferonu (interferonopatie). Ty se částečně překrývají s další skupinou, která je pro neonatální věk obzvláště důležitá a zahrnuje monogenní vaskulitidy (6).

SAVI

První popsanou monogenní vaskulitidou bylo pozorování kazuistického sdělení, posléze uzavřené jako onemocnění nazývané SAVI (7). Průlomová kazuistika popisuje dívku s velmi časnými projevy hlavně kožní a plicní vaskulitidy, jejíž příčinou je aktivací mutace v genu pro STING, což je zkratka pro „stimulator of interferon genes“. Uvedená mutace způsobí konstituční aktivaci zánětu, vedoucí ke klinickým projevům (obr. 4).



Obr. 4 SAVI

Samo onemocnění se potom nazývá SAVI, STING-associated vasculopathy with onset in infancy. Patogeneze onemocnění neumožňuje, jako v případě klasických poruch inflamazomu, léčbu blokádou IL-1. V současné době se u těchto stavů zkoušejí zatím na výzkumném základě blokady aktivovaných signálních drah, hlavně JAK inhibitory.

DADA

Dalším onemocněním provázeným zánětem a vaskulární komponentou je DADA, deficit adenosindeaminázy 2 (ADA má izotypy ADA1 a ADA2, deficit ADA1 způsobuje SCID, těžký kombinovaný imunodeficit, mutace v ADA2 vedou k onemocnění zde popisovanému a nazývanému DADA). Jedná se o velmi časnou vaskulitidu, která se může projevit i v neonatálním věku nebo velmi časném dětství. Klinickými projevy jsou rekurentní horečky, kožní projevy postižení cév, livedo, rash, hepatosplenomegalie, vaskulitida malých cév, která se může projevit jako iktus, ale může zasahovat i koronární arterie, střevo nebo ledviny. Syndrom je spojen s aktivací makrofágů. Léčebně se zasahuje blokádou TNF alfa nebo IL-6 (8). V těžkých případech je indikována i transplantace hematopoetických buněk kostní dřeně.

Neonatální SLE

Klasická forma neonatálního SLE, vzniklá jako důsledek přenosu mateřských autoantilátok novorozenci, doplňuje obrazy možné neonatální vaskulitidy, i když zde je mechanismus etiopatogeneze jiný a prognóza pro novorozence příznivá (obr. 5). Vaskulitida



Obr. 5 Neonatální SLE

je v tomto případě jenom pasivním projevem autoimunitního onemocnění matky. Jednotka tedy nepatří do zde diskutovaných autoinflamatorních onemocnění a uvádíme ji z diferenciálnědiagnostických důvodů a pro její vaskulární komponentu s kožními projevy.

Kawasaki

Velmi vzácně se může i v neonatálním věku objevit klasický syndrom Kawasaki, který doplňuje kategorii neonatálních vaskulitid.

■ Další autoinflamatorní onemocnění s časným začátkem

Seznam jednotek, které se mohou projevit poruchou regulace zánětu v novorozeneckém či velmi časném věku, vzrůstá. Jedná se o velmi vzácná až raritní onemocnění. Zde na příkladu vlastní kazistiky upozorňujeme na možnost setkat se s pacienty s těmito diagnosticky velmi složitými situacemi i v našich podmínkách.

SIFD

Onemocnění SIFD (Sideroblastická anémie, B lymfopenie, Recidivující febrilní stavy, Gastrointestinální poruchy a Neurologické postižení) představujeme jako kazistiku pacienta léčeného a posléze diagnostikovaného v České republice.

Pacient je ze smíšeného nepříbuzenského česko-anglického manželství, starší bratr má homocysteinurii (heterozygot pro *MTHFR*). Dítě je z II. gravidity, která byla sledována pro dilataci kolon na UZ, porod 36 + 6, SC pro deceleraci ozev, PH 2 630 g,

AS 3-5-6, iniciální intubace a ventilace. V 1. týdnu se přidávají střevní obtíže, distenze kliček střeva, v 6. týdnu nekrotizující enterokolitida. Pacient měl také následně abscesy okcipitálně. Od 2 měsíců věku poruchy pasáže, nastupují recidivující vysoké horečky, vysoké zánětlivé parametry, vysoký feritin. Vždy bez průkazu infekčního agens. Ve vyšetřeních zjištěny výrazné abnormality v imunologickém vyšetření, výrazná hypogamaglobulinémie a výrazné snížení B lymfocytů. Stav dále komplikován známkami hemofagocytující lymfohistiocytózy, nicméně nesplňující plně kritéria HLH. V dalším průběhu další komplikace, pyelonefritida s fasciitidou, ARDS až obraz rozpadové pneumonie. Symptomatická léčba imunoglobuliny, antibiotiky, kortikosteroidy a imunosupresí neřeší klinický stav, stejně tak je stav beze změny po blokádě IL-1 aplikací IL-1RA. Pro závažný nevysvětlitelný stav spojený s imunodeficiencí nakonec provedena transplantace kmenových buněk, nicméně pacient umírá ve spojení s komplikacemi transplantace.

Další pátrání po možné příčině bylo provedeno na zahraničním pracovišti, kombinací metod nakonec zjištěna mutace v genu *TRNT1*, který kóduje protein důležitý pro maturaci jaderné i mitochondriální tRNA. Simultánně byla popsána klinická jednotka nazývaná SIFD, Sideroblastická anémie, B lymfopenie, Recidivující febrilní stavy, Gastrointestinální poruchy a Neurologické postižení, která klinicky po ověření povahy anémie, hodnocené zpětně jako aplastická, plně odpovídala i klinickému stavu.



Co může Polák závidět Čechovi? Zdravotnictví, chválí polská televize

Českému zdravotnictví složila polská televize TVN24 hlubokou poklonu. Zároveň vedení polského resortu doporučilo nebrat si za vzor Brity ani Švédy, ale raději se soustředit na zkušenosti Čechů, kteří podle ní představují naprostou výjimku mezi bývalými socialistickými zeměmi.

„Co může Polák závidět Čechovi? I kdyby někdo tvrdil, že už vaříme lepší pivo a že se Praha nevyrovná Krakovu, i tak bude muset souhlasit, že něco se sousedům povedlo mnohem lépe. Zdravotnictví,“ míní autorka obsáhlého příspěvku na webu stanice.

„Za uplynulých deset let české zdravotnictví postoupilo do západoevropské skupiny,“ pokračuje reportérka polské televize, která se odvolává na žebříček Euro Health Consumer (EHCI).

Poláci jsou si vědomi úrovně českého zdravotnictví a jen loni si téměř 10 tisíc z nich nechalo operovat šedý zákal za jižní hranicí své vlasti, neboť v Polsku na tento zákrok čeká zhruba půl miliónu lidí a v průměru dva roky. Zatímco v polské soukromé nemocnici stojí takový zákrok několik tisíc zlotých, v Česku to je 2,5 tisíce zlotých (asi 16 tisíc korun); z nich po návratu domů Národní fond zdraví proplatí 2,2 tisíce zlotých.

V Polsku existuje více firem, které organizují výjezdy pacientů k zákrokům do renomovaných českých klinik. „Pouze pár dní poté, co polský oční lékař pacientovi oznámí, že operace jeho šedého zákalu je nevyhnutelná, může v případě zájmu vycestovat na zákrok do ČR,“ uvedla Magdalena Czajkowská z Medipe Clinic z Varšavy.

„Polští pacienti však mají zájem i o českou plastickou chirurgii, kardiologii, ortopedii, gynekologii i endokrinologii. České zdravotnictví není tak centralizované jako polské, a proto naši pacienti stále častěji vyhledávají jeho služby,“ uvedla Justyna Samiecova z polského sdružení Zdraví bez hranic.

Zdroj: P. Minárik, Právo, www.novinky.cz, 19. 2. 2017

Onemocnění se tak zařadilo mezi autoinflatorní stavy s počátkem v novorozeneckém či velmi časném věku (10).

Závěr

Článek je koncipován jako upozornění na onemocnění z oblasti autoinflatorních stavů, které jsou známy až v posledních 15 letech a jejichž spektrum se velmi rychle rozšiřuje. Poukazujeme na ty jednotky z celé skupiny, které se mohou projevit už v neonatálním věku. Klinické příznaky zahrnují celé spektrum známek zánětu, kožní a kloubní projevy, gastrointestinální projevy, ale překvapivě i nečekané klinické komplikace, jako je velmi časný iktus a tvorba trombů či kombinace trombů a krvácení. Diagnostika těchto onemocnění spočívá v klinických projevech a ve známkách zánětu. Potvrzení diagnózy je potom prokázáno mutací v daných genech. Je dobré mít možnost těchto stavů na mysli v diferenciální diagnostice a velmi brzy na možnost těchto onemocnění pomyslet, neboť alespoň u některých jednotek je možno velmi účinně zasáhnout, zejména bloádou cesty IL-1.

Reference

- McDermott MF, Aksentijevich I, Galon J, McDermott EM, Ogunkolade BW, Centola M, Mansfield E, Gadina M, Karenko L, Pettersson T, McCarthy J, Frucht DM, Aringer M, Torosyan Y, Teppo AM, Wilson M, Karaarslan HM, Wan Y, Todd I, Wood G, Schlimgen R, Kumarajeewa TR, Cooper SM, Vella JP, Amos CI, Mulley J, Quane KA, Molloy MG, Ranki A, Powell RJ, Hitman GA, O'Shea JJ, Kastner DL. Germline mutations in the extracellular domains of the 55 kDa TNF receptor, TNFR1, define a family of dominantly inherited autoinflammatory syndromes. *Cell*. 1999;97(1):133-144
- Martinon F, Burns K, Tschopp J. The inflammasome: a molecular platform triggering activation of inflammatory caspases and processing of proIL-beta. *Mol Cell*. 2002;10(2):417-426
- Šedivá A. Periodické horečky a autoinflatorní onemocnění – klinický přístup. *Postgrad. med*. 2012;14(2):174-179
- Koné-Paut I, Galeotti C. Current treatment recommendations and considerations for cryopyrin-associated periodic syndrome. *Expert Rev Clin Immunol*. 2015;11(10):1083-1092
- Aksentijevich I, Masters SL, Ferguson PJ, Dancey P, Frenkel J, van Royen-Kerkhoff A, Laxer R, Tedgård U, Cowen EW, Pham TH, Booty M, Estes JD, Sandler NG, Plass N, Stone DL, Turner ML, Hill S, Butman

JA, Schneider R, Babyn P, El-Shanti HI, Pope E, Barron K, Bing X, Laurence A, Lee CC, Chapelle D, Clarke GI, Ohson K, Nicholson M, Gadina M, Yang B, Korman BD, Gregersen PK, van Hagen PM, Hak AE, Huizing M, Rahman P, Douek DC, Remmers EF, Kastner DL, Goldbach-Mansky R. An autoinflammatory disease with deficiency of the interleukin-1-receptor antagonist. *N Engl J Med*. 2009;360(23):2426-2437

- Canna SW, Goldbach-Mansky R. New monogenic autoinflammatory diseases – a clinical overview. *Semin Immunopathol*. 2015;37(4):387-394
- Liu Y, Jesus AA, Marrero B, Yang D, Ramsey SE, Montealegre Sanchez GA, Tenbrock K, Wittkowski H, Jones OY, Kuehn HS, Lee CC, DiMattia MA, Cowen EW, Gonzalez B, Palmer I, DiGiovanna JJ, Biancotto A, Kim H, Tsai WL, Trier AM, Huang Y, Stone DL, Hill S, Kim HJ, St Hilaire C, Gurprasad S, Plass N, Chapelle D, Horkayne-Szakaly I, Foell D, Barysenka A, Candotti F, Holland SM, Hughes JD, Mehmet H, Issekutz AC, Raffeld M, McElwee J, Fontana JR, Minniti CP, Moir S, Kastner DL, Gadina M, Steven AC, Wingfield PT, Brooks SR, Rosenzweig SD, Fleisher TA, Deng Z, Boehm M, Paller AS, Goldbach-Mansky R. Activated STING in a vascular and pulmonary syndrome. *N Engl J Med*. 2014;371(6):507-518
- Van Montfrans JM, Hartman EA, Braun KP, Hennekam EA, Hak EA, Nederkoorn PJ, Westendorp WF, Bredius RG, Kollen WJ, Schölvinck EH, Legger GE, Meyts I, Liston A, Lichtenbelt KD, Giltay JC, Van Haaften G, De Vries Simons GM, Leavis H, Sanders CJ, Bierings MB, Nierkens S, Van Gijn ME. Phenotypic variability in patients with ADA2 deficiency due to identical homozygous R169Q mutations. *Rheumatology (Oxford)*. 2016;55(5):902-910
- Rossi-Semerano L, Pira M, Chiaverini C, De Ricaud D, Smahi A, Koné-Paut I. First clinical description of an infant with interleukin-36-receptor antagonist deficiency successfully treated with anakinra. *Pediatrics*. 2013;132(4):e1043-e1047
- Wiseman DH, May A, Jolles S, Connor P, Powell C, Heeney MM, Giardina PJ, Klaassen RJ, Chakraborty P, Geraghty MT, Major-Cook N, Kannengiesser C, Thuret I, Thompson AA, Marques L, Hughes S, Bonney DK, Bottomley SS, Fleming MD, Wynn RF. A novel syndrome of congenital sideroblastic anemia, B-cell immunodeficiency, periodic fevers, and developmental delay (SIFD). *Blood*. 2013;122(1):112-123



Subkapsulární hematom jater u nedonošeného novorozence – retrospektivní studie

MUDr. Martina Skálová¹, doc. MUDr. Jiří Dort¹, Ph.D., MUDr. Alice Mocková, Ph.D.¹,
MUDr. Pavel Huml¹, MUDr. Martin Matas¹, MUDr. Renata Vondráková²

¹ Neonatologické oddělení, LF UK a FN Plzeň

² Klinika zobrazovacích metod, LF UK a FN Plzeň

Subkapsulární hematom jater může způsobit závažnou komplikaci zdravotního stavu. Rizikovou skupinou pacientů jsou zejména nedonošení novorozenci s velmi nízkou až extrémně nízkou porodní hmotností a novorozenci po traumatickém porodu. Incidence subkapsulárního hematomu je celkově nízká, zároveň však s sebou přináší vysoké procento úmrtnosti. Autoři zhodnotili data z uplynulého patnáctiletého období, kde sledovali právě incidenci a mortalitu subkapsulárního hematomu jater u nedonošeného novorozence. V závěru sdělení jsou prezentovány dvě kazuistiky extrémně nezralých novorozenců, které i přes svůj dramatický průběh vedly ke šťastnému konci.

Klíčová slova: subkapsulární hematom, nedonošený novorozenec, porodní trauma, nejistá prognóza.

■ Úvod

Krvácení do jaterního parenchymu u novorozence představuje život ohrožující komplikaci, která může mít němý až dramatický klinický průběh a nejistou prognózu. U našich pacientů jsou nedonošenost, nízká porodní hmotnost a hypoxie (ať intrauterinní, či intrapartální) nejzávažnějšími rizikovými faktory. Subkapsulární hematom může být rovněž následkem porodního traumatu při porodu makrosomního plodu, při operativním porodu včetně porodu klešťového, po překotném porodu, porodu plodu koncem pánevním. Popisovány jsou i ojedinělé případy iatrogenního poškození při zevní srdeční masáži či při zavádění umbilikálního žilního katetru. Při diagnóze je nutno vyloučit vrozené poruchy hemokoagulace. Mnohdy nenápadný rozvoj příznaků ztěžuje včasné stanovení diagnózy, často bývá stanovena až post mortem.

■ Cíl

Sledování incidence a mortality subkapsulárního hematomu u novorozenců hospitalizovaných na Neonatologickém oddělení FN Plzeň v posledních 15 letech.

■ Metodika

Retrospektivní studie z časového období leden 2000 až prosinec 2014 zabývající se novorozenci hospitalizovanými na Neonatologickém oddělení FN Plzeň, jejichž zdravotní stav byl komplikován krvácením do jaterního parenchymu. Incidenci a mortalitu subkapsulárního hematomu jsme hodnotili s ohledem na porodní hmotnost, u zemřelých pacientů jsme sledovali jednak jejich průměrný gestační věk a porodní hmotnost a dále také průměrný postnatální věk v době úmrtí.

■ Výsledky studie

Na Neonatologickém oddělení Fakultní nemocnice v Plzni jsme ve sledovaném patnáctiletém období hospitalizovali 12 novorozenců, u kterých se objevilo krvácení do jaterního parenchymu. Z tohoto

počtu pacientů jsme zaznamenali 10 úmrtí a pouze ve dvou případech novorozenci přežili. Ve všech případech se jednalo o nedonošené novorozence, v 11 případech tato komplikace postihla novorozence s porodní hmotností pod 1 500 g.

V hodnoceném 15letém období jsme přijali na Neonatologické oddělení Fakultní nemocnice v Plzni 1 406 novorozenců s velmi nízkou porodní hmotností.

Ve skupině 205 pacientů s porodní hmotností pod 749 g došlo k rozvoji subkapsulárního hematomu u 6 novorozenců (2,9 %) a z tohoto počtu 5 pacientů zemřelo (mortalita 83 %). Dále bylo přijato 322 novorozenců s porodní hmotností 750–999 g, přičemž subkapsulární hematom se objevil u 3 z nich (0,9 %) a 2 z tohoto počtu zemřeli (mortalita 67 %). Ve skupině 879 pacientů s porodní hmotností 1 000–1 499 g byl zdravotní stav komplikován rozvojem subkapsulárního hematomu u 2 novorozenců (0,2 %), oba tito pacienti zemřeli (mortalita 100 %). Pouze jeden zemřelý novorozenec měl porodní hmotnost větší než 1 500 g.

Průměrný gestační věk zemřelých pacientů byl 26 týdnů, průměrná porodní hmotnost 935 g, průměrný postnatální věk v době

Tabulka 1 Údaje o hospitalizovaných pacientech na Neonatologickém odd. FN Plzeň v letech 2000–2014

Váhová kategorie	pod 749 g	750–999 g	1 000–1 499 g	nad 1 500 g
Počet všech pacientů (n)	205	322	879	
Počet pacientů se subkapsulárním hematomem (n)	6	3	2	1
Počet zemřelých pacientů v souvislosti se subkapsulárním hematomem (n)	5	2	2	1
Incidence subkapsulárního hematomu (%)	2,9	0,9	0,2	
Mortalita subkapsulárního hematomu (%)	83	67	100	100



Obr. 1 Rozsah subkapsulárního hematomu u pacienta 1



Obr. 2 Velikost subkapsulárního hematomu u pacienta 2 ve věku 8 dní

úmrtí byl 3,5 dne. Údaje o hospitalizovaných pacientech v tomto období jsou shrnuty v tabulce 1.

Diskuse

Klinický projev subkapsulárního hematomu jater závisí na velikosti krevní ztráty a době, za kterou k ní došlo. Vzhledem k anatomické stavbě jater se krev nejdříve hromadí pod elastickým pouzdrem. Za příznivých okolností může být tento stav klinicky němý, častěji se však projeví akutní anemizací v krevním obraze. U novorozence lze pozorovat příznaky rozvíjejícího se hemoragického šoku, jako je tachykardie, tachypnoe, hypotenze, celková bledost a špatná perfuze periferie. Ve druhé fázi může dojít k ruptuře jaterního pouzdra, kdy se po asymptomatických 24 až 48 hodinách objeví masivní intraabdominální krvácení s oběhovým selháním, které je provázeno vysokou mortalitou. Při nevysvětlené krevní ztrátě a náhlém úmrtí pacienta může být subkapsulární hematom až pitevním nálezem.

Vyšetřením první volby u novorozenců je ultrasonografie. Výhodou tohoto vyšetření je jeho snadná dostupnost, nulová zátěž radiací a neinvazivita. Při hodnocení laboratorních výsledků vidíme kromě poklesu v červeném krevním obraze i leukocytózu, zvýšenou hladinu bilirubinu, jaterních enzymů (zejména ALT) a močoviny.

Léčba spočívá v korekci vzniklé anémie, hyperbilirubinémie, podáním plazmy dítěti doplníme koagulační faktory. Rozvoj posthemoragického šoku vyžaduje intenzivní péči. Po stabilizaci stavu jsou prováděny sonogra-

fické kontroly k posouzení vývoje subkapsulárního hematomu. V případě pokračujícího krvácení může zachránit novorozenci život jen chirurgická revize dutiny břišní.

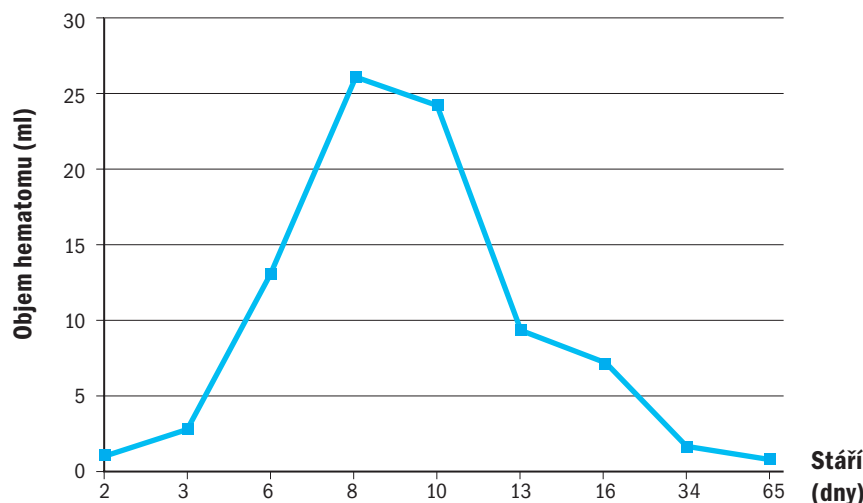
Kazuistika 1

Na podzim roku 2014 jsme na jednotce intenzivní a resuscitační péče Neonatologického oddělení Fakultní nemocnice v Plzni hospitalizovali extrémně nezralou holčičku, dvojče A, gestačního stáří 24 týdnů a 4 dny s porodní hmotností 550 g. Jednalo se o rizikovou dvojčetnou graviditu po spontánní koncepci. Matka byla přijata na Gynekologicko-porodnickou kliniku pro inkompetenci hrdla děložního. Indukce plicní zralosti plodů byla dokončena. U matky v pochvě kultivačně prokázán *Streptococcus agalactiae*. Dítě bylo porozeno spontánně záhlavím po předčasném odtoku plodové vody, porod byl překotný. Na porodním sále byla pro nedostatečnou spontánní ventilaci nutná endotracheální intubace, na oddělení bylo dále pokračováno v umělé plicní ventilaci. V aspirátu byla prokázána *Klebsiella pneumoniae* jako příčina adnatní infekce (pneumonie). Byla zahájena ATB terapie. Vstupní sonografické vyšetření bylo s normálním nálezem na mozku i orgánech dutiny břišní, v průběhu 2. dne života došlo ke zhoršení stavu pod obrazem posthemoragického šoku. Sonograficky byl verifikován subkapsulární hematom jater velikosti 45×42×13 mm a ložisko krvácení v pravém jaterním laloku o velikosti 23×8 mm. Dítě mělo špatně prokrvenou periferii, hraniční hypotenzi a tachykardii, vyžadovalo vyšší

nastavení ventilačních parametrů. Anémie byla korigována transfuzí erytrocytární masy. Po zvládnutí akutní fáze dále dítě nevyžadovalo oběhovou podporu. Po několika dnech došlo ke spontánní regresi hematomu. Před dimisí bylo sonograficky v pravém jaterním laloku patrně několik kalcifikovaných reziduí po krvácení. Dítě bylo propuštěno v celkově dobrém stavu do domácí péče ve věku 5 měsíců s hmotností 3 280 g.

Kazuistika 2

Jen o 3 dny později byl na oddělení přijat extrémně nezralý novorozenec mužského pohlaví s porodní hmotností 870 g gestačního věku 25 týdnů + 3 dny. Pravděpodobným důvodem předčasného porodu byl zánět plodových obalů, neboť kultivačně u matky v pochvě i v plodové vodě byla prokázána *Ureaplasma urealyticum*. Došlo k předčasnému odtoku plodové vody. Gravidita byla ukončena císařským řezem po dokončené maturaci plic plodu, celkem 116 hodin po odtoku plodové vody. Bezprostřední poporodní adaptace dítěte byla dobrá. Na oddělení bylo dítě pro rozvoj dyspnoe dalších několik dní ponecháno na neinvazivní ventilační podpoře. Vzhledem k předčasnému odtoku plodové vody a pozitivní kultivaci z pochvy matky bylo zahájeno podávání trojkombinace antibiotik. Vstupní laboratoř byla s leukopenií, CRP nízké. Vstupní kultivace byly negativní. Vstupní sonografické vyšetření ve stáří 1 dne bylo s nálezem hematomu v játrech, který se postupně zvětšoval až do stáří 8 dnů. Dítě bylo oběhově stabilní. Současně se objevila volná tekutina v dutině břišní,



Progrese velikosti subkapsulárního hematomu u pacienta 2

kteřá byla patrná klinicky i sonograficky. Posthemoragická anémie byla opakovaně korigována podáním krevní transfuze, plazmu bylo také nutné podávat opakovaně pro hypoproteinémii. Hemokoagulační vyšetření bylo v normě. Vzhledem k hepatomegalii a přechodnému ascitu špatně toleroval enterální příjem, parenterální výživa byla potřebná do věku 23 dní. Po týdnu se subkapsulární hematom začal organizovat, poslední sonografie před propuštěním byla jen s nálezem drobných hyperechogenit v místě hematomu. Sonografické vyšetření mozku bylo opakovaně s normálním nálezem. Ve stabilizovaném stavu byl chlapec propuštěn do domácí péče ve věku 2,5 měsíce s hmotností 3 010 g.

Závěr

Subkapsulární hematom u novorozenců je diagnózou s poměrně nízkou incidencí, což je pravděpodobně důvodem, proč tato problematika není v literatuře příliš často zmiňována. Na tuto možnost je však nutné myslet, jelikož chybějící či pozdě stanovená diagnóza může vést až k fatálním komplikacím. Rovněž závěry retrospektivní studie poukazují na její vysokou mortalitu ve skupině novorozenců s velmi nízkou až extrémně nízkou porodní hmotností. Dvě prezentované kazuistiky extrémně nezralých novorozenců čtenářům ukazují, že je možný i příznivý vývoj tohoto onemocnění.

Literatura

1. Anjay MA, Sasidharan CK, Anoop P. Hepatic subcapsular hematoma: two neonates with disparate presentations. *Pediatr Neonatol.* 2012;53(2):144–146
2. Ahn HS, Chang YW, Lee DW, Kwon KH, Yang SB. An incidentally detected hepatic subcapsular hematoma in a very low birth weight newborn: a case report. *Cases J.* 2010;3(1):32
3. Cohen M, Sprigg A, Roberts I, Bustani P. Subcapsular haematoma and multifocal necrosis as fatal liver complications following umbilical vein catheterisation in a premature baby. *Eur J Pediatr Surg.* 2006;16(1):55–57
4. Foss K. A case report of a low-birth-weight infant with a subcapsular liver hematoma and spontaneous bowel perforation. *Adv Neonatal Care.* 2004;4(2):67–78
5. Gonçalves C, Aguilar S, Prior AR, Oliveira G. Hepatic subcapsular haematoma in a premature newborn. *BMJ Case Rep.* 2013 Jun 3;2013
6. Huml P, Dort J, Mocková A, Vacek V, Kutilová J, Hadravská Š. Subkapsulární hematom jater – porodní trauma u novorozence s extrémně nízkou porodní hmotností. *Neonatal. listy.* 2006;12(2):27–28
7. Mouratidis B, Antonio G. Sonographic diagnosis of subcapsular liver hematoma mimicking tumor in a neonate. *J Clin Ultrasound.* 2000;28(1):53–7

V Plzni vzniklo první Krajské centrum sdílení dobré praxe v oblasti školního stravování

Memorandum o spolupráci v rámci celostátního projektu Krajského centra sdílené dobré praxe v oblasti školního stravování podepsala za Plzeňský kraj v pondělí 13. března náměstkyně hejtmana Plzeňského kraje pro školství a cestovní ruch Ivana Bartošová.

Díky němu došlo k založení prvního centra v republice, a to právě na 15. základní škole v Plzni. Ta je zapojena do projektu Zdravá školní jídelna pod záštitou Státního zdravotního ústavu a MZ ČR.

Memorandum bylo uzavřeno mezi Plzeňským krajem, Asociací školních jídelen České republiky, Státním zdravotním ústavem, statutárním městem Plzeň, Krajskou hygienickou stanicí Plzeňského kraje a 15. základní školou Plzeň. Cílem memoranda je prohloubit spolupráci, sdílet dobrou praxi propojením zajímavých a odborných projektů a propagovat význam školního stravování.

„Je samozřejmě důležité, aby školní stravování dětí nasatilo, ale jako stejně nezbytné vnímám skutečnost, aby si děti postupně přivykly k novým, zdravým chutím. Proto vítám tuhle aktivitu, která řeší danou problematiku systémově, včetně edukace i sdílení dobré praxe,“ prohlásila Ivana Bartošová. „Věřím, že to napomůže k nutným změnám ve spotřebním koši, omezení nadužívání různých granulátů a polotovarů, a povede to k využívání přírodních produktů jako primárních zdrojů.“

Témata prezentovaná v centru budou konkrétně se zaměřením na školní stravování přispívat k plnění Národní strategie Zdraví 2020. Záměrem je rovněž rozvíjet a zvyšovat zdravotní a nutriční gramotnost pracovníků školních jídelen. Snahou všech zúčastněných subjektů bude podpora i výchova dětí, žáků a studentů v oblasti osvojování stravovacích návyků, které podpoří jejich zdravý vývoj.

Ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem se sídlem v Praze, jako národním partnerem, by Asociace školních jídelen České republiky chtěla založit tato centra ve všech krajích ČR. Regionálně by spolupracovali se všemi, kdo zřizují, kontrolují a řídí chod školních jídelen, tak aby přenos informací pomocí této platformy byl koordinovaný a podpořila se jejich vzájemná vazba.

Zdroj: www.novinky.cz, 15. 3. 2017



Racionální léčba nejčastějších respiračních nemocí u dětí

část 3.

MUDr. Zuzana Vančíková, CSc.

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

1.1.3. Krční lymfadenitida

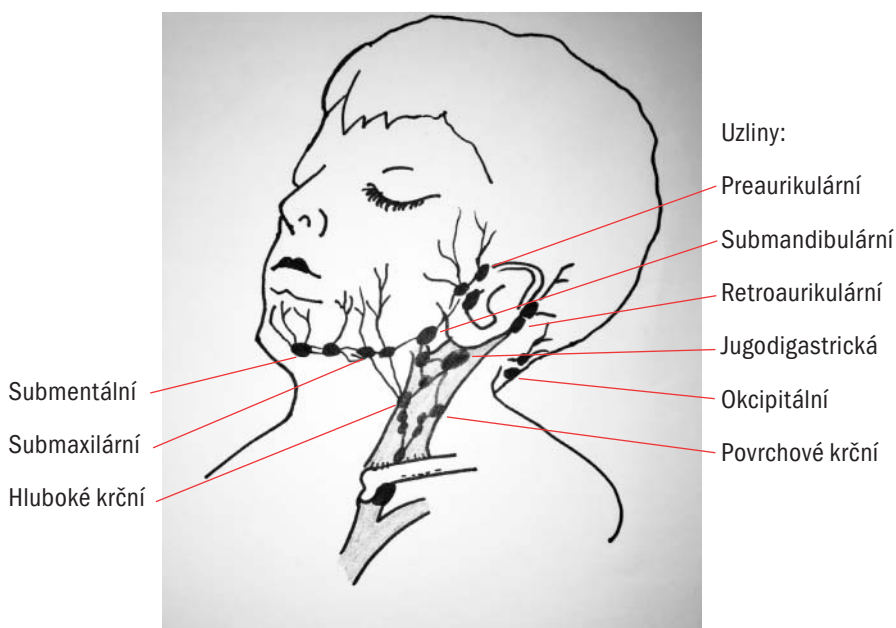
Krční lymfadenopatie je zvětšení lymfatických uzlin na krku (nad 1 cm), o lymfadenitidě hovoříme, když je zanícena jedna nebo více uzlin. Zánět může být neinfekční i infekční. Do uzlin se infekce rozšíří lymfatickými cévami, které drénují příslušnou spádovou oblast. Pátráme proto vždy nejprve po infekci ve spádové oblasti. Submandibulární a hluboké krční uzliny drénují 80 % oblasti hlavy a krku, většina krčních lymfadenitid se tedy odehrává v těchto uzlinách.

Spádové oblasti krčních uzlin

Uzliny	spádová oblast
povrchové uzliny na m. sternocleidomastoideus	krk, mastoidy, parotis, submandibulární LU
Retroaurikulární	parietální oblast skalpu
Okcipitální	okcipitální oblast skalpu, horní zadní část krku
Jugodigastrická	tonsily
Hluboké krční	larynx, trachea, thyreoidea, esofagus
Submentální	přední část jazyka, dolní ret, brada
Submandibulární	later. část dolního rtu, vestibulum nasí, med. část víček, čelo, tváře, ústa, dásně, zuby, jazyk

Charakter uzlin napoví o příčině zvětšení. Bolestivé, proteplené, zarudlé uzliny s hmatnou fluktuací jsou akutně zanícené. Tuhé, nebolestivé, fixované uzliny s prorůstáním do okolí jsou zpravidla nádorového původu.

Lymfatická drenáž hlavy a krku



Epidemiologie

Epidemiologie infekčních lymfadenitid je shodná s epidemiologií vyvolávajících infekčních agens. Při virových infekcích většinou dochází současně i ke generalizovanému zbytnění retikuloendoteliální tkáně jako celkové odezvě na infekci. EBV, CMV a HIV jsou nejčastějšími původci krční lymfadenitidy, adenoviry a enteroviry vyvolávají spíše generalizovanou lymfadenitidu. HHV6 vyvolá krční i generalizovanou lymfadenitidu u školáků a adolescentů, u kojenců a batolat není uzlinová reakce tak výrazná, nemoc zde známe jako *exanthema subitum*.

Bakteriálními vyvolavateli krčních lymfadenitid jsou:

1. bakterie, které běžně kolonizují sliznice nosu, dutiny ústní a kůže: *Staphylococcus Aureus*, anaerobi, netuberkulózní mykobakteria a aktinomyce. Většinou se nepřenášejí z nemocného na jiné hostitele.

K nárustu infekcí *Mycobacterium Avium* dochází po zrušení plošné kalmetizace. Tato infekce je nejčastější ve věku 1–6 let, v chladném klimatu, během zimy.

2. bakterie, které jsou přenášeny kapénkami: *Streptococcus pyogenes* sk. A a *Myobacterium tuberculosis*. Jsou nakažlivé pro okolí. U novorozenců a kojenců jsou nejčastější lymfadenitidy stafylokokové a vyvolané streptokoky skupiny B. Nemoc z kočičího škrábnutí vyvolává gramnegativní bacil *Bartonella henselae*. Kromě koček může být přenášena také blechami. Na *Yersinia pestis* a *Corynebacterium diphtheriae* musíme myslet v endemických oblastech.

70–90 % bakteriálních krčních lymfadenitid u dětí však vyvolávají jen dvě bakterie: *Staphylococcus Aureus* a *Streptococcus pyogenes* skupiny A.

**Klinický obraz**

Průběh může být akutní, subakutní, chronický, jedno- či oboustranný, se zvětšením nebo bez zvětšení dalších uzlin a hepatosplenomegalie.

Krční lymfadenitida vyvolaná streptokokem skupiny B probíhá u novorozenců akutně s horečkou, celkovými příznaky a celulitidou. Průběh stafylokokové lymfadenitidy je u nich překvapivě mírnější. Stafylokokové lymfadenitidy jsou nejčastější od 1 do 4 let a neliší se klinicky od streptokokových. Ty u kojenců probíhají pod obrazem „strep-

tokokózy“ – rýma, exkoriace a krusty na nose, subfebrilie, zvracení, nechutenství. Ani stafylokokové infekce nemají systémové příznaky, mají však větší tendenci ke kolikvaci a pokud k ní dojde, je to většinou do 2 týdnů.

Rychlý rozvoj bolestivé lymfadenitidy s horečkami, třesavkou, bolestí hlavy provází infekci *Yersinia pestis* (bubonský mor). Difterie se projeví tonzilofaryngitidou s šedobílými pablánami s výraznou krční lymfadenitidou (collum cesareum).

Infekce mykobakteriální, bartonellové a toxoplazmóza mají průběh subakutní či chronický. Tuberkulózní lymfadenitida je většinou oboustranná, mohou být zvětšeny i jiné uzliny, ve většině případů je i nález na RTG plic. Postihuje nejčastěji děti starší čtyř let, které byly v kontaktu s dospělým s plicní tuberkulózou. Netuberkulózní mykobakteria jsou ubiquiterní, infikují nejčastěji děti věku 1–6 let, infekce je jednostranná, tuberkulinový test je zřídka větší než 15 mm, Qantiferonový test je negativní.

Tab. 1 Infekční příčiny krční lymfadenitidy – rozsah postižení

	pouze krční	krční + generalizované
Bakteriální		
<i>Staphylococcus Aureus</i>	+	-
<i>Streptococcus pyogenes</i> sk. A	+	+
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	+	+
Netuberkulózní mykobakteria	+	-
<i>Bartonella Henselae</i>	+	-
Gramnegativní bakterie	+	-
Anaerobi	+	-
<i>Hemophilus influenzae</i>	+	-
<i>Yersinia pestis</i>	-	+
<i>Actinomyces israelii</i>	+	-
Diphtherie	+	-
Tularémie	+	-
Brucelóza	-	+
Syphilis	+	+
virové		
Spalničky	+	+
Zarděnky	+	+
EBV	+	+
HSV	+	-
HHV6	+	+
CMV	+	+
Příušnice	+	-
Varicella	+	+
HIV	+	+
Plísň		
Histoplasmóza	+	+
Kryptokokóza	+	-
Aspergillóza	+	-
Kandidóza	+	-
Sporotrichóza	+	-
Parazitární		
toxoplazmóza	+	+

Tab. 2 Neinfekční příčiny lymfadenopatie – rozsah postižení

	pouze krční	krční + generalizované
Malignita		
Hodgkinova nemoc	+	+
non-Hodgkinův lymfom	+	+
Rhabdomyosarkom	+	-
Neuroblastom	+	+
Leukémie	+	+
metastázy karcinomu	+	-
nádory thyreoidey	+	-
Léky		
Isoniazid	-	+
Phenytoin	-	+
sérová nemoc	-	+
systémové nemoci pojiva		
juvenilní idiopatická artritida	-	+
systémový lupus erythematosus	-	+
Různé		
Sarkoidóza	-	+
Retikuloendoteliozy	-	+
Rosai-Dorfman syndrom	+	+
histiocytóza X	-	+
Postvaccinační	+	+
střádavá onemocnění	-	+
Kawasakiho nemoc	+	+
hemofagocytující syndrom	-	+
PFAPA syndrom	+	-
nemoc Kikuchi-Fujimoto	+	+
útvary napodobující lymfadenopatii		
cystický hygrom	+	-
branchiogenní cysty	+	-
cysty ductus thyreoglossus	+	-
epidermoidní cysty	+	-
tumor sternokleidomastoideu	+	-



Barthoneľová infekce má mírný průběh, projeví se zduřením spádové uzliny za dny až týdny po poranění. Horečku trvají 5–7 dní má jen 25 % pacientů.

U toxoplazmózy jsou zvětšeny zadní krční uzliny, může být únava a myalgie. V anamnéze je kontakt s kočkami nebo konzumace nedostatečně tepelně zpracovaného masa. Klíště může přenášet tularémii.

Diferenciální diagnóza

Kromě infekcí mohou vyvolat zvětšení uzlin i nádory, vrozené malformace, systémová autoimunitní nebo střádavá onemocnění a nemoci, jejichž přesná příčina není známa.

Akutní průběh většinou svědčí pro infekci, zvětšení trvající týdny a měsíce spíše pro vrozené anomálie nebo tumory.

Kikuchi-Fujimotova nemoc nebo také subakutní nekrotizující lymfadenitida je vzácné onemocnění, které postihuje především mladé asijské ženy, ale i děti. Probíhá s teplotami i bez teplot, postihuje zadní krční uzliny, které jsou bolestivé. Nemocní trpí zvýšenou únavou, nočními poty, úbytkem na váze, vyrážkami. Zánětlivá aktivita je zvýšená. Diagnostické je histologické vyšetření biopsie uzliny s nálezem nekrotizující lymfadenitidy. Příčina není známa, onemocnění bez léčby odezní do půl roku. U některých nemocných se později může rozvinout systémový lupus nebo jiné autoimunitní onemocnění. Je proto nutné je pravidelně sledovat. Podobný, ale závažnější průběh má hemofagocytující lymfohistiocytóza. Horečky jsou zde prolongované, s vyrážkou, může být dušnost a hypotenze. V krevním obraze je bicytopenie, nízký fibrinogen a vysoký ferritin a triglyceridy, koagulopatie. Diagnóza je potvrzena vyšetřením kostní dřeně.

Kawasakiho nemoc probíhá jako neustupující febrilie, jedno- nebo oboustranná lymfadenitida, zarudnutí ústní sliznice a rtů, otoky a zarudnutí dlaní a plosek, bulbární konjunktivitida, exantem a někdy i aseptická meningitida a mírná hepatopatie. 50 % nemocných jsou děti mladší 2 let. Podstatou nemoci je vaskulitida s podobným histologickým nálezem jako u *periarteritis nodosa*. Příčina dosud není známa, stále se zvažuje infekční nebo autoimunitní patogeneze. Nejjobávanější komplikací jsou aneurysmata koronárních cév. Pokud je do 10 dnů

od počátku horeček podána léčba – 2 g/kg intravenózních imunoglobulinů a kyselina acetylsalicylová 80–100 mg/kg/den, je riziko rozvoje aneurysmat významně sníženo.

PFAPA syndrom se projevuje horečkami, které se opakují po 3–6 týdnech, provází je lymfadenitida, faryngitida a afty, někdy i bolesti břicha, průjmy a bolesti hlavy. Jedná se o autoinflamatorní onemocnění. Podání jedné dávky prednisonu 0,6–2 mg/kg zkrátí trvání teplot, nezabrání však recidivám a někdy je zkrácen i interval mezi epizodami.

Rosai-Dorfmanova nemoc je vzácnou příčinou lymfadenopatie. Vyskytuje se u Afričanů a v Karibiku. Jedná se o benigní formu histiocytózy. Mohou ji ale provázet celkové příznaky, jako je horečka, hubnutí, noční pocení. Její diferenciální diagnostikou je tak lymfom, malignita, histiocytosa z Langerhansových buněk, tuberkulóza.

Dluhodoběji pozorované zvětšené útvary ve střední čáře krku jsou nejčastěji cysty *ductus thyroglossus*, branchiogenní cysty, cystický hygrom a nádory thyreoidey.

Maligně zvětšené uzliny jsou zpravidla v zadní části za *m. sternocleidomastoideus*. Jsou tužší, někdy nepohyblivé, nebolestivé. Nejčastěji se jedná o Hodgkinův i non-Hodgkinův lymfom, neuroblastom, tumor thyreoidey.

K vzácnějším příčinám krční lymfadenopatie patří leukémie, metastázy karcinomu, sérová nemoc, střádavé nemoci (m. Gaucher, Nieman-Pick), systémové nemoci pojiva, sarkoidóza, histiocytóza.

Vyšetření

Důkladné vyšetření a anamnéza jsou nezbytné. Pátráme po onemocnění kožním, vlasové pokožky (včetně vší), zubním, hepatosplenomegalií a poškození uzlin v jiných oblastech. Důležitá je anamnéza epidemiologická, cestovatelská, užívaných léků.

Iniciální laboratorní vyšetření je: kompletní krevní obraz s diferenciálním rozpočtem leukocytů, sedimentace erytrocytů; sérologie: ASLO, EBV, CMV, HHV6, HIV, dle epidemiologie i toxoplazmy, tularémie, barthoneľy, brucelly, histoplazmy, kokcidiomykózy; skisogram hrudníku. Ultrazvukové vyšetření je vhodné k odhalení kolikvace, k příčině zbytnění uzliny se většinou nedokáže vyjádřit.

Pokud se uzliny nezmenší do několika týdnů a není jasná příčina jejich zvětšení nebo nereagují na léčbu, je nutná biopsie nebo

exstirpace nejvíce postižených uzlin a histologické vyšetření.

Léčba

Virové infekce většinou léčíme symptomaticky. HIV infekce je léčena ve specializovaných centrech. Předpokládáme-li bakteriálního původce, je to nejčastěji *Streptococcus pyogenes* sk. A (u novorozenců i B) nebo *Staphylococcus Aureus*. Doporučenou iniciální léčbou je penicilin ve stejném dávkování a délce léčby jako u tonzilitidy. Pokud je prokázána nebo předpokládána stafylokoková infekce, je možno léčit amoxicillin klavulanátem 50–80 mg/kg/den (amoxicillinu) nebo cefazolinem 50 mg/kg/den nebo clindamycinem 30 mg/kg/den, případně vancomycinem. Krční lymfadenitida vyvolaná netuberkulózními mykobakteriemi je léčena chirurgickou exstirpací. Většina těchto mykobakterií je totiž rezistentní k běžným antituberkulotikům. Určité úspěchy byly popsány při léčbě makrolidy v kombinaci s ethambutolem nebo rifampicinem. Monoterapie makrolidy není vzhledem k vysokému riziku indukce rezistence vhodná. Tuberkulózní infekce se léčí stejně jako plicní tuberkulóza. Nemoc kočičího škrábnutí nemusí být léčena antibiotiky, jejich podání však hojení urychlí. Je vhodný trimethoprim sulfamethoxazol, rifampicin, makrolidy, ciprofloxacin, gentamycin. Neinfekční lymfadenopatie se léčí dle příčiny – protinádorovou terapií, imunosupresí, biologickou léčbou, léčbou základního onemocnění.

Prognóza

Při včasné a správné antibiotické léčbě je prognóza bakteriálních krčních lymfadenitid dobrá. Rozšíření infekce do okolí nebo systémově je vzácné. Virové lymfadenitidy se zhojí i bez léčby.

Prevence

Dodržování základních pravidel hygieny, očkování proti spalničkám, zarděnkám, příušnicím, varicelle, TBC, včasná léčba infekcí kožních, zubních, otitidy a tonzilitidy a izolace nemocných tuberkulózou je prevencí krční lymfadenitidy.



Ze světa odborné literatury...

■ Dohánění růstu termínových i předtermínových dětí po chirurgickém uzávěru ventrikulárního septa v prvním roce života

V literatuře nejsou konzistentní zprávy o urychlení růstové rychlosti po chirurgickém uzávěru. Zajímali se proto o chirurgickou korekci před jedním rokem věku.

Bylo proto studováno 41 termínových dětí a 11 dětí narozených před termínem, u kterých byla provedena korekce před rokem věku. Antropometrická data byla sbírána po operaci, ve 3, 6, 12 a 24 měsících věku, a to po chirurgickém zákroku. Urychlení růstu nastalo po 6 měsících po zákroku. Váha a výška se ve věku 2 let již nelišila od zdravé populace. Klasický zákrok urychlil celou věc.

Eur J Pediatr. 2016;175:574–579

■ Sezónní variace nemocí u dětí

Tato variace je popsána velmi dobře u dětí. Jedná se o infekční onemocnění, astma, diabetes. Během šestiletého období v Nizozemsku z nově referovaných pacientů v letech 2008–2013. Jsou patrné 4 sezónní vrcholy.

Respirační onemocnění s vrcholem v lednu-gastroenteritidy s vrcholem v únoru a v březnu, funkční poruchy duben-listopad, astma duben-říjen. Podle počtů nově referovaných hospitalizovaných pacientů v Nizozemsku 195 nových onkologických, 358 hematologických, 377 revmatologicko-imunologických, 612 kožních, svalově kostní onemocnění 616, urologicko-nefrologická 649, 1 232 infekčních, 1 298 zácpa!, 1 618 gastroenteritis, 1 716 dysmorfologie, 1 787 mikční problémy, 1 869 astma, 1 966 endokrinologicko-růstové problémy, 2 408 kardiologie, 2 849 neurologie, 2 910 funkční problematika, atopická konstituce 2 994, 3 002 poruchy chování, 3 265 gastroenterologie, 4 440 respirační onemocnění. Jsou uváděni nově registrovaní pacienti. Jednalo se o období 2008–2013. Část byla nově hospitalizována, část nově ošetřena v nemocniční ambulanci. Ukazuje se také, že sezónní stres ve vazbě na školní docházku hraje nejdůležitější roli. Také funkční abdominální bolesti a bolesti hlavy jsou v přímé závislosti na školní docházce.

Eur J Pediatr. 2016;175:457–464

■ Epidemiologie hemolyticko-uremického syndromu u dětí v severní Itálii

Hemolyticko-uremický syndrom prezentuje častou příčinu ledvinného selhání u dětí. Jeho epidemiologie je velmi dobře dokumentována. Část je prezentována vlivem Shigatoxin produkující *E. coli* (STEC) a část atypickým HUS. Zahrnuli 110 klinických obrazů během 10 let, a to ve věku do 18 let.

Jedná se vlastně o mikroangiopatii charakterizovanou destičkovou konsumpcí, neimunologickým charakterem hemolýzy a renálním postižením.

Právě velká většina je charakterizována STEC, část diareja + D+HUS. Malá část pak s dysregulací komplementu. Z hlediska léčby: Léčba s plazmaferézou / výměna nebo infuze nebo podávání eculizimabu (velmi nákladné).

Eur J Pediatr. 2016;175:465–473

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

Aktuality...

■ Děti budou dál zůstávat v kojenečích, ministerstva se nedohodla

Jeden z „pomníčků“, který vláda Bohuslava Sobotky (ČSSD) už nestihne vyřešit a předá jej kabinetu po říjnových volbách, je sporná transformace zařízení pečujících o ohrožené děti. Jejím důsledkem mělo být například postupné rušení kojeneckých ústavů a předávání dětí do pěstounských rodin.

Mnozí politici a zaměstnanci ústavů se tomu brání. Tři resorty, které to mají řešit, tedy ministerstva sociálních věcí, školství a zdravotnictví, se stále nemohou dohodnout na změně. A to i přes to, že všechna tři řídí ČSSD. Do změn se nechce ani hejtmanům: zřizovateli těchto zařízení jsou právě kraje.

„Můj resort je připraven už dávno. Dílčí změny určitě stihneme, jsou obsaženy v novele zákona o sociálních službách. Co se týče celkové transformace, když bude vůle ze strany resortů školství a zdravotnictví, dalo by se ještě stihnout leccos,“ řekla Právu ministryně práce a sociálních věcí (MPSV) Michaela Marksová.

Její úřad chce, aby se všechna taková zařízení sjednotila pod jeho střechou. Pod MPSV dnes spadají pouze tzv. zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, zatímco kojenecké ústavy má v gesci zdravotnictví a dětské domovy řeší školství.

Novela zákona o sociálních službách zavádí institut tzv. pobytové služby pro děti do 18 let, legislativně tak připravuje půdu pro sjednocení. MPSV chce navíc do června předložit zákon, který by zneemožňoval přijmout do ústavu dítě mladší sedmi let.

Český unikát: zdravé děti nejsou v rodinách

V roce 2015 bylo v kojeneckých ústavech 1 174 dětí. Experti varují, že dítě vyrůstající v ústavu může trpět tzv. poruchou připojení (nevytváří si citovou vazbu na rodiče) a je deprivované.

„V Evropě už prakticky klasické kojenecké ústavy neexistují a opuštěné zdravé děti do tří (či více) let se umísťují výhradně do rodin. Kvůli našim dětem věříme, že i ČR se konečně vydá touto cestou, narážíme ale na konzervatismus některých zaměstnanců kojeneckých ústavů a dětských domovů,“ uvedla Marksová.



Ústavy nezavíráme, hájí se Marksová

Někteří hejtmani a poslanci se obávají, že by houfně docházelo k rušení dětských domovů a kojeneckých ústavů. Tak se minulý týden vyjádřil např. hejtman Plzeňského kraje Josef Bernard (ČSSD).

„Chtěl jsem upozornit pana prezidenta, že se chystá novela, která by měla utlumovat dětské domovy na úkor pěstounské péče. My nejsme proti pěstounské péči, podporujeme ji, ale myslíme si, že systém, jak je nastaven, potřebuje pěstounskou péči i dětské domovy,“ řekl Bernard.

Dodal, že osm dětských domovů v Plzeňském kraji je elitních a dobře simulují funkci rodiny. Že chce vláda „zlikvidovat ústavní péči“, se rovněž nedávno vyjádřila poslankyně KSČM Hana Aulická Jírovcová při interpelaci na premiéra Bohuslava Sobotku.

Transformace ale podle Marksové v žádném případě neznamená zavržení ústavů ze dne na den. „Vždy budou potřeba a vždy budou potřeba odborníci, kteří v nich pracují. Je ale nutné mít vše pod jedním resortem, abychom mohli víc úsilí a financí dát do preventivních a ambulantních služeb pro rodiny, což logicky povede k menší potřebě ústavní péče,“ řekla.

Na prevenci jde nejméně peněz

MPSV chce postupně tato zařízení transformovat v dětská centra, kde budou zaměstnanci pracovat s ohroženými rodinami spíše ambulantně. Hodlá také posílit terénní a preventivní služby. Právě na ty ale uvolňuje nejméně peněz z celkových osmi miliard korun, které na ohrožené děti může dát.

„Největší podíl na financování má ústavní výchova (52,2 %), následovaná náhradní rodinnou péčí (29,2 %), činností orgánů sociálně-právní ochrany dětí (10 %) a preventivními službami (8,6 %),“ sdělil Právu Jiří Vaněk z tiskového oddělení MPSV.

Ostatní resorty se jednání o transformaci nevyhýbají. „Péče o ohrožené děti je primárně v gesci MPSV. Ministerstvo zdravotnictví je v této věci připraveno poskytnout maximální součinnost,“ řekla Právu mluvčí resortu Štěpánka Čechová.

Ministryně školství Kateřina Valachová (ČSSD) se nedávno vyjádřila, že se transformaci nebrání, chce ale, aby výchovné a diagnostické ústavy zůstaly pod jejím úřadem.

Zdroj: J. Martinek, Právo, 4. 2. 2017

Nedostatek praktických lékařů nikdo neřeší.

Prognóza do roku 2040 je alarmující.

Dnes už není žádným tajemstvím, že je nedostatečný počet praktických lékařů pro děti a dorost i pro dospělé. Píše se o tom opakovaně v médiích určených pro širokou veřejnost. Nyní se nad problémem zamýšlí praktický lékař MUDr. Petr Bouzek.

Tato bomba s negativním důsledkem pro primární péči tiká v našich zemích již několik let, aniž se s problémem cokoliv skutečně významného dělalo, a nechal se v klídku dojít do současného stavu. Přitom, v našem systému lékařské péče, je role praktických lékařů nenahraditelná. Neschopenku sice mohou vypsát i odborní lékaři, což často činí velmi neradi, ale u ostatních zdravotnických záležitostí by to už byl hodně velký problém. Ale ani odborníků nemáme nadbytek, i jich bude v příštích letech méně, než bude u naší stárnoucí populace potřeba.

Uklízel jsem papíry a narazil jsem na svoji diplomovou práci, ve které jsem v roce 2011 právě řešil situaci s počtem praktických lékařů.

Posuďte sami, zda je situace o šest let později nějak významněji rozdílná. V roce 2011 jsem došel k následujícím závěrům:

Pro praktické lékařství tehdy platily tři významné skutečnosti. Počet obyvatel na jednoho praktického lékaře se zvyšoval, průměrný věk praktických lékařů stoupal a zvyšovalo se poměrné zastoupení lékařek.

Stát přehodil odpovědnost na zajištění dostatečného přístupu obyvatel k primární zdravotnické péči na zdravotní pojišťovny, aniž ovšem vydal jakoukoli právní normu, jak postupovat. Každá zdravotní pojišťovna tedy postupovala zcela po svém, aniž musela komukoli svůj postup dokládat a eventuálně ho před kýmkoli obhajovat, ačkoliv jde o veřejný zájem hrazený z veřejných peněz, vybraných cestou zdravotnické daně, nelogicky nazývané zdravotním pojištěním. Za nesplnění povinnosti zajistit pro své pojištěnce lékařskou péči hrozila zdravotním pojišťovnám pokuta 10 000 Kč, což je pro zdravotní pojišťovnu absolutně symbolická částka. Neznám jediný případ, že by nějaká zdravotní pojišťovna tuto směšnou pokutu zaplatila.

Rozmístění jednotlivých ordinací praktických lékařů vycházelo v roce 2011 z historie a libovůle zdravotních pojišťoven. Nikdo tehdy nijak aktivně nezískával praktické lékaře do „neatraktivních míst“. Nikdo nebyl schopen posoudit a kvantifikovat nedostatek primární péče v určité oblasti. Vše bylo založeno na pocitech formálně odpovědných. Na můj dotaz směřovaný na VZP, zda je v roce 2011 dostatečná síť ordinací primární lékařské péče a zda je zajištěn stejný přístup všem obyvatelům, protože platí stejnou zdravotní daň, odpověděla za VZP Mgr. Viera Jůdtová, že síť je dostatečná.

Nikdo v roce 2011 neznal optimální počet a optimální rozložení ambulantních praktických lékařů pro dospělé a děti a dorost pro území naší republiky.

Názory odborných společností a některých vědců zabývajících se problematikou byly, že by měl být jeden praktický lékař pro děti a dorost na 900 dětí a jeden praktický lékař pro dospělé na 1 250 obyvatel starších 19 let. Předseda Společnosti všeobecného lékařství ČLS pan doc. Býma tehdy uváděl, že je dostačující počet 1 600 obyvatel na jednoho praktického lékaře pro dospělé. Podle zdravotně pojistného plánu VZP se tehdy počítalo s počtem 1 800 až 2 000 obyvatel na jednoho praktického lékaře pro dospělé a počtem 4 000 až 4 500 obyvatel na jednoho praktického lékaře pro děti a dorost.

Při posouzení podle demografického vývoje společnosti v naší republice se dalo konstatovat, že potřeba praktických lékařů pro děti a dorost bude klesat, naopak potřeba praktických lékařů pro dospělé bude stoupat.

Vypracoval jsem model, kde jsem předpokládal, že zůstane-li stejný příchod a odchod lékařů do systému a ze systému jako v letech 2009 až 2014, pak, pokud by byla potřeba dosáhnout stavu 1 600 obyvatel na jednoho praktického lékaře pro dospělé, muselo by každý rok odatestovat a vstoupit do oboru 322 nových praktických lékařů. V roce 2009 atestovalo z oboru 101 lékařů, v roce následujícím 122 lékařů. V roce 2009 i 2010 bylo přijato do atestační přípravy 268 zájemců. Podle SVL ČLS by mělo každý rok odatestovat 150 nových zájemců o obor.

Podle názoru SPLDD ČLS by mělo každý rok odatestovat 50 až 70 nových dětských praktiků.

Aby se nedostatek praktických lékařů pro dospělé začal řešit, byla v roce 2009 zkrácena odborná příprava na tři roky. Dnes již můžeme posoudit, zda to nebylo na úkor kvality vzdělání. Ministerstvo zdravotnictví finančně podporovalo rezidenční místa na vzdělávání



nových praktiků. Moje vývody je třeba brát ne jako zcela vědecké. Nejsem statistik. Ale poznatky z praxe nejsou s mými teoretickými vývody v rozporu.

Jsou však opravdoví odborníci, kteří se statistikou ohledně zdravotnictví zabývají na špičkově vědecké úrovni. Jedním z nich je RNDr. Luděk Šídlo, Ph.D., z katedry demografie a geodemografie Přírodovědecké fakulty Karlovy univerzity. Ten na vědecké úrovni vypracoval jak zhodnocení současného stavu počtu praktických lékařů, tak i prognózu do roku 2040. Jde o velmi alarmující zjištění. Je smutné, že VZP tyto data od doktora Šídla měla, ale pro nápravu stavu nic významného neudělala, ačkoli má za zajištění dostupnosti a kvality primární péče v našem státě největší zodpovědnost. Leč nevymahatelnou.

Zdroj: MUDr. P. Bouzek, MT, www.tribune.cz, 6. 3. 2017

Vedení Karlovarského kraje přidá krajské nemocnici na platy zdravotníků

Po jednání se zdravotníky v chebské nemocnici se vedení kraje zavázalo k tomu, že bude hledat cestu k řešení personálního zajištění jednotlivých oddělení a k možnému zvýšení platů.

Výsledkem je, že kromě navýšení platů o 10 procent od 1. března posílí kraj rozpočet Karlovarské krajské nemocnice o dalších 10 miliónů korun. Peníze bude muset management nemocnice využít výhradně na platy středního zdravotnického personálu.

„Vím, že situace ve zdravotnictví není dobrá, chybí mnoho zdravotních sester a ty, které zůstávají, pracují spoustu hodin navíc. Jsme si toho vědomi, proto podle možností krajského rozpočtu chceme vyjít zdravotníkům vstříc a kromě příslibeného desetiprocentního nárůstu platů ještě přidáme 10 miliónů korun. Dohlédneme na to, aby peníze rozdělil management nemocnice právě střednímu zdravotnickému personálu a na těch odděleních, kde je posílení platů nejvíce zapotřebí,“ vysvětlila hejtmanka Karlovarského kraje Jana Vildumetzová.

Navýšení financí pro nemocnici musí schválit krajské zastupitelstvo na svém jednání 23. února. „Věřím, že se tímto vstřícným krokem podaří celou situaci zklidnit a pomůže to i ke stabilizaci personálu v nemocnicích,“ dodal krajský radní Jan Bureš.

Podle představitelů vedení kraje je však nezbytné, aby se problémem ve zdravotnictví zabýval stát a řešil jej systémově. Právě o tom bude 20. února jednat hejtmanka Jana Vildumetzová jako předsedkyně Asociace krajů a její kolegové hejtmani na setkání s vládou. O výsledku jednání bude zdravotníky opět informovat.

V letošním roce kraj zahájil velkou dostavbu a rekonstrukci nemocnice v Chebu za bezmála 500 miliónů korun. Dál bude obnovovat jednotlivá oddělení sokolovské nemocnice, kde budou mít pacienti v budoucnu k dispozici například nové operační sály. Kraj nechává zrekonstruovat kardiologii v karlovarské nemocnici a opravy čekají i porodnici. Z evropských fondů chce získat asi 152 miliónů korun na přístrojové vybavení pro návaznou péči do Karlovarské krajské nemocnice.

„Těmito nemalými investicemi chceme zajistit pro naše občany kvalitnější zdravotní péči a zároveň zlepšit podmínky a zázemí pro nelehkou práci zdravotníků,“ uzavřela hejtmanka Jana Vildumetzová.

Zdroj: www.novinky.cz, 12. 2. 2017

INZERCE

421 4-16

Přenechám (levně) nadstandardně velký pediatrický obvod **v okrese Ústí nad Orlicí** (vhodné i pro manželský pár pediatriů). Možnost pronájmu bytu, tel. 721 930 615.

423 4-16

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

448 10-16

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

457 12-16

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

458 1-17

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

459 1-17

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

460 1-17

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

461 1-17

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

462 1-17

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

463 2-17

Hledám nástupce do zavedené ordinace PLDD **v Praze 4**, Jižním Městě, od ledna 2018. Kontakt: 608 44 29 28

464 2-17

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

465 3-17

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

467 3-17

Přenechám ordinaci PLDD v Rakovníku, tel. 732 698 761.

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

Autodidaktický test 4/2017

Alergologie

- 1. Komplementový systém má výkonné a regulační funkce. Je tvořen souborem asi 40 glykoproteinů, z nichž některé se nacházejí v krevním séru, jiné na povrchu buněk a tvoří tak receptory. Základní složky komplementu jsou v séru v neaktivním stavu a mohou se aktivovat třemi cestami: klasickou, alternativní a lektinovou. Společným závěrem všech aktivizačních drah je tvorba komplexu atakujícího membrány buněk. Složka C3 komplementu má ústřední postavení při všech způsobech jeho aktivace. Chemicky se jedná o dvouřetězcový glykoprotein. Působením C3-konvertáz se štěpí na fragmenty C3a a C3b. Složka C3a patří mezi anafylatoxiny. Deficience C3 složky komplementu se projevuje:**
 - a) zvýšenou náchylností k infekcím vyvolaným zejména *N. meningitidis*
 - b) zvýšenou náchylností k chronickým pyogenním infekcím
 - c) zvýšenou náchylností k anafylaktickým reakcím
 - d) paroxysmální noční hemoglobinurií
- 2. Příčinou hereditárního angioedému (akutně vznikající otoky podkoží a sliznic s život ohrožující asfyxií) je:**
 - a) geneticky podmíněná nadprodukce IgE
 - b) geneticky podmíněný deficit histaminázy inaktivující histamin
 - c) geneticky podmíněný deficit inhibitoru C1 složky komplementového systému
 - d) geneticky podmíněný deficit properdinu regulujícího alternativní cestu aktivace komplementu
- 3. Anafylaktická reakce vzniká vazbou alergenu na povrch mastocytů a bazofilů s následným uvolněním mediátorů s lokálními či celkovými klinickými projevy. Nejtěžší formou je anafylaktický šok, který může velmi rychle vést k úmrtí. Projevuje se úzkostí, slabostí, cefalgiemi, opresemi, vertigem, průjmem, bronchokonstrikcí, hypotenzí. Anafylaktoidní reakce se podobá reakci anafylaktické, ale má jiný mechanismus vzniku. Uvolnění mediátorů ze žírných buněk a bazofilů způsobují např. radiokонтрастní látky, některé léky (ac. acetylsalicylicum), jedy hmyzu a hadů nebo některé složky komplementu.**
 - a) Anafylaktická reakce je způsobena degranulací mastocytů a bazofilů po vazbě alergenu na protilátky třídy IgE navázané na povrch těchto buněk
 - b) Anafylaktoidní reakce je způsobena degranulací mastocytů a bazofilů po vazbě alergenu na protilátky třídy IgG4 navázané na povrch těchto buněk
 - c) Anafylaktická reakce je způsobena degranulací žírných buněk a bazofilů po vazbě alergenu na C1 složku komplementu
 - d) Anafylaktoidní reakce je způsobena novotvorbou mediátorů anafylaxe v žírných buňkách a bazofilech po vazbě alergenu na protilátky IgE navázané na povrch těchto buněk
- 4. Lymfocyty dle své funkce, povrchových znaků (CD) a struktury dělíme na čtyři hlavní populace: lymfocyty B, lymfocyty T, lymfocyty TNK a NK buňky. Lymfocyty B zodpovídají za specifickou protilátkovou imunitní odpověď, lymfocyty T za specifickou buněčnou imunitu, NK buňky za nespecifickou buněčnou imunitu. Všechny lymfocyty T nesou receptory pro antigen CD3. Přítomností dalších CD znaků členíme heterogenní skupinu lymfocytů T na pomocné Th, cytotoxické Tc a paměťové Tm. Ani populace Th lymfocytů nesoucí znak CD4 není jednotná a dělí se na podskupiny Th1, Th2 a Th3, které secernují různé typy cytokinů. Aktuální poměr Th1 a Th2 předurčuje, jak bude probíhat imunitní odpověď po kontaktu s antigenem.**
 - a) Převažují-li Th1 lymfocyty, pak převládá zánětlivá buněčná imunitní odpověď
 - b) Převažují-li Th1 lymfocyty, pak převládá protilátková imunitní odpověď
 - c) Převažují-li Th2 lymfocyty, pak převládá zánětlivá buněčná imunitní odpověď
 - d) Převažují-li Th2 lymfocyty, pak převládá protilátková imunitní odpověď
- 5. Atopie je dědičně podmíněná abnormální přecitlivělost časného typu na určitý alergen. Atopie a anafylaxe nejsou synonyma – atopie je vlastnost, anafylaxe je reakce. Podstatou atopie je:**
 - a) zvýšená celulární imunitní odpověď Th2 lymfocytů, což vede k uvolnění mediátorů anafylaxe již po velmi malé dávce alergenu
 - b) zvýšená protilátková odpověď ve třídě IgE, což vede k uvolnění mediátorů anafylaxe již po velmi malé dávce alergenu
 - c) zvýšená celulární imunitní odpověď Tm lymfocytů, což vede k rychlé protilátkové odpovědi s novotvorbou mediátorů anafylaxe již po velmi malé dávce alergenu
 - d) zvýšená produkce eosinofilních granulocytů, což vede k masivní tvorbě histaminázy produkující histamin ve velkém množství již po velmi malé dávce alergenu



*Vhodná
i pro
nedonošené
děti*

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

Název přípravku: Infante hexa, přísvek a suspenze pro injekční suspenzi. Vakcína proti difterii (D), tetanu (T), pertusi (acelulární komponenta) (Pa), hepatitě B (rDNA) (HBV), poliovirům (inaktivovaná) (PV) a kombinovaná vakcína proti *Haemophilus influenzae* typu b (Hib) (akutizovaná). **Kvalitativní a kvantitativní složení:** Pro každou dávku (0,5 ml) obsahuje: Diphtherie toxanem na méně než 30 mezinárodních jednotek (IU), tetanin anatoxinem na méně než 40 mezinárodních jednotek (IU)*, pertusis toxanem 25 mikrogramů, haemagglutinin filamentosus 25 mikrogramů, pertactinem 8 mikrogramů, antigenem tetanin hepatitidy B 10 mikrogramů*, virus poliovirů¹ (inaktivovaný)* typus 1 (imen Mahoney) 40 IU jednotek antigenu, typus 2 (imen MEF-1) 8 IU jednotek antigenu, typus 3 (imen Sakakini) 32 IU jednotek antigenu, *Haemophilus influenzae* typu b polysacharidem 10 mikrogramů (polyethylenglykol-fosfat) conjugátem s tetanin anatoxinem jako nosným proteinem přibližně 25 mikrogramů, 1 adjuvans na hydroxid hlinitý, hydroxydový (Al(OH)₃) 0,5 miligramů Al3+ 2 vyrobeno rekombinantní DNA technologií na kultuře kvacikových buněk (Saccharomyces cerevisiae), 3 adsorbátory na fosforičnan hlinitý (AlPO₄) 0,32 miligramů Al3+ 4, 4 pomůcky na VESD buklitů. Tato vakcína může obsahovat stopy formaldehydu, neomycinu a polymyxinu, které se používají v průběhu výrobního procesu. **Indikace:** Infante hexa je určen pro základní očkování a předočkování dětí proti difterii, tetanu, pertusi, hepatitidě B, poliovirům a onemocněním způsobeným *Haemophilus influenzae* typu b. **Dávkování a způsob podání:** Základní očkování schéma spočívá v podání dvou nebo tří dávek (0,5 ml), které mají být podány v souladu s národními doporučeními. **3. dávka:** Předčkování je nutné, má jednotlivými dávkami základního očkování má být zachován interval nejméně 1 měsíc. Předčkování má být provedeno nejpozději 6 měsíců po podání dvou základních očkování a nejdříve před dovršením věku 18 měsíců. 2 dávky Předčkování je nutné, má jednotlivými dávkami základního očkování má být zachován interval nejméně 2 měsíce. Předčkování má být provedeno nejpozději 6 měsíců po podání druhé základního očkování a nejdříve mezi 11. a 13. měsícem věku. Předčkování a nejdříve nejpozději 24 týdnů (třinácti dnů) 3. dávky předčkování je nutné, má jednotlivými dávkami základního očkování má být zachován interval nejméně 1 měsíc. Předčkování má být provedeno nejpozději 6 měsíců po podání druhé základního očkování a nejdříve před dovršením věku 18 měsíců. Běžná běžná účinnost vakcíny Infante hexa u dětí starších 36 měsíců nebyly stanoveny. Infante hexa je určen k hubnutí intramuskulární aplikací. Další dávky je vhodné podat vždy do jiného místa, než byla podána předchozí dávka. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na přechlévací látky nebo na jakýkoli pomocný látky nebo na formaldehyd, neomycin a polymyxin. Hypersenzitivita předchozí aplikaci vakcín proti difterii, tetanu, pertusi, hepatitidě B, poliovirům a *Haemophilus influenzae* typu b. Infante hexa je kontraindikována u dětí, u nichž se do sedmi dnů po předchozím očkování vakcínou obsahující pertusovou složku vyskytla anafylaktická nebo jiné závažné reakce. Vakcínových přípravků se musí očkovat před tím, než se objeví vakcínami proti difterii, tetanu, hepatitidě B, poliovirům a Hib. Podání jako u jiných vakcín i aplikace vakcíny Infante hexa musí být odložena u osob trpících závažným akutním onemocněním imunitním. Přítomnost slabé infekce však není považována za kontraindikaci. **Zvláštní upozornění:** Jediná dávka v časové souvislosti s aplikací vakcíny obsahující pertusovou složku k následně z důle popsaných reakcí, je nutné předtím než podání dalších dávek vakcíny, které pertusovou složku obsahují. Teplota > 40,0 °C během 48 hodin po očkování s neprozkouzanou vakcínou, kolaps, nebo závažný stav (hypotenzní-hypertenzní epizoda) během 48 hodin po očkování, trvalý nedostatek pláče trvající > 3 hodiny během 48 hodin po očkování, křeče s horečkou nebo bez ní během prvních 3 dnů po očkování. Za určitých podmínek, například v případě vysokého výsledku sérového křesle, však očkování přinese imunizační přínos možná nižší. Podobně jako u jiných očkování by se měl počkat až poté, co se zlepšil a násto imunizační vakcíny Infante hexa nebo být odložen u kojenců nebo u dětí trpících následkem nové závažné nebo progresivní neurologické poruchy. Stejně jako u jiných očkování vakcín musí být i u aplikací této vakcíny připravena dostupná anafylaktická léčba a péče a dohled. Nemocnění s trombocytopenií a s poruchami srážlivosti krevní musí být vakcína Infante hexa aplikována se zvýšenou opatrností, neboť po intramuskulární podání může dojít ke krvácení. Nepodávejte vakcínu Infante hexa intravaskulárně nebo intratekálně. Podobně jako u jiných vakcín, nemusí být u všech očkovacích jedinců vyvolána ochranná imunitní odpověď. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Vakcína Infante hexa může být podána současně s pneumokokovou konjugovanou vakcínou (PCV7, PCV10, PCV13), konjugovanou vakcínou proti meningokokální serologické C konjugátu CRM-1 a TT, s konjugovanou vakcínou proti meningokokální tetarokso A, C, W-135 a Y (konjugát) DT, s opořovací vakcínou proti rotavirům a vakcínou proti ospalému, příušnicím, záškrtu a planým neštovicím (MMRV). **Těhotenství a kojení:** Údaje nejsou k dispozici. **Nežádoucí účinky:** Podobně jako u DTaP vakcín a kombinovaných vakcín obsahujících DTaP byla po podání dávky vakcíny Infante hexa pozorována vyšší míra nežádoucích účinků než po základním očkování. Následující bezpečnostní profil nežádoucích účinků je založen na údajích získaných v klinických studiích (údaje ad vícesmě: 16 000 jedinců) a v průběhu postmarketingového sledování. Věmi časté (> 1/10) a časté (> 1/100, < 1/10) nežádoucí účinky: nevolnost, nevolnost plácnutí, podráždění, neklid, horečka > 38 °C, lokální otok v místě vpichu (< 50 mm), úmrtí, bolest, zánět, nervozita, průjem, zvracení, horečka > 39 °C, neklid v místě vpichu, včetně indurace, lokální otok v místě vpichu (> 50 mm), u dětí očkovacích v rámci základní imunizace vakcínou obsahujícími acelulární pertusovou složku je po předchozím převedení podání vyřadí otoků se spojením s těžšími očkovacími reakcemi u některých jedinců. Tyto reakce nastávají průměrně za 4 dny. Vakcína Infante hexa byla ve studiích základního očkování podávána více než 1000 předčasně narozeným dětem (narozeným po 24 až 36 týdnech těhotenství) a více než 200 předčasně narozeným dětem jako předčkování ve druhém roce života. Ve smyslových klinických studiích byl pozorován podobný výskyt příznaků u předčasně narozených i dospělých dětí. **Inkompatibilita:** Infante hexa nesmí být mísen s žádnými dalšími léčivými přípravky. **Doba použitelnosti:** 3 roky. **Zvláštní osazení pro uchování:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C). Chráněte před mrazem. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. Pro kontrolu se doporučuje použít vakcínní kartu. **Držitel rozhodnutí o registraci:** GlaxoSmithKline Biologics s. a. Rue de l'Institut 89, B-1330 Rixensart, Belgie. **Registrační číslo(a):** EU/1/00/152/001-008, EU/1/00/152/019-021. **Datum první registrace/prodloužení registrace:** 23. 10. 2000/31. 10. 2010. **Datum revize textu:** 15. 9. 2016. Lék je vyznačen na vakcíně přílohu. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek aplikujte lokálně intramuskulární injekcí. Před podáním infante hexa se pro jistotu seřadte a upřesněte informaci o přípravku. Mezi očkování v Souhrnné údajy o přípravku a u návodů k použití. www.medicines.gov.uk nebo se obrátíte na zástupce GlaxoSmithKline s. a. Belgieho 1234-24-2. 1401 00 Praha 4 e-mail: cs.infantehexa@cs.infantehexa.com www.infantehexa.com Příloha k rozhodnutí o registraci a k prodloužení rozhodnutí o registraci. GlaxoSmithKline Biologics s. a. Rue de l'Institut 89, B-1330 Rixensart, Belgie. www.infantehexa.com

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

Schváleno 1/2017
CZ/INFH/0030/16



**Při ublinkávání
Spolehlivá péče
podpořená vědou**



NOVINKA

**Funkční speciality BEBA zlepšují kvalitu života kojenců, rodičů i lékařů. 1-3
BEBA A.R. obsahuje 3 funkční složky – OPTIPRO® HA, škrob a Lactobacillus reuteri, jejichž účinky jsou klinicky ověřeny.**

BEBA A.R.

- ✓ Snižuje ublinkávání až o 80 % 4, 5
- ✓ Snižuje objem ublinkávání až o 48 % 6
- ✓ Snižuje frekvenci ublinkávání až o 75 % 7



**Tyto výrobky doporučuje
Sdružení praktických
lékářů pro děti a dorost ČR.**

Důležité upozornění:

Světová zdravotnická organizace (WHO) doporučuje, aby těhotné ženy a matky byly informovány o výhodách a nadřazenosti kojení – zejména o skutečnosti, že mateřské mléko poskytuje dětem tu nejlepší výživu a ochranu před nemocemi. Matkám by měly být podrobně vysvětleny techniky kojení a způsoby udržení kojení se zvláštním důrazem na význam správné výživy stravy, a to jak v průběhu těhotenství, tak po porodu. Mělo by se zabývat zbytečným zaváděním částečného krmení 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 přinejmenším rozhodnutí používat kojeneckou výživu, tak je nezbytné matky poučit o správné přípravě a zdůraznit, že použijí nepasterizovanou vodu, neměly lahve nebo nesprávného ředění mléka jíst k onemocnění dítěte.

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

Odkazy:
1 Szajewska H. et al. Journal of Pediatrics 2012; 2 Indro F. et al. JAMA Pediatr 2014; 3 Savino F. et al. Beneficial Microbes 2014; 4 Valverde A. et al. Pulso ediciones 1998; 5 Infante D, Turiso R. Pulso ediciones 1998; 6 Mozin NU. Post marketing survey 1998; 7 Indro F. et al. Eur J Clin Invest 2011.