

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX

PEDIATRIAE

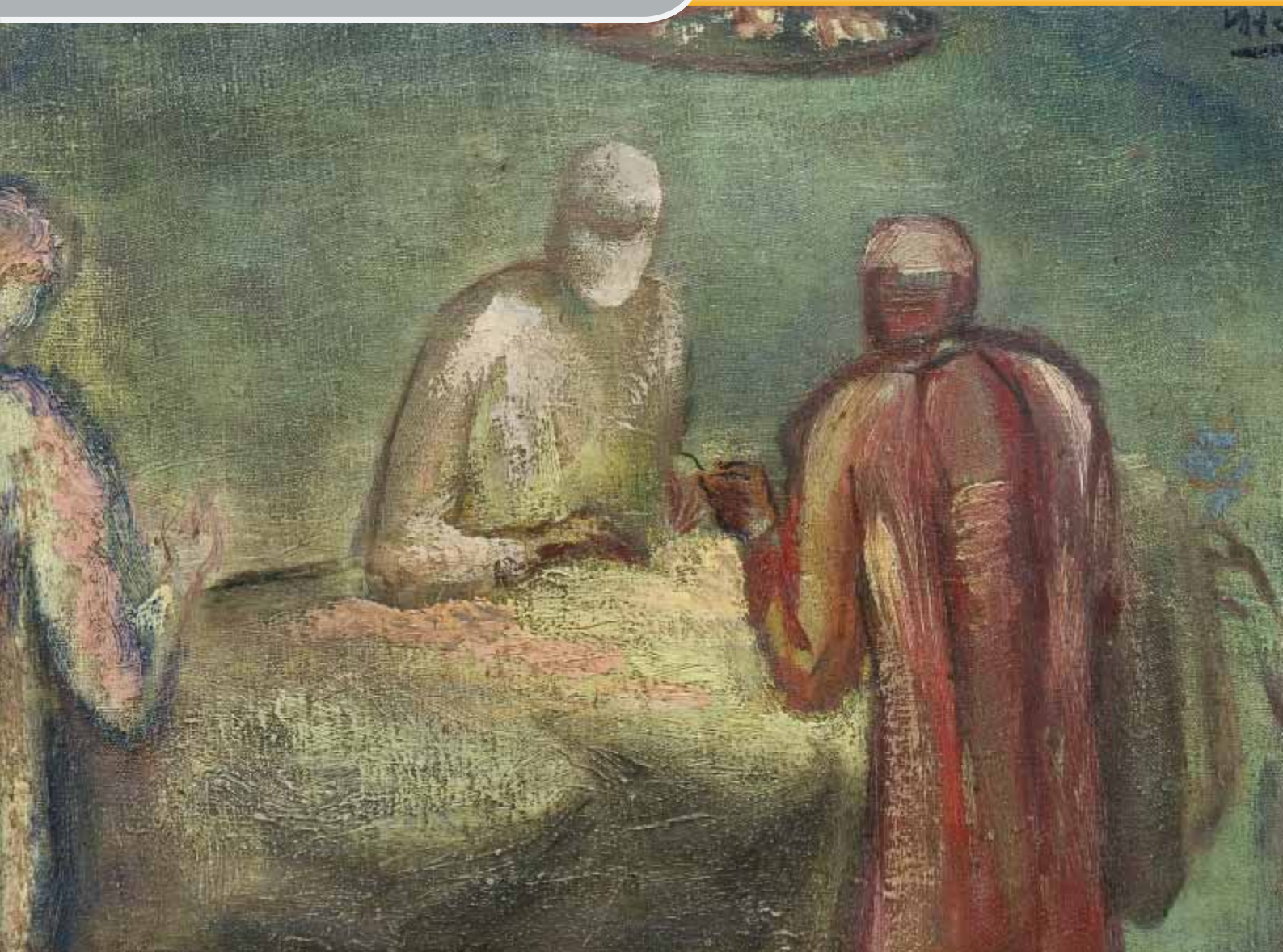
květen 2017
číslo 5 • ročník 17



OSPDL ČLS JEP

téma čísla

Problematika dorostového věku



- Změny v postgraduálním vzdělávání lékařů
- Akné – praktické rady pro praxi
- Život ohrožující krvácení v dětské intenzivní a perioperační medicíně
- Subkapsulární hematom ledviny u vrcholového sportovce
- Intoxikace paracetamolem
- Maligní melanom kůže pohledem praktického lékaře
- Intersticiální plicní onemocnění v dětském věku
- Touretteův syndrom aneb Ty maminky na internetu
- Metodika provádění a vykazování včasného zachytu poruch autistického spektra



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

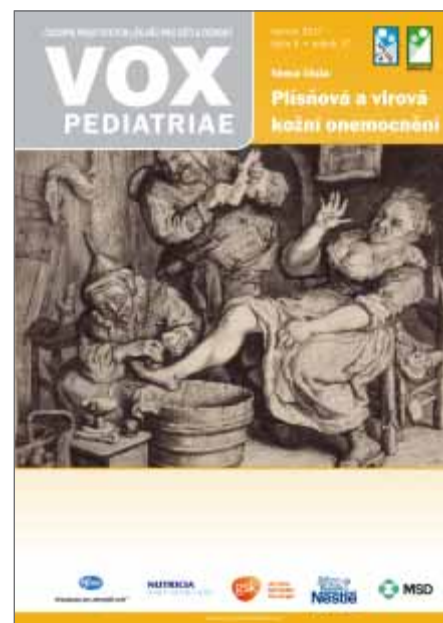
- ✓ Unikátní prebiotická směs scGOS/lcFOS (9 : 1)
inspirovaná mateřským mlékem
- ✓ Částečně hydrolyzovaná bílkovina
pro minimální styk s antigeny

**VÝČINKY
KLINICKY
PROKÁZÁNY^{1,2}**



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

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Informace SPLDD	6
	Usnesení regionálních konferencí	10
	MUDr. Zdeněk Mrozek	12
	Změny v postgraduálním vzdělávání lékařů	
	Informace OSPDL ČLS JEP	17
	MUDr. Jan Hugo	18
	Akné – praktické rady pro praxi	
	MUDr. Martin Haša	20
	Intoxikace paracetamolem	
	MUDr. Roman Sviták, Ph.D.	22
	Život ohrožující krvácení v dětské intenzivní a perioperační medicíně – nová doporučení	
	MUDr. Kateřina Urbanovská	24
	Subkapsulární hematom ledviny u vrcholového sportovce	
	MUDr. Jarmila Ševčíková, Ph.D.	27
	Maligní melanom kůže pohledem praktického lékaře	
	MUDr. Tamara Svobodová, CSc.	29
	Intersticiální plicní onemocnění v dětském věku	
	MUDr. Dagmar Karbanová	32
	Touretteův syndrom aneb Ty maminky na internetu	
	Ze světa odborné literatury	34
	Aktuality	35
	Řádková inzerce	37
	Autodidaktický test, Bolesti hlavy	38
	Metodika provádění a vykazování včasného záchytu poruch autistického spektra (PAS) v ordinacích PLDD	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

GSK
HIPP
MSD
NESTLÉ
NUTRICIA
PFIZER

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX

PEDIATRIAE

www.detskylekar.cz

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

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

Odborná garance: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

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

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

Jazykové korektury: Bohumila Weilová
Grafické zpracování: Michal Semerák

Úřední hodiny SPLDD ČR

Pondělí	10 ⁰⁰ – 15 ⁰⁰ hod.
Úterý	10 ⁰⁰ – 15 ⁰⁰ hod.
Středa	10 ⁰⁰ – 15 ⁰⁰ hod.
Čtvrtek	10 ⁰⁰ – 15 ⁰⁰ hod.
Pátek	10 ⁰⁰ – 13 ⁰⁰ 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: Václav Hejna – Operace (Galerie hlavního města Prahy)

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



Vážené kolegyně a kolegové,

když jsem souhlasil se svou kandidaturou do výboru Odborné společnosti praktických dětských lékařů, ani v nejmenším jsem neočekával, že bych mohl být zvolen. Když mne vaše hlasy, za něž vám děkuji, vynesly na druhé místo v pořadí kandidátů, byl jsem velice překvapen. V tuto chvíli pociťuji především tíhu zodpovědnosti za náš obor a snahu nezklamat důvěru, kterou jste mne poctili. K mým prioritám bude jistě patřit posílení pozice Odborné společnosti praktických dětských lékařů nejen ve struktuře České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, ale i ve vztahu ke státní správě, lékařské samosprávě a pacientům. Aby se neopakovaly omyly státní správy, kdy namísto OSPDL oslovují státní úředníci k vyjádření Pediatrickou společnost v záležitostech týkajících se především primární pediatrické péče.

Současně považuji za nezbytné posilovat a prohlubovat spolupráci mezi Sdružením praktických

lékařů pro děti a dorost, tedy profesní organizací, a Odbornou společností praktických dětských lékařů. Toto těsné sepětí jinak samostatných organizací je naší mimořádnou výhodou vůči jiným odbornostem. Jeho uchování je podle mého názoru zásadní. Nyní ještě zbývá několik slov z historie.

Narodil jsem se před víc než čtyřiceti lety do lékařské rodiny v královském městě Litoměřice. Děťství je nejspíš zbytečně popisovat, povolání mých rodičů snad mluví za vše. Nicméně si rozhodně nemohu, a ani nechci, stěžovat. Navzdory bohatým zkušenostem z rodiny jsem nikdy, vyjma krátkého popelářského období, o jiném povolání než medicíně neuvažoval. Proto jsem po maturitě začal studovat na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy obor všeobecné lékařství. Během studia jsem první zkušenosti s pacienty sbíral při „brigádě“ na Záchraně službě hlavního města Prahy. Nebudu zastírat, že intenzivní medicína mě vždy přitahovala, po promoci jsem se chtěl věnovat oboru anesteziologie a resuscitace.

Bohudík v době, kdy jsem hledal zaměstnání, bylo možno nastoupit pouze na pediatrii. Svoje „intenzivistické ambice“ jsem realizoval tedy alespoň externí spoluprací se záchranou službou, pro kterou pracuji dodnes. Díky mému prvnímu primáři Vladimíru Rambouskovi jsem i přesto k pediatrii našel cestu vcelku bez potíží. Po složení první atestace v pediatrii jsem se rozhodl věnovat pediatrické primární péči a začal pracovat v ordinaci PLDD. Věřte, že při méj zálibě v dynamickém oboru, jakým intenzivní medicína je, pro mě byl přechod mimořádně náročný. Na obtížnou práci PLDD jsem si zvykal jen těžko, jen díky tolerantnímu přístupu mého okolí se mi nakonec podařilo úspěšně skloubit práci PLDD, na záchraně službě i dětském oddělení.

Na dětském oddělení jsem se kromě obecné pediatrie vydal směrem dětské endokrinologie. Vzdělávací program byl v té době ještě nastaven natolik příznivě, že složení atestace bylo reálně uskutečnitelné. Po složení atestace z dětské endokrinologie jsem cítil, že multidisciplinární pojetí praktického lékařství pro děti a dorost mi přece jen vyhovuje o něco víc než obecná pediatrie. Přesto jsem se i po definitivním odchodu do ordinace PLDD dlouhou dobu snažil pomáhat svému „mateřskému“ dětskému oddělení alespoň účastí ve službách. V současné době jsem však již obecnou pediatrii zcela opustil a na dětském oddělení plním pouze funkci konziliáře v dětské endokrinologii. Intenzivní medicína se stala mým koníčkem. Především se ale věnuji práci v ordinaci PLDD. Nyní již bez pomoci méj maminky, která se rozhodla užít si zaslouženého důchodu a v ordinaci se objevuje jen jako zástup.

Doma jsem otcem dvou krásných dcer, z nichž starší již úspěšně dosáhla zletilosti. Moje žena, zdravotní sestra, se již několik let zabývá intenzivním studiem jógy, takže mnoho problémů mohu její zásluhou posuzovat i z velmi nezvyklých úhlů pohledu. Ve volných chvílích se věnuji historii a genealogii. Dříve oblíbenou turistiku mi v tuto chvíli pomáhá pěstovat náš pes Janík při venčení.

Pevně věřím, že nyní začíná nová, neméně úspěšná kapitola mého života. Náš obor se sice nalézá v nelehké situaci, ale naše odbornost není dána tím, jaký má název. Je ukryta v nás, v naší práci, vědomostech a zkušenostech. Dokud lékaři v odbornosti PLDD pracují, dokud naše ordinace fungují jako ordinace PLDD, a nikoliv jen jako jakési „předpolí dětských oddělení“, potud žije i naše odbornost. Je možné, že ten velký krok zpátky, kterým zrušení našeho oboru bezpochyby je, se zvrátit nepodaří. Je možné, že se naplní nejčernější představy a tato zásadní změna skutečně způsobí kolaps celé pediatrické péče v naší zemi. To je však v rukou politiků. Je jejich zodpovědností, aby naši zemi spravovali tak, aby rozkvétala. Na nás je, abychom se ozvali, když jejich snažení zemi škodí. V tuto chvíli bychom měli odložit zbytečnou skromnost a snahu poskytovat péči za každou cenu. Pokud se stát rozhodl, že pediatrická péče je v této šíři nadbytečná (ať už z jakéhokoli důvodu), pak ji dříve nebo později zruší, bez ohledu na to, jak hluboko budeme ohýbat svůj hřbet. „Rubikon byl překročen, není cesty zpět...“

S přáním příjemného jara
váš Zdeněk Zíma



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová, MUDr. Milan Kudyn

V právě uplynulém období proběhly události a jednání, jejichž výsledek ovlivní naši činnost v následující polovině letošního roku a v roce 2018. Řada z vás využila možnosti vyjádřit se k dané problematice na probíhajících regionálních konferencích a své návrhy včlenila do jejich usnesení. Zejména některé návrhy zdravotních pojišťoven v prvním kole dohodovacího řízení (DŘ) nad úhradovým dodatkem pro rok 2018 jsou pro nás nepřijatelné. Pro náš segment považujeme za nepodkročitelné minimum dorovnání navýšené ceny lékařské práce v sazebníku výkonů do kapitace, tzn. sumární navýšení sazeb o 2,5 % v roce 2018. Bohužel ani nový pan ministr nezměnil názor, že největší nárůst prostředků musí plynout do lůžkových zařízení. Máme potvrzeno, že pan poslanec doc. Svoboda (ODS) podal návrh novely zákona o vzdělávání tak, aby se náš obor PLDD navrátil mezi obory základní. Otázkou je, zda bude vůle zařadit tento bod na program schůze Poslanecké sněmovny. Na jednání Koalice soukromých lékařů se velmi diskutovalo zavedení e-receptu jako jediné možnosti vystavení léku pacientovi. Stejně tak i návrhy zdravotních pojišťoven, týkající se přenášení finančních rizik systému na praktiky i ambulantní specialisty, kdy úhrada za vyžádané laboratorní výkony má být vázána na formu předplacené péče (smlouva praktických lékařů s laboratoří).

15. 3. 2017 proběhlo jednání Koalice soukromých lékařů, týkající se ochrany osobních údajů, přípravy na jednání s ministrem zdravotnictví, KSL řešila obecné principy rizika zavedení e-receptu a EET v ambulancích.

17. 3. 2017 proběhla v kanceláři SPLDD schůzka všech regionálních pokladníků s daňovým poradcem sdružení Ing. Adamcem.

22. 3. 2017 se uskutečnilo jednání s náměstkem ministra zdravotnictví prof. Prymulou, kterého se zúčastnily za OSPDL MUDr. Cabrnachová, MUDr. Šebková a za SPLDD MUDr. Hülleová. Předmětem jednání byla zejména problematika oboru PLDD a očkování.

23. 3. 2017 proběhlo jednání zástupců KSL s ministrem zdravotnictví Ludvíkem, přítomni byli i tři jeho náměstci. Jednoznačně zaznělo, že prioritou financování jsou lůžková zařízení, elektronický recept bude povinný pro všechny od 1. 1. 2018. V diskusi kolem našeho oboru nezazněla podpora, o systému a fungování primární péče o děti pan ministr neměl přesné informace.

24. 3. 2017 proběhla schůzka analytické komise dohodovacího řízení o úhradách. Byli jsme seznámeni s daty příjmů a výdajů zdravotního pojištění za 2. pololetí a celý rok 2016. Bohužel se potvrdilo, že segment praktických lékařů stagnuje oproti jiným segmentům (nárůst 6 % oproti referenčnímu období). Byla schválena závěrečná zpráva AK o vývoji příjmů a nákladů na zdravotní služby v z.p. v roce 2016.

28. 3. 2017 se uskutečnila schůzka s panem poslancem doc. Svobodou (dr. Kudyn, dr. Šebková), na které došlo ke koordinaci vzájemného postupu týkajícího se podání tzv. malé novely zákona o vzdělávání (obor PLDD jako obor základní).

1. 4., 6. 4., 8. 4. 2017 proběhly regionální konference SPLDD v jižních Čechách, severních Čechách, v Praze a na Jižní Moravě. Účast byla oproti minulým rokům významně větší, chce se věřit, že to nebylo jenom díky tomu, že se souběžně prodávaly tzv. šanony SPLDD. Dle svých časových možností se konferencí účastnili zástupci výkonného výboru SPLDD a výboru OSPDL.

6. 4. 2017 bylo zahájeno na půdě VZP první kolo dohodovacího řízení segmentu praktických lékařů. Zástupcům segmentu (mluvčí dr. Bábíček /SPL/, dr. Kudyn /SPLDD/, dr. Němeček /ČLK/, Ing. Kameník /MediClinic/) byly předloženy návrhy Svazu zdravotních pojišťoven a VZP na úhradu hrazených služeb včetně regulačních omezení na rok 2018. Podmínkou praktiků bylo navýšení kapitační sazby o 2,5 %, tak aby bylo zohledněno navýšení lékařské práce za výkony, zahrnuté do této platby (cca 19 výkonů). VZP přišla s průlomovým návrhem, aby si praktičtí lékaři nasmlouvali přímo s laboratoří úhrady za komplement, s tím, že prostředky na tento nákup by dostávali od pojišťovny (výše základní sazby byla pro odbornost 002 stanovena ve výši 712 Kč na jednoho unikátního pojištěnce). Jinak údajně hrozí lékařům přísné regulační limity na komplement. Uvidíme, další jednání segmentu bude následovat. Celkovou strategií ambulantního sektoru k úhradové vyhlášce pro rok 2018 má na pořadu jednání KSL dne 19. 4. 2017.



Informace SPLDD

■ Zápis z jednání Koalice soukromých lékařů 15. 3. 2017

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

1. Reakce ÚZIS na dopis k ekonomickým výkazům

- Zástupci Koalice soukromých lékařů berou reakci doc. RNDr. Ladislava Duška, Ph.D., ředitele ÚZIS, na vědomí. Letošní rok považuje ÚZIS za přechodné období a vyžaduje pouze souhrn příjmů a výdajů. Vedení SPL s doc. Duškem jednalo a podle informace dr. Šmatláka bude ÚZIS v příštím roce žádat vykazování strukturovaných údajů.

2. Návrh zákona o elektronizaci zdravotnictví

- Dr. Jojko zaslal k návrhu zákona JUDr. Janu Chvojkoví, ministrovi pro lidská práva, rovné příležitosti a legislativu a předsedovi Legislativní rady vlády, otevřené stanovisko Rady SAS. Pokud bude návrh zákona schválen vládou a postoupen k projednání PSP ČR, vyjádří se k němu společně všichni členové Koalice.

3. Příprava na jednání s ministrem zdravotnictví

- Setkání zástupců KSL s ministrem zdravotnictví se koná ve čtvrtek 23. 3. 2017 od 13:30 hodin. S tématy k projednání byl dr. Ludvík seznámen v žádosti o schůzku, kterou obdržel dne 13. 1. 2017. Jde o problémy, které začala KSL řešit s předcházejícím ministrem zdravotnictví, ale jednání nebyla ukončena, a řadu dalších, které mají významný vliv na provoz privátních praxí a zasluhují si pozornost, zejména:
 - úhrady zdravotní péče,
 - upřednostňování financování nemocnic (včetně zvyšování platů lékařů a sester) na úkor privátních ambulantních zařízení,
 - stárnutí lékařů v ambulantních,
 - elektronizace zdravotnictví (EET a e-recept),
 - povinné stáže v nemocnicích.
- Dr. Chrz informoval o předpokládaném nárůstu prostředků zdravotního pojištění pro příští rok ve výši 12 mld. Kč, z toho 11,2 miliard Kč bylo již přerozděleno

a na ambulantní sektor tak zbývá pouze 0,8 mld. Kč.

4. Informace o setkání zástupců SPL s prezidentem ČLK

- Dr. Šmatlák informoval o setkání s dr. Kubkem. Předmětem jednání byly problémy ambulantních ZZ a postavení fakultních a okresních nemocnic. Diskutovány byly možnosti společné podpory ambulantního sektoru a jeho rovného přístupu k finančním zdrojům. Po obdržení podrobnějších informací a návrhů ze strany ČLK budou zástupci Koalice o společném postupu s ČLK znovu jednat.

5. Výměna mluvčího KSL

- Mluvčím Koalice soukromých lékařů je do září 2017 MUDr. Ilona Hülleová, předsedkyně Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR.

Různé

- SAS a SPL oslovila zdravotní pojišťovny dopisem s žádostí o vyčíslení procenta „tuplovaných“ vyšetření (více vyšetření jednoho pacienta lékaři stejné odbornosti v krátkém časovém úseku po sobě) a ještě s dalšími otázkami týkajícími se pohybu pacientů mezi ambulantními PL a AS. Problémem se bude zabývat analytická komise 24. 3. 2017.
- Dr. Chrz se informoval na úhrady lékařů za LSPP.

Zapsala: Mgr. Zina Sladkovská

■ ÚZIS – odpověď na dopis koalice

Vážená paní magistro, dobrý den – reaguji na dopis Koalice soukromých lékařů zasláný mailem níže. Obsah dopisu byl projednán na poradě vedení MZ ČR a touto odpovědí plním také úkol pana ministra, který mi uložil odpověď zpracovat.

Tato odpověď je relativně stručná, **zároveň jsem ale již odeslal přímo velmi detailní odpovědi, včetně aktuálního vzoru výkazů, všem signatářům dopisu individuálně.**

Dopis se primárně týká výkazů řady „E“ a ty nejsou v primární legislativní moci MZ ČR, ale ČSÚ, a jsou předmětem širšího meziresortního vykazování a zpravodajství. Tím se nijak nevymlouvám, jen prostě ÚZIS ani MZ ČR nemůže tyto věci měnit samovolně.

Nicméně i tak se snažíme v této věci pro sběr za rok 2016 pomoci, protože vámi navrhované změny jsou pochopitelné – a tedy jsem se již cca před 3 týdny sešel s vedením praktických lékařů a dohodli jsme se takto:

- Výkaz 5-01 pro období 2016 vyhlásíme jako přechodné období sběru a detailní položky v něm učiníme nepovinnými. Povinnými zůstanou pouze celkové sumáře / výsledovka.
- Vedení praktických lékařů toto odsouhlasilo jako přijatelný kompromis.

Zároveň jsme se s praktickými lékaři dohodli, že předložíme závazný návrh ke změně výkazu 5-01 (nezaručuji, že bude přijat) a hlavně alespoň k mírnému posunu povinného data odevzdání výkazů – za to budu bojovat silně. V tom nyní komunikuji s panem doc. Býmou.

Na závěr si dovoluji poznamenat, že data o ekonomické situaci, nákladech/výnosech nelůžkových zařízení nemůžeme získat z daňové správy; o to jsme se již pokusili, ale tato data nejsou uvolnitelná pro žádnou třetí stranu.

S úctou L. Dušek

■ Požadavky na racionální elektronizaci českého zdravotnictví schválené radou Sdružení ambulantních specialistů ČR, o.s., (SAS)

Rada SAS je toho jednoznačného názoru, že jakýkoli systém elektronizace českého zdravotnictví musí plnit následující kritéria:

1. Bezpečnost proti úniku, zneužití, prodeji dat

- bez užití centrálního úložiště dat
- bez potřeby trvalého napojení PC uživatele ZZ na internet.
- data by byla uložena na čipové kartě, kterou by měl pacient u sebe.

Zdůvodnění:

Ve výše uvedeném smyslu nejsou v současné době bezpečná žádná existující data, která jsou kdekoliv centrálně shromažďována nebo uložena v kterémkoli PC napojeném na internet (nejbezpečnější jsou dnes ta data, která vůbec neexistují).

Z tohoto pohledu se jeví jako nejbezpečnější, aby data byla uložena na médiu, které bude mít pacient u sebe (např. čipová karta, resp. karta pojištěnce s čipem), které ale nebude využíváno k žádným jiným účelům



než ke komunikaci pacienta se zdravotnickým zařízením. Přístup k datům by byl podmíněn souhlasem (sdělením přístupových hesel) pacienta. Případy nouze (bezvědomí pacienta) by musely být ošetřeny ve zvláštním režimu. Je možno uvažovat např. tak, že by existoval základní soubor dat (která jsou nutná pro zajištění jeho přežití) o pacientovi. Samozřejmě s jeho souhlasem. Přístupové heslo tohoto souboru by bylo lékařské veřejnosti obecně známé pro všechny občany. Zde by byla jen zásadní data, např. alergie na včelí jed, dg diabetes mellitus apod.

2. Dobrovolnost pro pacienty i zdravotnická zařízení (lékaře)

- To lze zajistit jen tehdy, pokud bude systém nastaven tak, že bude třeba aktivního přihlášení všech dotčených (pacienta i lékaře).
- Jakékoli jiné smlouvy musejí být řešeny mimo – na zvláštním papíře či elektronicky – myslí se jakékoli jiné smlouvy a dodatky (např. mimo smlouvy a úhradové dodatky mezi ZZ a ZP), pokud by v dané věci chtěla být ZP aktivní.

3. Použitelnost bez rizik plynoucích z právní odpovědnosti

- Údaje zapsané v systému musejí mít charakter zdravotnické dokumentace, musí být jasně stanoven rozsah dat, která mají být do systému zadána (např. soupis diagnóz a užívané medikace včetně dávkování), musí být stanovena právní odpovědnost za škody způsobené tím, že v systému budou neplatná data nebo mylná data.
- Pro každého pacienta musí být jeden jediný lékař (nejspíše registrující praktický lékař), který bude garantovat, že data uvedená v systému jsou platná a lze se na ně spolehnout. Tento lékař by jako jediný měl právo vpisovat do „hlavního chorobopisu“. Ostatní by v něm směli jen číst, sami by mohli vypisovat jen do vedlejších souborů s tím, že lékař s vyššími právy by jako jediný data přepisoval právě do „hlavního chorobopisu“.

4. Finanční rentabilita

- Všechny výdaje a práce spojené se zápisem a evidencí dat v systému musejí být řádně a plnohodnotně zaplacený. Tím je myšleno: náklady na čipové karty, interface pro napojení do PC, software, školení, čas strávený zadáváním dat atd.
- Měl by být zajištěn cenový dohled státu nad tím, aby obsluha této komunikace nebyla nepřiměřeným ziskem jak privátních firem, tak zdravotních pojišťoven.

- Cena práce lékaře v souvislosti se zápisem dat by nesměla být nižší, než je cena práce za jinou zdravotní péči.

5. Maximální uživatelský komfort

- Práce s elektronicky uloženými daty musí lékaři pomáhat a šetřit čas, nikoli situaci komplikovat a zdržovat jej.
- Uživatelsky nejpříjemnější nám přijde systém, kdy data s sebou do ambulance přinese sám pacient (např. na kartičce pojištěnce s čipem). Lékař by se pak nemusel probojovávat komplikovaně přes různá hesla do různých serverů a nemusel by trvale být online. Prostě by dal kartičku s čipem do čtečky, pacient by zadal PIN a data by byla okamžitě k dispozici.

6. Ochrana know-how lékařů/poskytovatelů zdravotní péče

- Systém musí počítat s tím, že lékaři jsou v současném režimu de facto podnikateli, kteří sice spolupracují v péči o pacienta, zároveň ale také o něj soutěží hlavně kvalitou své práce, jejíž nedílnou součástí je i kvalita jimi vedené dokumentace a jimi psaných zpráv.
- Představa, že všichni lékaři začnou dávat všechna data, své úvahy, diagnostické závěry atd. volně k dispozici na jakékoli médium, resp. do jakéhokoli univerzálního úložiště, je jistě falešná a jistě neplatí. Jakýkoli tlak na lékaře tímto směrem povede jen k degradaci rozsahu „veřejné“ části dokumentace.
- Systém musí dát lékařům právo chránit své know-how.

7. Financování oddělené od systému veřejného zdravotního pojištění

- **Financování systému musí být zajištěno z jiných zdrojů, než je zdravotní pojištění.** Buď přímými platbami pacientů nebo formou jejich připojištění na tuto službu.
- Musí být jednoznačně zajištěno, aby služby spojené s tímto systémem nekonsumovaly peníze vybrané od občanů ČR k zajištění zdravotní péče o ně.

8. Požadavek na elektronizaci zdravotnictví musí být určen výhradně zájmem pacienta

- Na elektronizaci mají zájem různé zájmové skupiny napojené na zdravotnictví. Vidí v tom obrovský zdroj příjmu typu rozsáhlé státní zakázky. Tomuto základnímu zájmu podřizují představy o realizaci a dalších podmínkách. V konečném důsledku by důslednou elektronizací mohli dosáhnout stavu, kdy bez nich nebude možno vůbec poskytovat jakoukoli léčebně preventivní péči. Tedy

stavu totální závislosti systému. To není možno připustit.

- Výčet hlavních zájmových skupin:

- a) pacienti mohou mít profit, je třeba odfiltrat potenciální rizika
- b) poskytovatelé v některých případech časový profit, zkrátí se doba potřebná na anamnézu, zápisy mohou být zdrojem příjmu, ale převažují negace v případě centrálního úložiště dat,
- c) zdravotní pojišťovny potřebná data mají, ale nevyužívají je; vnucovaná teorie o úsporách a možnostech kontrol je zakrývající skutečný účel, což jsou další zdroje příjmu pro zainteresované jedince,
- d) IT firmy výrazný zájem ekonomický, zajištěný příjem na léta dopředu, jsou schopny ovládnout zdravotnictví,
- e) farmaceutické firmy a dodavatelé zdravotnické techniky výrazný zájem vyplývající z kompletní informační databáze, v případě centrální databanky. Úniku dat nelze zabránit.

Souhrn k bodům 6 až 8:

- Elektronizace má být v první řadě prospěšná pacientům a zvyšovat komfort práce lékařům, resp. zdravotnickým zařízením bez zbytečného prodražování poskytování zdravotní péče.
- Nemá jít o shromažďování dat, ale výměnu dat, a to bez bezplatného předávání informací know-how lékařů.
- Skutečná úspora nebude v nějaké pomyslné redukci počtu zdvojených vyšetření (kterých je tak málo, že náklady na jejich redukci by byly vyšší než ta sama péče), ale ve zrychlení práce s daty bez potřeby je přepisovat z papíru na papír při zachování záruky, že data, která lékař ze systému dostane, jsou platná a pravdivá.

Náklady na elektronické recepty bude lékařům kompenzovat úhradová vyhláška

„Kritici elektronických receptů často namítají, že pro lékaře bude tento systém ztrátový a budou jej tedy muset dotovat z vlastních prostředků. Ministerstvo zdravotnictví vypočítalo průměrné náklady související s provozem elektronických receptů a rozhodlo se v úhradové vyhlášce vyčlenit prostředky, které by lékařům zvýšené náklady kompenzovaly,“ říká ministr zdravotnictví Miloslav Ludvík na kritické ohlasy ohledně elektronických receptů. E-recepty budou od příštího roku povinné.



Někteří lékaři dokonce prostřednictvím České lékařské komory varovali před tím, že kvůli tomuto modernímu opatření, kterým elektronické recepty bezesporu jsou, budou muset zavřít své ordinace. Podle Ministerstva zdravotnictví budou muset lékaři za provoz elektronických receptů hradit 400 korun ročně za elektronický podpis a náklady spojené s internetovým připojením, které se pohybují v průměru 300 korun za měsíc. „Dohromady to dělá zhruba čtyři tisíce na rok, což si nemyslím, že by mělo některé z lékařů zruinovat. I přesto jsme se rozhodli nastavit systém tak, aby zvýšené náklady pokrylo navýšení tzv. bonifikace za položku na elektronickém receptu,“ vysvětluje ministr Miloslav Ludvík s tím, že navýšení tzv. bonifikace v úhradové vyhlášce na 1 korunu a 70 haléřů za každou položku na elektronickém receptu by mělo výše uvedené náklady lékařům plošně pokrýt.

„Podporuji elektronizaci českého zdravotnictví, protože může významně přispět k vyšší ochraně zdraví pacientů i ke zrychlení a vyšší efektivitě zdravotní péče. E-recepty jsou toho výborným příkladem. Pokud budou mít lékaři i lékárníci, díky jednotnému elektronickému záznamu, přehled o tom, jaké léky a v jakém množství jsou pacientovi předepisovány, mohou přesně vyloučit nebezpečné kombinace léků nebo pohlídat zbytečné nadužívání některých přípravků,“ doplnil ministr zdravotnictví Miloslav Ludvík.

Zdroj: www.mzcr.cz

■ Zkušenosti mladé lékařky z českého zdravotnictví

Život je příliš krátký na to, abychom mrhali svým časem a energií vloženou do něčeho, co pro nás nemá smysl. Pokud se jedná o profesní rozvoj lékaře po promoci směrem ke specializované způsobilosti (faktické i formální), mělo by to platit tuplem. Snažím se neremcat, ale vše nevyhovující ve svém životě změnit. Jenže jsem narazila na problém, kdy se ve snaze o pozitivní změnu v mé lékařské praxi problémy pouze změnily, nikoli vyřešily. Fandím proto Mladým lékařům a nabízím své zkušenosti k publikaci, abych podpořila jejich aktivity, vedoucí snad ke zlepšení předatestačního vzdělávání lékařů. Píši anonymně, protože jsem sraab (a nemám atestaci), snad zaměstnavatelé ocení trochu loajality, když je nepopisují jmenovitě. Problém, který mne jako mladou lékařku sužuje, není náročnost povolání nebo náročnost

vzdělávání jako takového. Problémem je fakt, že vzdělávání na lokální úrovni je a bylo na obou interních, na kterých jsem dosud pracovala, zcela nefunkční, spíše neexistující. Po půl roce v prvním zaměstnání jsem začala obcházet různá jiná pracoviště, trvalo mi skoro rok, než jsem zaměstnání změnila, protože všude byl zásadní háček – všude se nabídky jeví jako z bláta do louže. Pokud někde byla alespoň ústně nabízena garance vzdělávání, nebyl k tomu nabízen akceptovatelný úvazek. To z mého pohledu neznamená pouze nižší příjmy, ale navíc nenáročnost vzdělání z formálního hlediska (započítání praxe), proto tyto nabídky automaticky považuji za bezpředmětné.

V první nemocnici, do které jsem nastoupila, jsem se setkala se záškodnictvím zástupkyně primáře, která sama nebyla atestovaná – nikdo lepší na pracovišti nebyl. Každý mladý lékař s potenciálem zůstat a rozvíjet se byl pro ni konkurencí, tak je celkem úspěšně likvidovala, nejen metodou zavalení prací a restrikcí stážování. A to ještě nikoho nenabádám, aby řešil fakt, že se na pracovišti vykazovaly pojišťovnám hospitalizace, které ve skutečnosti hospitalizacemi nebyly, mladí lékaři k nim museli psát propouštěčky; nebo se pacienti virtuálně překládali z oddělení na oddělení podle toho, kde bylo finančně výhodnější pacienta mít, což málo z nás lékařů, když jsme si chtěli něco o pacientovi zjistit z počítače. Na mladého lékaře byly kladeny požadavky, jako by byl atestovaný (samostatnost), po nočních službách se nechodilo domů. Atestovaného lékaře nikdo vychovávat nechtěl, protože nejlevnějším lékařem je právě absolvent. Zhruba po třech letech ti nejstatečnější lékaři dokončovali kmen a odcházeli na jiná pracoviště. Měla jsem necelých 18 000 hrubého, po roce byl platový výměr stále stejný. Služby nad rámec zákoníku práce se promítaly finančně do položky pohyblivá složka, s pěti službami jsem se dostala na cca 23–25 000 korun.

Ve druhém zaměstnání je problém se zajištěním služeb. Vzhledem k jejich náročnosti se alespoň dbá na to, aby lékaři chodili po službě domů, zákoník práce se obchází celkem legální cestou (DPC). Platově jsem si polepšila – s pěti službami, po kterých následuje náhradní volno, jsem se dostala asi na 28–30 000 korun na účet, což považuji za relativně slušné a nemám potřebu chtít víc. Potíží je tentokrát fakt, že cítím nejistotu a vydírání – primář má ve zvyku dát svému lékaři dobrozdání k atestaci, až když se mu zdá, že si to již dostatečně vysloužil. Opakovaně opakuje výhrůžkami, že nepodepíše praxi, když

lékař např. nechce sloužit, případně nechce sloužit tolik. Na stáži se vysílá pouze tehdy, když se poštěstí, že je na oddělení více lékařů, tedy nikoli když někdo potřebuje pokračit ve vzdělávání. Zpravidla se stážuje kratší dobu, než je předepsáno, někdy se nestážuje vůbec a pouze se sežene příslušné razítko. Výkony předepsané logbookem se běžně neplní, ale pouze razítkují. Co však považuji za nejsmutnější, je fakt, že se očekává vděčnost právě za ta razítka – jinými slovy, rozumějte, nejvděčnější máme být za to, když na žádné stáži nemusíme a razítko dostaneme jen tak! V neposlední řadě si primáře nemohu vážit jako osoby, když vidím, jak vydírá mé kolegy nebo vede úplatnou spolupráci s jiným zařízením. Těž filosofie, že si lidé nejsou ve společnosti rovni, je pro mne signálem, abych šla o dům dál. Ale kam?

Domnívám se, že uvedené postupy jsou běžné více či méně všude. V současnosti je předepsáno nespelnitelné množství úkolů a jejich „plnění“ je závislé na nejistém dobrozdání zaměstnavatele/primáře. Ve snaze udržet si zaučeného lékaře co nejdéle se připomíná fakt, že pět let je minimální délka předatestační přípravy, nikoli že má lékař po pěti letech atestovat. Pro ženy-lékařky, které svou předatestační přípravu musejí skloubit s mateřstvím, je dost zásadní, aby na sobě pracovaly intenzivně, nikoli aby šaškovaly po nočních. Pokud si uvědomíme, že v nemocnicích po celé republice chybějí lékaři a přibývá práce, bude se nám výše popsané pojetí předatestační přípravy jevit jako logický následek. Mladí lékaři jsou proto zklamaní. Nejlépe udělá ten, kdo se co nejdříve s realitou smíří, naučí se podvádět a faktické vzdělávání neočekává. Ti méně šťastní se trápí nespelnitelností předatestačního vzdělávání, poslouchají od okolí, že si vybrali blbou nemocnici s nedostatečným zázemím nebo blbý obor, dehonestují sebe i celý svůj cech, když o své předatestační přípravě vyprávějí svým nelékařským kamarádům, kteří pak ztrácejí důvěru v celé zdravotnictví.

Jak zajistit mladým lékařům po škole perspektivu faktického rozvoje odbornosti? Především je nutné nastavit splnitelné požadavky, přesně definovat, jak se plní, kdo mladé lékaře na kolečku platí (!), a nakonec funkčnost systému kontrolovat. Možností je přispívat nemocnicím na náklady na výchovu mladých lékařů (a kontrolovat využití peněz) nebo svěřit finance a časovou dotaci do rukou samotných mladých lékařů (kontroly by byly výrazně jednodušší a lékař by byl svobodnější, tedy tuto variantu bych upřednostnila).



Není dobrým řešením, avšak také to v praxi běžně vidám, aby si mladý lékař platil stáže sám a bral si na ně dovolenou nebo náhradní volno – jde v současnosti o řádově jednu či dvě desítky měsíců stáží mimo běžné domovské pracoviště. Věřím, že by se investované finance státu brzy vrátily, neboť skutečně vzdělaný lékař pracuje efektivněji než neuměl – mohla bych opět napsat román o tom, jaké blbosti dělají mladí, ale i starší a staří lékaři – s dopady na zdraví, ale i jen ekonomickými. Přála bych si, aby vzdělávání po promoci nebylo výukou podvádění (v praxi vidím, že kdo se toto nenaučí, ten neodatestuje), ale aby to byl program, který si mladí lékaři skutečně v pozitivním slova smyslu užijí a který jim přinese skutečně odborný rozvoj. Produktivní diskusi k tématu vítám.

Zdroj: www.tribune.cz, 28. 3. 2017

■ Zdravotní výbor zamítl rozšíření pravomocí praktiků

Praktičtí lékaři se rozšíření pravomocí v preskripci zatím nedočkají. Sněmovní zdravotní výbor 23. března doporučil Poslanecké sněmovně ke schválení novelu zákona o veřejném zdravotním pojištění, která sníží limit doplateků na léky dětem a seniorům.

Odmítl ale návrh místopředsedy výboru doc. MUDr. Leoše Hegera, CSc., zmírnit regulační mechanismy na omezení preskripce. Ministerstvo zdravotnictví jeho návrh nepodpořilo. Praktičtí lékaři se podle ministerstva mohou připojit ke správnému řízení, v němž SÚKL stanoví s cenou a úhradou i to, které odbornosti mohou lék na pojišťovnu předepisovat. Výbor rovněž zamítl návrh na zavedení dispenzační taxy v lékárnách.

„Praktický lékař často musí pacienty i s jednoznačnou diagnózou poslat ke specialistovi, aby mu předepsal léky. Většinu z nich může praktik předepsat, nejsou pak ale hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Proto navrhuji, aby měli praktičtí lékaři při psaní receptů širší pravomoci, a mohli tak pacientům vystavit recept, včetně příslušné úhrady,“ vysvětlil výboru docent Heger. Zpochybil omezení, kdy pacienti platí za léky, když recept vystavil praktický lékař. „V naprosté většině případů nejsou žádné pochybnosti o odbornosti praktika. Omezení je zavedeno pouze jako obstrukční mechanismus, který má hlídat výdaje zdravotního pojištění,“ doplnil.

Ministr JUDr. Ing. Miloslav Ludvík, MBA, vysvětlil zamítavý postoj tím, že je to složitá problematika, která se bude muset řešit v příštím volebním období. „Chce to ale několik

kroků, podle mě to bude chtít spíš koncepční materiál, který popíše několik postupů. Bude to mít překryv do několika právních norem. Myslím, že pan poslanec Heger správně otevřel debatu, a domnívám se, že je to otázka roku, dvou, kdy se to dostane do všeobecné úpravy,“ řekl.

Preskripční omezení zvyšují náklady pojišťoven

Po vyšetření u praktika musí pacient absolvovat stejné vyšetření u specialisty, pro systém to představuje duplicitní výdaje. „A vysvětluje se tím fakt, proč máme v ČR až dvojnásobné množství kontaktů pacienta s lékaři oproti ostatní Evropě,“ řekl docent Heger. Zvýšení pravomocí praktiků by podle něj mělo přispět k posílení primární péče, právě její nedostaččná podpora je předmětem časté kritiky zahraničních odborníků.

Heger rovněž připomněl, že celý svět debatuje o řízení péči, v ČR opONENTI připomínají dobu této péče za socialismu a problémy řízení péče v USA. „Paradoxně tedy dosavadní zákon regulacemi, kdo co má předepisovat, de facto řízenou péči v oblasti lékové politiky vytváří, ale naprosto opačně než zbytek světa – zatímco zbytek světa podporuje v různém stupni gate keeping, u nás zákon říká právě naopak, běžte rovnou ke specialistovi, praktik vám ten lék předepsat nemůže. Kromě jiného to dost dehonestuje praktické lékaře,“ řekl docent Heger s tím, že nadále by některé specializované léky praktici předepisovat neměli.

Hlavním posláním novely je snížit limit doplateků na léky

Heger uvedl, že vždy označoval za chybu zrušení regulačních poplatků. „Argumenty pro zrušení poplatků se týkaly převážně sociální stránky věci a tam souhlasíme s tím, že dnes nejsou žádné mechanismy, jak filtrovat podle toho, jestli jsou chudí. Věkový test je v současnosti asi jediný, jak dopady na sociálně slabé zmírnit,“ řekl Heger, který snížení limitů podle věku při hlasování podpořil. Podle poslankyně za Úsvit Jany Hnykové by veřejnost měla vědět, že vratky od zdravotních pojišťoven se netýkají všech doplateků za léky. Ministerstvo by podle ní mělo informovat veřejnost, kterých léků se bude týkat. „Je nutno jasně říct, že to nejsou doplatky za všechny léky,“ zdůraznila. Náměstek ministra MUDr. Tom Phillip, Ph.D., MBA, poznamenal, že novela nyní předložená poslancům nemění nic na dosavadní praxi, pouze snižuje hranice limitu – u dětí do dne 18. narozenin a u seniorů od 65 do 69 let z 2 500 na 1 000 korun, u starších na 500 korun za rok. „Návrh prošel,

jak jsme chtěli, a z mého pohledu nic nebrání tomu, aby doplatky pro děti a seniory byly od ledna 2018 sníženy,“ řekl novinářům po jednání výboru ministr.

Snížení limitů znamená nárůst vratek od zdravotních pojišťoven o půl miliardy korun ročně. Ministerstvo s tím už počítá v úhradové vyhlášce pro příští rok. „Systém zdravotního pojištění o to nepřijde, ty peníze v podstatě zůstanou lidem. Podle toho, jak se vyvíjí index životních nákladů, zatížení seniorské populace v případě léků stoupá, takže to je krok správným směrem. A u dětí ze své praxe ředitele nemocnice musím říct, že nemoc chodí daleko víc po těch sociálně slabších. Ideální by bylo směřovat to na každého jednotlivého pacienta, kdybychom to uměli, ale v tuto chvíli je hrubý test nejjednodušší a administrativně nejméně náročný,“ dodal ministr.

Doplatek musí pacientovi sdělit lékárník

Údaj o započitatelném doplatku je vždy na účtence, kterou pacient v lékárně po zaplacení dostává. „Je to podle dikce zákona vždy na lék v dané skupině nejlevnější,“ vysvětlil poslancům ministr. Informace o orientačních doplatecích jsou na webech ministerstva zdravotnictví, SÚKL a některých lékáren. Tabulku konkrétní výše doplateků sestavit nelze, protože doplatky se v lékárnách liší. Prezident České lékárnické komory PharmDr. Lubomír Chudoba uvedl, že výši doplatku sděluje pacientovi každý lékárník. Celkem dají pacienti za doplatky na léky a potravní doplňky ročně sedm až osm miliard korun, započitatelné doplatky činí zhruba 2,5 miliardy.

Diskuse na výboru se vedla i o dispenzační taxy pro lékárníky. „Toto opatření pomáhá lékárníkům. Lékárnická komora a grémium majitelů, prosím, udělejte něco pro pacienty. Dohodněte se, jak budou nastaveny doplatky, aby pacienti nemuseli obíhat lékárny a hledat nejmenší doplatek,“ vyzval lékárníky profesor Vyzula. Chudoba zareagoval, že chaos v doplatecích vadí i lékárníkům, ti opakovaně změnu navrhovali, nemají ale zákonodárnou moc, řešení je na poslancích a ministerstvu. Ministr Ludvík k tomu upřesnil, že jsou v podstatě dva možné návrhy, udělat to podle průměrné marže ve všech lékárnách, což bude znamenat, že v některých lékárnách se léky pacientům zdraží. Druhá možnost je, že se to napočítá podle nejlevnější marže na trhu, což bude znamenat, že pacientům se léky zlevní, ale několik desítek, možná stovek lékáren zavře. Debatě je ministr otevřen.

Zdroj: www.tribune.cz, 24. 3. 2017



Usnesení regionálních konferencí

■ Usnesení JČ konference SPLDD konané v Českých Budějovicích 1. 4. 2017

Konference se zúčastnilo 35 členů, což je 24 procent z celkového počtu našich členů. Byla zvolena návrhová komise ve složení dr. Lukešová, dr. Řezníková, dr. Rytíř, mandátová komise ve složení dr. Vosátková, dr. Hejnová.

Konference bere na vědomí:

- zprávu o činnosti sdružení, kterou přednesla dr. Verdánová,
- zprávu pokladníka dr. Čišecké,
- zprávu kontrolní komise dr. Hejnové.

Konference schválila návrh rozpočtu na rok 2017.

Na konferenci promluvili hosté – dr. Kozderka za výkonný výbor SPLDD, dr. Šebková za OSPDL, Mgr. Studenovský za krajský úřad a JUDr. Pražmová za ZP MV ČR.

Konference doporučuje:

- vyčkat se zasláním ekonomické části výkazu ÚZIS do doby právního výkladu.
- pověřit regionální radu o jednáních o LPS na krajském úřadu s určením minimální hodinové částky.
- redukci počtu míst LPS v Jihočeském kraji.
- zahájit jednání o finanční podpoře rezidentů oboru PLDD.

Konference podporuje veškeré snahy o vrácení oboru PLDD do seznamu specializačních oborů.

Konference nesouhlasí se zavedením povinného elektronického receptu a zavedení EET v ordinacích PLDD.

■ Regionální konference SPLDD ČR, Praha a Středočeský kraj, 6. 4. 2017, hotel Čechie

Usnesení konference

Konference zvolila:

Mandátovou komisi ve složení:

MUDr. Alena Kyjovská, MUDr. Lucie Otáhalová, MUDr. Irena Deylová

Návrhovou komisi ve složení

MUDr. Romana Benešová, MUDr. Zdeněk Weiss, MUDr. Petr Šusta

Počet registrovaných účastníků na konferenci byl **123 členů SPLDD**

Konference bere na vědomí:

1. zprávu o činnosti regionu Praha + Středočeský kraj, přednesenou MUDr. Hanou Cabrnachovou a MUDr. Janem Němečkem
2. zprávu o hospodaření za rok 2016, přednesenou MUDr. Renátou Růžkovou
3. revizní zprávu, přednesenou MUDr. Karlem Kopeckým

Konference schvaluje:

návrh rozpočtu na rok 2017

Konference bere na vědomí:

informace přítomných hostů (zastupitele hl. m. Prahy Ing. R. Lacka, vedoucí odboru zdravotnictví SČ kraje MUDr. Zdeňky Salcman Kučerové, MBA, zástupců VZP ČR Ing. Markéty Benešové, MUDr. Milana Prokopa, zástupců VV SPLDD MUDr. Ctirada Kozderky a OSPDL MUDr. Aleny Šebkové).

Konference podporuje:

jednání zástupců SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP o zachování oboru PLDD a stanovení podmínek pro získání specializované způsobilosti v oboru PLDD a navázání smlouvy se ZP pro odbornost 002.

Konference doporučuje:

1. VV pokračovat v jednání se zástupci státu o podpoře PLDD při realizaci povinného očkování, vytvoření finančního fondu pro odškodnění prokázaných nežádoucích účinků povinného očkování.
2. VV jednat s MZ ČR o podpoře mladých lékařů vstupujících do primární péče.
3. VV pokračovat v jednání se zdravotními pojišťovnami o navýšení úhrad pro příští rok a prosazovat, aby se dále neprohluboval rozdíl mezi nárůstem úhrad do nemocnic a do ambulantního sektoru.
4. voleným orgánům SPLDD motivovat členskou základnu k větší aktivitě pro SPLDD.
5. VV korigovat plánovanou elektronizaci zdravotnictví.
6. VV ve spolupráci s regiony a členskou základnou SPLDD a OSPLD spolupracovat na metodice provozování LSPP.

7. VV projednat s MŠMT omlouvání žáků z docházky do ZŠ a SŠ.
8. VV za pomoci právníků vypracovat doporučené postupy při přijetí dítěte narozeného doma do péče a s tím související následnou preventivní péči.
9. pověřeným osobám ukládá zkontrolovat mailingový list svých členů vzhledem k tomu, že veškerá komunikace probíhá pouze elektronicky.
10. zmapovat problematiku generační výměny v jednotlivých okresech, zároveň oslovit mladé začínající PLDD k zapojení pro práci SPLDD.

Konference nesouhlasí:

- s rozšiřováním praxí PLDD při nemocnicích
- s novými požadavky ÚZIS sbírat ekonomická data praxí lékařů včetně nedořešené problematiky podnikatelů, kteří využívají služeb daňového poradce a daňové příznání podávají do 30. 6. 2017.

Za návrhovou komisi:

MUDr. Zdeněk Weiss, MUDr. Petr Šusta, MUDr. Romana Benešová

■ Usnesení společné konference SPLDD ČR Libereckého a Ústeckého kraje konané dne 8. 4. 2017 v Ústí nad Labem

Konference zvolila:

mandátovou komisi ve složení:

MUDr. Látalová, MUDr. Valentová, MUDr. Svobodová

návrhovou komisi ve složení:

MUDr. Hromádková, MUDr. Lešánovská, MUDr. Michalík

Konference schválila předložený program. Konference vzala na vědomí:

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

Konference schválila:

- návrh rozpočtu SVČ regionu na rok 2017



Konference přijala:

- zprávu krajského zástupce kontrolní komise SVČ regionu za uplynulé období, přednesenou MUDr. Michálíkem

Konference dále vzala na vědomí vystoupení hostů, odborné přednášky.

Konference vyjadřuje obavu a nesouhlas s plánovanou elektronizací zdravotnictví, tak jak je navrhována.

Konference nesouhlasí se zrušením oboru PLDD.

Konference podporuje zavedení společné metodiky ZP a SPLDD pro zakládání nových plnohodnotných praxí.

V případě vyhlášení protestních akcí ambulantního sektoru (KSL) deklaruje konference jejich podporu.

Konference vyzývá členy SPLDD alespoň k takové účasti a aktivitě na akcích sdružení a OSPDL, jaká byla na dnešní akci.

V Ústí nad Labem dne 8. 4. 2017
MUDr. Hromádková, MUDr. Lešanovská,
MUDr. Michálík

■ Usnesení konference JM regionu konané dne 8. 4. 2017 v Drnovicích u Vyškova

Konference se zúčastnilo 84 členů SPLDD.

Konference zvolila:

- návrhovou komisi ve složení:
MUDr. H. Garliková, D. Březinová,
M. Bušek
- mandátovou komisi ve složení:
MUDr. S. Kvičalová, M. Mokrošová,
I. Petrova
- pracovní komisi: MUDr. P. Gricová,
L. Beneš, P. Zemánková

Konference schválila navržený program.

Konference bere na vědomí:

- zprávu o činnosti regionů JM, ZL, VYS přednesenou MUDr. Benešem
- zprávu revizní komise
- zprávu pokladníka MUDr. Poláčekové přednesenou MUDr. Zemánkovou; vyslechla návrh rozpočtu pro jednotlivé regiony na rok 2017, který jednohlasně schválila
- nedostatek očkovací látky Boostrix Polio a informace na webu k postupu očkování
- nutnost odeslání výkazů ÚZIS do 31. 5. 2017 – hrozba pokuty

- alarmující informace o vznikajících, zatím lokálních, epidemiích spalniček, např. v Praze, Ostravě, Novém Jičíně a Vyškově.

Konference nesouhlasí:

- účastníci konference nesouhlasí se zrušením oboru PLDD a podporují tzv. malou novelu zákona navrženou poslancem PSP doc. Svobodou – zařazení oboru zpět mezi základní specializační atestační obory, a to všemi prostředky,
- účastníci konference nesouhlasí s nutností hlásit statistické hlášení na ÚZIS, konkrétně výkaz E o ekonomických parametrech ordinací a platech zaměstnanců. Je podivné, že stejně nejsou „postihováni“ ostatní „soukromí podnikatelé“, považují zveřejňování platů zaměstnanců za zásah do jejich soukromí.

Konference doporučuje:

- podporu generační výměny
- spolupráci se zdravotními pojišťovnami na zachování současné sítě ordinací PP, tak aby nedocházelo v souvislosti se schválením zákona č. 95/2004 Sb. k zakládání ordinací PLDD „na zelené louce“, ke vzniku ordinací PLDD při nemocnicích, ordinací PLDD s částečnými úvazky atp., s ohledem na regionální potřebnost
- všem členům, aby podepisovali plnou moc pro SPLDD, a nikoli pro ČLK
- zvýhodnit ordinace PLDD, tzv. dobré praxe, formou bonifikace, nenavyšovat plošně platby všem PLDD
- preferovat vzdělávací akce pořádané SPLDD a OSPDL
- kolegům sledovat epidemiologickou situaci výskytu spalniček a při výskytu exantémového onemocnění na spalničky myslet, dále informovat rodiče dětí, které nejsou řádně očkovány.

Konference vyzývá: členy SPLDD regionů k větší spolupráci při řešení regionálních problémů, ke zlepšení komunikace s vedením sdružení cestou okresních a regionálních zástupců.

Konference vyslechla:

- zprávu předsedkyně OSPDL dr. Šebkové – výsledky voleb do OSPDL, hodnocení uplynulého období a plány do budoucna. Vydána publikace PLDD – Kazuistiky z primární pediatrické praxe, na webu dětský lékař je pro zájemce umístěn kontakt na objednání

- informace ohledně elektronizace zdravotnictví – návrh zákona (prof. Vyzula a spol.)
- informace o požadavku povinnosti psát od 1. 1. 2018 e-recept /přinese problémy bez jasného účelu – MZ slibuje kompenzaci nákladů, ale není jasné, kdo na ni „dosáhne“, kolik PLDD používá PC, má připojení k internetu a kvalifikovaný certifikát
- informace o EET – od 1. 3. 2018 se bude týkat i lékařů
- informace o Streptestu – EHK není podmínkou nasmlouvání výkonu s pojišťovnami

Konference ukládá: výkonnému výboru jednat o povinnosti vyplňovat pro ÚZIS údaje z daňového přiznání a platy zaměstnanců.

Účastníci konference vyjádřili obavy o budoucnost péče o děti a dorost v ČR. Přestože zájem mladých lékařů o obor PLDD výrazně vzrostl, zrušení oboru PLDD může mít negativní vliv na další vývoj péče. Některé problémy se již rýsují – návrh přechodového kursu z DL na PLDD ze strany nemocničních pediatriů je pouhých 10 týdnů praxe u PLDD! V novém oboru Pediatrie by vzdělávání u PLDD mělo být dle kolegů z nemocnic pouhé 2 měsíce! Vznik ambulantní péče u PLDD je hrozbou pro samostatné ordinace PLDD. Není vyloučeno, že PLDD budou nuceni sloužit na dětských odděleních. Malé ordinace budou těžko hledat nástupce, dojde k jejich znehodnocení.

Konference navrhuje vzepít se dlouhodobému a soustavnému „utiskování“ a znevažování lékařů dětské primární péče a v případě výzvy z VV SPLDD protestovat, včetně možného uzavření ordinací. Doporučuje směřovat protest před podání malé novely novely zákona o vzdělávání poslancem Svobodou.

Konference upozorňuje:

- na plánované vzdělávací akce: podzim 2017 Managementy č. 7, 13.–14. 10. Třetí MOK PLDD v Olomouci – SPLDD a OSPDL na téma Onkologie, 3. 6. ZF: Dětská paliativní péče, Praha
- Certifikát celoživotního vzdělávání – informace o dosažených kreditech jsou dostupné na stránkách SPLDD
- na soubor dokumentů pro ordinace PLDD – „šanon“ s výhodnou cenou pro účastníky managementu, jehož obsah se bude průběžně aktualizovat



Změny v postgraduálním vzdělávání lékařů

MUDr. Zdeněk Mrozek, Ph.D.
viceprezident ČLK

Poslanecká sněmovna odmítla 31. 1. 2017 senátní veto a schválila návrh novely zákona č. 95/2004 Sb. Novelu zákona podepsal i prezident republiky, takže pokud bude zveřejněna ve Sbírce zákonů během měsíce března, začne platit od 1. července 2017.

Co nového novela zákona č. 95/2004 Sb. přináší?

Zaměřím se pouze na změny oproti dosavadnímu znění, aniž bych tyto změny blíže hodnotil. Následující měsíce ukážou, zda se novela v praxi osvědčí a zda opravdu přináší změny, po nichž mladí lékaři tolik volali. Tedy zda zákonodárce opravdu vnímal návrhy kompetentních orgánů a institucí, anebo se jen zaměřil v rámci legislativního lobbingu na silné zájmové skupiny, jimž na osudu postgraduálního vzdělávání vyjma vlastních ambicí a osobních zájmů až tolik nezáleží. Nově je v zákoně definován odborný dozor a odborný dohled nad lékařem v průběhu jeho předatestační přípravy.

■ Odborný dozor a odborný dohled

Výkonem povolání lékaře pod **odborným dozorem** se rozumí výkon činností lékaře s odbornou způsobilostí před získáním certifikátu o absolvování základního kmene.

Odborný dozor vykonává lékař se specializovanou způsobilostí přítomný ve zdravotnickém zařízení, ve kterém vykonává činnost lékař s odbornou způsobilostí, s fyzickou dosažitelností lékaře se specializovanou způsobilostí do 15 minut. Tento lékař musí být v pracovněprávním vztahu k poskytovateli zdravotních služeb nebo ve služebním poměru anebo musí být sám poskytovatelem zdravotních služeb.

Výkonem povolání lékaře pod **odborným dohledem** se rozumí výkon činností lékaře s odbornou způsobilostí po získání certifikátu o absolvování základního kmene.

Odborný dohled vykonává lékař se specializovanou způsobilostí, a to nepřetržitou telefonickou dostupností a fyzickou dosažitelností zdravotnického zařízení, ve kterém vykonává činnost lékař s odbornou způsobilostí, do 30 minut. Tento lékař musí být v pracovněprávním vztahu k poskytovateli zdravotních služeb nebo ve služebním poměru anebo musí být poskytovatelem zdravotních služeb. Poskytovatel zdravotních



služeb je povinen zajistit výkon odborného dozoru a odborného dohledu.

Bez odborného dozoru může lékař s odbornou způsobilostí vykonávat činnosti, které odpovídají rozsahu znalostí a dovedností získaných studiem v akreditovaném zdravotnickém magisterském studijním programu všeobecné lékařství a které jsou stanoveny prováděcím právním předpisem. Lékař s odbornou způsobilostí může **před získáním certifikátu** o absolvování základního kmene vykonávat další činnosti v rozsahu, který mu písemně stanoví jeho školitel, a to pod odborným dohledem.

Bez odborného dohledu může lékař s odbornou způsobilostí a s certifikátem o absolvování základního kmene vykonávat:

- činnosti, které odpovídají rozsahu znalostí a dovedností získaných vzděláváním v základním kmeni a které jsou stanoveny prováděcím právním předpisem,
- revizní činnost podle zákona upravujícího veřejné zdravotní pojištění,
- další činnosti v rozsahu, který mu písemně stanoví jeho školitel.

Novela rozšiřuje počet subjektů oprávněných přezkoumávat zdravotní způsobilost

zdravotnického pracovníka. V případě důvodného podezření, že došlo **ke změně zdravotního stavu zdravotnického pracovníka**, může být zdravotnický pracovník vyzván k přezkoumání zdravotní způsobilosti nejen správním úřadem, který vydal oprávnění k poskytování zdravotních služeb nebo zaměstnavatelem, ale nově i Ministerstvem zdravotnictví nebo příslušnou komorou. Lékařský posudek nesmí být vydán osobou blízkou a v případě všeobecných praktických lékařů ani osobou, která je jejich zaměstnavatelem.

Byl rozšířen výčet činností, které jsou součástí výkonu povolání lékaře, o **paliativní péči a revizní činnost**.

Specializační obory specializačního vzdělávání lékaře, označení odbornosti, základní kmene pro jednotlivé obory specializačního vzdělávání a minimální délka specializačního vzdělávání **jsou uvedeny v příloze č. 1** k tomuto zákonu.

■ Specializační vzdělání

Probíhá jako celodenní průprava v akreditovaných zařízeních v rozsahu odpovídajícím stanovené týdenní době (tj. 40 hodin) a je odměňována. Pokud probíhá jako průprava rozvolněná, při nižším rozsahu, než je stanovená pracovní doba, nesmí její celková délka, úroveň a kvalita být nižší než při celodenní průpravě. U rozvolněné přípravy nesmí být úvazek nižší než 0,5, v případě mateřské nebo rodičovské dovolené nižší než 0,20. Do specializačního vzdělávání lékaře se nezapočítává doba výkonu zdravotnického povolání přesahující stanovenou týdenní pracovní dobu.

Ministr zdravotnictví může na základě písemné žádosti účastníka specializačního vzdělávání **udělit výjimku** a rozhodnout o **započtení odborné praxe probíhající na neakreditovaném pracovišti do specializačního vzdělávání** v případě, že toto pracoviště splňovalo všechny podmínky pro udělení akreditace v souladu se vzdělávacím programem, podle kterého se účastník spe-



cializačního vzdělávání vzdělával, a to v období, kdy v něm účastník specializačního vzdělávání odbornou praxi uskutečňoval.

Specializační vzdělávání se uskutečňuje v základním pracovněprávním vztahu nebo ve služebním poměru.

Doba výkonu zdravotnického povolání v průběhu studia v doktorském studijním programu nebo jeho části se započte do specializačního vzdělávání lékaře pouze v případě, že souběžná doba výkonu povolání lékaře v pracovněprávním vztahu k poskytovateli zdravotních služeb dosahovala alespoň poloviny stanovené týdenní pracovní doby.

Do specializačního vzdělávání se započítá odborná praxe, popřípadě její část, absolvovaná:

- a) v jiném oboru specializace nebo v jiném základním kmeni, pokud odpovídá její obsah a rozsah příslušnému vzdělávacímu programu nebo pokud odpovídá její obsah a rozsah obsahu vzdělávání v základním kmeni stanoveném prováděcím právním předpisem. O započtení odborné praxe rozhodne pověřená organizace; o odvolání proti tomuto rozhodnutí rozhoduje ministerstvo;
- b) v cizině, pokud odpovídá její obsah a rozsah příslušnému vzdělávacímu programu a vysoká škola nebo osoba, která je podle právních předpisů daného státu oprávněna poskytovat zdravotní služby, potvrzující praxi na svém pracovišti, zabezpečuje specializační vzdělávání lékařů v příslušném oboru v souladu s právními předpisy daného státu; o započtení rozhodne ministerstvo.

Pokud z důvodu mateřské dovolené nebo rodičovské dovolené přerušil lékař výkon lékařského povolání, přičemž je současně zařazen do specializačního vzdělávání v oboru pediatrie, započte se mu na jeho žádost do odborné praxe doba v délce 3 měsíců za mateřskou dovolenou nebo rodičovskou dovolenou u každého dítěte, pro kterou přerušil specializační vzdělávání, trvala-li mateřská dovolená nebo rodičovská dovolená jednotlivě nebo obě v součtu alespoň 6 měsíců. Do doby odborné praxe lze takto započítat celkem nejvýše 6 měsíců.

Účast na vzdělávání v prvním základním kmeni a v prvním specializačním oboru, do kterého je účastník specializačního vzdělávání zařazen podle tohoto zákona, se považuje za zvyšování kvalifikace podle zákoníku práce. Doposud bylo specializační

vzdělávání považováno za prohlubování kvalifikace, což bylo pro lékaře přijatelnější postavení stran následné úhrady nákladů.

Jiné vzdělávání než v prvním základním kmeni a v prvním specializačním oboru, do kterého je účastník specializačního vzdělávání zařazen podle tohoto zákona, se považuje za prohlubování kvalifikace podle zákoníku práce.

Lékař může být souběžně zařazen nejvýše ve dvou specializačních oborech, pokud mají shodný kmen. Nemůže být souběžně zařazen ve specializačním oboru a nástavbovém oboru.

Základní kmeny:

- a) anesteziologický,
- b) dermatovenerologický,
- c) gynekologicko-porodnický,
- d) hygienicko-epidemiologický,
- e) chirurgický,
- f) interní,
- g) kardiologický,
- h) maxilofaciálněchirurgický,
- i) neurochirurgický,
- j) neurologický,
- k) oftalmologický,
- l) ortopedický,
- m) otorinolaryngologický,
- n) patologický,
- o) pediatrický,
- p) psychiatrický,
- q) radiologický,
- r) urologický a
- s) všeobecné praktické lékařství.

Délka vzdělávání v základním kmeni je 30 měsíců a je ukončeno zkouškou.

Zkouška po ukončení vzdělávání v základním kmeni se může ve stejném základním kmeni opakovat nejvýše třikrát, nejdříve však za 6 měsíců ode dne neúspěšně vykonané zkoušky.

Prováděcí právní předpis stanoví obsah vzdělávání v základních kmenech, požadavky na technické a věcné vybavení a personální zabezpečení pracoviště, které jsou podmínkou pro získání akreditace, požadavky na teoretické znalosti a praktické dovednosti, rozsah a obsah studijních povinností.

Pokud lékař se specializovanou způsobilostí přerušil výkon povolání lékaře na dobu, která za posledních 7 let činila v celkovém součtu více než 6 let, je povinen se bezodkladně po skončení přerušení výkonu povolání doškolen v rozsahu nejméně 60 pracovních dnů na pracovišti poskytovatele zdravotních služeb poskytujícího zdravotní služby v oboru, pro který získal specializova-

nou způsobilost. Doškolení probíhá pod vedením lékaře s příslušnou specializovanou způsobilostí, jenž provede záznam o průběhu a ukončení doškolení do průkazu odbornosti; pokud lékař nemá tento průkaz, vydá o průběhu a ukončení doškolení potvrzení. V případě, že lékař získal specializovanou způsobilost ve více oborech, doškolení probíhá pouze v jednom z nich. **V nástavbových oborech se doškolení neprovádí. Doškolení probíhá jako celodenní průprava v rozsahu odpovídajícím stanovené týdenní pracovní době.** Doškolení může probíhat i jako rozvolněná příprava, to je při nižším rozsahu než stanovená týdenní pracovní doba, přitom její rozsah nesmí být nižší, než je polovina stanovené týdenní pracovní doby.

Za přerušení výkonu povolání lékaře se považuje i výkon povolání lékaře v rozsahu nižším, než je jedna pětina stanovené týdenní pracovní doby souhrnně ze všech základních pracovněprávních vztahů, kde je druhem vykonávané práce povolání lékaře.

Do doškolení lékaře se nezapočítává doba výkonu zdravotnického povolání přesahující stanovenou týdenní pracovní dobu. Pracovní docházka musí být během školení dokumentována.

Akreditace

Akreditaci lze udělit pro:

- základní kmen (žádost neposuzuje akreditační komise),
- vlastní specializovaný výcvik,
- část specializačního vzdělávání uskutečňovanou v rámci poskytování specializované ambulantní péče,
- obor specializačního vzdělávání,
- doplňující odbornou praxi,
- nástavbový obor,
- teoretickou část vzdělávacího oboru (pouze pověřená organizace),
- funkční kurs,
- zajištění odborné praxe v rámci praktické části aprobační zkoušky.

Žádost o prodloužení akreditace musí být doručena nejpozději 120 dní před vypršením její platnosti. Pokud ministerstvo nerozhodne do dne, kdy platnost akreditace končí, její platnost se prodlužuje do nabytí právní moci nového rozhodnutí.

Akreditační komise

Členy akreditační komise jmenuje ministr tak, že 1/3 členů tvoří zástupci navrzení



Českou lékařskou komorou, 1/3 zástupci navržení lékařskými fakultami a 1/3 zástupci navržení ministerstvem, kteří jsou vybráni z návrhů odborné společnosti (u oboru posudkové lékařství též z návrhu Ministerstva práce a sociálních věcí a České správy sociálního zabezpečení).

Novela odstranila původní znění, které zneumožňovalo být členem akreditační komise více než dvě po sobě následující období.

Akreditační komise mimo jiné připravují podklady pro stanovení obsahu vzdělávacích programů jednotlivých oborů specializačního vzdělávání, nastavbových oborů a obsah vzdělávání v základním kmeni, dále připravují podklady pro stanovení činností, které lékaři vykonávají na základě úspěšného absolvování základního kmene.

■ Vzdělávací rady

Zákon nově konstituuje jako poradní orgán ministerstva vzdělávací radu lékařů. Jeho členy jsou 3 zástupci navržení ministerstvem, 2 zástupci navržení odbornou společností, 2 zástupci navržení ČLK a 2 zástupci navržení lékařskými fakultami.

Vzdělávací rady projednávají jednotnou strukturu a srovnatelnost vzdělávacích programů jednotlivých oborů specializačního vzdělávání a nastavbových oborů. Předkládají návrhy obsahu vzdělávacích programů jednotlivých oborů specializačního vzdělávání a nastavbových oborů ke schválení ministru zdravotnictví. Doporučují ministru zdravotnictví vznik nebo zánik oborů specializačního vzdělávání, nastavbových oborů nebo funkčních kursů. Předkládají ministru zdravotnictví doporučení k řešení odborných sporů mezi jednotlivými akreditačními komisemi.

■ Garant oboru, školitel

Akreditované zařízení, které poskytuje lůžkovou péči, jmenuje pro každý akreditovaný obor garanta oboru.

Garant oboru přidělí každému účastníkovi specializačního vzdělávání školitele. Školitelem může být pouze zdravotnický pracovník se specializovanou způsobilostí a s minimálně tříletou odbornou praxí po získání specializované způsobilosti v oboru, ve kterém provádí činnost školitele, nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí a s minimálně roční praxí po získání zvláštní specializované způsobilosti v oboru, v němž provádí činnost školitele.

(V případě nového specializačního oboru, pro který není dostatek zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí, může být školitelem lékař po předchozím kladném vyjádření akreditační komise. Pokud má akreditované zařízení pouze jednoho školitele, je tento školitel současně garantem oboru a musí splňovat podmínky určené pro garanta oboru – pět let praxe po získání specializované způsobilosti, resp. dva roky praxe po získání zvláštní specializované způsobilosti.)

Školitel zejména dohlíží na odbornou stránku výkonu zdravotnického povolání, průběžně prověřuje teoretické znalosti a praktické dovednosti účastníka specializačního vzdělávání a zajišťuje kontinuální odborný dozor a odborný dohled nad účastníky specializačního vzdělávání, kteří mu byli přiděleni.

Jeden školitel může vykonávat odborný dozor nad nejvýše 2 lékaři ve specializační přípravě **nebo odborný dohled nad nejvýše 3 lékaři** ve specializační přípravě. **Jeden školitel může vykonávat současně odborný dozor a odborný dohled nad nejvýše 3 lékaři** ve specializační přípravě.

■ Atestační zkouška

Specializační vzdělávání se ukončuje atestační zkouškou před **oborovou atestační komisí podle zkušebního řádu** stanoveného prováděcím právním předpisem na základě žádosti uchazeče o vykonání atestační zkoušky.

Ministr zdravotnictví vždy **jmenuje členem oborové atestační komise** minimálně jednu osobu, která je současně členem příslušné akreditační komise. Ministerstvo vždy do 1. prosince **zveřejní na svých internetových stránkách** seznam jmenovaných členů atestačních komisí pro následující kalendářní rok.

Ministerstvo vždy do 31. prosince zveřejní na svých internetových stránkách termíny atestačních zkoušek pro následující kalendářní rok.

Atestační zkoušky, nejde-li o atestační zkoušku pro obor všeobecné praktické lékařství nebo praktické lékárenství, se účastní školitel uchazeče; neúčastní-li se atestační zkoušky školitel uchazeče, účastní se jí **garant oboru nebo garantem oboru určený jiný lékař** se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru, z nějž je atestační zkouška vykonávána. Tento lékař musí být v základním pracovněprávním vztahu k akreditovanému zařízení, ve kterém probíhalo

specializační vzdělávání uchazeče, nebo ve služebním poměru.

■ Financování specializačního vzdělávání

O dotaci na rezidenční místo může akreditované zařízení požádat, pokud účastník specializačního vzdělávání zahájí specializační vzdělávání v tomto akreditovaném zařízení a současně má akreditované zařízení s účastníkem specializačního vzdělávání uzavřenu pracovní smlouvu v rozsahu minimálně poloviny stanovené týdenní pracovní doby a minimálně na dobu délky **základního kmene**. Doposud byla povinnost mít uzavřenu pracovní smlouvu po dobu **specializačního vzdělávání stanovenou vzdělávacím programem v příslušném oboru**.

■ Nastavbové obory

Vzdělávání v nastavbovém oboru probíhá jako celodenní průprava v zařízeních akreditovaných podle tohoto zákona v rozsahu odpovídajícím stanovené týdenní pracovní době a je odměňováno.

Do vzdělávání v nastavbovém oboru ministerstvo, popřípadě pověřená organizace, započte část již dříve absolvovaného specializačního vzdělávání, vzdělávání v jiném nastavbovém oboru nebo praxi v cizině, pokud odpovídá vzdělávacímu programu příslušného nastavbového oboru. Započte se pouze vzdělání, které bylo absolvováno v období **předcházejících 10 let**, a to ke dni doručení žádosti o započtení. Do vzdělávání v nastavbovém oboru se studentům a absolventům doktorského studijního programu **započítá doba výkonu zdravotnického povolání v průběhu studia v doktorském studijním programu**. Absolvováním vzdělávání v nastavbovém oboru získává lékař **zvláštní specializovanou způsobilost**.

■ Funkční kursy

Absolvováním funkčního kursu nelze získat odbornou, specializovanou nebo zvláštní specializovanou způsobilost k výkonu povolání lékaře.

Návrh na vznik funkčního kursu podává akreditované zařízení ministerstvu, žádost projedná akreditační komise a vzdělávací rada. Ministerstvo rozhodne o zařazení funkčního kursu do seznamu funkčních kursů.

Rozsah funkčního kursu je **minimálně 1 měsíc a maximálně 6 měsíců**. Vzdělávání může probíhat i jako **rozvolněná příprava**.



Vzdělávací programy schvaluje ministerstvo a zveřejňuje je ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví, při tvorbě vzdělávacích programů spolupracuje s univerzitami a Českou lékařskou komorou.

Do vzdělávání ve funkčním kursu pověřená organizace **započte část již dříve absolvovaného** specializačního vzdělávání, vzdělávání v nástavbovém oboru nebo v jiném funkčním kursu, pokud odpovídá vzdělávacímu programu příslušného funkčního kursu (*z posledních 5 let*). Doktorské studium se nezapočítává.

Žádost o zařazení do funkčního kursu podává zdravotnický pracovník pověřené organizací.

Funkční kurs **se ukončuje závěrečnou zkouškou před komisí** zřízenou ministerstvem.

■ Zahraniční lékaři

Ministerstvo může **bez uznání způsobilosti**, na základě žádosti a **po prokázání zdravotní způsobilosti a bezúhonnosti** vydat rozhodnutí o povolení k výkonu zdravotnického povolání lékaře na území České republiky **pod přímým odborným vedením lékaře** se specializovanou způsobilostí **na dobu určitou s vymezením činností**, které lze na základě tohoto rozhodnutí vykonávat, pokud je žadatel **pozván do České republiky** akreditovaným zařízením v příslušném oboru k provedení jednorázového výkonu. Ministerstvo oznámí České lékařské komoře jméno osoby, které bylo vydáno rozhodnutí o povolení k výkonu zdravotnického povolání.

Ministerstvo může **bez uznání způsobilosti**, na základě žádosti a **po prokázání zdravotní způsobilosti a bezúhonnosti** vydat rozhodnutí o povolení k výkonu odborné praxe lékaře za účelem **nabývání odborných nebo praktických zkušeností na dobu určitou pod přímým odborným vedením lékaře**, pokud je žadatel **pozván do České republiky** právnickou osobou vykonávající činnost školy zapsané do rejstříku škol a školských zařízení, vysokou školou, výzkumnou institucí nebo akreditovaným zařízením, a to:

- k výkonu odborné praxe **trvající déle než 3 měsíce, maximálně však 1 rok, nebo**
- k výkonu odborné praxe **trvající maximálně 3 měsíce.**

Ministerstvo vydá **bez uznání způsobilosti po prokázání zdravotní způsobilosti, bezúhonnosti a po složení písemné části aprobační zkoušky** podle právního předpisu upravujícího zkušební řád pro aprobační zkoušky lékaře rozhodnutí **o povolení k výkonu odborné praxe lékaře na dobu určitou pod přímým odborným vedením lékaře**, pokud žadatel **hodlá absolvovat odbornou praxi v rámci praktické části aprobační zkoušky**. Toto rozhodnutí ministerstvo **vydá na dobu trvání praktické části aprobační zkoušky** podle právního předpisu upravujícího zkušební řád pro aprobační zkoušky.

K žádosti o povolení k výkonu odborné praxe je žadatel **povinen doložit notifikaci**. Povolení výkonu odborné praxe je možné vydat v celkovém součtu **nejvíce na dobu dvou let**.

Lékař **vykonávající přímé odborné vedení musí být fyzicky přítomen ve zdravotnickém zařízení**, kde je zdravotnické povolání lékaře nebo odborná praxe vykonávána. Lékař vykonávající **přímé odborné vedení** může toto přímé odborné vedení vykonávat **nejvýše nad jedním zdravotnickým pracovníkem**, kterému bylo vydáno rozhodnutí o povolení k výkonu zdravotnického povolání lékaře nebo rozhodnutí o povolení k výkonu odborné praxe lékaře, **a nemůže být současně školitelem**. Lékaře oprávněného k výkonu přímého odborného vedení v akreditovaném zařízení **určí garant oboru**. Lékař vykonávající přímé odborné vedení musí splňovat podmínku minimálně **tříleté odborné praxe po získání specializované způsobilosti**.

Navzdory snahám České lékařské komory, která s konečným zněním novely nesouhlasila, když i Senát ČR vyslovil argumentaci ČLK podporu tím, že novelu odmítl, byla novela opětovně přijata poslanci a podepsána prezidentem.

Tímto bych chtěl poděkovat především senátorům, kteří vidí stejně jako ČLK v novele promarněnou šanci na zlepšení postgraduálního vzdělávání lékařů.

Převzato z Tempus Medicorum, 3/2017.

■ Informace VZP k novému způsobu zúčtování

Vážení partneři,
rád bych Vám předal následující sdělení.
Všeobecná zdravotní pojišťovna vychází vstříc žádostem poskytovatelů zdravotních služeb a od 1. května 2017 změní systém, podle kterého jsou poskytovatelům měsíčně účtovány úhrady za poskytnuté zdravotní služby.

V opodstatněných případech, kdy pojišťovna dojde k rozdílu (kladnému nebo zápornému) mezi fakturovanou částkou a skutečně vypočtenou částkou (např. z důvodu opravných dávek, pojištěnců jiných zdravotních pojišťoven, výsledků revizní činnosti), docházelo ke zúčtování s měsíčním zpožděním. To se nyní mění, vše bude fungovat v režimu tzv. čistého účtu. Případné rozdíly se tedy nově projeví vždy v neaktuálnějším zúčtování následujícím po měsíci, ve kterém poskytovatelé zdravotních služeb tyto výkony pojišťovně vykázali.

VZP si je vědoma, že tato změna s sebou může přinést pro některé poskytovatele rozsáhlejší sestavu zúčtování za duben, protože do zúčtování za období 4/2017 (odesílané na přelomu května a června) budou zahrnuty rozdíly ze zúčtování období 3/2017 a období 4/2017, tedy za dva měsíce najednou.

Tento nový systém se nevztahuje na zdravotní služby účtované v režimu předběžných měsíčních úhrad s ročním zúčtováním, u kterého ke změně nedochází.

O konkrétních částkách budou poskytovatelé informováni v Přehledu zúčtování, který jim bude zaslán standardně jako každý měsíc. Příklad vyúčtování je uveden v příloze, kde je vysvětlení jednotlivých změn a odkaz na pracovníka Regionální pobočky VZP (v záhlaví sestavy), který je připraven zodpovědět dotazy nebo vysvětlit nejasnosti.

Věříme, že tento krok bude z Vaší strany přijat kladně.

Prosím Vás o informování členů Vašeho sdružení.

Děkujeme za pochopení.

S pozdravem

Ing. Jiří Mrázek, MBA,
ředitel odboru úhrad zdravotní péče
VZP ČR

**Příloha č. 1 k zákonu č. 95/2004 Sb.**

Specializační obory specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů

Specializační obor	Základní kmen	Označení odbornosti	Minimální délka vzdělávání (v letech) včetně délky vzdělávání v základním kmeni
alergologie a klinická imunologie	interní nebo pediatrický	alergolog a klinický imunolog	4,5
anesteziologie a intenzivní medicína	anesteziologický	anesteziolog	4,5
cévní chirurgie	chirurgický	cévní chirurg	5
dětská a dorostová psychiatrie	psychiatrický nebo pediatrický	dětský a dorostový psychiatr	4,5
dětská chirurgie	chirurgický	dětský chirurg	5
dětská neurologie	neurologický nebo pediatrický	dětský neurolog	4,5
dermatovenerologie	dermatovenerologický	dermatovenerolog	4,5
endokrinologie a diabetologie	interní nebo pediatrický	endokrinolog a diabetolog	5
gastroenterologie	interní nebo chirurgický	gastroenterolog	5
geriatrie	interní nebo všeobecné praktické lékařství	geriatr	4
gynekologie a porodnictví	gynekologicko-porodnický	gynekolog a porodník	4,5
hematologie a transfúzní lékařství	interní nebo pediatrický	hematolog a transfuziolog	4,5
hygiena a epidemiologie	hygienicko-epidemiologický	hygienik a epidemiolog	4
chirurgie	chirurgický	chirurg	5
infekční lékařství	interní nebo pediatrický	infekcionista	4
kardiochirurgie	kardiochirurgický	kardiochirurg	6
kardiologie	interní	kardiolog	5
klinická biochemie	interní nebo pediatrický	klinický biochemik	4,5
klinická onkologie	interní klinický	onkolog	5
radiační onkologie	interní radiační	onkolog	5
lékařská genetika	interní nebo pediatrický nebo gynekologicko-porodnický	lékařský genetik	4
lékařská mikrobiologie	interní nebo pediatrický	lékařský mikrobiolog	4,5
maxilofaciální chirurgie	maxilofaciálně chirurgický	maxilofaciální chirurg	5
nefrologie	interní	nefrolog	5
neurochirurgie	neurochirurgický	neurochirurg	6
neurologie	neurologický	neurolog	4,5
nukleární medicína	interní nebo radiologický	lékař se specializovanou způsobilostí v nukleární medicíně	4
oftalmologie	oftalmologický	oftalmolog	4,5
ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí	ortopedický	ortoped	5
otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku	otorinolaryngologický	otorinolaryngolog	4,5
patologie	patologický	patolog	4,5
pediatrie	pediatrický	pediatr	4,5
plastická chirurgie	chirurgický	plastický chirurg	5
pneumologie a ftizeologie	interní	pneumolog	4
psychiatrie	psychiatrický	psychiatr	4,5
radiologie a zobrazovací metody	radiologický	radiolog	4,5
rehabilitační a fyzikální medicína	interní nebo chirurgický nebo pediatrický nebo ortopedický nebo neurologický	rehabilitační lékař	4
revmatologie	interní	revmatolog	5
soudní lékařství	patologický	soudní lékař	4,5
urgentní medicína	anesteziologický nebo chirurgický nebo interní nebo všeobecné praktické lékařství	urgentní lékař	5
urologie	urologický	urolog	5
vnitřní lékařství	interní	internista	5
všeobecné praktické lékařství	interní nebo všeobecné praktické lékařství	praktický lékař	3



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Alena Šebková
předsedkyně OSPDL ČLS JEP

MUDr. Yveta Tomanová, vědecký sekretář OSPDL ČLS JEP, se dne 8. 4. 2017 v Praze zúčastnila jako zástupce naší společnosti 16. konference dětské pneumologie, jejímž pořadatelem byla Česká společnost dětské pneumologie ČLS JEP.

V reakci na stoupající poptávku po kvalitní a standardní péči o chronické dětské pacienty s těžkým nebo i neřešitelným a terminálním respiračním postižením se v hlavním bloku prezentovala chronická intenzivní a domácí péče o tyto nemocné. Poprvé se na tomto fóru hovořilo o současných možnostech dětské paliativní péče v ČR. Počty těchto dětí bohužel stoupají a péče o ně přináší nové výzvy jak pro lůžkovou oddělení, tak pro primární péči.

Dle definice WHO je dětská paliativní péče aktivní komplexní péče o somatickou, psychickou a spirituální dimenzi nemocného dítěte, zahrnující také poskytování podpory rodině. Tato péče začíná v okamžiku stanovení diagnózy nemoci a pokračuje bez ohledu na to, zda je dítě léčeno kurativně se zaměřením na diagnostikované onemocnění.

Hlavní rozdíl mezi dětskou a dospělou populací spočívá ve spektru a rozložení diagnóz vyžadujících paliativní péči. V dětské populaci je větší různorodost stavů vyžadujících paliativní péči a podstatně vyšší podíl nenádorových diagnóz (cca 80 %). V dětském věku existuje celá řada onemocnění, u kterých může být prognóza přežití i v řádu mnoha let a lze ji jen velmi těžko predikovat. Oproti dospělé populaci je jistě delší průměrná potřeba paliativní péče, samotné potřeby mohou být v porovnání s dospělou populací odlišné. V ČR chybí dostatek dat o počtu po-

třebných dětí a reálné dostupnosti paliativní péče. Neexistují nemocniční paliativní týmy, odborné vzdělání zdravotníků v paliativní medicíně je minimální. Komunikace mezi profesionály, kteří poskytují péči dětem s život ohrožujícím či limitujícím onemocněním, je minimální, chybí kontinuita této péče jak o dítě, tak i o rodinu.

Dostupnost závisí na místě bydliště dítěte a na druhu onemocnění. U dětí s onkologickým onemocněním jsou služby lépe dostupné v rámci komplexních onkologických center v Praze a v Brně. U neonkologických diagnóz, kterých je většina, chybí možnost komplexní paliativní péče jak ve zdravotnických zařízeních, tak i mimo ně. Dostupnost paliativní péče ve většině krajů ČR je prakticky nulová (Praha – Cesta domů, JMK – tým dr. Petra Lokaje při KDHO Brno, Ostrava a část Moravskoslezského kraje – Ondrášek, Olomouc – Nejste sami).

V listopadu 2015 vznikla Pracovní skupina dětské paliativní péče, složená z odborníků všech zainteresovaných profesí poskytujících paliativní péči. V prosinci 2015 byla skupina přijata pod Českou společnost paliativní medicíny ČLS JEP. Pracovní skupinu oficiálně podporuje i MZ ČR. Cílem je zlepšení dostupnosti paliativní péče na všech úrovních péče o dětského pacienta.

Zapsala MUDr. Yveta Tomanová

Paliativní dětskou péči se začala zabývat jako tématem, ve kterém je nutné vzdělávat i lékaře v primární péči, naše odborná společnost. Byla jednou z prvních, která podpořila vznik Pracovní skupiny dětské paliativní péče a navázala konkrétní spolupráci, jmenovitě s její předsedkyní prim. MUDr. Mahulenou Mojžíšovou. Celosvětově je trend posunout

zdravotní péči do prostředí pacientovi blízkého, včetně péče domácí. Zkušenosti s dětmi závažně nemocnými, vyžadujícími speciální, či dokonce paliativní péči, někteří z nás jistě mají, dokonce se s námi o své zkušenosti dělí (například kolegyně MUDr. Helena Letáková), ale obecně si troufám říci, že nám mnoho potřebných vědomostí chybí. A nejenom nám. Tato péče je velmi náročná pro všechny zúčastněné a dosud přináší mnohé problémy, které, bohužel, přinášejí největší těžkosti našim pacientům a jejich rodičům.

Za odborné garance OSPDL ČLS JEP se proto bude konat v červnu, přesně 3. 6. 2017 v Praze, v hotelu Don Giovanni, Vinohradská 157a, Praha 3, Zdravotnické fórum: Dětská paliativní péče. Program je sestaven do dvou bloků, z nichž první, dopolední, nastíní problematiku z pohledu lékařů zabývajících se paliativní péčí, nemocničních lékařů, dětských praktiků, dále zdravotnických i nezdravotnických pracovníků, kteří se paliativní péčí zabývají v rámci hospicové péče, rané péče, nabízejí pomoc rodičům. Účast přislíbili i zástupci ministerstva zdravotnictví, ministerstva práce a sociálních věcí, zdravotních pojišťoven. Ti všichni se také zúčastní panelové diskuse, ze které musejí vyjít výstupy a návrhy systémového řešení této problematiky. Záštitu nad ZF přijal náměstek ministra zdravotnictví MUDr. Kamal Farhan.

Výbor OSPDL ČLS JEP vás zve k účasti na tomto důležitém setkání, registrace je již možná na www.ahou.cz nebo proklikem z webové stránky OSPDL – www.detskylekar.cz.

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

1. 6. 2017

Revmatologie pro praxi, nespecifické bolesti končetin u dětí

MUDr. Vladimír Němec, Ph.D.,
Revmatologická ambulance, Pardubická nemocnice



OSPDL ČLS JEP



Akné – praktické rady pro praxi

MUDr. Jan Hugo

Dermatovenerologická klinika 3. LF UK a FNKV

■ Úvod

Všechny obličejové dermatózy – mezi které patří i akné – mají jeden společný rys. Vedou k výraznému snížení kvality života pacienta. Tíže kožního nálezu často nemusí odpovídat tíži postižení psychiky. Situaci velice dobře vystihuje citát, který říká, že „akné postihuje člověka hlouběji než jen v oblasti kůže“ [1]. V takovém psychickém rozpoložení může i jen malé zhoršení stavu – někdy dokonce pouhé nezlepšování – vést k závažným důsledkům, odmítnutí v pokračování jakékoli terapie, rezignaci na řešení stavu a rozvoji sociální fobie, klinické deprese nebo kombinaci obojího.

Vzhledem k tomu, že prevalence u adolescentů je dle epidemiologických studií mezi 50 a 95 %, role pediatra v terapii je zcela zásadní. Následující článek je proto souborem tipů a doporučení pro každodenní praxi – jež by měly napomoci předcházet výše zmíněným dramatickým dopadům – vycházejících z opakujících se dotazů pacientů či jejich rodičů, autorových vlastních klinických zkušeností i omylů a neocenitelných postřehů mnoha jeho učitelů a starších kolegů.

■ Léčba lokálními retinoidy

Topické retinoidy jsou dle všech aktuálních doporučení lékem volby u komedogennické formy akné a v kombinaci s dalšími léčivými nepostradatelnou složkou i v terapii ostatních forem. Před jejich nasazením je ale nutné pacienta upozornit, že **během prvního měsíce bude kůže zvýšeně iritovaná** [2], může dojít až k přechodnému paradoxnímu zhoršení kožního nálezu, ale že se nejedná o alergickou či jinak nebezpečnou reakci, naopak že tento stav je zcela očekávatelný a je zapotřebí proto **aplikaci nepřerušovat a pokračovat v ní**.

Dále je nezbytné pacienta edukovat, že pro plný terapeutický efekt je na rozdíl od topických antibiotik nutné dlouhodobě retinoidy ošetřovat celé postižené oblasti, ne jen místa s aktuálně přítomnými projevy. Vzhledem ke známé fotosenzitivitě celkových retinoidů panuje občas až přílišná obava z obdobného rizika při terapii retinoidy topic-

kými. Někdy jsou tyto obavy natolik vystupňované, že pacient v letním období aplikaci preventivně zcela přeruší. K takovým opatřením zcela jistě není potřebné přistupovat a pacientovi stačí doporučit, aby byla aplikace prováděna až večer a aby se cíleně neopaloval, resp. zbytečně nepobýval na přímém slunci.

■ Léčba lokálními antibiotiky

Velkým rizikem je rozvoj bakteriální rezistence. Proto topická antibiotika nesmějí být **nikdy používána nejen samostatně v monoterapii, ale dokonce ani v kombinaci s celkovými antibiotiky**. Přestože se dosud lze často setkat právě s takovou formou preskripce, tento postup je nyní hodnocen jako non lege artis.

Je nutné si tedy pamatovat, že i když lokální antibiotika mohou být velice účinná v terapii zánětlivých forem akné, je zapotřebí je vždy kombinovat s jinými formami lokální či celkové terapie.

A aby situace pro pacienta i lékaře nebyla příliš jednoduchá, tak i pokud je kombinovaná léčba lokálními antibiotiky u pacienta účinná, vzhledem k současnému nárůstu bakteriální rezistence je doporučováno po 2–3 měsících preventivně druh antibiotika zaměnit [3].

■ Léčba benzoylperoxidem (BPO)

Paradoxně největším potenciálním úskalím terapie není žádná obávaná zdravotní komplikace, ale odbarvení prádla, či dokonce ochlupení v léčené lokalizaci. Je tedy více než vhodné upozornit pacienta na toto riziko dopředu, dříve než u něj překvapení z nečekaných změn povede až k pochybám o celé naší zvolené terapii.

■ Hormonální antikoncepce (HAK)

Mezi laickou veřejností přetrvává dojem, že jakákoli hormonální antikoncepce vykazuje pozitivní efekt na akné. Toto tvrzení nejenže není pravdivé, ale **nevhodně zvolený preparát HAK může vést i k přesně opačnému efektu, zhoršení tíže akné**.

Za nejúčinnější jsou považovány preparáty obsahující antiandrogen cyproteron acetát (CPA). Z dalších vhodných alternativ lze ještě zmínit preparáty s obsahem dienogestu (cca 40 % antiandrogenního účinku CPA) a chlormadinon acetátu (cca 30–40 % účinku CPA) [4].

V případech, kdy chce pacientka nasazením hormonální antikoncepce řešit pouze stav svého akné a ne prevenci otěhotnění, je důležité informovat, že délka terapie by měla trvat alespoň 12 měsíců, protože jinak hrozí velice rychlý relaps obtíží.

■ Léčba perorálními retinoidy

Preparáty je nutné užívat vždy **zároveň s jídlem**, a to jak kvůli omezení možné gastrointestinální iritace, tak z důvodu výrazně narušeného vstřebávání nalačno. Jídlo by navíc mělo obsahovat **alespoň menší množství tuku**, který silně lipofilní retinoidy potřebují pro své správné vstřebání. Doporučuje se proto užití ráno spolu se snídaní, která by se v jednotlivé dny neměla výrazně lišit jak množstvím, tak složením. Zejména adolescenty je třeba na to aktivně upozornit, neboť dle průzkumů až 30 % z nich zcela vynechává snídani. U dívek je toto procento ještě vyšší, kdy jejich motivací bývá snížení tělesné hmotnosti.

Během terapie a ještě 2 měsíce po jejím ukončení **nesmí být předepsáno tetracyklinové antibiotikum** vzhledem k riziku navození intrakraniální hypertenze při souběžném užívání.

Po ukončení terapie by pacienti ještě alespoň 6 měsíců neměli podstupovat razantnější dermatologická či chirurgická ošetření – zejména peeling, dermabrazí či epilaci voskem – vzhledem k riziku vzniku hypertrofičkových i hypotrofičkových jizev, pozánětlivých hyperpigmentací nebo hypopigmentací.

■ Akné ve křtci

Postižení v této lokalizaci představuje značně specifickou a svízelnou problematiku. Pacienty povětšinou neobtěžuje ani tak viditelnost či velikost projevů jako jejich výrazná bolestivost. Vzhledem k lokalizaci



Obr. 1 Stav před terapií

je většina lokálních preparátů nekomfortní k aplikaci a bohužel také neúčinná. Projevy naopak velice dobře reagují na celkové retinoidy, často i na nižší dávky, cca 10–20 mg isotretinoinu denně.

■ Nástup účinku terapie

Pacienti mají bohužel mnohdy přílišná očekávání a předpokládají, že viditelná změna se dostaví již po pár dnech. Pokud pak není tato jejich představa naplněna, dostávají pocit, že námi zvolená terapie selhala. Je tedy zcela nezbytné pacientovi dopředu vysvětlit, že efekt jakékoli nově zavedené terapie – ať lokální, či celkové – se **naplno projeví až s delším časovým odstupem**, nikdy ne dříve než za 1–2 měsíce, nebývá však výjimkou, že zlepšení nastane až po třech měsících každodenní péče.

■ Udržovací terapie

Přestože je akné veřejností považováno za „nemoc puberťáků“, řadíme je mezi chronická onemocnění, spíše s mnohaletým než mnohaměsíčním průběhem, kdy zejména u žen může přetrvávat i řadu let po skončení adolescence. Udává se, že **bez terapie trpí projevy akné ve věku 30–39 let stále ještě 34 % žen**. Jednou z hlavních úloh lékaře je proto pacienta přesvědčit, aby pokračoval v léčbě dlouhodobě a předcházet tak možným frustrujícím recidivám.

Po indukční fázi terapie směřující ke zhojení všech aktuálně viditelných lézí by měla následovat **terapie udržovací** (angl. main-



Obr. 2 Stav po 4 měsících celkové terapie retinoidy

tenance therapy), jejímž primárním cílem je zabránění vzniku nových projevů [5]. Toho lze dosáhnout, pokud se zaměříme na časná stadia komedogeneze, vedoucí k vytvoření prekursoru aknézních lézí, subklinického mikrokomedu.

Lékem volby jsou stejně jako u komedonické formy akné topické retinoidy – z nichž nejlepší toleranční profil pro dlouhodobou aplikaci vykazuje adapalen – alternativně lze používat také kyselinu azelaovou. Aplikace by měla být prováděna **každý den či alespoň obden** a měla by zahrnovat **všechny dříve postižené oblasti**.

■ Podceňované zhoršující faktory

V současné době je již zcela jasně prokázán negativní vliv kouření, kdy byl v několika studiích potvrzen kauzální vztah mezi tíží akné a počtem vykouřených cigaret [6]. Cigaretový kouř obsahuje vyšší množství kyseliny arachidonové a polycyklických aromatických uhlovodíků, které vedou k up-regulaci prozánětlivých signálních drah. Akné u těžkých kuřáků již dostalo i svůj specifický termín *acne nicotinic* (angl. smoker's acne). Počty kouřících adolescentů neustále narůstají, přičemž většina z nich si tohoto výrazně negativního vlivu není vůbec vědoma, a proto bychom měli aktivně klást dotaz i na tuto problematiku.

U žen může být akné zhoršováno nebo dokonce provokováno **dysbalancí pohlavních hormonů**. Pokud je takový stav přítomen,

jedná se prakticky vždy o velice intimní záležitost, za kterou se zejména ženy a dívky v mladším věku stydí, a samy ji proto nezmiňují. Je vhodné se tedy vždy aktivně zeptat, jak probíhá menstruační cyklus, resp. zda je vůbec přítomen.

■ Závěr

Akné u adolescentů bylo od nepaměti aktuálním tématem a není tomu jinak ani v současné době. Vzhledem k potenciálním vážným dopadům na psychiku – které mohou přetrvávat i po celý zbytek života – je zapotřebí začít s léčbou co nejdříve. Proto i v případě komplikovaných pacientů, u kterých bychom si sami nebyli jisti, jakou kombinaci účinných topických preparátů předepsat (nebo například pokud na nás rodiče vyvíjejí nátlak k „okamžitému“ vystavení doporučení pro vyšetření u dermatologa), bychom měli **ihned zahájit terapii lokálními retinoidy či alternativně kyselinou azelaovou**. I toto základní opatření totiž sníží riziko možného vzniku nových jizev a povede přinejmenším k částečnému zlepšení stavu, než se pacient dostane do specializované ambulance dermatologa.

Pokud se ale jedná o těžkou formu akné s tendencí k jizvení (obr. 1 a 2) – a nejsou přítomny jasné kontraindikace k jejich užívání –, nesmíme otálet s terapií celkovými retinoidy. Jejich nasazení může realizovat pouze dermatolog, kterému však rozhodně pomůže, pokud pediatr už **předem pacienta seznámí se základními fakty o terapii** (hlavně o rizicích otěhotnění a nutnosti prakticky nulového příjmu alkoholu) a provede krevní **odběry k vyloučení případné latentní hepatopatie a stanovení koncentrace cholesterolu a triacylglycerolů (TAG)**.

■ Literatura

1. Nevoralová Z. Obličejové dermatózy. Praha: Mladá fronta, 2016
2. Bělobrádek M. Kožní nemoci. Repetitorium pro praxi. Praha: Maxdorf, 2008
3. Vohradníková O. Acne vulgaris. Dermatol. praxi. 2010;4(1):51–54
4. Křepelka P. Kombinovaná hormonální antikoncepce v léčbě akné. Ref. výb. Dermatovenerol. 2012;1:44–51
5. Nevoralová Z. Udržovací léčba akné. Dermatol. praxi. 2016;10(1):10–15
6. Nevoralová Z. Nové přístupy v léčbě akné. Pediatr. praxi. 2013;14(6):352–356



Intoxikace paracetamolem

MUDr. Martin Haša

Pediatrické oddělení Nemocnice Na Bulovce

Paracetamol je jedním z nejpoužívanějších analgetik a antipyretik. Při použití přiměřených terapeutických dávek (15 mg/kg/dávka, 60 mg/kg/den) je jeho toxicita nízká. V nadměrných dávkách je hepatotoxický. Následující text seznámí s kazuistikou chlapce s intoxikací paracetamolem v rámci sebevražedného pokusu.

Paracetamol is one the most used analgesics, antipyretics. By using appropriate therapeutic doses (15 mg/kg/dose, 60 mg/kg/day) is its toxicity low. It is hepatotoxic using excessive doses. The following text presents case study of a boy with paracetamol intoxication as a suicide attempt.

■ Úvod

Paracetamol (= acetaminophen, systematický název N-(4-hydroxyfenyl)acetamid) je nejpoužívanější analgetikum, antipyretikum u dětí. Při použití přiměřených terapeutických dávek (do 15 mg/kg/dávka, do 60 mg/kg/den) je jeho toxicita nízká. V nadměrných dávkách je hepatotoxický. Jedná se o jednu z nejčastějších intoxikací u dětí a v některých souborech o nejčastější příčinu akutního jaterního selhání vyžadující transplantaci jater.

Paracetamol se dobře vstřebává ze žaludku a z tenkého střeva, přičemž maximální plazmatické hladiny je dosaženo za 30–60 minut po požití, ale po požití vysokých dávek je dosaženo maximální koncentrace za 4 hodiny. Po vstřebání je metabolizován v játrech a konjugován na glukuronid nebo sulfát, z čehož cca 4–15 % se metabolizuje cytochromem P450 na reaktivní metabolit N-acetyl-p-benzochinonimin, který se posléze konjuguje v játrech s glutathionem jako donorem SH- skupin. Při požití toxic- kých dávek jsou zásoby glutathionu nedo- statečné a toxické metabolity způsobují nekrózu hepatocytů. Z těla je vylučován ve formě netoxických metabolitů, a to močí (40–60 % jako glukuronát, 30 % jako sulfát) a pouze 2 % v nezměněné formě. Jen malá část metabolitů se vylučuje z těla žlučí, ale při poškození jater se exkrece konju- gátů s glutathionem zvyšuje až na 40 %.

Paracetamol je prokázán jako inhibitor syn- tézy prostaglandinů, má efekt na inhibici syntézy COX – cyklooxygenázy.

V průběhu intoxikace se zvyšuje produkce reaktivního metabolitu N-acetyl-p-benzo- -chinoniminu. Dávka do 75 mg/kg během 24 hodin jen zřídka způsobí toxické projevy. Dávka do 150 mg/kg během 24 hodin může způsobit toxické projevy. Dávka do 250 mg/kg během 24 hodin je již dávka s výrazným rizikem hepatotoxicity. Dávka, která bez léčby vede k těžké hepatotoxi- citě, se pohybuje do 350 mg/kg během 24 hodin. V prvních 24 hodinách se objevuje nauzea, zvracení, únava, pocení, anorexie. V období mezi 24–72 hodinami se objevuje bolest v pravém podžebří, hepatomegalie, někdy i oligurie, zvýšené transaminázy a bi- lirubin, prodloužený Quick, někdy i zvýšená urea a kreatinin. 3–5 dní po požití se znovu objevuje nauzea, zvracení, únava, anore- xie, k tomu se přidává ikterus, krvácení, hypoglykémie, metabolická acidóza, ence- falopatie, sepse, renální selhání, výrazné zvýšení transamináz, bilirubinu, prodloužení parametrů koagulace, hyperamonémie až multiorgánové selhání. V období 5–14 dní po požití dojde buď k postupné norma- lizaci, nebo finálnímu jaternímu selhání a úmrtí. Intoxikace paracetamolem nevede k chronickému jaternímu selhání. Těžké hepatotoxicitě lze předejít včasnou léčbou N-acetylcysteinem, donátorem SH- skupin, nejlépe do 8–10 hodin po požití.

V průběhu léčby intoxikace paracetamolem se doporučuje stanovit jeho hladinu nejdříve 4 hodiny od požití, kdy je obvykle dosaženo jeho maximální hladiny, a výsledek vložit do Rummack-Matthewova nomogramu, který slouží k posouzení indikace léčby N-acetylcysteinem. Použití normogramu má význam jen u pacientů, kteří celou dávku požili jednorázově (v rozmezí maximálně 60 minut) a do uplynutí doby 24 hodin od požití. Další léčebný postup se liší dle požitě dávky a časového úseku požití. Při akutní intoxikaci, jako u velké většiny ostatních látek, by měl začít výplachem žaludku do 60 minut po požití. Následuje podání carbo adsorbens v dávce 1 g/kg a následné po-

dání N-acetylcysteinu, který lze podat jak parenterálně, tak enterálně. Není-li známa doba požití, byla-li dávka požitá v delším časovém úseku než 60 minut anebo byl-li paracetamol podán intravenózně, nelze no- mogram použít.

■ Kazuistika

Na naše oddělení byl na jaře přijat šestnácti- letý chlapec pro požití léčiv v suicidálním úmyslu. Z anamnézy byly získány následující údaje: RA: matka i otec polinóza, starší sestra také polinóza a atopie, jinak zdráv. SA: chlapec navštěvuje 1. ročník učiliště, obor elektrotechnika, rekreačně provozuje aikido. FA: dlouhodobě užívá pouze Zyrtec při obtížích. OA: perinatální data v normě, očkován řádně, navíc vakcína proti hepa- titidě A. Chlapec je dispenzarizován na alergologii pro polinózu. Hospitalizován byl pouze 1× v životě, a to ve 2 letech pro ope- raci inguinální hernie.

Z nynějšího onemocnění vyplývá, že chlapec v suicidálním pokusu požil asi před dvěma hodinami 4 plata Paracetamolu plná cca ze 2/3, tj. požití 18–24 g paracetamolu, tj. 346–461 mg/kg, a tablety Xyzalu, kdy vyprázdnil 2 plata, tj. max 70 mg levocetiri- zinu, tj. 1,3 mg/kg. Po požití se napil velkého množství vody, do 5 minut sice masivně zvracel, ve zvracích ale tablety neviděl, možná již jen jejich rozpuštěné části. Ihned poté situaci telefonicky zavola matce, která po příchodu domů zavolala ZRS. V sanitce podána infuze 200 ml 1/1 FR a po příjezdu na naše oddělení kontaktováno toxikolo- gické informační středisko. Výplach žaludku již nebyl indikován, ale bylo podáno carbo adsorbens v dávce 1 g/kg. Dle TIS byla po- žita hepatotoxická dávka paracetamolu, byl doporučen odběr hladiny paracetamolu za 4 hodiny od požití a dle hladiny eventuálně zahájit léčbu antidotem. Dle TIS je hepato- toxická hladina levocetirizinu od 0,7 mg/kg, poločas 4 hodiny, nutno sledovat krevní tlak, akci srdeční, EKG. Mezi další možné nežá- doucí účinky patří arytmie, křeče, anticho- linergní projevy, alkalóza, v tom případě je možná a doporučena pouze symptomatická



terapie. Z pohovoru s chlapcem vyplývá, že na celou událost si pamatuje, tablety požil s úmyslem vzít si život, důvodem suicidálního pokusu je nešťastná láska.

Chlapec je v době přijetí při vědomí, orientován, bez bolesti či nauzey, třese se, dysartrie, ale spolupracuje. Oči jsou izokorické, lehce mydriatické, zornice reagují na osvit s oboustranně výbavnou fotoreakcí. Eupnoický, dýchá volně, poslechově dýchání čisté, bez vedlejších dechových fenoménů. Akce srdeční je pravidelná, bez šelestu. Břicho měkké, volně prohmatné, bez rezistence, bez palpační citlivosti, hepar ani lien nehmatné, peristaltika dobře slyšitelná, tapotement bilaterálně negativní. Kůže čistá, hydratace přiměřená.

Ve vstupní laboratoři jaterní enzymy v normě, pouze mírná hypokalémie, v krevním obraze pouze hraniční hodnoty červeného krevního obrazu. Hladina paracetamolu byla odebrána za cca 4 hodiny od požití a dle toxikologické laboratoře je 468,8 µg/l, tedy vysoce toxická dávka, která byla vložena do Rummack-Matthewova nomogramu. Třináct hodin od požití je hladina paracetamolu 182 µg/l. První den hospitalizace chlapec opakovaně zvrací, celkem 17×, je podán Degan i.v. a pro zvracení až hematinového obsahu také Helicid i.v. Chlapec si začíná stěžovat na bolesti břicha, má bledý kolorit kůže. Natočeno EKG, které je bez pozoruhodností, během prvního dne hospitalizace kontrolováno vnitřní prostřední ABR, které je v normě, jaterní testy bez progresu, koagulace v normě. Vzhledem k vysoce hepatotoxické dávce paracetamolu za 4 hodiny po požití zahájena terapie N-acetylcysteinem dle doporučení Toxbase, tj. při dávce nad 150 mg/kg, která byla požitá během 24 hodin, na úvod bolus 150 mg/kg antidota N-acetylcysteinu během 1 hodiny ve 250 ml 5 % glukózy. Poté 1. udržovací infuze 50 mg/kg během 4 hodin v 500 ml 5 % glukózy a pak 2. udržovací infuze 100 mg/kg během 16 hodin v 1000 ml 5 % glukózy. Celková doba léčby tedy odpovídá 21 hodinám.

Druhý den hospitalizace se pacient cítí dobře, stěžuje si pouze na bolest v krku, břicho ho nebolí, nemá nauzeu, již nezvrací, diuréza dostatečná. Břicho zůstává měkké, volně prohmatné, bez palpační citlivosti, zcela nebolestivé, funkce stabilní. Kontaktováno transplantační centrum IKEM a na základě jejich doporučení prodloužena doba podávání antidota na 60 hodin. Provedena sonografie břicha, která je v mezích normy, pravý lalok jaterní v oblouku

žebním, parenchym jaterní homogenní, bez ložisek.

Třetí den hospitalizace se objevuje klinicky mírný subikterus. V laboratoři mírný vzestup bilirubinu, kdy celkový bilirubin maximálně 29 µmol/l, konjugovaný 11 µmol/l, opakovaně mírná hypokalémie s minimální hodnotou 2,7 mmol/l, která je korigována substitucí KCl v kapacích infuzích. Za 36 hodin od požití se objevuje i první vzestup transamináz, další vzestup transamináz postupně cca do 60 hodin od požití (AST max. 8,79 µkat/l, ALT 13,79 µkat/l), dále již postupný pokles parametrů k normě. INR přechodně s vzestupem (max. 1,57), poté také s úpravou k normě, ostatní parametry koagulace po celou dobu v normě.

V dalším průběhu hospitalizace se pacient cítí zcela bez obtíží, má chuť k jídlu a k pití, je zavedena jaterní dieta. Provedeno psychologické vyšetření, kde pan doktor doporučil hospitalizaci na psychiatrickém lůžku, kam byl také chlapec po 11 dnech hospitalizace v celkově dobrém stavu přeložen.

■ Následná péče

Pacient byl nadále sledován v gastroenterologické poradně pediatrického oddělení po propuštění z psychiatrického oddělení, kde průběh hospitalizace s klidným průběhem, bez známek tenze či anxiety, apsychoický, asuicidální. Dále přeložen do péče ambulantního psychologa. Subjektivně se pacient cítí dobře, na nic si nestěžuje, nic ho nebolí. Bolesti břicha ani nauzeu nemá. Zpočátku pociťoval únavu, kterou ale nyní nejuje. Chuť k jídlu má dobrou, stravu dobře toleruje. Dodržuje dietu s vyřazením smažených, tučných a kořeněných jídel. Stolica formovaná, bez příměsí, bez diskolorace. Moč světlá, krvácivé projevy nemá. Exantémy ani ekzémy nejsou. Provedeny celkové odběry, kde veškeré hodnoty v mezích normy, vč. jaterních testů, resp. AST 0,39 µkat/l, ALT 0,49 µkat/l. Na sonografii břicha nález v mezích normy. Pravý lalok jaterní v oblouku žebním, parenchym jaterní homogenní, bez ložisek. Pacient je vyřazen z dispenzarizace.

■ Závěr

Intoxikace obecně vzniká působením škodlivé látky na organismus. Může dojít k závažnému poškození organismu nebo až k smrti. U dětí se setkáváme s intoxikacemi nejčastěji ve dvou věkových kategoriích.

V předškolním věku, kdy bývají zpravidla náhodné, druhý peak představují adolescenti, kde tvoří hlavní podíl cílené požití nejčastěji léků, alkoholu či drog. Na dětské JIRP/ARO se ročně přijímá asi 1 000 dětí s dg. (susp.) intoxikace., z nichž 10 % vyžaduje intenzivní péči a 1–5 % resuscitační péči. Etiologicky cca 38 % otrav je způsobeno léky. Toxikologické informační středisko ročně odpovídá na 5 500 dotazů ohledně intoxikací dětí do 14 let. Paracetamol je pro svou dostupnost jedním z nejčastějších zneužívaných léků. V některých souborech je uváděno, že jde o nejčastější příčinu akutního jaterního selhání u dětí. Kazuistika seznámila s dospívajícím pacientem, který se intoxikoval paracetamolem a levocetirizinem. Hladina paracetamolu od požití byla vysoce toxická, a to 468,8 µg/l za cca 4 hodiny od požití. Byla zahájena promptní léčba antidotem dle protokolu a kontaktováno transplantační centrum nemocnice IKEM. Po 11 dnech je chlapec v celkově dobrém stavu přeložen na psychiatrické lůžko. Po propuštění a následné půlroční dispenzarizaci v gastroenterologické poradně našeho oddělení je z ní posléze vyřazen pro celkově dobrý klinický stav, uspokojivé hodnoty jaterních enzymů a přiměřený nález na sonografii břicha vč. jater.

■ Literatura

1. Hodis J. Nová fakta o paracetamolu, rizika předávkování, intoxikace a jejich zvládání. Prakt. Lékař. 2015;11(3):90–92
2. Hladík M, Olosová A, Jourová I et al. Akutní poškození jater paracetamolem. Pediatr. praxi. 2005;6(4):212–214
3. Ševela K et al. Akutní intoxikace a léková poškození v intenzivní medicíně. Praha: Grada Publishing, 2011
4. Brok J et al. Interventions for paracetamol (acetaminophen) overdose. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 2. Art. No.: CD003328. DOI: 10.1002/14651858.CD003328.pub2
5. Hladík M. Intoxikace u dětí a mládeže. Pediatr. praxi. 2014;15(5):308–310



Život ohrožující krvácení v dětské intenzivní a perioperační medicíně – nová doporučení

MUDr. Roman Sviták, Ph.D.

Anesteziologicko-resuscitační oddělení Nemocnice Hořovice,
Vysoká škola zdravotnictví a sociální práce sv. Alžběty Bratislava

Problematika závažného a život ohrožujícího krvácení představuje širokou a značně nehomogenní skupinu stavů. Strategie léčebného postupu by měla být vždy výsledkem pečlivého vyhodnocení daného stavu.

Klíčová slova: život ohrožující krvácení – cíl léčby život ohrožujícího krvácení – standard pro život ohrožující krvácení

Problematika závažného a život ohrožujícího krvácení (ŽOK) zasahuje do řady oblastí, oborů a odborností klinické i laboratorní medicíny. Stavy těžkého krvácení představují širokou a značně nehomogenní skupinu stavů, mezi které patří nejčastěji excesivní krvácení po traumatu či operaci, v souvislosti s porodem nebo krvácení v důsledku vrozené či získané poruchy trombocytů a/nebo koagulačních faktorů. Strategie postupu by měla být vždy založena na zhodnocení základních otázek typu:

- Kde je zdroj krvácení?
- Je možné zdroj krvácení ošetřit a zastavit? (operace, embolizace apod.)
- Je současně přítomna významná porucha funkce jater a/nebo ledvin?
- Užívá daný pacient nějaká farmaka s potenciálem ovlivnění koagulace?
- Je přítomna laboratorní porucha koagulace?

Laboratorní diagnostika představuje významnou součást klinické rozvahy, nicméně cílem léčby primárně není izolovaná úprava laboratorních hodnot, ale především zlepšení klinického stavu. K určení základní strategie postupu stačí v naprosté většině případů hematokrit, INR, APTT, počet trombocytů, fibrinogen. Nevýhodou tradičních laboratorních metod je především dlouhá doba od dodání vzorku do získání výsledku, novější metody typu POCT (point of care testing) – zejména **tromboelastografie (TEG)** – umožňují do cca 10 minut získat klíčovou informaci, jaká součást koagulačního systému je nejvíce narušena, a identifikovat přesněji cíle substituční terapie. Ještě pohodovější metodou je rotační **tromboelastometrie (ROTEM)**.

■ Základní cíle léčby ŽOK

- identifikace zdroje krvácení a jeho ošetření v co nejkratší možné době
- náhrada cirkulujícího objemu
- včasná a cílená léčba koagulační poruchy
- podpora/náhrada orgánových funkcí
- prevence recidivy ŽOK a možných komplikací souvisejících s léčbou koagulační poruchy

■ Doporučení pro ŽOK vycházející ze současného stupně vědeckého poznání

- U všech pacientů se ŽOK je doporučen strukturovaný diagnostický postup s cílem zjistit základní charakteristiku pacienta pro formulování diagnosticko-léčebného plánu.
 - Lze určit zdroj krvácení? Odkud pacient krvácí?
 - Je možné ošetření zdroje krvácení (chirurgický výkon, embolizace tepny, sklerotizace varixů)?
 - Jsou přítomny laboratorní známky koagulopatie? Pokud ano, jaké?
 - Má pacient ještě jiné onemocnění, které ovlivňuje koagulační systém (např. hepatopatie, urémie apod.)?
 - Jaká je farmakologická anamnéza pacienta?
- K posouzení rozsahu krvácení a závažnosti šoku je doporučeno průběžně sledovat hladinu laktátu a/nebo deficit bází.
- Je doporučeno rutinně a včasné provádět opakovaná stanovení PT, aPTT, fibrinogenu a trombocytů.
- K identifikaci koagulační poruchy je doporučeno používat viskoelastometrické metody, jsou-li dostupné.
- Pro zhodnocení závažnosti krvácení a poruchy krevní srážlivosti je doporučeno upřednostňovat klinický stav před výsledky laboratorních vyšetření.

- U všech pacientů se ŽOK je doporučeno jako priorita provedení postupů s cílem dosažení kontroly příčiny krvácení.
- U všech pacientů se ŽOK je doporučeno zvážit možnost a proveditelnost kontroly lokalizovaného zdroje krvácení metodami intervenční radiologie, jsou-li dostupné.
- U pacientů se ŽOK v důsledku traumatu je doporučeno jako priorita provedení postupů k ošetření zdroje krvácení.
- U pacientů se ŽOK a hypotenzí je doporučeno zahájit okamžitou tekutinovou resuscitaci.
- Pro zahájení tekutinové resuscitace je doporučeno použití balancovaných roztoků krystaloidů.
- Použití syntetických koloidů v tekutinové resuscitaci u pacientů se ŽOK je doporučeno pro situace, kde jsou krystaloidní roztoky považovány za nedostačující k dosažení/udržení hemodynamických cílů resuscitace.
- Při použití syntetických koloidů je doporučeno upřednostňovat balancované roztoky želatiny.
- Nasazení vazopresorů a/nebo inotropik je doporučeno při nedosažení hemodynamických cílů resuscitace pomocí tekutin.
- Je doporučeno monitorovat koagulaci a zahájit opatření k úpravě koagulace co nejdříve.
- K dosažení/obnovení účinnosti endogenních hemostatických mechanismů a léčebných postupů podpory koagulace je doporučena maximální možná korekce hypotermie, acidózy a hladiny ionizovaného kalcia.
- Je doporučena časná aplikace postupů k prevenci hypotermie a udržení normotermie.
- Je doporučeno monitorovat a udržovat hladinu ionizovaného kalcia v normálním rozmezí během masivních transfuzí.



- Podání koncentráту fibrinogenu je doporučeno u pacientů se ŽOK při poklesu jeho hladiny pod 1,5–2 g/l nebo při nálezu funkčního deficitu zjištěném viskoelastometrickými metodami.
- Při nemožnosti monitorace hladiny fibrinogenu a předpokladu jeho nízké hladiny je doporučeno podání koncentrátu fibrinogenu u pacientů se ŽOK co nejdříve i bez znalosti jeho hladiny.
- Je doporučeno udržovat hladinu fibrinogenu nejméně 2 g/l u všech pacientů se ŽOK do doby dosažení ošetření zdroje krvácení.
- U pacientů se ŽOK v souvislosti s traumatem je doporučeno podat co nejdříve kyselinu tranexamovou v úvodní dávce 10–100 mg/kg během 10 minut a poté pokračovat infuzně v dávce 1–10 mg/kg/hod během 8 hodin.
- Po ošetření zdroje krvácení je doporučeno podávání náhrady erytrocytů (EBR) k dosažení cílové hodnoty hemoglobinu v pásmu 80–90 g/l.
- U pacientů se ŽOK je doporučeno cílovou hodnotu hemoglobinu individualizovat s ohledem na oběhovou stabilitu, anamnézu a odhadovanou orgánovou rezervu.
- Je doporučeno podávání EBR zbavené leukocytů, je-li tato možnost dostupná.
- Podávání čerstvé zmražené plazmy (FFP) v dávce 10–15 ml/kg je doporučeno v situacích ŽOK, kdy a) jsou současně přítomny laboratorní známky poruchy koagulace, b) nemáme možnost identifikace typu a/nebo příčiny koagulační poruchy, c) nejsou k dispozici koncentráty faktorů protrombinového komplexu nebo jejich podání je považováno za nevýhodné, d) není indikováno podání některého z koncentrátů koagulačních faktorů.
- Je-li pokračováno v podávání FFP a EBR, je doporučeno používat poměr jednotek FFP ku EBR alespoň 1 : 2
- Podání koncentrátu protrombinového komplexu (PCC) je doporučeno u pacientů se ŽOK a) léčených antagonisty vitamínu K nebo b) kde je předpoklad deficitu faktorů v PCC obsažených.
- Při podání PCC u pacientů se ŽOK je doporučena iniciační dávka 20–30 U/kg t. hm.
- Použití rFVIIa u pacientů se ŽOK patří do kategorie tzv. *off-label* podání. Podání rFVIIa je doporučeno u pacientů se ŽOK při selhání správně prováděných tzv. standardních postupů.

■ Fibrinogen jako součást „the concept of goal-directed hemostatic therapy“

Nový koncept časného podání fibrinogenu co nejdříve po získání informace o deficitu jeho hladiny a/nebo funkce vychází ze tří základních východisek:

- Hladiny fibrinogenu u ŽOK klesají velmi rychle a na hodnoty, které samy o sobě mohou být zdrojem krvácení.
- Podání fibrinogenu u ŽOK snižuje množství podaných krevních derivátů.
- Některé práce naznačují lepší klinický výsledek při včasném podání fibrinogenu u stavů ŽOK.

■ Souhrn

Klíčové součásti podpory hemostázy u ŽOK:

- do doby ošetření zdroje krvácení je preferována spíše restriktivní tekutinová strategie
- antifibrinolytika co nejdříve
- cílená včasná substituce chybějících/dysfunkčních koagulačních faktorů vedená metodami TEG/ROTEM
 - fibrinogen
 - PCC
 - rFVIIa
- transfuze erytrocytů a destiček k individuálně definované cílové hodnotě
- substituce kalcia
- optimalizace systémové homeostázy (včetně tělesné teploty)

Dosažení maximálního nejlepšího možného klinického výsledku u pacientů se ŽOK je možné při naplnění základních předpokladů:

- **včasná identifikace krvácení**
- **klinický kontext umožňuje ošetření zdroje krvácení**
- **rychlá informace o povaze koagulační poruchy**
- **správný odborný léčebný postup**
- **existence lokálního protokolu/standardního postupu a dokonalá organizace a sebranost zdravotnického týmu**

■ Literatura

Rossaint R, Bouillon B, Cerny V et al. The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: fourth edition. Crit Care. 2016 Apr 12;20:100. doi: 10.1186/s13054-016-1265-x

■ Stát zakázal vývoz léků na alergické reakce

Ministerstvo zdravotnictví zakázalo vývoz přípravků Epipen a Emerade, které se používají k léčbě závažných alergických reakcí. Rozhodnutí ministerstvo ve středu zveřejnilo na svém webu. Opatření platí do odvolání, sdělila Právu Lucie Přinesdomová, mluvčí Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL).

Ministerstvo a SÚKL společně hledají možnosti zajištění náhradních léčivých přípravků, které by pokryly potřeby českých pacientů. Důvodem zákazu vývozu je to, že u některých šarží injekčního pera Epipen se může vyskytovat závada a na trhu by nemusel být dostatek těchto léků. SÚKL už v březnu oznámil, že firma Meda Pharma stahuje z několika zemí včetně Česka kvůli možné nefunkčnosti injekční pero Epipen 300 µg. Podle SÚKL firma následně zjistila závadu i u dalších šarží včetně přípravku Epipen 150 µg, který se používá u dětí. Riziko závady, kdy se při aplikaci léku nevysune jehla, je podle lékového ústavu velmi malé, na světě byly hlášeny jen dva případy. Protože se ale závada týká celé Evropy, USA, Kanady, Asie a Austrálie, dá se očekávat celosvětový výpadek tohoto přípravku. „Vzhledem k tomu, že zásoby nezávadných šarží v ČR jsou velice omezené, nedochází v tomto případě ke stahování až z úrovně pacientů,“ uvedl lékový ústav.

K léčbě těžké alergické reakce

„Přípravek Epipen je předplněné pero s léčivou látkou epinefrin (adrenalin), které je určeno k akutní léčbě těžkých alergických reakcí (anafylaxe) způsobených například alergeny v potravinových výrobcích, lécích, po hmyzím kousnutí nebo bodnutí apod. Tento přípravek je dostupný na základě lékařského předpisu, aplikuje si jej sám pacient v případě potřeby,“ informovala Právo Přinesdomová. Pacientům doporučuje, aby si zkontrolovali čísla šarží, která doma mají. Ta závadná jsou: 5ED824H, 6ED117X, 6ED117Y, 6FA292M a 6FA292N.

„Pero nebo pera ze závadné šarže odnesete k vašemu lékaři. Ten zkontroluje uvedené šarže. Následně vám lékař může předepsat náhradní lék z nezávadné šarže,“ uvedla mluvčí. Dodala, že tato pera ze závadných šarží v případě nutnosti aplikace je možné použít, protože pravděpodobnost závady je velmi malá.

Zdroj: V. Pergl, novinky.cz, 6. 4. 2017



Subkapsulární hematom ledviny u vrcholového sportovce

MUDr. Kateřina Urbanovská

Dětského oddělení Nemocnice Nový Jičín

■ Úvod

Poranění ledvin se vyskytuje u cca 10 % všech poranění břicha, často v rámci polytraumat. Současné poškození obou ledvin je extrémně vzácné. Nejčastějším mechanismem traumatu ledvin je přímý tupý náraz na břicho, eventuálně přidružený decele- rační mechanismus. Otevřená poranění mají minoritní zastoupení [1].

Při hodnocení závažnosti poranění ledvin a volbě terapeutického přístupu se vychází z klasifikačních schémat. Zařazení do určitého stupně vyplývá z anamnézy, klinických údajů a výsledků zobrazovacích vyšetření. Nejrozšířenější je pětistupňové dělení dle AAST – American Association for Surgery of Trauma (dále AAST) [2].

- I. stupeň poranění odpovídá kontuzi ledviny nebo jednoduchému subkapsulárnímu hematomu (bez lacerace parenchymu)
- II. stupeň poranění odpovídá laceraci kůry ledviny do 1 cm, s neexpandujícím perirenálním hematomem, bez poranění vývodného systému ledviny
- III. stupeň poranění odpovídá laceraci kůry ledviny nad 1 cm bez poranění vývodného systému ledviny či paravazace moči perirenálně

- IV. stupeň poranění zahrnuje laceraci komunikující s dutým systémem ledviny, poškození renální žíly nebo arterie
- V. stupeň poranění obnáší těžké destruktivní poškození parenchymu a avulzi nebo trombózu hlavních cév ledviny

Poranění I.–III. stupně představují kolem 85 % všech poranění ledvin. Terapeutický přístup se odvíjí od stupně poranění a celkového stavu pacienta (přidružená traumata, hemodynamická stabilita) [1–3].

V rámci tupých traumatu ledviny lze primárně konzervativně přistupovat k poranění I.–IV. stupně, přičemž v rámci IV. stupně mohou nastat i varianty vyžadující chirurgickou intervenci (cévní poškození). Poranění V. stupně téměř vždy vyžaduje operační revizi, často se zvážením nefrektomie.

U otevřených poranění ledviny lze za předpokladu absence nitrobřišního krvácení a hemodynamické stability pacienta postupovat konzervativně u stupně I–III, vyšší stupně zpravidla vyžadují operační léčbu [3].

■ Presentace případu

Pacient: David, 17 let

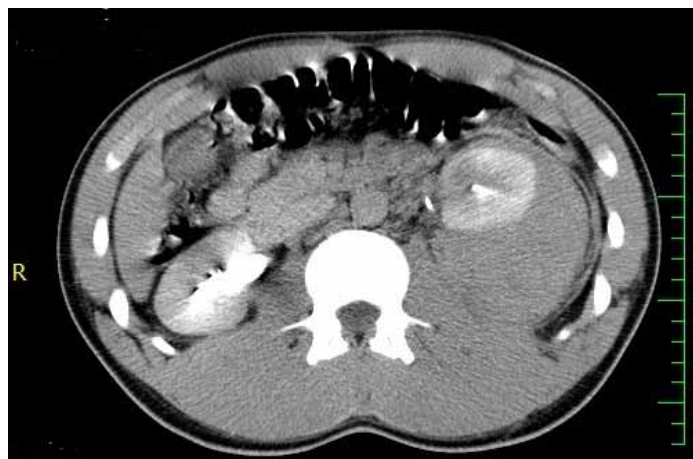
RA: oba rodiče zdraví, straší bratr hypofunkce štítné žlázy

OA: bez alergií či chronické medikace, běžná nemocnost v dětství, bez dispenzarizace v odborných ambulancích, vyšetřen kardiologem pro nález SVES při zátěžovém vyšetření, ECHO i EKG holter v normě, sport bez omezení; úrazy: stp. dislokaci sternoklavikulárního kloubu I. sin., rupturu ramenních vazů a vlásečnicové zlomenině humeru l. dx.

SA: obchodní akademie 2. ročník, závodně hraje hokej za juniorskou extraligu

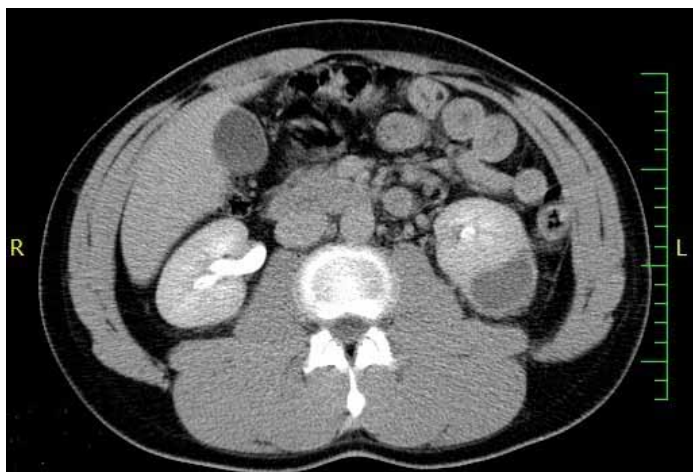
NO: Pacient s bolestí břicha, levého boku a opakovaným zvracením, v úvodu potíží vyšetřen u praktického lékaře, který pro suspektní střevní infekci a elevaci CRP (68 mg/l) zajišťuje pacienta doxycyklinovým antibiotikem. Pro nelepšení stavu (přetrvávající bolest levého boku a pozitivní psoatový příznak) přichází k vyšetření na chirurgickou ambulanci. Zde doplněn anamnestický údaj o nárazu do této oblasti při hokeji před 2 dny. Na ultrazvuku břicha popsána v.s. prokrvácená kontuze levé ledviny a dilatace kalichopánvičkového systému I.–II. st. Klinicky bez makroskopické hematurie či dysurií. S tímto nálezem odeslán k hospitalizaci.

Obr. 1a



Obr. 1b





Obr. 2a



Obr. 2b

Status praesens při příjmu

Při vědomí, orientovaný plně, kardiopulmonálně kompenzovaný, stabilní, poslech na srdci a plicích bez nápadností, břicho v nivau, měkké, volně prohmatné, lehce citlivé v oblasti levého boku a mezogastria, perist+, otoky nemá, pozitivní psoatový příznak vlevo, kůže je čistá, bez zevních známek traumatu.

Průběh

Vzhledem k nálezu na ultrazvuku doplněno CT břicha, kde popsána kortikální lacerace dolního segmentu levé ledviny 11 mm s rozsáhlým subkapsulárním hematomem 56 × 55 × 100 mm – odpovídá poranění ledviny III. stupně dle klasifikace AAST (obr. 1a, obr. 1b). V našem případě jsme po domluvě s urology s ohledem k anamnéze (opožděné diagnostice) a stabilnímu stavu pacienta zvolili konzervativní přístup s pečlivou observací na monitorovaném lůžku. Po přijetí se v průběhu prvního dne rozvíjejí teploty, proto zajištěn aminopenicilinovým antibiotikem (doxycyklin vysazen). Po dobu hospitalizace chlapec kardiopulmonálně stabilní, v kontrolních odběrech bez známek výraznější anemizace (tab. 1). Bilance tekutin v normě, vyšetření moči opakovaně bez průkazu hematurie (tab. 2). Při pravidelných ultrazvukových kontrolách (2., 5., 8. a 12. den) vidíme obraz postupně se organizujícího hematomu. Teploty ustupují od třetího dne, antibiotika ponechána do sedmi dnů celkem. Pravidelné urologické kontroly jsou s příznivým nálezem. 12. den je propuštěn do domácí a ambulantní péče. Na doporučení urologa zajištěn cotrimoxazolem (ponechán týden), dále v doporučení přísný klidový režim.

V následném sledování na urologii pokračováno v zavedeném přístupu, v odstupu čtyř měsíců doplněno kontrolní CT břicha, na kterém nález pozvolna regredujícího subkapsulárního hematomu – 29 × 48 × 69 mm (obr. 2a, obr. 2b), urologem nadále doporučeno vyřazení z aktivní sportovní činnosti.

Následné sledování

Hojení a organizace hematomu jsou dlouhodobé, v řádech měsíců. Všichni pacienti s traumatem ledviny vyšším než I. stupeň by měli zůstat v ambulantním sledování urologů. Při příznivém klinickém a laboratorním nálezem je následně možné předání do péče praktického lékaře. Sleduje se celkový klinický stav, vyšetření krve (renální parametry), moči (mikroskopická hematurie), krevního tlaku (rozvoj posttraumatické hypertenze). Dle potřeby se doplňuje kontrolní zobrazovací vyšetření (ultrazvuk, CT). V případě podezření na omezení funkce ledviny provádíme scintigrafické vyšetření. U pacientů s IV.–V. stupněm poranění je scintigrafické vyšetření pravidlem (za 6–12 týdnů po traumatu) [4].

■ Diskuse

Individuální přístupy k pacientům po traumatech ledviny

Náš pacient je vrcholový sportovec – hokejista, jehož úraz ledviny si vyžádal dlouhodobé vyřazení z aktivního sportu, což je pro něj značně limitující. Při kontrolním vyšetření v odstupu 4 měsíců je nález v regresi, hematoma však není zcela resorbován, a proto je ošetřujícím urologem nadále doporučen režim s vyřazením fyzické a sportovní aktivity.

Aktuálně nejsou Evropskou ani Americkou urologickou společností vydány jednoznačné doporučené postupy vyjadřující se k návratu ke sportovním aktivitám u pacientů s tupým poraněním ledvin.

Pro srovnání dle doporučení American Paediatric Surgical Association lze pacientům s poraněním jater a sleziny umožnit zařazení do sportovní činnosti po uplynutí doby definované stupněm postižení + 2 týdny. U těchto pacientů nebyla zaznamenána potřeba následných hospitalizací při uvolnění běžné fyzické zátěže již v době dimise a provozování kontaktních sportů po 4–6 týdnech [4,5].

Vzhledem k výše uvedenému jsme našeho pacienta konzultovali na vyšším pracovišti (tělovýchovné lékařství, urologie), kdy nám bylo doporučeno doplnit dynamické scintigrafické vyšetření. Při dobré funkci obou ledvin je možný návrat k plné fyzické zátěži včetně vrcholového sportu.

Výsledkem námi doplněné scintigrafie byl nález relativně lehce hypofunkčního parenchymu v dolním segmentu levé ledviny, která má i mírně nižší podíl na celkové funkci (46 %). Po opětovné konzultaci s vyšším pracovištěm bylo pacientovi doporučeno ještě na šest měsíců omezit výraznou fyzickou zátěž (sport vrcholové úrovně), běžnou zátěž již možno praktikovat do únavy, bolesti.

Potřeba antibiotické terapie a profylaxe u pacientů s traumatem ledviny

K úvaze přichází i potřeba podávání antibiotik u pacienta s elevací CRP. Za předpokladu absence rizikových faktorů (teploty, imunokompromitovaný pacient, předchozí onemocnění ledvin, pozitivní močový nález, lacerace či hematoma komunikující s dutým



systémem ledviny apod.) není preventivní podávání antibiotik indikováno. Zvýšené CRP nemusí nutně odpovídat aktivitě zánětu, nýbrž figuruje jako ukazatel proběhlého orgánového poškození (podobně jako např. po operaci) [6]. Obdobně lze posuzovat i přidružené febrilie jako reakci organismu na resorpci hematomu [7].

Závěr

Pacienti s postižením ledvin vyžadují mezioborovou spolupráci s individuálním přístupem. Není namístě přehnaná opatrnost a omezování fyzické aktivity, snahou by mělo být vyvarování se přílišné opatrnosti až alibismu vedoucí k iatrogenizaci mladého sportovce. Z tohoto pohledu je důležité optimální načasování scintigrafického vyšetření ledvin, jehož výsledek může být rozhodující pro časně zařazení do aktivní sportovní činnosti. Případnou antibiotickou terapii nelze paušalizovat, měla by být přísně individuální.

Literatura

1. Grill R, Záfura F, Urban M et al. Poranění ledvin a možnosti zachování renálního parenchymu. Urol. listy. 2005;3(1):14–21
2. Summerton DJ, Djakovic N, Kitrey ND et al. Guidelines on Urological Trauma. Arnhem: European Association of Urology, 2015. http://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-Urological-Trauma_LRV2.pdf
3. Shoobridge JJ, Corcoran NM, Martin KA et al. Contemporary management of renal trauma. Rev Urol. 2011;13(2):65–72
4. McCombie SP, Thyer I, Corcoran NM et al. The conservative management of renal trauma: a literature review and practical clinical guideline from Australia and New Zealand. BJU Int. 2014 Nov;114(Suppl 1):13–21. doi: 10.1111/bju.12902
5. Stylianos S. Evidence-based guidelines for resource utilization in children with isolated spleen or liver injury. The APSA Trauma Committee. J Pediatr Surg. 2000 Feb;35(2):164–167; discussion 167–169
6. Giannoudis PV, Smith MR, Evans RT et al. Serum CRP and IL-6 levels after trauma.

Not predictive of septic complications in 31 patients. Acta Orthop Scand. 1998 Apr;69(2):184–188

7. Hu T, Liu Q, Xu Q et al. Absorption fever characteristics due to percutaneous renal biopsy-related hematoma. Medicine (Baltimore). 2016 Sep;95(37):e4754. doi: 10.1097/MD.0000000000004754

Tabulka 1

	1. den vstupně	1. den večer	2. den	3. den ráno	3. den večer	6. den	12. den	19. den
CRP (mg/l)	70,8			69,4	63,7	61,8	17,8	6,9
urea (mmol/l)	4,39			3,58		3,42	3,85	3,62
kreatinin (umol/l)	106			92		88	98	105
Leukocyty (10 ⁹ /l)	11,1	11,7	10,9	9,9	10,5	9,3	8,5	6,7
Trombocyty (10 ⁹ /l)	261	230	225	278	277	352	412	354
Erytrocyty (10 ¹² /l)	4,05	3,7	3,72	4,09	3,94	4,12	4,42	4,93
hemoglobin (g/l)	114	105	106	116	112	118	123	136
hematokrit	0,356	0,312	0,315	0,35	0,333	0,352	0,378	0,43

Tabulka 2

	1. den vstupně	2. den	5. den	9. den	19. den
hustota moče	1,028	1,023	1,011	1,016	1,016
pH	6	6	6	5,5	6
glukóza	0	0	0	0	0
aceton	1	1	0	0	0
bílkovina	1	1	0	0	0
krev	0	0	0	0	0
leukocyty	9	11	1	6	0
bilirubin	0	0	0	0	0
nitrity	negativní	negativní	negativní	negativní	negativní
urobilinogen	0	0	0	0	0
erytrocyty	5	10	0	4	0
epitel. dlaždicovité	ojedinělé	ojedinělé	0	0	0
hlen	četný	ojedinělý	ojedinělý	0	0



Maligní melanom kůže pohledem praktického lékaře

MUDr. Jarmila Ševčíková, Ph.D.
praktický lékař pro dospělé, Bohuňovice

■ Úvod

Maligní melanom kůže je nejzhoubnějším kožním novotvarem. Vzniká neoplastickou proliferací melanocytů a kvůli své agresivitě patří k nejzávažnějším nádorům člověka vůbec. Metastazující melanom je považován za nevyléčitelný. Výskyt tohoto zhoubného onemocnění se stále zvyšuje a přitom se posouvá do stále nižších věkových kategorií, děti nevyjímaje. V roce 2014 bylo v České republice podle dat ÚZIS hlášeno 3 145 melanomů a v důsledku tohoto onemocnění zemřelo celkem 414 osob.

■ Rizikové faktory

Etiopatogeneze maligního melanomu je multifaktoriální. Na prvním místě se uplatňuje působení slunečního záření. Zejména opakovaná spálení sluncem v dětském věku jsou velmi riziková. K dalším rizikovým faktorům patří existence přednádorových melanocytových projevů, četné pigmentové névy, individuální genetická dispozice a fenotypové vlastnosti jako velmi světlá pokožka, pihy, zrzavé či plavé vlasy, zelené a modré oči. Tyto osoby mají riziko až dvojnásobně vyšší. V neposlední řadě se v etiopatogenezi uplatňuje imunosuprese. Jedná se o pacienty HIV pozitivní, onkologické pacienty, stavy po transplantacích a pacienty na imunosupresivní a biologické terapii. Imunosuprimovaných pacientů z různých důvodů v posledních letech stále přibývá.

■ Prevence

Úkolem lékaře první linie je seznámit pacienty s možnostmi primární prevence. Cílem primární prevence je odstranit již vzniklý rizikový faktor, nebo alespoň neumožnit jeho působení. Zde bychom měli cílit především na mladé a nastávající matky a pacienty poučit o možnostech a smyslu fotoprotekce. V rámci sekundární prevence, jejímž cílem je včas zachytit nově vzniklé chorobné změny, je to důsledná kontrola kůže při preventivní prohlídce. Včasný zachyt onemocnění zvyšuje šanci na úplné vyléčení. V neposlední řadě v rámci prevence

terciární, jejímž cílem je zabránit recidivám onemocnění, je to dispenzarizace nemocných. Do dispenzárních skupin pacienty zařazuje praktický lékař. Je třeba si uvědomit, že do dispenzarizace patří nejenom osoby nemocné, ale též osoby s rizikovým známkem, například osoby s pozitivní rodinnou anamnézou. Pozitivní rodinná anamnéza zvyšuje riziko výskytu maligního melanomu až na dvojnásobek.

■ Dědičnost

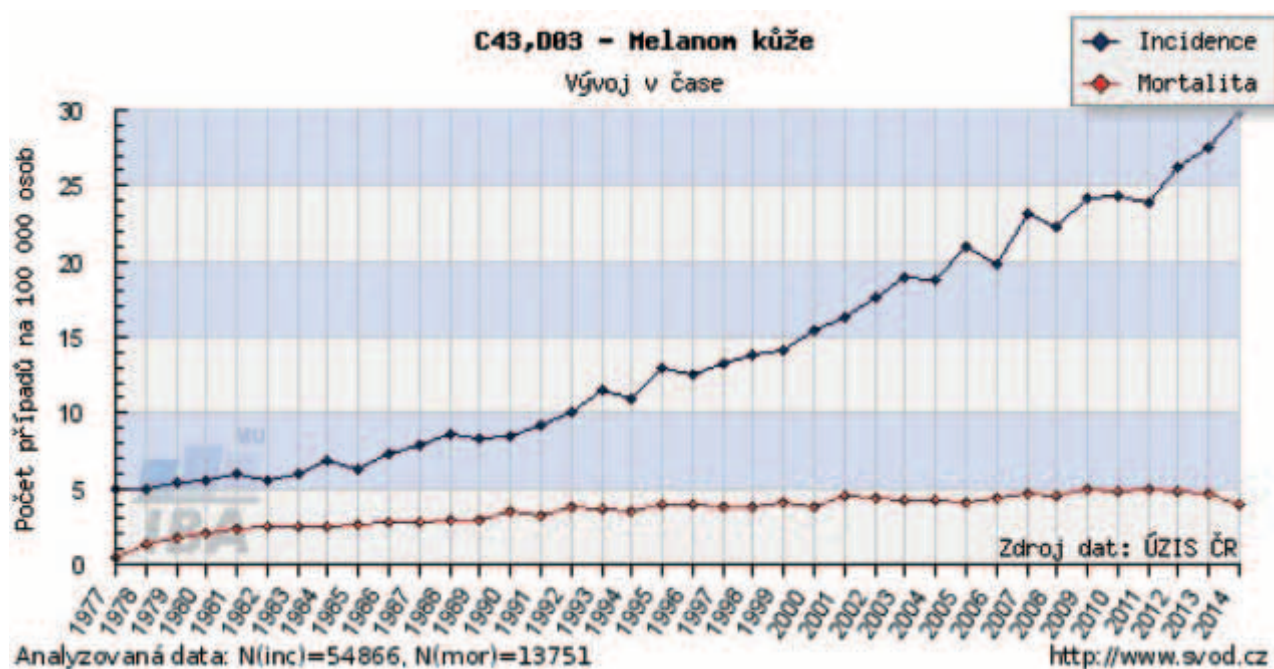
Až 10 % melanomů je hereditárního původu. U těchto případů se uplatňuje autozomálně dominantní dědičnost. Nejčastěji bývá mutace nalezena v genech CDKN2A a P16. Proto je velmi důležité systematické doplňování jak rodinné, tak osobní anamnézy, a to i v době mimo preventivní prohlídku. Genetickou dispozici naznačí onemocnění mladého pacienta nebo dítěte nebo onemocnění několika příbuzných v téže rodině. V těchto případech by měl ošetřující lékař zvážit možnost genetického vyšetření. Existuje i genetická predispozice bez pozitivní rodinné anamnézy v případě nové mutace.

■ Vlastní pozorování

• Muž, 27 let, dostavil se k preventivní prohlídce zcela bez subjektivních potíží. Nekuřák, alkohol pije jen příležitostně. Z osobní anamnézy: v dětství prodělal adenomii a ve 20 letech herpetickou meningoencefalitidu jako komplikaci pásového oparu hrudníku vpravo. Pravidelně neužívá žádné léky. Je svobodný, má středoškolské vzdělání a pracuje jako obchodní zástupce. Z rodinné anamnézy: otec se léčí pro hypertenzi, hyperlipidémii a diabetes 2. typu, matka pacienta je dispenzarizována pro amelanotický melanom pravé hýždě, který jí byl diagnostikován ve 40 letech, a pro povrchově se šířící melanom pravé tváře diagnostikovaný v 51 letech. Pacient má jednoho zdravého bratra. V rámci preventivní prohlídky kůže byl u pacienta mezi lopatkami nalezen

nepravidelný pigmentový névus s neostrě ohraničeným okrajem, suspektně dysplastický. Ostatní fyzikální interní nález byl v normě. Pacient je fototyp 3, má tmavé vlasy a tmavé oči a je bez anamnézy rizikového chování ve vztahu ke slunci. Dynamiku névu pacient nedovedl posoudit. S ohledem na pozitivní rodinnou anamnézu byl odeslán k odbornému kožnímu vyšetření, kde po dermatoskopii byla indikována excize s histologickým nálezem incipientní, povrchově se šířící melanom in situ. Léze nezasahovala do okrajů excize, nepostižené okraje byly více než 5 milimetrů, pacient byl předán k dispenzarizaci na kožní ambulanci.

• Žena, 26 let, dostavila se k preventivní prohlídce. Nekuří, alkohol pije jen příležitostně. Stěžuje si na svědění znaménka na šíji. Z osobní anamnézy: je dispenzarizována pro autoimunitní tyreoiditidu s hypofunkcí, má sennou rýmu, varixy bérků a je po operaci adenomu pravého prsu a následně po plastice obou prsů. Pravidelně užívá Euthyrox a sezónně Zodac. Je svobodná, bezdětná, žije s druhem a je v 25. týdnu těhotenství. Vystudovala hotelovou školu a pracuje jako servírka. Z rodinné anamnézy: otec pacientky je zdravý, matka má varixy bérků, bratr je zdravý, babička i prababička z otcovy strany se léčily pro karcinom prsu. V rámci preventivní prohlídky kůže byly u pacientky nalezeny četné pigmentové névy, na levé šíji v místě udávaného svědění névus s nepravidelnou pigmentovou sítí a s neostrě ohraničeným okrajem, suspektně dysplastický. Ostatní fyzikální interní nález byl v normě. Pacientka je fototyp 3, má tmavé vlasy a tmavé oči a je bez anamnézy rizikového chování ve vztahu ke slunci. Dynamiku névu pacientka posoudit nedokázala. Proto byla odeslána k odbornému kožnímu vyšetření, kde po dermatoskopii byla indikována excize s histologickým nálezem incipientní, povrchově se šířící melanom in situ. Léze nezasahovala do okrajů excize, nepostižené okraje byly větší než 5 milimetrů,



pacientka byla předána k dispenzarizaci na kožní ambulanci.

- Žena, 14 let, dostavila se k vstupní preventivní prohlídce v doprovodu matky. Subjektivně neudávala žádné potíže. Je nekuřačka, alkohol nekonzumuje, jedná se o žákyni základní školy. Z osobní anamnézy: prodělala febrilní křeče v rámci kataru horních cest dýchacích s otitidou a paracentézou, měla zlomené pravé zápěstí a hyperplastickou synovitidu levého kolene. Je alergická na kalafunu a paraben, po Curamu měla otok obličeje a exantém. Trvale neužívá žádné léky. Z rodinné anamnézy: otec se léčí s hypertenzí, matka je dispenzarizována pro karcinom štítnice, který jí byl diagnostikován v 34 letech. Pacientka má jednoho zdravého bratra a jednu zdravou sestru. V rámci preventivní prohlídky kůže byl u pacientky nalezen nad levým prsem nepravidelný pigmentový névus s neostře ohraničeným okrajem, suspektně dysplastický. Ostatní fyzikální interní nálezy byly v normě. Pacientka je fototyp 1–2, má velmi světlou pokožku, plavé vlasy a zelené oči. Je bez anamnézy rizikového chování ve vztahu ke slunci. Dynamiku znaménka nedovedla posoudit ani její matka. Byla tedy odeslána k odbornému kožnímu vyšetření, kde po dermatoskopii následovala excize s histologickým nálezem incipientní, povrchově se šířící melanom in situ. Léze nezasahovala do okrajů excize a nepo-

stižené okraje byly větší než 5 milimetrů. Byla předána k další dispenzarizaci na kožní ambulanci.

Všechny 3 předkládané případy díky včasnému zachytu a terapii dopadly dobře. Ve vlastní praxi evidujeme 18 případů maligního melanomu, o kterých víme. Čtyři z nich byly diagnostikovány ve věku do 30 let, dalších 5 z nich ve věku 30–40 let, 2× se jedná o duplicitní melanom. Devět z těchto 18 případů bylo zachyceno při prevenci.

Závěr

Kůže je největším orgánem lidského těla, přesto se při prevenci na její prohlídku často zapomíná. Nepříznivý trend ve výskytu kožních nádorů naznačuje, že primárně preventivní postupy jsou podceňovány. Včasný zachyt onemocnění zvyšuje šanci na úplné vyléčení a umožní použití jednodušší a zpravidla také levnější terapie. Práce lékaře v první linii by měla klást důraz především na prevenci nemocí, a to nejenom nádorových. Prevence je bohužel neustále podceňována a někdy také zpochybňována, a to i v odborných kruzích, přitom potenciál primární péče není stále plně využit.

Literatura

1. Foretová L, Macháčková E, Šachlová M et al. Syndrom familiárního melanomu (s dysplastickými naevy či bez nich). Klin. onkol. 2009;22(Suppl):S32–S33

2. Kružicová Z. Maligní melanom. Postgrad. med. 2010;12(4):425–434
3. Zdravotnictví ČR: Nová data Národního onkologického registru ČR (NOR) za rok 2014. Aktuální informace 2015. Praha: ÚZIS ČR
4. Fikrle T, Pizinger K. Maligní melanom. Onkologie. 2010;4(4):225–228
5. Štork J et al. Dermatovenerologie. Praha: Galén, 2008, s. 393–399
6. Abbasi NR, Shaw HM, Rigel DS et al. Early diagnosis of cutaneous melanoma: revisiting the ABCD criteria. JAMA. 2004 Dec 8;292(22):2771–2776
7. Krajsová I. Melanom. Praha: Maxdorf, 2006
8. Ganry O, Boche T. Prevention practices and cancer screening among general practitioners in Picardy (France). Bull Cancer. 2004 Oct;91(10):785–791
9. Geryk E, Dítě P, Sedláková L et al. Trend vícečetných nemelanomových nádorů kůže z pohledu jejich epidemiologie. Dermatol. praxi 2010;4(1):5–9
10. Májek O, Daneš J, Zavoral M et al. Aktuální výsledky programů screeningu zhoubných nádorů. Lékařské listy. 2011;60(5):5–8
11. Žaloudík J, Vyzula R, Vorlíček J. Onkoprevence pro Českou republiku. Klin. onkol. 2006;19(1):35–36



Intersticiální plicní onemocnění v dětském věku

MUDr. Tamara Svobodová, CSc.

Dětská pneumologie, Pediatrická klinika 2. LF UK a FN Motol

Intersticiální plicní onemocnění jsou v dětském věku velmi vzácná. Jedná se o procesy, které postihují jak oblast alveolů, tedy alveolární epitel, intersticiu a endotel kapilár, tak i oblast terminálních bronchiolů. Proto tuto skupinu lépe charakterizuje v současné době preferovaný název difúzní onemocnění plicního parenchymu (DOPP) (v angličtině diffuse parenchymal lung diseases, DPLD). Podstatou onemocnění je zánětlivý proces, který narušuje výměnu plynů na úrovni alveolokapilární membrány a může být spojen s různým stupněm fibrotizace.

■ 1. Klasifikace

Difúzní onemocnění plicního parenchymu v dětském věku se liší od onemocnění dospělých pacientů klinickým průběhem, odpovědí na terapii a mají i odlišnou klasifikaci. Obecně lze říci, že průběh a prognóza onemocnění u dětí je příznivější než u dospělých, což je pravděpodobně dáno nejen částečně odlišnými vyvolávajícími faktory, ale i lepší schopností regenerace plicního parenchymu. Udávaná incidence těchto onemocnění je 0,13–16,2 případů/100 000 dětí/rok.

U dětských DOPP vstupuje do diferenciální diagnostiky skupina onemocnění malých dětí s diagnózami vrozených vývojových a růstových anomálií plicního parenchymu a také s procesy souvisejícími s poruchami funkce surfaktantu, které u dospělých pacientů v klasifikačních schématech nenajdeme. Naopak idiopatická plicní fibróza – časté onemocnění v dospělosti s jasně definovaným histologickým nálezem, závažnou prognózou a specifickou terapií – u dětí popsána nebyla. Klasifikace dětských DOPP odlišuje onemocnění dětí do 2 let a onemocnění dětí starších, která již se více podobají onemocněním dospělých.

■ 2. Klinické projevy

DOPP u dětí mohou probíhat pod obrazem akutního či subakutního onemocnění, ale ve většině případů probíhají jako pomalu se roz-

víjející onemocnění chronická. V závislosti na závažnosti/pokročilosti nemoci pozorujeme u dětí suché pokašlávání, zhoršení zátěžové tolerance, později i klidové dechové potíže a někdy zpomalení růstové rychlosti a váhový úbytek. Při změření saturace pulsním oxymetrem je přítomna hypoxie – zpočátku pozátěžová, později klidová. V objektivním nálezu jsou patrné tachypnoe a dyspnoe, poslechové může být nález zpočátku bez vedlejších fenoménů, ale většinou nacházíme chrůpky, ojediněle i pískoty.

■ 3. Diagnostika

3.1. Anamnéza

U dětí se symptomy DOPP je anamnéza klíčem ke správné diagnóze. Pokud se onemocnění rozvíjí u malého dítěte bez významné perinatální patologie, bude se velmi pravděpodobně jednat o onemocnění spojená s poruchou funkce surfaktantu či onemocnění charakteru NEHI či PIG. Anamnéza prematurity nebo vrozené srdeční vady by nás měla vést spíše k diagnózám souvisejícím s růstovými a vývojovými plicními abnormalitami. U starších dětí je nezbytně nutná důkladná analýza prostředí se zaměřením na expozici ptačím či jiným senzibilizačním faktorům (farmy, truhlářské dílny, vířivky, klimatizace...), ev. užívání léků, které mohou způsobit hypersenzitivní pneumonitidu. Hemoptýza je anamnestickým údajem, který může svědčit pro difúzní alveolární krvácení. Hemoptýza však u dětí bývá zřídka přítomna i při klinicky vyjádřeném onemocnění. U těchto pacientů nás k diagnóze dovede údaj o anémii, dušnosti a infiltrativních změnách nalezených na skia-gramu hrudníku. U nejasných nálezů infiltrativních změn při radiologickém vyšetření hrudníku, zejména u dětí s neurologickým onemocněním, je důležitý dotaz na podávání léků s obsahem tukových látek, jejichž aspirace může vést k rozvoji lipidní pneumonie. Přítomnost artritidy, exantémů, pleurálních výpotků nebo lymfadenopatie signalizuje možné probíhající systémové onemocnění.

3.2. Plicní funkce

Funkční vyšetření plic je přínosné nejen pro diagnostiku, ale i pro monitorování odpovědi na terapii. Základní křivku průtok-objem bývají schopny provést šikovnější děti již od 3 let věku, bodyplety smografie a vyšetření difúzní kapacity jsou pak metody použitelné u dětí nejdříve od cca 8–10 let. U kojenců a batolat je možné vyšetření funkce plic v mírné sedaci metodikou pro děti nespoupracující. U většiny dětí s DOPP nalézáme restriktivní poruchu ventilace, tedy sníženou hodnotu vitální kapacity (FVC) a celkové plicní kapacity (TLC), bez hyperinflace a bez známek obstrukce periferních dýchacích cest. Hodnoty difúzní kapacity (TLCO) bývají sniženy. U pacientů s obliterující bronchiolitidou bývá přítomna obstrukční porucha ventilace s hyperinflací, bez odpovědi na bronchodilatanci.

3.3. Laboratorní vyšetření

Prvním a nejdůležitějším krokem je vyloučení častějších příčin DOPP, zejména probíhající infekce. U akutně či subakutně probíhajícího onemocnění, zejména u malých dětí, je potřebné kromě základního bakteriologického vyšetření doplnění diagnostiky virových respiračních onemocnění (metapneumovirus, RS viry, viry chřivky, parainfluenzy, adenoviry, koronaviry) vyšetřením antigenů a PCR metodikou ze sekretu dýchacích cest a doplnění sérologie mykoplasmat. Laboratorní vyšetření u intersticiálních procesů může odhalit systémové onemocnění při zvýšené sedimentaci erytrocytů, CRP a pozitivitě autoprotilátek. Anémie by mohla nasvědčovat difúznímu alveolárnímu krvácení. Eozinofilie v krevním obraze může být spojena s hypereozinofilním syndromem. Imunologické vyšetření by mělo být provedeno u všech dětí s chronickými respiračními symptomy k vyloučení imunodeficitu.

3.4. Kardiologické vyšetření

Vrozené srdeční vady a vrozené či získané onemocnění plicních cév mohou mít symptomatologii obdobnou postižení plicního



Tabulka. Klasifikace dětských onemocnění plicního parenchymu (upraveno podle Das et al. 2011)

Onemocnění specifická pro rané dětství (do 2 let)	Difúzní vývojové abnormality plic	Acinární dysplazie Kongenitální alveolární dysplazie Alveolokapilární dysplazie s poruchou vazby plicních cév
	Růstové abnormality plic	Chronická plicní nemoc novorozenců Sekundární plicní hypoplazie Chromozomální abnormality asociované s vrozenou srdeční vadou
	Specifická onemocnění nejasné etiologie	Neuroendokrinní celulární hyperplazie kojenců (NEHI) Plicní intersticiální glykogenóza (PIG)
	Poruchy funkce surfaktantu	Mutace SP-B, SP-C, ABCA 3, NKX1-2, GM-CSF Histologicky odpovídající dysfunkci surfaktantu bez určené genetické poruchy
Primárně plicní onemocnění	Idiopatické intersticiální pneumonie	Nespecifická intersticiální pneumonie Kryptogenní organizující se pneumonie Akutní intersticiální pneumonie Deskvamativní intersticiální pneumonie Lymfocytární intersticiální pneumonie
	Difúzní alveolární krvácení	S vaskulitidou Bez vaskulitidy
	Plicní alveolární proteinóza	
	Plicní mikrolithiáza	
	Poruchy plicních cév	
	Poruchy lymfatického systému	Lymfangiomatóza, Lymfangiektazie
	Plicní infiltráty s eozinofilií	
Postižení plic v rámci systémových onemocnění	Onemocnění pojivové tkáně	
	Malignity	
	Histiocytóza	
	Sarkoidóza	
Onemocnění známé etiologie	Aspirační syndromy	
	Hypersenzitivní pneumonitida	
	Postinfekční obliterující bronchiolitida	
	Radiační a léky indukované onemocnění	
	Střádatvé nemoci	

SP-B – surfaktantový protein B; SP-C – surfaktantový protein C; ABCA3 – transmembránový protein ABCA3; NKX1-2 – NK1 transkripční faktor; GM-CSF – granulocytární a makrofágový růstový faktor

intersticia. Kardiologické vyšetření včetně echokardiografie by mělo být provedeno na počátku diagnostického protokolu k objasnění anatomie a funkce srdce i s dotazem na posouzení tlaků v pravé srdeční komoře k vyloučení plicní hypertenze.

3.5. Zobrazovací metody

Skiografie hrudníku je základním vyšetřením, které však má velmi nízkou diagnostickou specifitu. Obvykle nacházíme difúzně zmnoženou plicní kresbu, mohou být přítomny i infiltrativní změny. Nezřídka je rentgenový nálezn bez významných změn.

HRCT plic je považováno za nejvýtežnější zobrazovací metodu u DOPP díky schopnosti zobrazit změny v oblasti periferních dýchacích cest, alveolů a plicního intersticia. Hodnotí se snímky v nádechu a doplňují se i snímky ve výdechu k zobrazení tzv. air trappingu (vzduchu zadrženého v plicích na konci výdechu). HRCT plic vyžaduje spolupráci dítěte se schopností zadržení dechu v nádechu a ve výdechu. Pokud toho dítě schopno není, provádí se vyšetření v sedaci s kontrolovanou ventilací přes masku nebo v celkové anestezii za intubace. Popisovány bývají nejčastěji opacity mléčného skla,

kteří bývají přítomny při aktivní alveolitidě, zesílení intra- či interlobulárních sept nebo oblasti konsolidace plicního parenchymu a cystické změny u pokročilejších nálezů.

3.6. Bronchoalveolární laváž

Pokud z již provedených vyšetření není možné diagnózu spolehlivě stanovit, je dalším krokem vyšetřovacího programu flexibilní laryngotracheobronchoskopie s provedením bronchoalveolární laváže (BAL). Nejdůležitějším účelem BAL u dětských pacientů je odběr materiálu k diagnostice možné infekce. BAL je sama o sobě



diagnostická u alveolárního krvácení progresivním zabarvením bronchoalveolární lavážní tekutiny (BALTe) příměsí krve a průkazem siderofágů, průkaz lipofágů či tukových látek v BALTe naznačuje aspirace. PAS pozitivní materiál v alveolárních makrofázích je diagnostický pro alveolární proteinózu. CD-1a pozitivní buňky jsou známkou histiocytózy z Langerhansových buněk. Důležitou analýzou bronchoalveolární tekutiny je vyšetření diferenciálního rozpočtu buněk, který svými odchylkami k neutrofilií či lymfocytóze nebo průkazem eozinofilie může přispět k diagnóze probíhajícího procesu. Vyšetření lymfocytárních subpopulací z BALTe slouží k posouzení aktivity zánětu/onemocnění a poměr CD4/CD8 může být určující při nízké hodnotě pro hypersenzitivní pneumonitidu, při zvýšené hodnotě pro sarkoidózu.

3.7. Plicní biopsie

Jestliže se ani z materiálu získaného při BAL nepodaří diagnózu stanovit, je indikována plicní biopsie. Pokud je proces difuzní, homogenní, je možno provést transbronchiální biopsii při flexibilní bronchoskopii. U dospělých pacientů používána kryobiopsie se zatím u dětí neprovádí. Ve většině případů je ale prováděna videoasistovaná torakoskopická biopsie ve spolupráci s dětskými chirurgy. Výběr optimálního místa pro odběr biotického vzorku je stanoven podle HRCT.

3.8. Genetické vyšetření

Genetické vyšetření vstupuje do diagnostiky DOPP v současné době u pacientů, u kterých je na základě klinických a histologických údajů podezření na poruchu metabolismu surfaktantu diagnostikou mutací SP-B, SP-C, ABCA3, NXX2-1, GM-CSF. V současné době je možné podle literárních údajů identifikovat vyvolávající mutaci u 60–75 % pacientů s poruchou funkce surfaktantu.

4. Terapie

Dětské DOPP jsou velmi různorodou skupinou onemocnění a dosud neexistují obecně platná léčebná doporučení. Léčba je založena na klinických zkušenostech, publikovaných kazuistikách a studiích. Farmakologická léčba spočívá v protizánětlivé a imunosupresivní terapii. Lékem první volby jsou kortikoste-

roidy, podávané buď perorálně v dávce 1–2 mg/kg/den, preferováno je spíše podávání kortikosteroidů v bolusech 10 mg/kg/den 3 dny po sobě (max. 1 g) v intervalu 1 měsíce. Dávky kortikosteroidů jsou upravovány podle klinické odezvy na terapii. Za alternativní léčbu je v současné době považován hydroxychloroquin, zejména u těch pacientů, kde jsou v histologickém nálezu popsány počínající fibrotizující změny. Další léky ze skupiny imunosupresiv (azathioprin, metotrexát, cyklofosamid, takrolimus, mykofenolát mofetil a imunosupresivní dávky imunoglobulinů) jsou indikovány podle stanovené diagnózy a v závislosti na klinické odpovědi na předchozí terapii. Biologická léčba DOPP u dětí je zatím celosvětově na úrovni jednotlivých kazuistických sdělení. Pravděpodobně nejvíce informací bylo publikováno o rituximabu a jeho podávání u ANCA pozitivních vaskulitid, infliximab se osvědčil v terapii závažných forem sarkoidózy.

Závěr

Difuzní onemocnění plicního parenchymu v dětském věku jsou onemocnění velmi vzácná a zahrnují řadu odlišných klinických jednotek. Proto je obtížné je diagnostikovat a léčit. Významného pokroku bylo dosaženo použitím genetických vyšetřovacích metod při diagnostice poruch metabolismu surfaktantu. Je zjevné, díky novým a zatím ojedinělým kazuistickým sdělením, že genetické studie budou stále více zasahovat do objasnění etiologie i dalších typů DOPP. V terapeutických možnostech ale zatím k významnému pokroku nedošlo. Evropská respirační společnost proto iniciuje mezinárodní spolupráci s cílem zlepšit a sjednotit diagnostické a léčebné postupy používané v jednotlivých zemích.

Literatura

Das S, Langston C, Fan LL. Interstitial lung disease in children. Curr Opin Pediatr. 2011 Jun;23(3):325–331

Moravskoslezský kraj zasáhla nejhorší epidemie spalniček za poslední léta

Nejhorší epidemie spalniček za posledních až 20 let zasáhla Moravskoslezský kraj. Od konce března hygienici zaznamenávají případy spalniček u dětí i dospělých. Proto nařídili očkování většiny personálu v nemocnicích v kraji, kde mohli zdravotníci přijít do styku s nakaženými. Vítkovická nemocnice navíc raději uzavřela minimálně do konce týdne i svou porodnici, protože má nemocné zaměstnance.

„Bohužel u nás se stalo, že došlo i k nakažení zdravotníků. Měli jsme totiž v péči osm dětských pacientů se spalničkami. Ti už jsou nyní doma nebo byli převezeni na infekční oddělení. Z preventivních důvodů jsme se ale rozhodli, že raději uzavřeme naši porodnici. Bylo tam podezření, že by pracovníci na porodním sále mohli mít spalničky. A náš personál byl proti spalničkám naočkován, šlo o zhruba 100 zaměstnanců,“ sdělila v pondělí Právu mluvčí Vítkovické nemocnice Radka Miloševská. Dodala, že pokud k nim i přesto dorazí rodička, která neví, že jejich porodnice je uzavřená, tak ji sanitka transportuje do jiné porodnice, například městské či fakultní nemocnice. „Na základě aktuální situace se pak uvidí, jak dlouho bude porodnice uzavřená.“ upřesnila Miloševská. Také ve Fakultní nemocnici Ostrava (FNO) byl personál očkován proti spalničkám. Šlo o více než 100 zaměstnanců infekční a pediatrické kliniky. „V současnosti máme na infekčním oddělení 14 pacientů se spalničkami. Jde o osm dospělých a šest dětí. Ten počet nám za víkend narostl o čtyři případy,“ sdělil mluvčí FNO Tomáš Oborný s tím, že u jejich zaměstnanců se spalničky neobjevily. Mluvčí nemocnic v kraji Právu sdělili, že si tak velké množství nakažených v tak krátké době, tedy od přelomu března a dubna, nepamatují, podle některých jde až o 15–20 let.

Nemocné jsou neočkované děti

Krajská hygienická stanice Moravskoslezského kraje v pondělí odpoledne uvedla, že v regionu je nyní evidováno 38 případů onemocnění spalničkami. „Z toho 27 případů bylo potvrzeno už laboratorně, další na laboratorní potvrzení čekají. Z toho je 32 případů v Ostravě a po jednom je hlášeno z okresů Frýdek-Místek a Opava, další tři případy jsou z Karvinska,“ uvedl mluvčí krajské hygieny Radim Mudra. Dodal, že se jedná o 20 dětí, které nemohly být vzhledem k nízkému věku očkovány, 18 dospělých, z nichž je šest zdravotnických pracovníků. Hygienici již stanovili příslušná protiepidemická opatření a informovali všechny pediatri, praktické lékaře pro dospělé, krajský úřad i všechny nemocnice v regionu.

Zdroj: D. Doležalová, novinky.cz, 10. 4. 2017



Kazuistika

Touretteův syndrom aneb Ty maminky na internetu

MUDr. Dagmar Karbanová

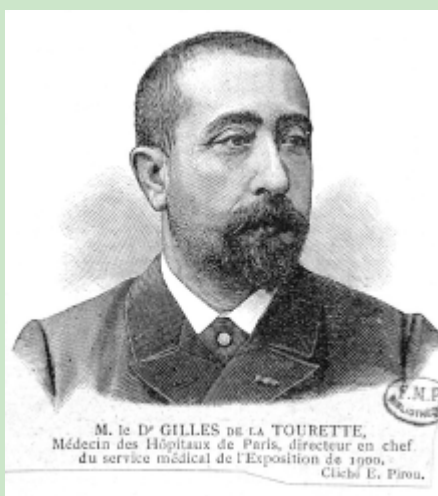
PLDD Lužec nad Vltavou

RA: otec vrozená hypoplazie pravé ledviny, matka zdravá, sestra nar. 2011 zdravá, v širší rodině anamnéza bez pozoruhodností, neurologické ani psychiatrické onemocnění se nevyskytuje, vzdělání rodičů vyšší odborné – oba pracují ve spediciční firmě

SA: bydlí v rodinném domku s mladší sestrou a rodiči, rodina úplná, funkční, navštěvuje mateřskou školku

OA: těhotenství fyziologické, porod 42. týden spontánní, hlavičkou, porodní hmotnost 3 430 g, délka 50 cm, Apgar skóre 8-8-9 (cyanóza) další poporodní adaptace v normě, plně kojena, propuštěna jako fyziologický novorozenec. V kojeneckém věku nestonala, pouze rozvíjející se atopický ekzém – lokální terapie. Psychomotorický vývoj v normě. V batolecím věku často kašel, bronchitidy i s obstruktivní složkou, vyšetřena na alergologii, bez trvalé terapie. V pěti letech prodělala varicellu – bez komplikací. Očkována je řádně dle očkovacího kalendáře, navíc dostala očkování proti hepatitidě A ve 3 letech. Očkování probíhá bez reakcí. Prospívá dobře, stav výživy odpovídá věku.

NO: v říjnu 2014 (holčičce je 5 let) přichází matka do ordinace sama bez dítěte a poprvé udává obtíže dítěte – trvá to již jeden rok s přestávkami – holčička propíná celé tělo, vyplazuje jazyk, kouše se do jazyka, skřípe zuby, dělá různé grimasy, najednou zvedne ruce nahoru a dává je dozadu. Když jde dopředu, tak někdy najednou udělá dva kroky dozadu nebo se zastaví. Někdy musí někoho štípnout, kousnout nebo někam plivnout. Poslední dobou „musí“ opakovat



určité úkony, např. se maže krémem a dělá to dlouho a sama říká, že nemůže přestat. Občas opakuje nějaké slovo ve větě, jako by chtěla vyslovit co nejzřetelněji. Matka je při této první návštěvě značně znepokojena, uvádí, že stav se prudce zhoršuje, že nemůže ji dát ani do školky. V diferenciální diagnóze zvažují tiky a epilepsii, a tak odesílám dítě neprodleně k neurologickému vyšetření. Vyšetřena na neurologické ambulanci v Praze – provedeno EEG, vyloučena epilepsie a holčička odeslána domů se závěrem – neurologický nálezn bez ložiska a bez lateralizace, tikové projevy, tenzní cefalea. Maminka je s tímto závěrem velmi nespokojená, a proto usedá k internetu a sama správně stanoví diagnózu své dcery – Touretteův syndrom. Nyní je již holčička sledována na neurologické klinice v Praze. Užívala Tiapralan, Asentru, Mg, B6. Při této terapii došlo k výraznému pozitivnímu ovlivnění všech symptomů, ale po asi 6 měsících se opět výrazně zhoršila obsedantně kompulsivní symptomatika, proto byl proveden pokus o nasazení Anafranilu. Tento preparát holčička netolerovala a také přestala

tolerovat Asentru. Oba léky byly vysazeny, nasazeno Frisium a stav se postupně stabilizoval.

Touretteův syndrom je vrozené nevyléčitelné neuropsychiatrické onemocnění. Začíná obvykle v dětství kolem 6–7 roku. Projevu se se tiky – nemocný například vyplazuje jazyk, trhá hlavou i končetinami nebo třeba na eskalátorech dělá, že někoho strčí dolů. Nemocní to popisují jako nutkání se podrbat. Na čas toto nutkání mohou potlačit vůlí, ale čím déle je potlačují, tím intenzivněji to potom musejí udělat. Touretteův syndrom je u nás málo znám mezi veřejností (možná i mezi lékaři), a proto řada nemocných se se svými potížemi trápí a nevyhledá lékaře. Přitom už jen stanovení diagnózy pacientovi a celé rodině velmi uleví. Najednou se dozvědí, že se nejedná o zlobivé, vulgární, nezvladatelné, hyperaktivní dítě a ani to nejsou obyčejné tiky, které i bez léčby odeznějí.

Hlavně nečtěte, co o tom píší na internetu!

To jsou ty internetové maminky!

No jo, to jste si zase přečetla na internetu!

Děkuji mamince, že si to přečetla na internetu a holčička je správně a včas zaléčena.

FSME immun

Naše zkušenosti. Vaše správná volba.

Nabídněte Vaším pacientům vakcínu s 99% účinností prokázanou v reálné praxi¹



Zkrácená informace o přípravku

FSME-IMMUN 0,25 ml a FSME-IMMUN 0,5 ml, Injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Vakcíny proti klíšťové encefalitidě (celý inaktivovaný virus).

Složení: Léčivá látka: Jedna dávka obsahuje: Virus encephalitis inactivatus purificatus (kmen Neudorf) 1,2 µg (FSME-IMMUN 0,25 ml) nebo 2,4 µg (FSME-IMMUN 0,5 ml) adsorbovaný na hydrátovaný hydroxid hlinitý, pomnožený na fibroblastech karcinembryí (CEF buňky). Pomocné látky: lidský albumin, chlorid sodný, dihydrát hydrogenfosforečnanu sodného, dihydrogenfosforečnan draselný, voda na injekci, sacharóza.

Indikace: K aktivní (profylaktické) imunizaci dětí ve věku od 1 roku do 15 let (FSME-IMMUN 0,25 ml) a osob starších 16 let (FSME-IMMUN 0,5 ml) proti klíšťové encefalitidě (KE). **Dávkování a způsob podání:** Základní očkovací schéma se skládá ze tří dávek vakcíny dle věku. První a druhá dávka má být podána v 1 až 3 měsíčním intervalu. Pokud je třeba dosáhnout imunitní odpovědi rychle, může být druhá dávka podána za dva týdny po první dávce. Po prvních dvou dávkách se očekává dostatečná ochrana pro nadcházející sezónu klíšťat. Třetí dávka se podává za 5 – 12 měsíců po druhé vakcinaci. Přeočkování: První přeočkování by se mělo provést 3 roky po aplikaci třetí dávky. Následná přeočkování až do 60 let věku mají být prováděna každých 5 let po předchozím přeočkování. U osob od 60 let věku by intervaly přeočkování neměly překročit 3 roky. Prodloužení intervalu mezi jakoukoli dávkou (základní vakcinační schéma a přeočkování) může zanechat očkované osoby v přechodném období s nedostatečnou ochranou proti infekci, nicméně v případě přerušeného očkovacího schématu po alespoň dvou předchozích očkováních je jedna vyrovnávací dávka dostatečná pro pokračování v očkovacím schématu. Vakcína má být podávána intramuskulární injekcí do horní části paže (musculus deltoideus). U dětí do 18 měsíčního věku, či v závažnosti na vývoji a stavu výživy dítěte, se vakcína aplikuje do stehenního svalu (musculus vastus lateralis). **Kontraindikace:** Přecitlivělost na léčivou látku, jakoukoli pomocnou látku či výrobní rozdílu (formaldehyd, neomycin, gentamicin, protamin sulfát). Vzhledem k tomu, že se může vyskytnout alergie i na aminoglykosidy jiné než neomycin a gentamicin. Závažná přecitlivělost na vaječné či kuřecí proteiny může u citlivých jedinců způsobit závažné alergické reakce. Vakcinaci proti KE je třeba odložit, jestliže osoba trpí střední nebo závažnou akutní chorobou (s horečkou nebo bez horečky). **Zvláštní upozornění:** Nezávažná alergie na vaječnou bílkovinu obvykle není kontraindikací vakcinace, přesto by takové osoby měly být očkovány pod lékařským dohledem. Nemusí dojít k intravaskulární aplikaci, protože by to mohlo vést k těžkým reakcím, včetně hypersenzitivních reakcí spojených se šokem. Ochranná imunitní odpověď nemusí být vyvolána u osob podstupujících imunosupresivní léčbu. V případě známého autoimunitního onemocnění či při podezření na ně musí být riziko možné infekce KE zváženo vzhledem k riziku nepříznivého vlivu přípravku na průběh autoimunitního onemocnění. Je třeba pečlivě zvážit indikaci očkování u osob s preexistujícím mozgovým onemocněním jako je aktivní demyelinizační onemocnění nebo špatně kontrolovaná epilepsie. Stejně jako všechny další vakcíny nemohou ani přípravky FSME-IMMUN 0,25 ml/0,5 ml zcela ochránit všechny očkované před infekcí, k jejíž prevenci jsou určeny. **Interakce:** Nebyly provedeny žádné studie interakcí s jinými vakcínami či léčivými přípravky. Podávání jiných vakcín ve stejnou dobu s vakcínami FSME-IMMUN 0,25 ml/0,5 ml by mělo být prováděno pouze v souladu s oficiálními doporučeními. Pokud se mají podat současně jiné injekční vakcíny, musí být aplikace provedeny do jiných míst, nejlépe i do jiné končetiny. **Těhotenství a kojení:** Data ohledně použití přípravku u těhotných žen nejsou známa. Není známo, zda se přípravek vylučuje do mateřského mléka. Vakcína FSME-IMMUN 0,5 ml by měla být proto podávána během těhotenství a kojení ženám pouze při urgentní potřebě dosáhnout ochrany proti infekci KE a po pečlivém zvážení přínosu očkování ve vztahu k možnému riziku. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté ($\geq 1/10$): U všech osob reakce v místě vpichu, např. bolest, u mladších dětí (1–5 let) horečky. **Přeočkování:** Byly hlášeny případy, kdy děti obdržely dávku vakcíny pro dospělé. Dle se předpokládá, že v takovýchto případech je riziko nežádoucích reakcí vyšší. **Uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2–8°C). Uchovávejte předplněnou inj. stříkačku v krabici, aby byla chráněna před světlem. Chraňte před mrazem. **Balení:** 0,25 ml nebo 0,5 ml suspenze v předplněné injekční stříkačce s pístovou zátkou, bez integrované jehly. Balení může obsahovat 1 jehlu. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer, spol. s r.o., Stroupežnického 17, 150 00 Praha 5, Česká republika. **Registrační čísla:** 59/009/08-G, 59/010/08-G. **Datum poslední revize textu:** 20.1.2017.

Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se prosím seznáme s úplnou informací o přípravku.

Reference: 1. Heinz FX, et al. Field effectiveness of vaccination against tick-borne encephalitis. Vaccine 2007;25:7559-7567.



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





Ze světa odborné literatury...

■ Psychotropní léčba u Praderova-Williho syndromu

Praderův-Williho syndrom je genetický syndrom s fenotypem, který zahrnuje intelektuální neschopnost, dysmorfii, obezitu, narušené chování, hyperfagii a psychózu. Psychotropní medikace je široce předepisována u tohoto syndromu při symptomatických kontrolách. Autoři se zde snažili v literatuře projít danou medikací mezi rokem 1967–2014. Práce s originálními daty zahrnuli do standardizovaných procesů. Celkem bylo zahrnuto do studie 102 pacientů. Z léčebného rozdělení mělo Risperidon 11 pacientů, fluoxetin 6, naltrexon 2, topiramát 16, N-acetylcystein 35, ribonamant 15, fenfluramin 15. Topiramát podávali pacientům s tendencí k sebepoškozování, Risperidon pacientům s psychotickými syndromy a N-acetylcystein pro kožní poškozování. Antipsychotická léčba je velmi rozšířená, ale váhové příbytky a zvýšená chuť k jídlu jsou velkým problémem.

Eur J Pediatr. 2016;175:9–18

■ Dětská adipozita – potenciální kardiiovaskulární rizikový faktor

Nejčasnější aterosklerotické léze začínají již v dětství v závislosti na adipozitě. Shromáždili kohortu 161 dětí obou pohlaví od šesti do 17 let. Vše bylo korelováno na leptin, CRP, TK, plazmatické lipidy, inzulinovou rezistenci a index levé komory. Obvod pasu u děvčat i u chlapců velmi koreloval k systolickému i diastolickému tlaku, HDL a LDL cholesterolu, triglyceridům, inzulinové rezistenci i k mase levé komory. Podobné korelace byly mezi leptinem, CRP a diastolickým krevním tlakem u chlapců. Chlapci mají větší kardiiovaskulární riziko. Obezita je chronický nízkozánětlivý proces.

Eur J Pediatr. 2017;175:63–69

■ Zvětšení velikosti levého srdce u obézních dětí

Subklinické kardiální abnormality jsou predisponujícím faktorem pro kardiiovaskulární nemoci u obézních dětí. Účelem této studie bylo ohodnotit kardiální abnormality u obézních chlapců a potenciální asociaci s inzulinovou rezistencí. 30 obézních (12 chlapců, 18 děvčat) mělo provedeno podrobné

ECHO vyšetření. Levá předsíň byla zvětšena u obézních dětí, levá komora dtto, vykazovala diastolickou dysfunkci. Všechny parametry byly signifikantně asociovány s BMI. Obézní normotenzní děti vykazují alteraci kardiální diastolické funkce levé komory i předsíně. Mechanismus mezi inzulinovou rezistencí a kardiálními změnami je evidentní, ale zůstává neurčený.

Eur J Pediatr. 2016;175:121–130

■ Dysfunkce levé komory a subklinická ateroskleróza u dětí s klasickou kongenitální adrenální hyperplazií v Egyptě

Několik studií sledovalo tloušťku intimy a medie v karotidách a i funkci levé komory u dětí s kongenitální adrenální hyperplazií (CAH) v období dospívání. Studie sledovala strukturální změny na karotidách a také i myokardiální funkce. Bylo sledováno 32 jedinců s klasickou adrenální hyperplazií a s tím 32 zdravých jedinců. Sledování zaměřeno na věk, pohlaví, pubertální stav a socioekonomický stav. Krevní hladina vysoce senzitivního CRP byla měřena, stejně jako cirkulujících endoteliálních buněk. Funkce levé komory byla měřena pomocí konvenční echokardiografie. Dopplerovská ultrasonografie byla využita k měření tloušťky karotid. Sledovali vaskulární endoteliální postižení a subklinickou aterosklerózu. Hladina testosteronu pozitivně korelovala s tloušťkou stěny karotid, masou levé komory a deceleračním časem. Ukazuje se, že jedinci s CAH a zvýšenou hladinou androgenů mají zvýšené riziko vaskulárního endoteliálního postižení. To vyžaduje včasnou monitoraci pro tyto funkce.

Eur J Pediatr. 2016;175:405–412

■ Diagnostická přesnost a prognostická užitečnost určení D-dimeru u akutní apendicitidy

Do studie na pediatrické emergency zařadili 135 dětí ve věku od roku do 16 let věku. Analyzovali klinické a histopatologické nálezy. 38 % dětí bylo klinicky analyzováno s akutní apendicitidou (52), potvrzeno patologickým nálezem. 55,8 % byla gangrenózní apendicitis. Počet leukocytů, CRP a DD (D-dimery) byly vyšší ve skupině s akutní a gangrenózní apendicitidou. Nejvyšší hod-

nota DD byla u gangrenózní apendicitidy. Dále se jako užitečný jevil CRP, počet leukocytů, ale prokalcitonin je kontroverzní. Počty normálních leukocytů hodnotí mezi 4–10 000, CRP mezi 0–0,5, D-dimer více než 230 ng/ml. Střední věk sledovaných dětí byl kolem 9 let.

Bolesti v pravé fossa ilica v 66 %, nauzea, zvracení v 66 %, anorexia v 58 %. Střední čas k hodnocení byl 16 hodin. Sonografie byla získána u 61 dětí (45 %). Jen 1× bylo provedeno CT vyšetření potvrzující APE. Chirurgický nálezy byl u 53 dětí (39 %), 1× spolu s cholecystitidou. V 11 % byl nálezy jen katarální apendicitidy, flegmonózní u 31 % a gangrenózní u 55 %. 25 % gangrenózních appendixů perforovalo. Autoři jsou toho názoru, že prolongovaná apendicitida se prezentuje s peritoneálním drážděním a ischemií stěny vedoucí k fibrinolýze a zvýšení hladiny DD. Vysoké DD u přetrvávající sporné kliniky jsou velmi sugestivní.

Eur J Pediatr. 2016;175:313–320

■ Reakce mezi dětmi a rodiči diabetických dětí u diabetu prvního typu a její vliv na glykemické profily

Autoři si kladli otázku, zda stres má vliv na hladinu glykémie u dětí s diabetem 1. typu, zvláště pak vztahová otázka mezi dětmi a rodiči. Jednalo se o děti mezi 1–7 lety v 77 rodinách. Je zcela evidentní, že stresová reakce v rodinách dětí s diabetem 1. typu se zobrazuje v nevyrovnaných glykemických profilech. Je tak poškozována kvalita života nejmladší generace. Děti také mají ne zcela optimální hodnoty HbA_{1c}. Děti s kolísavým HbA_{1c} se často při emoční labilitě dostávají do obrazu hypoglykémie. Ukazuje se, že diabetická centra mohou hrát také edukační úlohu.

Eur J Pediatr. 2016;175:329–338

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



Aktuality...

KOMENTÁŘ: Braňme normální svět aneb O mateřských školkách – Václav Klaus ml.

Češi se rádi rochní v tom, co nám nejde, kde jsme zaostali a podobně. Kdejaký bystrý duch (třeba Komenský) musí nejprve prorazit za hranicemi, pak ho teprve uznáváme také. Ale přitom v řadě věcí, a důležitých, jsme světová špička. Kojenecká úmrtnost – jedna z nejnižších na světě. Míra negramotnosti dtto. Dostupnost zdravotní péče...

Někde jsme světová špička bývali – třeba systém zvláštních škol, který dokázal i děti s mentálními handicapy dostat do společnosti. Vyučily se, měly práci. To inkluze zničíme.

Smutné.

Někde to člověka rozčiluje zrovna tak, protože špičkou bývaly (a dnes ještě jsou) i naše mateřinky. Obrovská tradice, léty vyzkoušená metodika, kvalitní zaměstnanci, kterým stačovala střední pedagogická a láska k dětem. Místo, kde je svět v jádru v pořádku.

Jdete dnes „po o“, nebo „po spa“?

Nejsou to odkladiště a hlídání dětí, ale dochází tu k všestrannému rozvoji dítěte. Básničky, říkanky, denní režim, vycházka, oblékání, první kamarádi...

Nyní na základě nových (šílených) ideologií míří do mateřinek nově dvouleté děti.

Podívejte, já nejsem vývojový psycholog, ale mám čtyři děti a dvouleté a tříleté dítě je prostě extrémní rozdíl.

Tříleté dítě je zralé na školku. Jasně, některé si trochu ze začátku ráno brekne, ale v jádru se těší na kontakt s vrstevníky, je zralé na to, učit se básničky „Seděly dvě veverky, na vysoké jedli. Chvilí něco chroupaly, chvilí něco jedly...“. Pomáhá si rukama a pantomimou. Roztomilé. Vytleská nějaké slabiky. Maluje, zvyšuje sociální dovednosti. Vidíte pokroky týden od týdne.

Ale vrhněte do tohoto systému dvouleté dítě. Jak to bude ve školce vypadat? Neustále ubrečené, počůrané, prostě malinké. Hodná paní učitelka mu bude muset věnovat 90 procent času a energie a všechny ty nádherné hodnoty, které školky měly, půjdou do háje. Rozvoj tříletých a čtyřletých se zpomalí. Paní učitelka bude víc udřená, práce bude méně radostná. Méně toho namalují, vystaví, nacvičí. Budou kratší dobu venku, v jídelně bude víc jídla na zemi než dříve...

České školky přestanou být světová špička.

Školky se bránit nebudou, neboť paní učitelky ve školkách jsou v průměru nejhodnější bytosti ve společnosti. (*Vím to, začínal jsem mimo jiné před skoro třiceti lety, jako student, svou pedagogickou kariéru při několikaměsíčním záskoku na střední pedagogické.*) Většinu z nich si člověk nedokáže představit, jak někde demonstrují nebo tak.

Ale proč dopouštíte takové nesmysly? Proč?

Jako by nestačil třeba ten šílený nařízený moderní jídelníček. Manželce musím každé ráno referovat, co bude ve školce k obědu, protože klasická jídla – kaše; kolínka; rýže; červená omáčka, masíčko (knedlíky jsou myslím zakázané) – Elinka jí. Ale ty nové, „zdravé“ potraviny – cizrnové cosi a podobně – nejí a musí být informována

babička, aby ji „po o“ pořádně doma nafutrovala. Velké společenské dobro.

Jsou pak i země – Norsko –, kde vám ještě zkontrolují i tu babičku a případně dítě odeberou z rodiny k placeným pěstounům s modernějším stravováním.

Braňme normální svět!!

Václav Klaus ml.

Zdroj: novinky.cz, 12. 4. 2017

Agresori zbytečně mrhají cennými minutami zdravotníků a hasičů

Sekundy často rozhodují o lidském bytí či nebytí, o celoživotních následcích úrazů nebo o astronomických výších škod na majetku. Přesto se najdou lidé, kteří situaci komplikují, zdržují nebo dokonce fyzicky ohrožují zdravotníky a záchranáře.

Zkušenosti zdravotníků zmapoval unikátním výzkumem, do kterého se během tří let zapojilo 896 respondentů z prostředí českého zdravotnictví, člen pracovní skupiny Aesculap Akademie Jaroslav Pekara. Terčem útoku od pacientů nebo jejich doprovodu se podle jeho studie stalo devadesát procent zdravotníků. S výhrůzkami a nadávkami se za jediný rok setkalo 78 procent zdravotníků, fyzické násilí zaznamenalo 23 procent dotazovaných.

Povolání záchranáře, lékaře či zdravotní sestry je rizikové. Jedním z důvodů je stále rostoucí agresivita společnosti, což se projevuje i u pacientů a jejich příbuzných. S násilím na pracovišti se nsetkala jen desetina zdravotníků. Fyzickému útoku čelilo během jednoho roku 206 zdravotníků z 900, přičemž 10 z nich bylo zraněno. Nejčastěji musejí verbálními útokům čelit zdravotní sestry. Agresivní nadávky a výhrůžky si vyslechlo 697 z celkového počtu 896 dotazovaných.

„S agresivitou a vulgaritou se setkávají i naši operátoři tísňové linky 155 téměř každodenně, nejčastěji v nočních hodinách, kdy bývají tato volání spojena s alkoholem. Operátorům je pak často vyhrožováno napadením nebo vulgárně nadáváno a přitom uplyne i několik dlouhých minut, než se volající nechají našimi profesionály přesvědčit ke konstruktivní spolupráci. Čas běží, my si uvědomujeme, jak je drahý, a přitom stále nevíme místo události, natož aby nám takový volající v ráži odpovídal na dotazy nebo se nechal přesvědčit k telefonicky asistované resuscitaci,“ říká vedoucí Krajského zdravotnického operačního střediska v Hradci Králové Vladimír Švába.

Případné potyčky po příjezdu záchranářů se snaží předem vyvarovat. „V takových případech informuje operátor zasahující posádku o hrozcím konfliktu a někdy si vyžádá i spolupráci policie,“ dodal ředitel ZZSKHK MUDr. Jiří Mašek.

Na odděleních nemocnic je oproti zkušenostem pracovníků záchranářského systému agresivita méně častým jevem, nicméně ji také znají. „Ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové evidujeme za poslední dva roky 39 případů takových mimořádných událostí a agresivního chování. Z toho jde ve 13 případech o fyzické napadení, ve 3 případech o hrozbu usmrcením a v 9 případech o jinou verbální agresi. O všech proběhlých neurvalostech se nedozvíme, evidujeme pouze ty, které



Ize označit za agresi," hodnotí situaci v hradecké fakultní nemocnici její lékařský náměstek a senátor prof. MUDr. Jaroslav Malý, CSc.

Účinnou prevencí násilí může být vzdělávání zdravotníků v rámci simulačních kursů. „Aesculap Akademie zahájila kursy pro zdravotníky zaměřené na situace s násilnými pacienty již minulý rok. Výsledky studie ukazují, že naše rozhodnutí věnovat se právě tomuto fenoménu bylo správné, a nabídku kursů bychom rádi nadále rozšiřovali," říká zástupce Aesculap Akademie MUDr. František Vojík.

V kursech se lektoři Aesculap Akademie soustředí především na chování a vystupování zdravotníků. Je to totiž nejvýznamnější aspekt předcházení vzniku krizové situace, kdy se zdravotníci učí nedat svým chováním agresorovi šanci.

Zdroj: novinky.cz, 12. 4. 2017

Omezení základní zdravotní péče se v důsledku prodražení, varoval Kubek

Ministr zdravotnictví Miloslav Ludvík v neděli varoval, že úroveň českého zdravotnictví se podaří udržet, pokud do něj bude stát dávat peníze. Upozornil, že lidé na soukromou spoluúčast nemají peníze. Předseda lékařské komory Milan Kubek uvedl, že pokud se omezí dostupnost základní péče, ve výsledku se prodraží léčení následných komplikací. Tvrdě zkritizoval pravicové vlády.

Kubek a Ludvík se shodli na tom, že zdravotnictví potřebuje peníze, aby fungovalo. Předseda lékařské komory ale varoval: „Zdravotnictví není perpetuum mobile.“ Podotkl, že není ochota zvyšovat státní příspěvek ani zavádět spoluúčast ani zvýšit daně na tabák a alkohol, které přitom způsobují zdravotní i sociální problémy. Nekritizoval přitom jen sociální demokracii: „Pravicové vlády nedokázaly vůbec nic.“

Kubek zcela odmítl ideu předsedy ODS Petra Fialy, aby si lidé platili léky na banální nemoci, jako je chřipka: „Když odříznete lidi od banální léčby, od základní péče, je to špatně. Všichni říkají, že se soustřeďují na prevenci, ale nelze se soustředit na prevenci a nehradit základní péči.“ Zmínil, že někteří lidé na to peníze nemají a další to budou brát na lehkou váhu, pak se budou platit vysoké částky za léčení komplikací. Dal i příklad z oboru stomatologie. „Když nebude placena základní péče, plomby, pak bude půlka národa chodit bez zubů a budou nákladné stomatologické operace.“

Záleží na postoji státu, varoval ministr

„Úroveň českého zdravotnictví bude možné udržet tak dlouho, dokud do něj bude stát dávat peníze," řekl otevřeně Ludvík a dodal, že záleží na státu, jestli bude dávat více do zdravotnictví. „Je to o prioritě, pro sociální demokracii je zdravotnictví nejvyšší prioritou, ale prioritou jsou i dotace firmám, podpora investic," řekl Ludvík. Naznačil tím, že jiné vlády než sociálnědemokratické už nemusejí považovat zdravotnictví za takovou prioritu jako ČSSD.

Kubek dodal: „Sedm procent českého HDP nemůže udržet kvalitu, jakou má Německo, které vydává 11 procent svého HDP.“

Zdraví je investice

Šéf lékařské komory dodal, že na platby do zdravotnictví je ale také třeba se dívat jako na druh investice: „Peníze, které se vloží do zdravotnictví, to je investice, pouze zdraví lidé mohou vytvářet hodnoty, platit daně. Zdravotnictví nejsou výdaje, jsou to investice.“

Poplatky a doplatky nic neřeší

I on sám se postavil proti přímé spoluúčasti, která po zrušení poplatků klesla z 15 na 13 procent: „To platí lidé hotovostně, ti ne-

mocní. Spoluúčast lze zvýšit, ale ne cestou doplatků a poplatků placených v ordinacích. Ekonomická síla našich důchodců je taková, že to nejsou schopni platit.“ Podle ministra Ludvíka však nelze sázet ani na střední generaci, aby si připlácela na to, že nebude muset ve stáří platit doplatky, vzhledem k tomu, kolik lidí má příjem nižší než 20 000 Kč; pro ně představuje i krátký pobyt v nemocnici vzhledem ke karenční době a úrovni výše nemocenské velkou ekonomickou potíž.

Ludvík a Kubek se shodli na tom, že do zdravotnictví by měla jít část spotřební daně z alkoholu a cigaret, pro což dosud nebyla ochota: „Změnit zákon o přerozdělování tak, aby čtyři až pět miliard z daní na alkohol a tabák šly do zdravotnictví.“ Kubek upozornil, že to je více, než kolik se vybralo na poplatcích.

Dluh státu

Ministr také poukázal na dluh, který má stát vůči zdravotnictví, protože se ze zdravotního pojištění platí i rekonstrukce nemocnic, s čímž se původně nepočítalo, protože v době vzniku zdravotních pojišťoven budovy připadaly státu a ten do nich neinvestoval. Podle Ludvíka tento dluh činí sto miliard.

Chybějící lékaři

Kubek i Ludvík se také shodli, že je problémem je nedostatek lékařů a sester. Podle Kubka nyní počet lékařů v seniorském věku stoupl z deseti procent na 25 procent.

Zároveň se zvyšuje počet nově přijatých studentů. Jak ale upozornil Kubek, to přinese řešení za osm let. Problémem je podle něj, že v příštím roce odejde několik set lékařů v seniorském věku, protože se zavádějí povinné elektronické recepty a mnozí staří praktici nemají připojení na internet.

Ludvík namítl, že to je špatně, protože bez internetu nemají ani přístup k informacím o nových lécích, neboť ty už nejsou jinde než na síti. Hlavně je ale přesvědčen, že tato změna nepovede k odchodu lékařů, přesto slíbil kompenzace. „Byť si nemyslím, že by 4 000 korun mělo někoho zlikvidovat, přesto zavedeme v úhradové vyhlášce platbu za vydání každého receptu na 1,50 až 1,70 koruny.“

Kubek ale namítl: „Musí být zachována možnost, aby lékař nepřípojený na internet byl schopen vydat recept.“ To Ludvík odmítl s tím, že od příštího roku budou elektronické recepty zavedeny.

Zdroj: aš, novinky.cz, 2. 4. 2017

Zvýšený výskyt onemocnění spalničkami v Evropě

V lednu 2017 bylo hlášeno v evropském regionu Světové zdravotnické organizace 559 případů spalniček. Z toho 474 případů bylo hlášeno v 7 ze 14 zemí s endemickým výskytem spalniček (Francie, Německo, Itálie, Polsko, Rumunsko, Švýcarsko a Ukrajina). I předběžné údaje za měsíc únor 2017 naznačují, že počet nových onemocnění prudce stoupá. Odhaduje se, že ve všech výše uvedených zemích je proočkovanost ve dvoudávkovém schématu nižší než požadovaná prahová hodnota 95 %.

Spalničky, které se nadále šíří uvnitř evropských zemí i mezi nimi mají potenciál způsobit vznik ohnisek kdekoli, kde klesla proočkovanost obyvatel pod potřebnou hranici 95 %.

V 37 zemích evropského regionu WHO byl přerušen endemický výskyt spalniček, nicméně stále zůstává ještě 14 zemí, kde k přerušení endemického výskytu spalniček nedošlo. Zvýšený výskyt spalniček



tak ohrožuje plán jejich eliminace v evropském regionu Světové zdravotnické organizace.

Světová zdravotnická organizace apeluje na všechny státy s endemickým výskytem spalniček, aby přijaly naléhavá opatření k zastavení přenosu spalniček v rámci svých hranic, a dále na ostatní státy, které již dosáhly přerušení endemického výskytu spalniček, aby zachovaly stávající stav a udržely vysokou proočkovanost.

Hlavní ohniska v Evropě

Největší ohniska onemocnění spalniček jsou v Rumunsku a Itálii. Od ledna 2016 do 10. března 2017 oznámilo Rumunsko více než 3 400 případů spalniček, z nichž 17 skončilo úmrtím. Většina případů je evidována v oblastech, kde je obzvláště nízká proočkovanost. Podle vykázaných údajů cirkulují v Rumunsku od ledna 2016 tři genotypy viru spalniček, které se dříve v zemi nevyskytovaly, ale byly hlášeny v několika dalších evropských zemích v roce 2015.

Současně i Itálie zaznamenala prudký nárůst případů spalniček v prvních týdnech roku 2017. Za měsíc leden eviduje 238 případů a předběžné odhady za měsíc únor naznačují opět zvýšený počet nových onemocnění. Itálie za rok 2016 evidovala celkový počet hlášených případů spalniček 850.

Země s nejvyšším rizikem

Virus spalniček je vysoce nakažlivý a může způsobit potenciálně závažné onemocnění. Virus se endemicky vyskytuje ve většině částí světa a může se tedy šířit i do jiných zemí, včetně těch, které již dosáhly přerušení endemického výskytu spalniček. Každá neočkovaná nebo nedostatečně očkovaná osoba bez ohledu na věk je tak vystavena riziku nákazy. To platí zejména v těch zemích, kde je trvale nízké procento proočkovanosti, čímž se zvyšuje riziko vzniku onemocnění s možnými tragickými následky. Vnitrostátní orgány by měly maximalizovat úsilí o dosažení nebo udržení alespoň 95% pokrytí 2 dávkami vakcíny obsahující virus spalniček, tak aby se zabránilo šíření v případě importovaného onemocnění.

Regionální úřadovna WHO pro Evropu úzce spolupracuje s národními zdravotními autoritami v ohrožených státech a plánuje vhodná opatření.

Patří mezi ně sledování a identifikace nemocných, očkování zvláště vnímavých osob, které mohou být nebo přijít do styku s infikovanými osobami, jakož i zapojení veřejnosti a podpora očkování pro všechny osoby, které mají být očkovány.

Při přijímání evropského vakcinačního akčního plánu 2015–2020 se všech 53 členských států z evropského regionu zavázalo eliminovat spalničky a zarděnky jako jednu z priorit imunizačních cílů.

Pokrok směrem k dosažení tohoto cíle byl potvrzen na 5. zasedání The European Regional Verification Commission for Measles and Rubella Elimination (RVC) v roce 2016, která dospěla k závěru, že:

- v 37 z 53 zemí evropského regionu byl přerušen endemický přenos spalniček;
- z těchto 37 zemí udržuje 24 států přerušení přenosu spalniček po dobu delší než 36 měsíců a jsou považovány za státy, ve kterých bylo onemocnění spalniček eliminováno;
- ve 14 zemí zůstává endemický výskyt spalniček;
- u 2 států nebyl předložen výroční aktualizovaný stav.

Zdroj: WHO Europe

Zdroj: MZ ČR

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 praxí** fyzických a právnických osob všech odborností. Tel.: 602 437 166, poradce@mybox.cz; www.elis-dane.cz

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.

468 3-17

Předám ordinaci v Praze 3 na Jarově. Velká bezproblémová klientela, ordinace ve vlastních prostorách, kontakt 737 600 021, nebo rakusanp@seznam.cz

469 3-17

Předám zavedenou **ordinaci PLDD v Ostravě-Zábřehu**, kontakt 736 250 560

470 4-17

Prodám nebo **zaměstnám** z důvodu stěhování dobře zavedenou **ordinaci PLDD v Brně**. Info po 18:00 hodině telefon: 731 789 678

471 4-17

Prodám zavedenou pediatrickou **praxi na Praze 9**, podrobnosti na tel. 776 600 032, ev. e-mail ordinace@remet.cz

472 4-17

Hledám nástupce do dobře zavedené praxe PLDD v **Chomutově**. Tel 603 173 534. Byt k dispozici.

473 4-17

Prodám/přenechám zavedenou ordinaci PLDD v **okrese Karlovy Vary**, možnost převodu koncem roku 2017. Telefon: 606 839 112, 603 537 488.

477 4-17

Prodám dobře zavedenou **praxi PLDD**, ev. **dlouhodobě zaměstnám lékaře** na libovolný úvazek dle dohody v ordinaci **ve Staré Vsi nad Ondřejnicí**, 10 km od **Ostravy**. Zkušená sestra, rekonstruovaný interiér, moderní přístrojové vybavení, možnost služebního bytu. Tel.: 604 889 763, email: info@ordinaceratolest.cz

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

Autodidaktický test 5/2017

Bolesti hlavy

1. Z patofyziologického hlediska bolest hlavy pochází ze:

- a) samotné mozkové tkáně
- b) mozkových cév
- c) periostu
- d) hlavových nervů

2. Bolest hlavy je jednou z nejčastějších obtíží. Bolest hlavy může být sekundární při jiném onemocnění, nebo se jedná o cefaleu primární. Mezinárodní společnost pro bolest hlavy řadí mezi primární bolesti hlavy:

- a) migrénu
- b) tenzní bolesti hlavy
- c) bolest při intrakraniální hypertenzi
- d) bolest při neuroinfekci

3. Pro rozpoznání vážné příčiny bolesti hlavy je důležité znát příznaky nitrolební hypertenze. Ty se mohou lišit v závislosti na věku. U kojenců je např. vyklenutá fontanela či rozvoj hydrocefalu. Mezi symptomy nitrolební hypertenze patří např.:

- a) ataxie
- b) hemikranie
- c) diplopie
- d) hypersalivace
- e) deklinace hlavy

4. Při podezření na nitrolební hypertenzi by mělo být provedeno oftalmologické vyšetření včetně posouzení fundu. Při pozitivním nálezu nacházíme městnání na papile. Důležité je uvědomit si, že negativní nález nevylučuje nitrolební hypertenzi, pozitivní nález je uváděn u 50–90 % pacientů. Za jak dlouho po vzniku hypertenze se objeví městnavá papila?

- a) Nejdříve po 6–12 hod.
- b) Nejdříve po 12–18 hod.
- c) Nejdříve po 24–48 hod.
- d) Nejdříve po 60–72 hod.

5. V rámci diferenciální diagnostiky bychom se měli pokusit na základě anamnézy a fyzikálního vyšetření odlišit primární cefalgie od sekundárních. K verifikaci sekundární příčiny cefalgie jsou též používány zobrazovací metody. K akutnímu vyšetření se používáno především:

- a) RTG hlavy
- b) CT hlavy
- c) MR hlavy
- d) ventrikulografie

6. Původ cefalgie u dětí bývá nejčastěji psychogenní, může ale též spočívat ve změnách vnitřního prostředí a v arteriální hypertenzi. Neměli bychom tedy zapomenout pozornost obrátit i tímto směrem. Bolest hlavy bývá často spojena s nálezem:

- a) anémie
- b) dehydratace
- c) dyslipidémie
- d) hyperglykémie
- e) hypoinmunoglobulinémie

InfanrixTM hexa

Šetrná vakcína
dlouhodobě
ověřená v českých
podmínkách*

Vhodná
i pro
nedonošené
děti



*Kombinovaná vakcína šestičlenný počet vprchů | antigenní zátěž díky acelulární pertusové složce

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

Zkrácený souhrn údajů o přípravku

Název přípravku: Infanrix hexa, prášek a suspenze pro injekční suspenzi. Vakcína proti diftérii (D), tetanu (T), pertusi (acelulární komponenta) (Pa), hepatitidě B (DNA) (HBV), polioviriditidě (inaktivovaná) (PV) a konjugované vakcína proti *Haemophilus influenzae* typu b (Hib), (adsorbovaná). **Kvalitativní a kvantitativní složení:** Po rekonstituci jedna dávka (0,5 ml) obsahuje: *Diphtheriae* anatoxinum ne méně než 30 mezinárodních jednotek (IU), *tetani* anatoxinum ne méně než 40 mezinárodních jednotek (IU), *pertussis* anatoxinum 25 mikrogramů, *haemagglutininum filamentosum* 25 mikrogramů, *pertactin* 8 mikrogramů, *antigenum hemmatis hepatitidis* 10 mikrogramů¹, *virus poliomyelitis* (inaktivovaný)* typus 1 (imen Mahoney) 40 IU jednotek antigenu, typus 2 (imen MEF-1) 8 IU jednotek antigenu, typus 3 (imen Saukett) 32 IU jednotek antigenu, *Haemophilus influenzae* typus b polysaccharidum 10 mikrogramů (polyribosylated phosphat) conjugata cum *tetani* anatoxinum jako nosným proteinem přibližně 25 mikrogramů², 1 adsorbovaná na hydroxid hlinitý, hydratovaný (Al(OH)₃) 0,5 miligramů Al³⁺ + 2 vyrobeno rekombinantní DNA technologií na kultuře kvasnicových buněk (*Saccharomyces cerevisiae*), 3 adsorbovaná na fosforičnan hlinitý (K₂HPO₄) 0,32 miligramů Al³⁺ + 4 pomnoženo na VERO buněčkách. Tato vakcína může obsahovat stopy formaldehydu, neomycinu a polymyxinu, které se používají v průběhu výrobního procesu. **Indikace:** Infanrix hexa je určen pro základní očkování a předočkování dětí proti diftérii, tetanu, pertusi, hepatitidě B, polioviriditidě a nemennostním způsobem *Haemophilus influenzae* typu b. **Dávkování a způsob podání:** Základní očkovací schéma spočívá v podání dvou nebo tří dávek (0,5 ml), které mají být podány v souladu s oficiálními doporučeními. **3 dávky:** Předočkování je nutné, mezi jednotlivými dávkami základního očkování má být zachován interval nejméně 1 měsíc. Předočkování má být provedeno nejdříve 6 měsíců po poslední dávce základního očkování a nejdříve před dovršením věku 18 měsíců. **2 dávky:** Předočkování je nutné, mezi jednotlivými dávkami základního očkování má být zachován interval nejméně 2 měsíce. Předočkování má být provedeno nejdříve 6 měsíců po poslední dávce základního očkování a nejdříve před dovršením věku 11 a 13 měsícem věku. Předčasné narození kojenců, zejména po 24 týdnech těhotenství: 3 dávky, předočkování je nutné, mezi jednotlivými dávkami základního očkování má být zachován interval nejméně 1 měsíc. Předočkování má být provedeno nejdříve 6 měsíců po poslední dávce základního očkování a nejdříve před dovršením věku 18 měsíců. Bezpečnost a účinnost vakcíny Infanrix hexa u dětí starších 36 měsíců nebyly stanoveny. Infanrix hexa je určen k hluboké intramuskulární aplikaci. Další dávky je vhodné podávat vždy do jiného místa, než byla podána předchozí dávka. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na jakoukoli pomocnou látku nebo na formaldehyd, neomycin a polymyxin. Hypersenzitivita na předchozí aplikaci vakcíny proti diftérii, tetanu, pertusi, hepatitidě B, polioviriditidě a nemennostním způsobem *Haemophilus influenzae* typu b. **Dávky:** Infanrix hexa je kontraindikován u dětí, u nichž se do sedmi dnů po předchozím očkování vakcínou obsahující pertusovou složku vyvíjela encefalopatie nemenné etiologie. V takových případech se musí očkování proti pertusi přerušit a dále se očkovat jen vakcínami proti diftérii, tetanu, hepatitidě B, polioviriditidě a Hib. Podobně jako u jiných vakcín i aplikace vakcíny Infanrix hexa musí být odložena u osob trpících vážným akutním horečnatým onemocněním. Přítomnost slabé infekce však není považována za kontraindikaci. **Zvláštní upozornění:** Jestliže dojde v časové souvislosti s aplikací vakcíny obsahující pertusovou složku k nárůstu z důvodu propaných reakcí, je nutné lžičku vzít do další dávky vakcíny, které pertusovou složku obsahují. Teplota > 40,0 °C během 48 hodin po očkování s neprotržnou jinou souvislostí, letargie nebo šokový stav (hypotenze/hypotenzivní epizoda) během 48 hodin po očkování, trvalý nevolitelný pláč 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 výskytu dávivého kašle, však očekávaný přínos imunizace převládá nad rizikem. Podobně jako u jiného očkování by se měl pečlivě zvážit prospěch a riziko imunizace vakcínou Infanrix hexa nebo jejího oddálení u kojenců nebo u dětí trpících nedávným novým atakou nebo progresivní zkrácením neurologické poruchy. Stejně jako u jiných injekčních vakcín musí být i po aplikaci této vakcíny pro případ rozvoje anafylaktického šoku okamžitě k dispozici odpovídající lékařská péče a dohled. Nemocným s trombocytopenií a s poruchami srážlivosti krevní musí být vakcína Infanrix hexa aplikována se zvýšenou opatrností, neboť po intramuskulárním podání může dojít ke krvácení. Nepodávejte vakcínu Infanrix hexa intravenózně nebo intratekálně. Podobně jako u jiných vakcín, nemusí být u všech očkováných jedinců vyvolána ochranná imunitní odpověď. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Vakcína Infanrix hexa může být podána současně s pneumokokovou konjugovanou vakcínou (PCV7, PCV10, PCV13), konjugovanou vakcínou proti meningokokům serogrupy C (konjugáty CRM₁₉₇ a TT), s konjugovanou vakcínou proti meningokokům serogrupy A, C, W-135 a Y (konjugát TT), s perorální vakcínou proti rotavirovému onemocnění a vakcínou proti spalničkám, příušnicím, záškrtu a planým neštovicím (MMRV). **Těhotenství a kojení:** Údaje nejsou k dispozici. **Nežádoucí účinky:** Podobně jako u DTPa vakcíny a kombinovaných vakcín obsahujících DTPa byla po poslední dávce vakcíny Infanrix hexa pozorována vyšší míra nežádoucího ohrožení než po základním očkování. Míra sledování bezpečnosti profil nežádoucích účinků je založen na údajích získaných v klinických studiích (údaje odvíce než 10 000 jedinců) a v průběhu postmarketingového sledování. Větší část (> 1/100) a část (> 1/1000, < 1/10) nežádoucích účinků: nevolnost, neobvyklá plachost, podrážděnost, neklid, horečka > 38 °C, lokální otok v místě vpichu (< 50 mm), úmrtí, závrtež, zvracení, nervozita, průjem, zvracení, horečka > 39 °C, reakce v místě vpichu, včetně indurace, lokální otok v místě vpichu (> 50 mm). U dětí očkováných v rámci základní imunizace vakcínou obsahující acelulární pertusovou složku je po předchozím pravidelném sledování výskyt otoků ve srovnání s dalšími očkováními očkovacími vakcínami. Tyto reakce odezní průměrně za 4 dny. Vakcína Infanrix hexa byla ve studiích základního očkování podávána nejméně 1000 předčasně narozeným dětem (narozeným po 24 až 36 týdnech těhotenství) a více než 2000 předčasně narozeným dětem jako předočkování ve druhém roce života. Ve zmíněných klinických studiích byl pozorován podobný výskyt příznaků u předčasně narozených i dospělých dětí. **Inkompatibilita:** Infanrix hexa nesmí být mísen s žádnými dalšími léčivými přípravky. **Doba použitelnosti:** 3 roky. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C). Chrňte před mrazem. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. Po rekonstituci se doporučuje použít vakcínu ihned. **Držitel rozhodnutí o registraci:** GlaxoSmithKline Biologics s. a. r. 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:** 28. 10. 2000/31.8. 2010. **Datum revize textu:** 15.9. 2016. Lék je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek aplikuje lékař intramuskulární injekcí. Před předáním léku se prosím seznáme s úplnou informací o přípravku, kterou najdete v Souhrnu údajů o přípravku na www.gsk.com nebo se obraťte na společnost GlaxoSmithKline, s. r. o., Hvězdova 1734/2c, 140 00 Praha 4, e-mail: cz.info@gsk.com, www.gsk.cz. Předání nežádoucích účinků prosím hláste také na cz.safety@gsk.com. Verze SPC platná ke dni 2. 1. 2017.

Reference: SPC Infanrix hexaTM, vyhláška 537/2006 Sb.

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/INH/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
lékařů 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 rozhodnou nekojit. Matkám by také měly být vysvětleny zdravotní, sociální a ekonomické důsledky takového kroku. Matkám by mělo být zdůrazněno, že mateřské mléko je pro dítě tou nejlepší výživou. Pokud se přijme rozhodnutí použít kojeneckou výživu, tak je nezbytné, aby matky použily 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. Szajeska 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, Torro R. Pulso ediciones 1998; 6. Mozin MJ. Post marketing survey 1998; 7. Indro F. et al. Eur J Clin Invest 2011.