

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

# VOX

## PEDIATRIAE

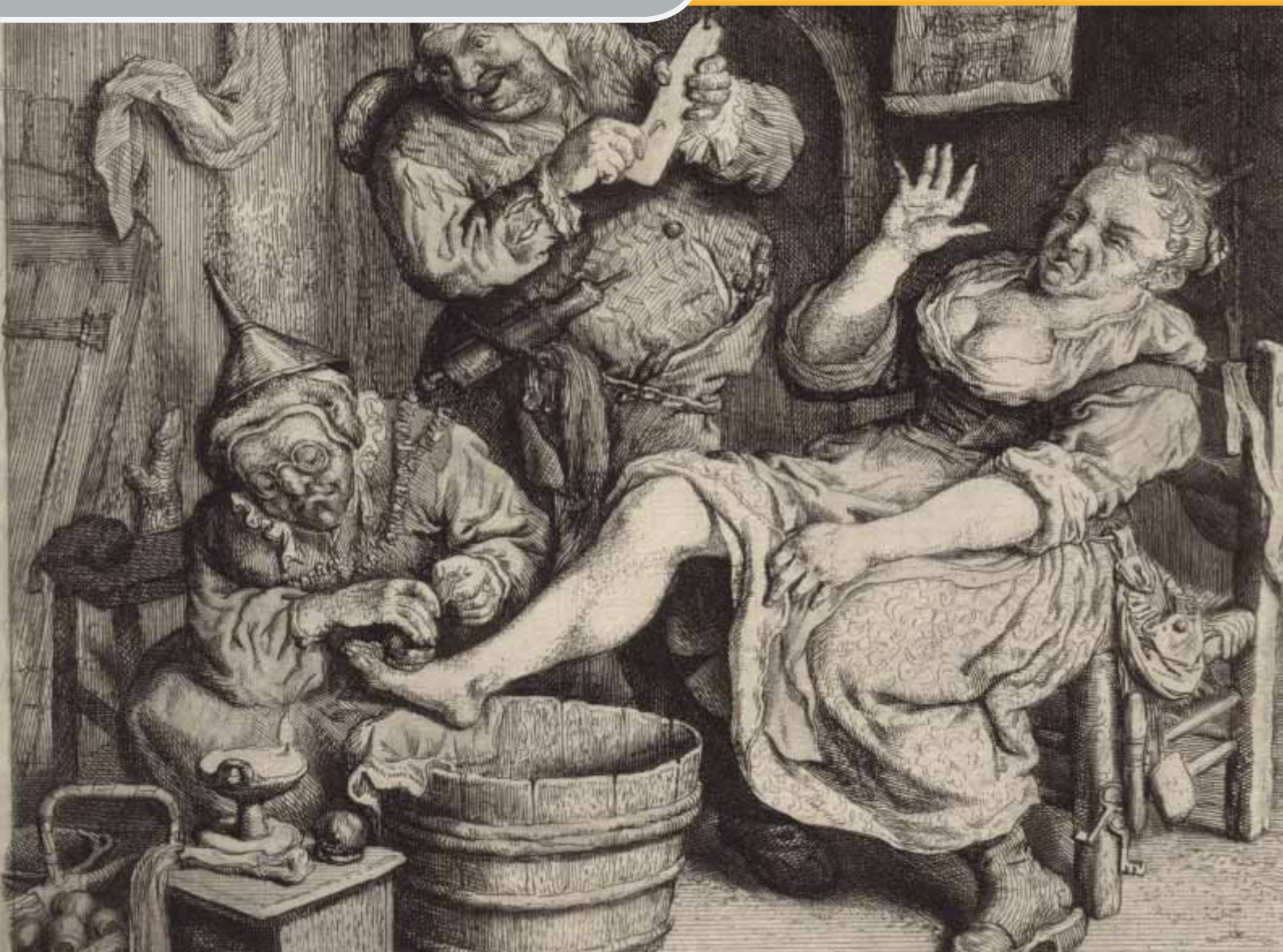
červen 2017  
číslo 6 • ročník 17



OSPDL ČLS JEP

téma čísla

## Plísňová a virová kožní onemocnění



- Usnesení regionálních konferencí
- Usnesení Sněmu
- Papilomatózní kožní virové choroby
- Praktické rady k diagnostice a terapii kožních virových a mykotických infekcí
- Těhotné ženy a děti ve vysokých nadmořských výškách
- Diagnostická úskalí PFAPA syndromu
- Spalničky – historie a současnost



Pracujeme pro zdravější svět™

**NUTRICIA**  
BABY NUTRITION



do more  
feel better  
live longer





# Prevenar 13

Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13valentní, adsorbovaná)

## POTVRZENÁ ÚČINNOST V REÁLNÉ PRAXI<sup>1</sup>

**Prevenar 13**  
je jediná pneumokoková  
konjugovaná vakcína,  
která obsahuje  
důležité sérotypy  
3, 6A a 19A.<sup>1,2</sup>



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

**Zkrácená informace o přípravku. Prevenar 13 injekční suspenze.** Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13valentní, adsorbovaná).

**Stážení – léčivá látka:** Jedna dávka (0,5 ml) obsahuje: *Pneumococcus polysaccharidum* sérotypy 1<sup>3</sup> (2,2 µg), 3<sup>3</sup> (2,2 µg), 4<sup>3</sup> (2,2 µg), 5<sup>3</sup> (2,2 µg), 6A<sup>3</sup> (2,2 µg), 8B<sup>3</sup> (4,4 µg), 7F<sup>3</sup> (2,2 µg), 9V<sup>3</sup> (2,2 µg), 14<sup>3</sup> (2,2 µg), 18C<sup>3</sup> (2,2 µg), 19A<sup>3</sup> (2,2 µg), 19F<sup>3</sup> (2,2 µg), 23F<sup>3</sup> (2,2 µg). "Konjugován s nosným proteinem CRM<sub>197</sub> a adsorbován na fosforylovaný hliník (0,125 mg hliníku); a další pomocné látky. **Indikace:** Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění, pneumonie a akutní otitis media, vyvolaných *Streptococcus pneumoniae* u kojenců, dětí a dospělých ve věku od 6 týdnů do 17 let. Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění a pneumonie způsobených *Streptococcus pneumoniae* u dospělých > 18 let a starších pacientů. **Dávkování:** Kojenci a děti ve věku 6 týdnů – 5 let. Doporučuje se, aby kojenci, kteří dostali první dávku přípravku Prevenar 13, dokončili očkování přípravkem Prevenar 13. Kojenci ve věku 6 týdnů – 6 měsíců a předčasně narození děti. Tři dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc mezi dávkami. První dávka se podává ve věku 2 měsíců, následně může být podána ve věku 6 týdnů. Čtvrtá dávka se doporučuje podat ve věku 11 až 15 měsíců. U kojenců ve věku 6 týdnů – 6 měsíců může být alternativně podána také třetí dávka po 0,5 ml. První dávka může být podána od věku 2 měsíců, druhá dávka z 2 měsíce po ní. Třetí dávka se doporučuje podat ve věku 11 až 15 měsíců. **Děti neochráněné kojení a děti ve věku > 2 měsíce:** Kojenci ve věku 7–11 měsíců: Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc mezi nimi. Třetí dávka se doporučuje podat ve druhém roce života. **Děti ve věku 12–23 měsíců:** Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 2 měsíce mezi nimi. **Děti a dospělí ve věku 2–17 let:** Jedna samostatná dávka 0,5 ml. **Kojenci a děti, u nichž byla očkována přípravnkem Prevenar:** Kojenci a děti, u nichž bylo očkování zahájeno přípravkem Prevenar, mohou být převedeni na přípravek Prevenar 13 v kterémkoli stadiu očkování. Měli být (12–55 měsíců) kompletně imunizováni přípravkem Prevenar by měli dostat jednu dávku 0,5 ml přípravku Prevenar 13, nejméně 6 týdnů po poslední dávce přípravku Prevenar. Děti a dospělí ve věku 5–17 let mohou dostat 1 dávku přípravku Prevenar 13, pokud byly očkovány jednou nebo více dávkami přípravku Prevenar, nejméně 6 týdnů po poslední dávce přípravku Prevenar. Dospělí > 18 let a starší pacienti: Jedna samostatná dávka. Potřeba revakcinace následnou dávkou přípravku Prevenar 13 nebyla stanovena. Bez ohledu na stav předchozí pneumokokové vakcinace, pokud je použit 23valentní pneumokokový polysacharidový vakcínový prostředek, Prevenar 13 by měl být podán jako první. **Společná podávání:** Jedincům s chorobami predisponujícími k invazivnímu pneumokokovému onemocnění (například se srpkovitou anémií nebo HIV infekcí) včetně jedinců dříve očkováných jednou nebo více dávkami 23valentní pneumokokové polysacharidové vakcíny může být podána nejméně jedna dávka přípravku Prevenar 13. U jedinců se transplantací hematopoetických kmenových buněk (HSCT) se doporučuje imunizační schéma skládající se z čtyř dávek přípravku Prevenar 13 po 0,5 ml. **Zvláštní podání:** Vakcína se má podávat formou intramuskulární injekce. Předchozím místem podání je anterolaterální část stehna u kojenců, nebo deltový sval horní části paže u dětí a dospělých. **Kontraindikace:** Přecitlivlost na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku nebo na diuretický buro. Podání jako u jiných vakcín i aplikace přípravku Prevenar 13 má být odložena u jedinců trpících akutním závažným alergickým onemocněním. Přítomnost mírné infekce jako je nachlazení, by neměla být příčinou oddálení očkování. **Zvláštní upozornění:** Prevenar 13 nesmí být aplikován intravenózně. Nemá být podán jako intramuskulární injekce kojencům nebo dětem s trombocytopenií nebo s jinými poruchami koagulační, které jsou kontraindikací pro intramuskulární aplikaci, ale může být podána subkutánně v případě, že přítomnost jiného jasně převládá nad rizikem podání. Prevenar 13 chraňuje pouze proti těm sérotypům *Streptococcus pneumoniae*, které vakcína obsahuje a nechrání proti jiným mikroorganizmům, které způsobují invazivní onemocnění, pneumonie nebo záněty středního ucha. Podobně jako jiné vakcíny nemůže ani Prevenar 13 ochránit všechny očkované jedince před pneumokokovým onemocněním. **Interakce:** Kojenci a děti ve věku 6 týdnů až 5 let: Prevenar 13 může být podán současně s vakcínou z následujících kombinací nebo kombinovaných vakcín: vakcínou proti diftérii, proti tetanu, acelulární nebo celobuněčnou vakcínou proti pertusis, vakcínou proti *Haemophilus influenzae* typu b, inaktivovaná vakcína proti poliomylitidě, proti hepatitidě B, proti meningokokům skupiny C, proti spalničkám, příušnicím, zarděnkám, proti planým neštovicím a vakcínou proti mrtvým. Mezi 12–23 měsíci může být také podán současně s konjugovanou polysacharidovou vakcínou proti meningokokům skupiny A, C, W a Y, a hi dítom, které byly adekvátně primárně očkovány přípravkem Prevenar 13. **Děti a dospělí ve věku 6–17 let a dospělí ve věku 18–49 let:** V současně době nejsou k dispozici žádné údaje týkající se současného podání s jinými vakcínami. Dospělí ve věku 50 let a starší: Přípravek Prevenar 13 může být podán současně s sérií 13valentní inaktivované chřipkové vakcíny (IV) i se sezónní kvadrivalentní inaktivovanou chřipkovou vakcínou (QIV). Různé injekční vakcíny musí být vždy podány každá do svého místa očkování. **Váhažení a kojení:** Neexistují údaje o použití pneumokokové 13valentní konjugované vakcíny u těhotných žen. Přípravek by proto neměl být podáván během těhotenství. Není známo, zda je pneumokoková 13valentní konjugovaná vakcína vyhovující du mateřského mléka. **Nežádoucí účinky:** Mezi nejčastěji hlášené nežádoucí účinky u dětí 6 týdnů až 5 let patřily reakce v místě očkování, horečka, podrážděnost, nechutenství, zvýšená spavost a/nebo nespavost, u dětí a dospělých ve věku 6–17 let nechutenství, podrážděnost, reakce v místě očkování, somnolence, neklidný spánek. V případě současného podání přípravku Prevenar 13 přípravku Infratekova byla pozorována zvýšená četnost hlášení křečí (s horečkou nebo bez ní) a hypotonické-hyporegionních epizod (HPE). U dospělých soub byly velmi časté: snížení chuti k jídlu, bolest hlavy, vyrážka, artralgie, myalgie, zvracení, únav, zarudnutí, reakce v místě očkování, omezená pohyblivost paže. U osob ve věku 18–49 let nebo s HIV infekcí nebo po HSCT příjem a zvracení, u osob 18–29 let nebo s HIV infekcí nebo po HSCT pyrexie. **Předpokládání:** Předpokládání přípravkem Prevenar 13 není pravděpodobné vzhledem ke způsobu balení v předpřipravené injekční stříkačce. **Uchovávání:** Uchovává se v chladničce (2–8 °C). Chraňte před mrazem. Přípravek Prevenar 13 je stabilní při teplotách do 25 °C po dobu 4 dnů. Na konci této doby má být přípravek použit nebo zlikvidován. **Balení:** 0,5 ml injekční suspenze v předpřipravené injekční stříkačce s plovákovou zátkou a ochranným krytem hroty. s injekční jehlou nebo bez ní. **Jedna u adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer Ltd., Ramsgate Road, Sandwich, Kent, CT13 9NJ, Velká Británie. **Registrační číslo:** EU/1/09/590/001-6. **Datum poslední revize textu:** 23.2.2017. Výše léčivého přípravku je viditelná na lékařské předpis. Přípravek Prevenar 13 je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění pro osoby aplikující podrobně dané zkrácením č. 48/1997 Sb. v aktualizovaném znění. Před předepsáním se prosím seznámejte s úplnou informací o přípravku.

Reference: 1. SPC Prevenar 13, 2. SPC Synflorix

PFV 2017/01/05A

Pfizer PFE, spol. s r.o., Stroupežnického 17, 150 00 Praha 5  
telefon: 283 004 111, fax: 251 510 270, www.pfizer.cz

Pfizer

Pro účely společnosti pro zdravotní vědy

|                                                                                     |                                                                                      |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----|
|    | <b>Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období</b>                                     | 5  |
|                                                                                     | <b>Informace SPLDD</b>                                                               | 6  |
|                                                                                     | <b>Usnesení regionálních konferencí</b>                                              | 10 |
|                                                                                     | <b>Usnesení Sněmu</b>                                                                | 11 |
|                                                                                     | <b>Právní rubrika</b>                                                                | 13 |
|    | <b>Informace OSPDL ČLS JEP</b>                                                       | 14 |
|                                                                                     | MUDr. Pavel Konrád                                                                   | 15 |
|                                                                                     | <b>Papilomatózní kožní virové choroby</b>                                            | 15 |
|                                                                                     | MUDr. Jan Hugo                                                                       | 20 |
|                                                                                     | <b>Praktické rady k diagnostice a terapii kožních virových a mykotických infekcí</b> | 20 |
|                                                                                     | MUDr. Kristina Höschlová                                                             | 22 |
|                                                                                     | <b>Těhotné ženy a děti ve vysokých nadmořských výškách</b>                           | 22 |
|                                                                                     | MUDr. Šárka Fingerhutová                                                             | 24 |
|                                                                                     | <b>Diagnostická úskalí PFAPA syndromu</b>                                            | 24 |
|                                                                                     | MUDr. Parvine Gricová                                                                | 29 |
|                                                                                     | <b>Spalničky – historie a současnost</b>                                             | 29 |
|                                                                                     | MUDr. Zuzana Vančíková, CSc.                                                         | 36 |
|                                                                                     | <b>Racionální léčba nejčastějších respiračních nemocí u dětí – část 4.</b>           | 36 |
|                                                                                     | 11. kongres primární péče                                                            | 38 |
|                                                                                     | <b>S praktickými lékaři o bolestech těla i duše</b>                                  | 38 |
|                                                                                     | <b>V boji s pertusí jde především o důslednost</b>                                   | 40 |
|                                                                                     | <b>Ze světa odborné literatury</b>                                                   | 42 |
|                                                                                     | <b>Aktuality</b>                                                                     | 43 |
|                                                                                     | <b>Řádková inzerce</b>                                                               | 45 |
|                                                                                     | <b>Autodidaktický test, Enuréza</b>                                                  | 46 |
|  | <b>Nestlé Nutrition – Akutní stavy v pediatrii</b>                                   | -  |



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

**GSK**  
**HIPP**  
**KONRÁD**  
**NESTLÉ**  
**PFIZER**

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

**VOX**  
**PEDIATRIAE**

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

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

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

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

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

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

Jazykové korektury: Bohumila Weilová  
Grafické zpracování: Michal Semerák

**Úřední hodiny SPLDD ČR**

**Pondělí** 10<sup>00</sup> – 15<sup>00</sup> hod.  
**Úterý** 10<sup>00</sup> – 15<sup>00</sup> hod.  
**Středa** 10<sup>00</sup> – 15<sup>00</sup> hod.  
**Čtvrtek** 10<sup>00</sup> – 15<sup>00</sup> hod.  
**Pátek** 10<sup>00</sup> – 13<sup>00</sup> hod.

**Sekretariát:**  
U Hranic 16, 100 00 Praha 10

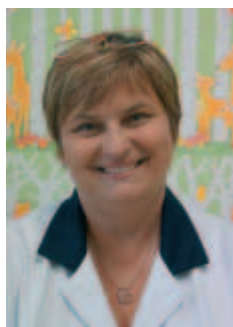
telefon: 267 184 065  
fax: 267 184 050

Redakce VOX:  
telefon: 267 184 065  
e-mail: [centrum@detskylekar.cz](mailto:centrum@detskylekar.cz)

Titulní strana: Cornelis Dusart – Sazení baněk (Oblastní galerie Liberec)

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





Milí kolegové,  
začínám se bát. Hrne se na nás elektronizace.  
Mám velké obavy, jak bude vypadat síť ordinací PLDD v ČR po 1. lednu 2018.  
Mám velké obavy, jak budou pracovat ti, kteří se na vše řádně připraví a budou se snažit ordinovat při splnění všech nových povinností.  
Mám velké obavy, jak budou hledat svého nového registrujícího PLDD rodiče dětí, jejichž dosavadní PLDD hodlají svou praxi ukončit.  
Co mne k těmto obavám vede?  
Není to skutečnost, že zanikl obor PLDD a byl slovy ministra a jiných zodpovědných osob sloučen s oborem DL do jednoho nového oboru pediatrie. Dopady tohoto kroku se projeví daleko později. Možná už budu na zasloužilém odpočinku a díky známostem v řadách PLDD si péči o vnoučata jistě zajistím. Ti, co takové štěstí mít nebudou, snad najdou praktického lékaře dostatečně vzdělaného

i v pediatrii, protože není vyloučeno, že po vzoru některých okolních zemí může být primární péče o děti a dorost zajišťována i nepediatry (GP či FD).

Děsí mne jiná skutečnost. Valí se na nás povinnost zavést elektronickou preskripci léčivých prostředků. Od 1. 1. 2018 budeme mít jen jednu možnost, jak vystavit recept na léčivé prostředky. Bude přípustná pouze elektronická forma receptu. Zástupci Ministerstva zdravotnictví odkazují na příslušný zákon o léčivech a s ním související předpisy, ze kterých vyplývají delikt a přestupek, kterých se lékař dopustí, pokud tak neučiní. Sdělili nám i možnou výši pokuty za tyto delikty a přestupky (je možno uložit pokutu až do výše 2 000 000 Kč). Pozitivní je, že Ministerstvo zdravotnictví vydá prováděcí právní předpis, který stanoví, kdy je vystavení receptu v listinné podobě přípustné. Ale nejásejme, protože se bude jednat o výjimečné případy, kdy z objektivních důvodů nelze vystavit recept elektronicky. Neděsí mne příliš to, že nebudu umět recept vystavit, již nyní vedu celou dokumentaci na počítači. Děsí mě však ta závislost na fungujícím programu, připojení na internet, fungující tiskárně, zvyšování se nákladů spojených s pořízováním a údržbou potřebných věcí, nemožnost vzít si na zástup kolegyni důchodkyni, která sice má stále specializovanou způsobilost v oboru PLDD, ale s největší pravděpodobností nebude mít ten elektronický podpis a odpovídající certifikát pro SÚKL atd. Jsem nervózní již dnes, pokud mi špatně tiskne tiskárna, a nedovedu si představit, co se bude dít, když selže možnost vytisknout elektronický recept a ty moje objektivní důvody nebudou odpovídat ministerským objektivním důvodům. Kam a na koho se bude obracet nevěle pacientů v čekárně?

Už jen třeshničkou na dortu, na který je zaděláno, je povinnost EET od 1. 3. 2018. Ta mne již tak příliš neděsí. Nebojím se evidence hotovostních tržeb, byť si nemyslím, že právě poskytovatelé zdravotních služeb typu PLDD by případně jednali podvodně. Právě naopak, není úplně výjimkou, že někdy nevyberou PLDD za poskytnutou službu (termín péče byl legislativně vypuštěn) nic. Velké sociální citění jim v tom brání (alespoň takto nejčastěji kolegové argumentují). Hotovostních tržeb není zase tak mnoho, dají se předem naplánovat a některé nahradit i jinou formou (neviduje se převod z účtu na účet, vklad na účet, složenka...). Pokud selže příslušné technické zázemí, lze z online režimu přejít na offline režim. Naučíme se posílat datovou zprávu, obdržet FIK kód, vystavíme účtenku, eventuálně použijeme podpisový kód. Vyřídíme si příslušný certifikát, zakoupíme příslušné vybavení. Neopomeneme si zaregistrovat všechna pracoviště, ve kterých činnost vykonáváme (tedy i další ordinace a poradny, pokud tam dojíždíme a evidujeme hotovostní tržby). Vyvěsíme si informační oznámení atd. Neobávám se, že to lékař nezvládne, vždyť to již nyní zvládli jiní. Nedomnívám se, že někdo z PLDD ukončí svou činnost poskytovatele zdravotních služeb kvůli EET, když před tím zvládnal e-recept.

Čeho se však obávám, je další skutečnost, vyplývající ze směrnice EU GDPR o zajištění ochrany dat (osobních a citlivých údajů), se kterými v ordinaci pracuji. Snad mé obavy rozptýlí právníci, kteří pracují na tom, aby nejen mně, ale nám všem vysvětlili dopad této směrnice do našich ordinací, a to zejména s ohledem na předpokládaný rozvoj IT a elektronizaci zdravotnictví.

Tyto nejen mé obavy nás vedly k tomu, že jsme se rozhodli připravit cyklus seminářů o elektronické komunikaci, zaměřený především na e-recept a EET. Semináře se budou konat na 10 místech v ČR v měsících září až říjen. Připravujeme tyto semináře také ve spolupráci se SÚKL, který se celou agendou e-receptu zabývá. Podrobné informace o konání seminářů a jejich náplni se včas dozvíte. Tímto krokem se budeme snažit napomoci našim členům zvládnout tyto povinnosti a rozptýlit případně i vaše obavy. Můžeme čekat na zrušení povinností, které na nás zákonodárci uvalili, ale zajištění péče o naše malé pacienty nám nedovoluje se na tento „zárak“ spolehnout.

Co mě k výše uvedeným obavám vede ještě?

Jsou to rozhovory s některými z vás, ve kterých mi sdělujete, že takovéto další povinnosti již na sebe nakládat nenecháte a hodláte svou činnost ukončit. Chápu vás. Věřte, že jsou chvíle, kdy si i já říkám, že odejít je také řešení. Ale mám svou medicínskou práci ráda. Stejně tak jako většina z vás.

Přeji vám krásné léto a klid na přemýšlení

Ilona Hülleová



## Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

**MUDr. Ilona Hülleová**  
předsedkyně SPLDD ČR

Během měsíce dubna proběhly další regionální konference, z nichž poslední se konala v západočeském regionu v Plzni. Jednotlivá usnesení regionálních konferencí zveřejňujeme v našem časopise. Je z nich patrné, že mnoho problémů je společných a trápí PLDD napříč republikou. Jedná se zejména o zajištění generační výměny v našich ordinacích a nesouhlas se zrušením oboru PLDD, negativní stanovisko členů k nové povinnosti vyplňovat ekonomické výkazy pro ÚZIS, projednávalo se odpovídající navýšení úhrad pro segment PLDD v roce 2018, množí se problémy s vystavováním omluvek a posudků pro školy, řešil se výpadek vakcín atd. Výstupy regionálních konferencí se zabýval následně celostátní Sněm SPLDD ČR, na kterém se tradičně scházejí zástupci jednotlivých okresů. Letošní Sněm se konal ve dnech 19.–21. 5. 2017 na jižní Moravě nedaleko Blanska. Pozornost jsme zaměřili zejména na povinnost zavést v našich ordinacích elektronický recept od 1. 1. 2018 a EET od 1. 3. 2018. V časopisu VOX jsme zveřejnili negativní stanovisko naše i celé Koalice soukromých lékařů k zavedení e-receptu jako jediné možnosti předepsání léčivého prostředku pacientovi. Nicméně na jeho zavedení od 1. 1. 2018 se nic nemění a lékařům hrozí vysoké sankce, pokud tuto povinnost nesplní. Zástupci z jednotlivých okresů měli možnost vyslechnout prezentaci zástupce CompuGroup Medical, neboť počítačové programy této firmy používá převážná část PLDD. Jako další jsme vyslechli prezentaci ředitele Odboru informačních technologií SÚKL Ing. Kouckého. Z následné diskuse jednoznačně vyplynulo, že značná část PLDD není připravena tyto nové povinnosti zajistit. Stejně tak jsme vnímali i skutečnost, že není v tuto chvíli dostatečně připraven ani systém k zabezpečení této povinnosti a dozná ještě určitých změn. Zástupci jednotlivých okresů dostali úkol zmapovat situaci v jednotlivých okresech formou dotazníku, se kterým budete v nejbližších dnech seznámeni. V souvislosti s tím, co nás čeká, připravuje Sdružení v září a říjnu cyklus seminářů, který se bude věnovat **ELEKTRONICKÉ KOMUNIKACI**. Podrobnější informaci k jednotlivým odpoledním seminářům obdržíte následně.

V měsíci květnu také probíhala jednání o úhradové vyhlášce pro rok 2018. Je velmi pravděpodobné, že k dohodě nedojde, neboť preference úhrad pro lůžkový segment brání adekvátnímu navýšení pro segment praktických lékařů. Na výsledek si budeme muset ještě počkat.

V neposlední řadě jsme koncem května spustili pro členy online vzdělávání na [www.detskylekar.cz](http://www.detskylekar.cz). Připravujeme i další e-learningové kurzy s testy akreditované SPLDD. Úspěšným vyřešením testu získáte kredity postgraduálního vzdělávání, které vám budou započteny k získání Certifikátu celoživotního vzdělávání. První kurs se věnuje zdravotnické dokumentaci a patří do kapitoly vzdělávání, kterou jsme nazvali **Právní minimum v ordinaci PLDD**. Vychází z proběhlých sobotních seminářů, které se jmenují **Managementy lékařské praxe PLDD**. Další lekce budou následovat.

**19. 4. 2017** proběhlo jednání Koalice soukromých lékařů (KSL), na pořadu jednání byly především úhrady pro ambulantní segment v roce 2018. KSL shodně vyslovila nesouhlas s návrhem zdravotních pojišťoven hradit laboratorní služby formou nákupu. Poskytovatel zdravotní péče by tak sám, z prostředků poskytnutých zdravotními pojišťovnami, proplácel objednaná laboratorní vyšetření. Dále KSL vydala odmítavé stanovisko k e-receptům (KSL odmítá zavedení povinnosti předepisovat léky jen elektronicky), které bylo zasláno poslancům, senátorům, ministru zdravotnictví, náměstkům

ministra zdravotnictví, SÚKL a médiím. Odezva byla minimální. Kompletní zápis z jednání najdete v časopise a na webu Sdružení.

**21.–22. 4. 2017** se konala konference východočeského regionu SPLDD ČR.

**29. 4. 2017** se konala konference západočeského regionu SPLDD ČR.

**17. 5. 2017** se uskutečnilo společné jednání výboru SPLDD a výboru OSPDL, na programu byly otázky další spolupráce obou organizací. Jednání bude pokračovat další společnou schůzkou.

**19.–21. 5. 2017** se na svém tradičním celorepublikovém Sněmu SPLDD sešlo asi 90 zástupců členů naší organizace, tentokrát v překrásném prostředí v Českovicích, neboť pořadatelem byl Jihomoravský region. Tématem byly nejen výstupy z regionálních konferencí, problematika zdravotních pojišťoven, škol, ale především téma elektronizace zdravotnictví (povinné zavedení e-receptu, EET). Sněm přijal usnesení a odsouhlasil výzvu Sněmu SPLDD ČR k členským organizacím KSL, oba materiály najdete na dalších stránkách časopisu.



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

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost České republiky



Na webových stránkách naleznete v elektronické podobě nejen **aktuální VOX PEDIATRIAE**, ale v **archivu** i **všechna** dosud **vydaná čísla**.



## Informace SPLDD

### ■ Zápis z jednání Koalice soukromých lékařů 19. 4. 2017

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

#### 1. Hodnocení jednání s ministrem zdravotnictví

- Zástupci KSL zhodnotili průběh setkání s ministrem zdravotnictví dne 23. 3. 2017 a shodně konstatovali, že jednání nepřineslo žádný výsledek. Dr. Philipp, náměstek pro zdravotní pojištění, nabídl na jednání s ministrem poskytnout KSL aktuální data pro jednání o úhradách zdravotní péče v roce 2018. Dr. Hülleová jej osloví a nabídku mu připomene.
- Podle informace dr. Chrze, který s dr. Philippem jednal, závisí financování ambulantní péče na dohodě poskytovatelů se zdravotními pojišťovnami.
- Po termínu jednání s ministrem zdravotnictví zasedala Rada SAS a přijala stanovisko k návrhům, které na DŘ přednesli zástupci zdravotních pojišťoven. Dr. Jojko postoupil stanovisko všem zástupcům KSL.

#### 2. DŘ na rok 2018

- Zástupci Koalice se vzájemně informovali o průběhu dohodovacího řízení o cenách zdravotní péče na rok 2018.
- KSL shodně vyslovila nesouhlas s návrhem zdravotních pojišťoven hradit laboratorní služby formou nákupu. Poskytovatel zdravotní péče by tak sám, z prostředků poskytnutých zdravotními pojišťovnami, proplácel objednaná laboratorní vyšetření.

#### 3. Ochrana osobních údajů pacientů

- Od května příštího roku bude ochranu osobních údajů upravovat nařízení Evropského parlamentu a Rady EU o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů. ČSK připravuje informaci pro zubní lékaře, kterou poskytne ostatním zástupcům KSL.

#### 4. Stanovisko KSL k eReceptu

- KSL souhlasí s textem stanoviska navrženým dr. Jojkem (materiál ještě projedná

20. 4. výbor SPL). Po schválení všemi zástupci Koalice bude stanovisko zasláno poslancům, senátorům, ministru zdravotnictví, náměstkům ministra zdravotnictví, SÚKL a médiím (*stanovisko KSL k eReceptu bylo rozesláno 21. 4., viz přílohu*)

#### 5. Různé

- ÚZIS rozesílá poskytovatelům zdravotní péče e-maily s žádostí o vyplnění výkazů pro NZIS. Pokud poskytovatel e-mail neobdrží, je povinen obrátit se sám na ÚZIS a své kontaktní údaje aktualizovat.
- Na základě jednání dr. Chrze s Mgr. Vojtěchem, poradcem ministra financí pro oblast zdravotnictví, zpracovala ČSK několik podnětů na zlepšení fungování stomatologické péče v následujícím volebním období a rozeslala je parlamentním politickým stranám. Odezva byla minimální a Mgr. Vojtěch na materiál vůbec nereagoval.
- Ve Zdravotnických novinách č. 15/2017 ze dne 10. 4. byl zveřejněn článek, který vychází z Otázek Václava Moravce, vysílaných ČT v neděli 2. 4. 2017. Ve vysílání zazněly výroky dr. Milana Kubka, prezidenta ČLK, které se týkaly stomatologie. Dr. Chrz na ně reagoval dopisem redakci Zdravotnických novin.

V Praze dne 26. 4. 2017

Zapsala: Mgr. Zina Sladkovská

### ■ Stanovisko Koalice soukromých lékařů (KSL)

**Koalice soukromých lékařů, která zastupuje skoro všechny segmenty ambulantní péče, zásadně odmítá zavedení povinnosti předepisovat léky jen elektronicky.**

**Žádáme, aby Poslanecká sněmovna tuto povinnost, která se do příslušného zákona dostala jako poslanecký pozměňovací návrh MUDr. Skalického bez řádné diskuse s odbornou veřejností, zrušila a aby problematika elektronizace zdravotnictví byla řešena systémově, tj. odborným jednáním pod gescí ministerstva zdravotnictví.**

**Žádáme, aby případné další legislativní návrhy týkající se elektronického zdravot-**

**nictví prošly řádnou a podrobnou odbornou diskusí a teprve potom legislativním procesem.**

#### Zdůvodnění:

Zavedení opatření s tak významným dopadem na několik desítek tisíc poskytovatelů zdravotní péče není možné provádět tak, jak se tomu stalo, tj. bez jakéhokoli projednání s odbornou veřejností, bez zvážení a prodiskutování všech dopadů a komplikací.

Odmítáme postup, kdy bylo bez jasného zhodnocení benefitů, nákladů, technického řešení a náročnosti apod. formou zákona nejprve určité opatření přijato, a to bez promyšlení a prodiskutování dalších návazností, přičemž výhrady byly odbyty konstatováním, že vzhledem k odložené účinnosti bude dosti času tyto „detaily“ dořešit následně. Tak závažnou otázku, jako je zavedení povinnosti předepisovat léky elektronicky, nelze odbyť dvěma odstavci zákona, jak se ukazuje, odložením účinnosti se situace (stav připravenosti systému) nijak nezměnila.

V době projednávání této povinnosti nebyl a dosud není vůbec zřejmý účel takového opatření (kromě povinného elektronického předpisu jako takového) ani očekávaný přínos. Zcela chybělo a chybí zakalkulování nákladů na straně poskytovatelů, a to jak finančních, tak např. časová náročnost atd., a to vše v době, kdy příjmy systému zdravotního pojištění jako celku stagnují a reálné příjmy ambulantních poskytovatelů ve většině klesají. Odmítáme takovéto zbrklé prodražování zdravotní péče v ČR.

**Po věcné stránce jsme si jisti, že povinnost předepisovat léky jen elektronicky nebude přínosem ani pro pacienty, ani pro lékaře (poskytovatele) a ani nebude znamenat ekonomický přínos pro systém veřejného zdravotního pojištění. Realitou bude pravý opak. Realitou bude místy až úplné zablokování průchodnosti ambulancí s významným prodloužením čekacích dob na vyšetření. Opatření zcela jistě nebude ekonomickým přínosem, ale samo o sobě zaviní zhoršení dostupnosti a zbytečné prodražování zdravotní péče pro pacienty.**



Za Koalici soukromých lékařů:

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

MUDr. Pavel Chrz, prezident České stomatologické komory

MUDr. Zorjan Jojko, předseda Sdružení ambulantních specialistů ČR

MUDr. Petr Šonka, předseda Sdružení praktických lékařů ČR

## **Dopis předsedům parlamentních stran**

Centrum primární péče

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

V Praze dne 2. 5. 2017

Vážený pane předsedo, obracíme se na Vás jako zástupci praktických lékařů pro děti a dorost v souvislosti s přijatou novelou zákona č. 95/2004 Sb., o uznávání odborné a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře. V přijaté novele se Parlament usnesl, že bude vyřazen specializační obor praktické lékařství pro děti a dorost a nahrazen spolu s dětským lékařstvím jedním oborem pediatrie.

Vzhledem k průběhu hlasování o pozměňovacím návrhu, kterým by byl zachován obor PLDD jako obor základní (pro zachování oboru PLDD se vyjádřilo 80 poslanců, proti 72, návrh neprošel o pouhých 6 hlasů) se domníváme, že stále existuje možnost, v rámci legislativního procesu, tento základní obor primární péče o děti v ČR zachovat.

Proto jsme přivítali aktivitu poslanců ODS, vedenou panem poslancem doc. Svobodou, místopředsedou Výboru pro zdravotnictví PSP ČR, který předložil návrh tzv. malé novely předmětného zákona. Ten by měl umožnit poslancům ev. znovu posoudit a rozhodnout o osudu tohoto, dle našeho názoru, klíčového oboru v postgraduálním vzdělávání mladých lékařů, majících zájem provozovat a převzít stávající praxe PLDD.

Plně se ztotožňujeme s argumenty uvedenými v důvodové zprávě předložené malé novely a doufáme, že i Váš poslanecký klub tyto argumenty vyhodnotí jako odůvodněné a zásadní pro zachování stávajícího systému primární péče o děti a dorost v ČR.

Vážený pane předsedo, věříme, že najdete ochotu i vůli zohlednit tuto skutečnost při sestavování programu nejbližší schůze Poslanecké sněmovny tak, aby mohla být tato, dle nás velmi významná, tzv. malá novela projednána ještě v tomto volebním období.

V úctě

MUDr. Alena Šebková,  
předsedkyně OSPDL ČLS JEP

MUDr. Ilona Hülleová,  
předsedkyně SPLDD ČR

## **Stanovisko MZ ČR k eReceptu**

Vážený pan MUDr. Zorjan Jojko,  
předseda Sdružení ambulantních specialistů

V Praze 2. května 2017

Č.j.: MZDR 17133/2017-4/FAR

Vážený pane předsedo, Ministerstvu zdravotnictví byla doručena Vaše žádost o stanovisko k povinnosti předepisování léčivých přípravků prostřednictvím elektronického receptu a případných sankcí pro lékaře, kteří tuto povinnost nesplní.

K Vašemu dotazu uvádím, že lékaři, kteří nebudou od 1. ledna 2018 používat elektronickou formu receptu ve smyslu zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o léčivech“), se mohou dopustit následujících deliktů:

1) Správní delikt „nesdělení identifikačního znaku pacientovi“ podle ustanovení § 103 odst. 9 písm. e) zákona o léčivech, za který je možno uložit pokutu až do výše 2 000 000 Kč. Jedná se o delikt za situace, kdy předepisující lékař nesdělí pacientovi identifikační znak, kterým je elektronický recept označen a na jehož základě má být pacientovi předepsaný léčivý přípravek v lékárně vydán, ačkoliv tak učinit musí, neboť mu je taková povinnost zákonem ukládána v rámci ustanovení § 80 odst. 2 zákona o léčivech.

2) Přestupek „předepisování léčivých přípravků v rozporu s § 80 odst. 1“ podle ustanovení § 108 odst. 2 písm. a) zákona o léčivech, za který je možno uložit pokutu až do výše 2 000 000 Kč. Jde o přestupkové jednání, kdy fyzická osoba zacházející s léčivými přípravky při předepisování léčivých přípravků

postupuje v rozporu s § 80 odst. 1 zákona o léčivech. Ustanovení § 80 odst. 1 přitom jasně uvádí, že lékař poskytující zdravotní služby předepisuje léčivé přípravky na lékařský předpis vystavený v elektronické podobě.

Dále si dovoluji doplnit, že Ministerstvo zdravotnictví vydá prováděcí právní předpis, který stanoví, kdy je vystavení lékařského předpisu v listinné podobě přípustné. Bude se jednat o výjimečné případy, kdy z objektivních důvodů není možné vystavit lékařský předpis v elektronické podobě.

S pozdravem

MUDr. Tom PHILIPP, Ph.D., MBA,  
náměstek pro zdravotní pojištění

## **Změny v souvislosti s elektronickou preskripcí**

Změna pro lékaře, lékárníky a pacienty od 1. ledna 2018

K datu 1. ledna 2018 nastává povinná elektronická preskripce – předepisování a vydávání léčiv výhradně na elektronický recept (eRecept).

## **Co tato změna přinese lékařům, lékárníkům a pacientům?**

### **LÉKAŘI**

- Lékaři, kteří používají lékařský nebo nemocniční informační systém, zaznamenají změnu v podstatě jen při zadání způsobu předání identifikátoru eReceptu. Nejčastěji budou mít na výběr mezi tiskem „Průvodky eReceptu“, odesláním identifikátoru e-mailem nebo na mobilní telefon (SMS).

Konkrétní nastavení a funkcionality závisí na dodavateli daného software (SW). SÚKL s jednotlivými dodavateli průběžně komunikuje a poskytuje jim podporu při vývoji funkcionalit eReceptu.

- V případě, že lékaři nevyužívají při předepisování žádný lékařský SW, mají v podstatě na výběr ze dvou variant:

- Pořídit si svůj vlastní lékařský SW. Spolu s ním je třeba také připojení k internetu.

- Využívat webovou nebo mobilní aplikaci pro předpis eReceptů. Tato aplikace je v současné době vyvíjena a bude k dispozici zdarma. Nicméně i v tomto případě je nutné mít přístup k internetu. Toto řešení je připravováno zejména pro minoritní skupiny lékařů, kteří pře-





depisují léčiva pouze pro svou potřebu nebo pro potřebu své rodiny apod. Tuto možnost však mohou využívat i ti lékaři, kteří si nechtějí pořizovat lékařský SW, případně jsou mimo svoji ordinaci a nemají aktuálně přístup ke „svému“ lékařskému SW.

- Všem lékařům bez výjimky přináší eRecept jednodušší a pro pacienty příjemnější způsob poskytování zdravotní péče v oblasti předepisování léčiv. Typicky v případě chronicky nemocných pacientů, kterým před pravidelnou návštěvou lékaře „dojde“ jeden z léků, odpadá nutnost návštěvy lékaře pouze pro převzetí receptu. Smluvená kontrola se tím neodkládá a pacient nemusí absolvovat návštěvu lékaře pouze pro převzetí receptu na léčiva.
- Všichni lékaři mohou zjistit, zda si pacient předepsaná léčiva skutečně vyzvedl či zda došlo k jejich změně při výdeji v lékárně (např. náhradou za jiný léčivý přípravek).
- Pokud pacient sdělí ošetřujícímu lékaři i identifikátory jemu vystavených eReceptů jinými lékaři, může se lékař např. jednoduše vyhnout duplicitnímu předepsání totožného léčivého přípravku, který již dříve pacientovi předepsal jiný lékař (kontrola a odstranění duplicit při předepisování). Stejně tak je možné předcházet nežádoucím lékovým interakcím.

## ■ eRecept v roce 2018

K datu 1. ledna 2018 vzniká povinnost předepisovat recepty pouze elektronicky.

Tato povinnost se týká všech předepisujících lékařů, tedy i minoritních skupin (laboratorní lékaři, hygienici, epidemiologové, nepracující důchodci, lékařky na mateřské dovolené...).

Z povinnosti elektronické preskripce nejsou vyjmuta žádná zdravotnická zařízení, ani pokud jde o jejich specializovanou činnost nebo velikost. Povinnost se týká i přímo řízených zdravotnických zařízení resortu Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva obrany, Ministerstva vnitra i Ministerstva spravedlnosti.

Povinnost elektronické preskripce (eReceptu) je dlouhodobě známa. Původně byla zamýšlena jako povinná k datu 1. ledna 2015. Změnou zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech, byl termín povinné elektronické preskripce posunut k datu 1. ledna 2018.

V souladu s § 81 tohoto zákona Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) zřizuje a provozuje datové úložiště pro sběr a zpracování elektronicky předepisovaných léčivých přípravků – Centrální úložiště elektronických receptů (CÚER). Dále SÚKL provozuje dle § 81a Registr léčivých přípravků s omezením (RLPO). Aby byla dodržena tato legislativní ustanovení, SÚKL v současné době vyvíjí nový informační systém eRecept. Tento nový systém, který nahradí současně používaný náhradní systém pro elektronickou preskripci, musí splňovat bezpečnostní i technologická kritéria (např. soulad s požadavky zákona o kybernetické bezpečnosti, soulad s požadavky na informační systémy veřejné správy), která budou odpovídat vysoké záležitosti, dostupnosti a požadavkům na bezpečnost od 1. ledna 2018, od kdy je aktuálně stanovena povinnost používat elektronické recepty pro všechny lékaře i lékárníky. Spolu s informačním systémem eRecept SÚKL inovuje jeho podpůrné systémy. Cílem těchto modernizací je maximální podpora stávajícím i budoucím uživatelům eReceptu. Aktuální informace o eReceptu SÚKL průběžně zveřejňuje na svých webových stránkách ([www.sukl.cz](http://www.sukl.cz)) v části „Důležité informace“.

Další informace na:

<http://www.sukl.cz/erecept-v-praxi>

## ■ ČPZP a předoperační vyšetření praktickým lékařem

Vyhláška č. 421/2016 Sb. (tzv. úhradová vyhláška pro rok 2017), kterou vydalo MZ, zavádí nově výkon 01185 předoperační vyšetření praktickým lékařem.

Dosud nebylo možno předoperační vyšetření nijak vykázat zdravotní pojišťovně a nebyla tak náležitě ohodnocena jeho náročnost. Ač je tento výkon ve vyhlášce na rok 2017 uveden, je u něj poznámka o jeho platnosti až od 1. 1. 2018. Výkon je ohodnocen 136 body, čas výkonu je 15 minut a má frekvenční omezení 1/1 den.

ČPZP po dohodě se SPL uzavírá smluvním dodatkem tento výkon zájemcům z řad všeobecných praktických lékařů již od letošního roku, tedy od 1. 1. 2017. Po jednání SPLDD s ČPZP bude možné tento výkon nasmlouvat i pro PLDD. Pokud si některý PLDD již podal žádost o nasmlouvání výkonu 01185 a byla mu v začátku roku zamítnuta, má nyní možnost podat žádost novou s tím, že bude platit od 1. 7. 2017.

Doporučujeme proto PLDD podat na ČPZP žádost o nasmlouvání výkonu 01185 předoperační vyšetření praktickým lékařem do přílohy č. 2. Ostatní zdravotní pojišťovny tento výkon v r. 2017 nenasmouávají.

## ■ Možnost individuálního nasmlouvání výkonu otoskopické vyšetření se Zdravotní pojišťovnou ministerstva vnitra

Vážená paní ředitelko,  
na společném jednání SPLDD + VZP + SZP 22. 3. 2017 jsme projednávali možnost nasmlouvání výkonu otoskopie pro odbornost 002 (PLDD) u Vaší zdr. pojišťovny. Původní kód výkonu 2240 byl změněn na 02250, a to z důvodu, že kód 02240 byl přidělen časnému zachytu poruch autistického spektra. Mohu Vás proto požádat o poskytnutí bližších informací k možnosti nasmlouvat s Vaší zdravotní pojišťovnou výkon 02250? V případě zájmu o nasmlouvání tohoto výkonu budete jistě požadovat doklad o technickém vybavení (otoskop). Vzhledem k tomu že většina PLDD má otoskopy nakoupené již před řadou let, asi bude problém dohledat dodací list. Lze v takovém případě k žádosti přiložit čestné prohlášení o vlastnictví požadovaného přístroje?

Mnohokrát Vám děkuji za odpověď.

MUDr. Ctirad Kozderka,  
místopředseda SPLDD ČR

Vážený pane doktore,  
na nasmlouvání otoskopického vyšetření v ordinaci PLDD se ZP MV ČR dohodla s předsedkyní SPLDD na jednání již před rokem a v příloze dohody s datem 14. 3. 2016 byl výkon s kódem 02240 zařazen do fakultativních výkonů odbornosti 002. Plánovalo se nasmlouvání s novými smlouvami účinnými od 1. 1. 2017. Paní předsedkyně nám také poskytla návrh registračního listu z roku 2014. Vzhledem k tomu, že zástupce Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP (OSPDL) souhlasil v pracovní skupině k Seznamu zdravotních výkonů (SZV) na MZ ČR s přidělením číselného kódu 02240 pro výkon časného zachytu autistického spektra v ordinaci PLDD, museli jsme požádat předsedkyni SPLDD o nový číselný kód pro dohodnuté otoskopické vyšetření. Návrh kódu 02250 naše pojišťovna akceptovala.

Návrh registračního listu výkonu pro otoskopické vyšetření vytvořila OSPDL. Čas výkonu je v jejich návrhu 10 min. Úhradu výkonu ne-





uvedeného v Seznamu zdravotních výkonů jsme ale v našem informačním systému nastavili podobně, jako bývá u „balíčkových“ kódů, tj. body včetně režie bez nastavení času výkonu, a takto byl výkon 02250 ohodnocen 120 body. Až (resp. jestliže) bude v budoucnu tento výkon zařazen do SZV, bude úhrada nastavena v souladu se SZV. Obecně platí, že doložení vlastnictví příslušného technického vybavení je u nasmlouvání tzv. přístrojových výkonů samozřejmostí. Domluva z minulosti o možnosti nahradit doložení vlastnictví přístroje čestným prohlášením se ovšem týkala těch případů, kdy přístroj byl nasmlouván a doložen před řadou let v minulých smlouvách. Umožnili jsme tím, že nebylo nezbytné dohledávat už archivované doklady. Ve výjimečných případech lze i nyní vlastnictví doložit čestným prohlášením, na druhou stranu u přístrojů pořízených před řadou let se nabízí úvaha, zda jsou stále funkční.

Vážený pane doktore, věřím, že moje odpověď na Vaše otázky je dostatečná.

S pozdravem  
PharmDr. Ivana Cimalová, MBA,  
ředitelka odboru zdravotnického,  
Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra  
České republiky

### ■ Praktičtí lékaři vyzývají ministerstvo zdravotnictví ke splnění slibu

Praktičtí lékaři vyzývají v memorandu Ministerstvo zdravotnictví, aby v rámci kapitační platby dorovnálo cenu jejich práce podle svého slibu a uvolnilo preskripci pro všeobecné praktické lékaře. Shodují se na tom v memorandu, které dnes společně schválili na Jarní interaktivní konferenci v Praze.

Konkrétně žádají náměstka pro zdravotní pojištění MUDr. Toma Philippa, Ph.D., MBA, aby splnil příslib o dorovnání kapacity (měsíční platby za každého registrovaného pacienta v ordinaci praktického lékaře) o 6 %.

Toto navýšení se podle Společnosti všeobecného lékařství (SVL) mělo rozdělit dle původních dohod do 2 etap, první, 3 %, mělo přijít v roce 2017, druhé o rok později. „Nyní se však dozvídáme, že peníze ministerstva půjdou do nemocnic na úhradu lůžkových zařízení. Ambulantnímu sektoru, navzdory dohodám, nezůstane takřka nic,“ říká doc. MUDr. Svatopluk Býma, předseda SVL ČLS JEP. Zdůrazňuje, že praktici nechtějí peníze navíc, ale žádají o dorovnání dluhu, protože se o 10 % zvedla cena lékařské práce, což nebylo zohledněno v kapitaci.

K sestavení memoranda se praktici rozhodli po nedávné schůzce Ministerstva zdravotnictví a Koalice soukromých lékařů. „Odvolali jsme loňské protestní akce právě kvůli slibu ministerstva o dorovnání plateb. Přijali jsme jej jako vstřícný krok společně s přísliby uvolnění nesmyslných preskripčních omezení a rozšíření kompetencí všeobecných praktiků,“ připomíná doc. Býma.

V současné době probíhá dohodovací řízení o úhradách zdravotní péče pro rok 2018. „V roce rekordního nárůstu finančních prostředků pro zdravotnictví považujeme dorovnání dluhu a splnění slibů za absolutní minimum toho, co může ministerstvo udělat pro primární péči,“ dodává za SPL ČR MUDr. Petr Šonka.

Memorandum bude jedním z velkých témat Jarní interaktivní konference, která začíná dnes v Praze ve Slovanském domě a již se účastní přes 1 000 praktických lékařů z celé republiky.

*Zdroj: SVL ČLS JEP, 2. 5. 2017*

### ■ E-learningové vzdělávací kursy

Vážení kolegové, mezi základní činnosti Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost České republiky, z.s. (SPLDD ČR), patří dle stanov SPLDD ČR organizace celoživotního vzdělávání členů dle vzdělávacího řádu a také možnost organizovat vzdělávací akce pro zdravotní sestry pracující v ordinacích PLDD. Doposud jsme pravidelně pořádali vzdělávací akce, z nichž mezi ty nejznámější patří regionální

konference SPLDD, Kongres primární péče, Managementy lékařské praxe PLDD, cykly Komunikace. Nelze opomenout také okresní semináře SPLDD a v poledních letech se rozvíjející Konference od A do Z či Mezioborovou konferenci (tzv. MOK). Naší snahou je volit aktuální témata ve vzdělávání, zahrnující jak novinky v dané odborné problematice, tak ale zejména aktuální profesní problematiku určenou speciálně pro PLDD. Snažíme se tak přispět k prohloubení a zvyšování odborných znalostí, k získání nových dovedností a kompetencí PLDD. Pravidelně se věnujeme legislativě, komunikaci se zdravotními pojišťovnami, s krajskými úřady, se SÚKL, s OSSZ, s OSPOD, problematice vakcinace, komunikaci atd. Těší nás váš zájem o tyto akce, byť jsme si vědomi, že z některých seminářů odchází řada z vás ne vždy s pozitivními pocity. Negativní náladu v nás všech vyvolávají zejména rostoucí administrativa a nové povinnosti, kladené na nás některými státními institucemi a vyplývající ze stále se měnící legislativy.

**Nově jsme se rozhodli připojit se k moderním trendům ve vzdělávání a umožnit našim členům také e-learningové kursy s testy. Zaměřili jsme se speciálně na potřeby PLDD.** Na webových stránkách SPLDD ČR je možné se zapojit i touto formou do celoživotního vzdělávání, které je kreditováno dle Vzdělávacího řádu SPLDD. Kredity vám budou automaticky započítány. Jako první projekt vám nabízíme „Právní minimum v ordinaci PLDD“, jehož první lekce je věnována zdravotnické dokumentaci. Následovat budou další lekce, které vznikly na podkladě proběhlých cyklů odborných konferencí Management lékařské praxe PLDD. V přípravě jsou také další lekce, které věnujeme vybraným znalostem a dovednostem, jež jsou každodenně vykonávány v ordinacích PLDD.

Ilona Hülleová

### ■ Upozornění pro držitele Certifikátu celoživotního vzdělávání SPLDD

VoZP nabízí ve svém úhradovém dodatku na rok 2017 bonifikaci těm PLDD, kteří pojišťovně doloží do 31. 1. 2018 buď **Diplom celoživotního vzdělávání ČLK**, nebo **Certifikát celoživotního vzdělávání SPLDD**. SPLDD oslovilo Vojenskou zdravotní pojišťovnu s návrhem hromadného zaslání seznamu držitelů Certifikátu celoživotního vzdělávání SPLDD za rok 2016. Vojenská zdravotní pojišťovna pro rok 2017 tuto nabídku nevyužije pro již zavedený jiný systém. Uvažuje o tom ale do budoucna. Z uvedeného tedy vyplývá, že smluvní PLDD, kteří jsou držitelé Certifikátu, musejí k získání bonifikace předložit dokument do uvedeného termínu individuálně.



## Usnesení regionálních konferencí

### ■ Usnesení konference východočeského regionu SPLDD konané dne 22. 4. 2017

Mandátová komise: MUDr. Bartoňová, MUDr. Janečková, MUDr. Prokopová

Návrhová komise: MUDr. Plšek, MUDr. Svobodová, MUDr. Petrtýlová

1. Konference bere na vědomí zprávu o činnosti SPLDD východočeského regionu za rok 2016, kterou přednesl MUDr. Hrunka.
2. Konference bere na vědomí zprávu o hospodaření východočeského regionu SPLDD za rok 2016, kterou přednesla MUDr. Doležalová.
3. Konference bere na vědomí zprávu kontrolora VČ regionu za rok 2016, kterou přednesla MUDr. Zavřelová.
4. Konference schválila jednohlasně rozpočet na rok 2017.
5. Konference vyzývá členskou základnu k větší účasti na akcích SPLDD a navrhuje zvýhodnění aktivních členů.
6. Konference ukládá výkonnému výboru SPLDD ve spolupráci s OSPDL dále jednat o zachování oboru PLDD.
7. Konference ukládá výkonnému výboru SPLDD jednat s VZP o zpřehlednění vyúčtování (změny pojišťovny pacientů, neuznané kapacity, výkony)
8. Konference podporuje zachování povinného systému očkování a vytvoření fondu odškodnění nežádoucích účinků očkování.
9. Konference apeluje na členy SPLDD, aby v maximální míře podpořili možné akce za znovuzařazení oboru PLDD mezi základní atestační obory
10. Konference požaduje zrušení povinného eReceptu.

Zapsal MUDr. Martin Plšek

### ■ Usnesení Konference západočeského regionu SPLDD konané dne 29. 4. 2017 v Plzni

Konference byla zahájena v 15:30 hod., konstatovala, že je přítomno 55 členů ze 181, a proto není usnášeníschopná, ukon-

čila své jednání a stanovila náhradní termín konference na 29. 4. 2017 v 15:45 hod.

#### Konference

##### I. schválila

- program konference
- volbu pracovních komisí ve složení:  
mandátová komise: MUDr. Volšíková, Pospíšilová, Boumová  
návrhová komise: MUDr. Anděl, Šuba, Martínek, Horychová, Friedman
- rozpočet na rok 2017
- konání jednodenní konference regionu v roce 2018 v návaznosti na páteční vzdělávání, termín bude určen centrálně ve spolupráci s OSPDL

##### II. bere na vědomí

- zprávu o činnosti regionu za rok 2016 přednesenou regionální předsedkyní MUDr. Zdeňkou Růžičkovou
- zprávu o hospodaření regionu za rok 2016 přednesenou reg. pokladníkem MUDr. Ivou Kubiasovou
- zprávu člena kontrolní komise MUDr. Jarmily Aronové

##### III. vyslechla

- informace předsedkyně VV SPLDD ČR MUDr. Ilony Hulleové
- informace předsedkyně OSPDL ČLS JEP MUDr. Aleny Šebkové

##### IV. ukládá

- všem členům regionu aktivně se zapojit do činnosti SPLDD (pomoc při přípravě materiálů profesního i odborného charakteru, účast na akcích SPLDD...)
- VV pokračovat v jednáních o vytvoření státního fondu pro odškodnění osob se závažnými nežádoucími účinky po povinném očkování
- VV vstoupit v jednání s MŠMT a vyřešit problematiku spolupráce škol a PLDD (posudky, omluvenky...)
- okresním zástupcům zjistit ochotu PLDD zapojit se do protestního uzavření ordinací na 3 dny

##### V. vyzývá

- členy SPLDD, aby udělili SPLDD plnou moc k zastupování při DR

##### VI. podporuje

- záměr realizovat protestní akce proti zrušení oboru PLDD, proti povinnému zavedení EET a eReceptu a proti snahám zdravotních pojišťoven přenést zodpovědnost za účelné vynakládání finančních prostředků z veřejného zdravotního pojištění na PLDD, a to formou třídního uzavření ordinací PLDD, případně se připojit k protestním akcím členských organizací KSL

##### VII. konstatuje

- že v některých lokalitách hrozí v krátké době omezení dostupnosti primární péče v oboru PLDD, pokud nebude systémově řešen příliv mladých lékařů do oboru.

##### VIII. žádá

- VV SPLDD řešit s MZ a jeho složkami (SÚKL) stupňující se výpadky v dostupnosti léčivých přípravků v ČR bez adekvátní náhrady použitelné lege artis u dětských pacientů (bronchodilatancia, oftalmologika, očkovací látky, topické antibiotické přípravky...)

##### IX. vyjadřuje

- nesouhlas se zrušením oboru PLDD a podporuje další aktivity směřující ke zpětnému zařazení oboru PLDD mezi obory základní v zákoně o vzdělávání lékařů
- nesouhlas s povinným zavedením elektronického receptu
- nesouhlas se zavedením EET v ordinacích PLDD, pokud se jedná o poskytování zdravotních služeb
- nesouhlas s povinností odevzdávat na ÚZIS e-výkazy v současné podobě

##### X. děkuje

- autorům Dokumentů pro ordinace PLDD
- všem, kteří se aktivně zapojili do jednání o zachování oboru PLDD v české legislativě

Usnesení schváleno všemi přítomnými členy.



## Usnesení Sněmu ze dne 19.–21. 5. 2017

Sněm zvolil komise: mandátovou ve složení: Andresová, Benešová, Hvězdová návrhovou ve složení předsedové regionů: Verdánová, Cabrnachová, Růžičková, Balatková, Plšek, Pukovec, Zemánková, Beneš, Gricová

Sněm konstatuje dle výstupů z regionálních konferencí, že:

- byla všude projednávána podobná témata, zánik oboru, GV a personální zajištění praxí, očkování a výpadky vakcín, fond odškodnění, EET a eRecept, výkazy ÚZIS, ZP a úhrady na rok 2018, MŠMT omluvenky a posudky, problematika LSPP a doporučení spolupracovat na metodice LSPP

**Sněm vyslechl** zahájení předsedkyně SPLDD Ilony Hülleové.

**Sněm vyslechl** prezentaci zástupce firmy CGM – marketingového ředitele Bc. Chvosty a vedoucího odboru informačních technologií SÚKL Ing. Kouckého na téma EET a eRecept.

**Sněm vyslechl** prezentaci místopředsedy OSPDL MUDr. Zímy a vedoucí katedry PLDD IPVZ MUDr. Cabrnachové na téma aktuální situace v oboru PLDD.

**Sněm vyslechl** zprávu zahraniční komise přednesenou MUDr. Kubátovou.

**Sněm vyzývá** volené zástupce SPLDD k pokračování v jednání na téma oboru PLDD, pokusu o navrácení oboru do legislativy,

podporuje zástupce SPLDD a OSPDL v jednání v rámci vyjednávacích týmů s ČPS na téma náplň vzdělávání, složení AK, kvalifikační kurz.

**Sněm i nadále jednoznačně podporuje zachování oboru PLDD jako základního oboru primární péče.**

**Sněm vyzývá** VV SPLDD, aby byly podniknuty kroky k zachování podmínek pro vstup do primární péče pro lékaře, kteří neatestovali v oboru PLDD.

**Sněm vyzývá** VV SPLDD, aby v jednáních se ZP a zástupci krajských úřadů trvali na zachování stávající sítě ordinací PLDD, případné výjimky reagující na potřebu v regionu musejí být projednány s volenými zástupci SPLDD.

**Sněm konstatoval** nepřipravenost systému na zavedení eReceptu a varuje před dopady zavádění povinného eReceptu. Pro zavedení eReceptu v současnosti chybí jednotná identifikace zdravotnického pracovníka, lékař musí mít možnost předepsat lék, kdykoliv to bude vyžadovat neodkladný zájem pacienta, a to i v případě, když nebudou k dispozici funkční prostředky elektronické preskripce. Povinnost musí být doplněna motivačním programem k využívání nástrojů elektronického zdravotnictví. Systém nemá být zaváděn jako povinný.

**Sněm doporučuje** kontaktním zástupcům zmapování aktuální situace v okresech v rámci plánované GV formou dotazníku, součástí dotazu má být i informace o po-

čtech lékařů, kteří vedou elektronicky zdravotnickou dokumentaci s pomocí elektronického podpisu, zda výhradně elektronickou, nebo kombinovanou (podmínka pro zavedení eReceptu), dále informace ohledně ochoty týkající se případného protestu a jeho formy.

**Sněm podporuje** další jednání zástupců VV SPLDD v rámci Koalice soukromých lékařů, doporučuje hledat společná témata a prosazovat je společně.

**Sněm doporučuje** mapovat situaci v regionech v rámci problematiky omlouvání žáků, posudkové problematiky, přihlášek do škol a v nejbližším možném termínu projednat podněty s MŠMT.

**Sněm odmítá** rozšíření statistických hlášení směrem k ÚZIS o informace z účetnictví PLDD, o rozsahu šetření by mělo dojít k dohodě mezi zástupci VV SPLDD a ÚZIS.

**Sněm nesouhlasí** s tím, aby navýšení KKVP na rok 2018 bylo podmíněno vazbou na úhradu péče komplementu.

Trváme na navýšení úhrad, které bude korelovat s nárůstem úhrad v lůžkovém segmentu.

**Sněm odsouhlasil** výzvu směrem ke koaličním partnerům a konstatoval připravenost k případným protestním akcím.

Datum příštího sněmu 18.–20. 5. 2018

Místo konání – Západočeský kraj

Blansko 21. 5. 2017

## Výzva Sněmu SPLDD ČR k členským organizacím KSL

Účastníci Sněmu SPLDD ČR zastupující 2 077 PLDD jsou znepokojeni narůstajícím direktivismem státu. Na bedra soukromých lékařů jsou nakládány mnohé povinnosti, které nesouvisí s lékařským povoláním nebo zatěžují chod ordinací vyžadováním činností, které jsou zbytečné či mají být vykonávány jinými institucemi.

**Jsme znepokojeni** devastací zdravotní péče o dětskou populaci v souvislosti se zrušením oboru PLDD. Proklamace všech vlád o důle-

žitosti primární péče vnímáme tedy jen jako prázdné heslo. Stát rozhodnutím o zrušení oboru PLDD definitivně pohřbil desetiletími osvědčený třístupňový systém péče o děti, v němž hlavní roli hrál právě PLDD. Pediatrie je jedna, ale PLDD má mnohem širší záběr než jen pediatrii.

**Jsme znepokojeni** násilným zaváděním elektronizace zdravotnictví. Elektronizace zdravotnictví má přinést komfort pro zdravotníky i pacienty. V současné době použí-

vání eReceptu nepřesvědčilo lékaře o zlepšení služeb, naopak je překážkou v péči o pacienty. Zkušenosti z používání systému jsou spíše odrazující, neexistuje spolehlivé technické zabezpečení, stát dosud nerealizoval osvětovou kampaň mezi pacienty...

**Jsme znepokojeni** zaváděním EET v ordinacích PLDD. Tržby v ordinacích jsou minimální, maximální objem finančních toků je realizována přes účty, které jsou transparentní.





**Jsme znepokojeni** povinným hlášením na ÚZIS, resp. ČSÚ, tzv. E-výkazy, které považujeme za zásah do soukromí jak zaměstnavatelů, tak zaměstnanců. Celkové ekonomické ukazatele navíc již vlastní jiné státní instituce – finanční správa, správa sociálního zabezpečení, zdravotní pojišťovny.

**Jsme znepokojeni** neřešením čím dál častějších výpadků základních léčivých přípravků bez adekvátní náhrady včetně očkovacích látek pro povinné očkování. Stát navíc dosud nezajistil formu odškodnění poškozených povinným očkováním a odpovědnost přehazuje na poskytovatele zdravotních služeb.

**Jsme znepokojeni** snahami státu prosadit myšlenku, aby ambulantní lékaři byli nuceni po své ordinaci či místo své ordinace povinně se podílet na personálním zajištění v lůžkových zařízeních. Prvotním naším úkolem je poskytování primární péče.

**Jsme znepokojeni** odmítáním státu regulovat pacienty v přístupu k čerpání zdravotních služeb. Nelze se pak divit, že zdravotnictví je neufinancovatelné a je

nedostatek financí pro skutečně vážněji nemocné. Jedinou regulací, na kterou pacient slyší, je regulace ekonomická, např. formou poplatků, příplatků za nadstandard, diferenciací pojistného, dvou- či tříšložkovým zdravotním pojištěním... Jsme znepokojeni regulacemi PZS a ZP bez regulace třetí strany = pacienta. Nechceme ohrožovat zdraví pacientů, ale chceme podporu efektivního systému, který přinutí pacienty vyhledat nejprve PZS v primární sféře. V současné době je PZS postihován za čerpání zdravotní péče pacientem, aniž je v jeho možnostech pacientovo chování ovlivnit.

**Jsme znepokojeni** arogancí státu a jeho představitelů (poslanců, MZ), kteří nebyli schopni vytvořit pro zdravotníky přijatelné pracovní podmínky bez překračování fyzických i psychických možností PZS. Stát dosud nebyl schopen zajistit perspektivní plán pro personální zajištění zdravotnictví v ČR, a to jak lékaři, tak středním zdravotnickým personálem. Stát nebyl dosud schopen dynamicky přizpůsobit síť lůžkových

zařízení trendu poskytování maxima péče v domácích podmínkách buď jejich redukcí, nebo jejich restrukturalizací. Stát do neprosperujících zařízení nalévá neustále mnoho finančních prostředků z kapes všech daňových poplatníků a na úkor ambulantního sektoru. Stát neřídí svým občanům-voličům pravdu o stavu zdravotnictví a naopak někteří politici zavádějí příčinu k agresivnímu jednání pacientů vůči zdravotníkům.

Účastníci Sněmu se domnívají, že nazrála doba k vyhlášení společných protestů proti libovůli státu, který místo podpory pracovitých a schopných lidí jejich aktivitu systematicky potlačuje nejrůznějšími omezujícími opatřeními. **Vyzýváme proto další organizace sdružené v KSL ke zvážení společných protestních akcí** včetně přerušení poskytování zdravotní péče na nezbytně nutnou dobu.

V Blansku – Češkovcích 21. 5. 2017

## Zařazení do oboru Praktický lékař pro děti a dorost

### Last minute pro rezidenční místa

Pokud chce lékař získat rezidenční místo pro obor PLDD, musí nejpozději do 30. 6. 2017 požádat o zařazení do oboru PLDD. Nemusí čekat na promoci a diplom, o zařazení do oboru lze požádat po složení poslední rigorózní zkoušky.

Ministerstvo zdravotnictví vyhlásilo pro rok 2017 dotace na celkem 25 rezidenčních míst pro obor Praktické lékařství pro děti a dorost (s celkovým rozpočtem 48 milionů Kč). Aby se lékař mohl přihlásit do výběrového řízení na toto rezidenční místo, musí být zařazen do oboru.

Novela zákona ruší specializační obory Praktický lékař pro děti a dorost a Dětské lékařství a zavádí nový specializační obor Pediatrie.

Novela je účinná od 1. července 2017. Do konce června 2017 tedy obor specializačního vzdělávání Praktický lékař pro děti a dorost existuje a lze požádat o zařazení do něj.

Lékaři, kteří byli zařazení do oboru specializačního vzdělávání před účinností novely, jej dokončí podle nyní platného zákona, tedy získají specializovanou způsobilost v oboru Praktické lékařství pro děti a dorost.

Zařazení do oboru specializačního vzdělávání podává lékař Ministerstvu zdravotnictví. Žádost se podává prostřednictvím elektronického formuláře na [www.ezp.mzcr.cz](http://www.ezp.mzcr.cz).

Podmínkou pro zařazení do oboru je získání odborné způsobilosti, tedy ukončení studia na lékařské fakultě. Lékař získává odbornou

způsobilost dnem úspěšného vykonání poslední rigorózní zkoušky (nikoli dnem promoce). Doložit ukončení studia je možné potvrzením univerzity, jeho originálem nebo ověřenou kopií.

*Změna zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, provedená zákonem č. 67/2017 Sb., citace zákona č. 67/2017 Sb., přechodná opatření:*

2. Lékaři zařazení do oboru specializačního vzdělávání podle zákona č. 95/2004 Sb., ve znění účinném přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona, který není v příloze č. 1 k zákonu č. 95/2004 Sb., ve znění účinném ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona, uveden jako základní obor, dokončí specializační vzdělávání podle zákona č. 95/2004 Sb., ve znění účinném přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona.

§ 19 odst. 2 zákona č. 95/2004 Sb.

MUDr. Milan Cabrnach



## Právní rubrika

Mgr. Jakub Uher

### ■ Dotaz

Jak správně postupovat v případě dítěte, které není z rozhodnutí rodičů očkováno proti tetanu a utrpí úraz? Je potřeba žádat soud o ustanovení opatrovníka, který rozhodne o očkování dítěte?

Jak by žádost o ustanovení opatrovníka měla vypadat po formální stránce?

### ■ Odpověď

Co se týká očkování TAT při úrazu, ze zákona č. 372/2011 Sb. vyplývá, že nezletilému pacientovi nebo pacientovi s omezenou svéprávností lze bez souhlasu poskytnout neodkladnou péči (hrozí-li vážné poškození zdraví). Dále pak platí (a to je pro tento dotaz podstatné), že bez souhlasu lze poskytnout též jiné zdravotní služby, stanoví-li tak zákon o ochraně veřejného zdraví.

Právě zákon o ochraně veřejného zdraví pak uvádí, že očkování proti tetanu při poraněních a nehojících se ranách provádějí poskytovatelé zdravotních služeb, kteří ošetřují poranění nebo nehojící se rány, popřípadě poskytovatelé zdravotních služeb v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nebo všeobecné praktické lékařství nebo poskytovatelé pracovnělékařských služeb. Ustanovení zákona č. 258/2000 Sb. pak upřesňuje vyhláška č. 537/2006 Sb., a to takto:

*§ 13 Očkování proti vzteklině nebo proti tetanu při úrazech, poraněních, nehojících se ranách a před některými léčebnými výkony*  
(1) Očkování proti tetanu se provede při úrazech, poraněních nebo nehojících se ranách, u nichž je nebezpečí onemocnění tetanem, a dále v indikovaných případech v předoperační přípravě, zejména před operacemi na konečniku nebo tlustém střevě. Očkování se provede očkovací látkou určenou k aktivní

*imunizaci podle souhrnu údajů o přípravku této očkovací látky.*

Tedy shrnu-li: jde-li o povinné očkování (dle zákona č. 258/2000 Sb. a prováděcí vyhlášky) – což v daném případě je, tak jde o péči, ke které vůbec žádný souhlas není potřeba (tudíž ani nesouhlas nehraje roli).

Pokud je naplněno to, co je uvedeno v § 13, odst. 1 – tedy jde o úraz, u kterého je nebezpečí onemocnění tetanem –, tak prostě očkují a vůbec nikoho se na souhlas či nesouhlas nevyptávají, nepotřebují žádného opatrovníka apod. Kdy se jedná „nebezpečí vážného poškození zdraví“, musí rozhodnout ošetřující lékař. Pokud by nastala situace, že rodiče v takovém případě zabrání ošetřujícímu lékaři fyzicky očkování provést, pak je lékař neprovede, učiní o tom zápis do dokumentace (informovaný nesouhlas, ev. při jeho odmítnutí podpis svědka, např. zdravotní sestry) a oznámí na OSPOD. Nevidím v takové situaci žádný právní důvod a oporu pro podání návrhu na ustanovení opatrovníka ze strany lékaře, podle mne nic takového navrhovat nemá a ani k tomu není oprávněn.

### ■ Aplikace nařízení vlády č. 276/2015 Sb. pro ohodnocování školních úrazů

Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, zakotvuje kromě odpovědnosti zaměstnavatele vůči zaměstnanci (§ 269 a následující) taktéž odpovědnost školy v případě žáků či studentů (§ 391). Obdobně jako u zaměstnanců tedy škola odpovídá za škodu, která vznikla žákům (studentům) při vyučování nebo v přímé souvislosti s ním. Mimo jiné odpovídá i za škodu vzniklou úrazem při teoretickém a praktickém vyučování ve škole nebo v přímé souvislosti s ním. Tedy pracovněprávní předpis (zákoník práce) upravuje odpovědnost i ve zvláštním

případě, kdy utrpěly škodu či újmu na zdraví v souvislosti s určitou činností osoby, které nejsou zaměstnanci ve smyslu zákoníku práce (žáci, studenti).

Dokud byla výše náhrady škody na zdraví řešena jednotně a vždy se postupovalo dle občanského zákoníku (do 1. 1. 2014 dle zák. č. 40/1964 Sb., OZ, s prováděcí vyhláškou č. 440/2001 Sb., od 1. 1. 2014 zákona č. 89/2012 Sb., NOZ, ust. § 2958) nevznikaly žádné pochybnosti o stanovení způsobu výše náhrady při ublížení na zdraví.

Poté co bylo do zákoníku práce vloženo zmocňovací ustanovení § 271c, které stanovuje, že zaměstnanci se poskytuje náhrada za bolest a ztížení společenského uplatnění jednorázově, a to nejméně ve výši prováděcího právního předpisu (kterým je nařízení vlády č. 276/2015 Sb.), je otázka, zda má žák nárok na odškodnění ve výši dle nařízení vlády, nebo dle metodiky NS (kdy navíc zpravidla vychází ohodnocení vyšší než dle nařízení vlády). Stejně tak se nabízí otázka existence povinnosti posudek dle nařízení vlády vystavit, kdy je v nařízení vlády výslovně uložena povinnost vystavovat posudek u pracovního úrazu.

Ovšem ze systematického zařazení odpovědnosti za škodu žákům a studentům do zákoníku práce se dovozuje, že v případě odpovědnosti za škodu žáku či studentovi je třeba aplikovat všechna ustanovení upravující odpovědnost za škodu vzniklou porušením právních povinností nebo odpovědnost za škodu vzniklou pracovním úrazem.

**Doporučuji tedy postupovat u školních úrazů stejně jako u úrazů pracovních, tedy posuzovat podle nařízení vlády č. 276/2015 Sb. Pouze bych doporučoval nad rámec povinného uvést výslovně do posudku, že ohodnocení dle nařízení vlády č. 276/2015 Sb. bylo provedeno lékařem na žádost rodiče, pojišťovny apod.**

### Spolupráce s Českou podnikatelskou pojišťovnou v roce 2017 – SLEVOVÝ PROGRAM

Sdružení vyjednalo s ČPP pro rok 2017 možnost slev na pojištění domácnosti, pojištění staveb, odpovědnosti ze škodu občanů a na havarijní pojištění a povinné ručení. V tomto VOXu je vložen slevový kupón, který lze uplatnit přímo na obchodních místech ČPP. Určen je pro členy SPLDD, jejich zaměstnance a rodinné příslušníky, žádné ověřování se neprovádí, takže slevu může uplatnit každý, kdo slevový kupón předloží.

Během letošního roku probíhá avizovaná aktualizace pojistných smluv (členům SPLDD, kteří mají starší pojistnou smlouvu, je nabízen k podpisu dodatek upravující pojistnou smlouvu na nejnovější znění). Vzhledem k častým dotazům na způsob jak lze pojistnou smlouvu dle Rámcové smlouvy uzavřít a taktéž k dotazům na výši pojistného, vkládáme do tohoto Voxu také formulář žádosti o uzavření pojistné smlouvy, na kterém jsou výše pojistného (v závislosti na pojistné částce a spoluúčasti) i instrukce uvedeny.



## Informace OSPDL ČLS JEP

**MUDr. Alena Šebková**

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

### „Obor“

Pokud si všichni dobře vzpomenete, v době, kdy „hlavy pomazané“ bojovaly za zrušení samostatného oboru PLDD, jejich argumentace zněla: Pouze se změní vzdělávání, to se sloučí, obor PLDD se neruší. V současné době se ale nacházíme ve schizofrenní situaci. Do oboru PLDD se mohou mladí kolegové přihlásit do 30. 6. Pak tzv. „visí ve vzduchu“, přestává existovat. Tak, jak jsme argumentovali, nejsou vyřešené návaznosti, zákony, pojišťovenská pravidla ani vzdělávání. Přes mnohé proklamace pouze z naší aktivity dožívají kompetentní osoby návrhy na řešení situace tak, aby „obor zůstal zachován“.

Vzdělávací komise – zatím pozitivně vnímáme započatou spolupráci s ČPS, prostřednictvím komunikace delegátů společné vzdělávací skupiny ČPS, OSPDL, SPLDD, jejímiž členy jsou doc. Bronský, doc. Houšťková, prim. Hrdlička, MUDr. Cabrnchová, MUDr. Hülleová, MUDr. Šebková, MUDr. Tvrdňová. Tato skupina došla k dohodě na naplní pediatrického kmene, ve kterém budou mimo jiné 3 měsíce praxe na akreditovaném pracovišti PLDD, a k dohodě na naplní kvalifikačního kursu z DL na PLDD v rámci přechodného období účinnosti novelizovaného zákona o vzdělávání. Kolegy jsme nicméně upozornili, že je v Parlamentu podána tzv. „malá novela“ s návrhem návratu samostatného oboru PLDD a že vnímáme, že jeho zachování by bylo nejlepší možné řešení. Cesta možného konsensu se nicméně jeví.

MZ – ve všem činění bude ale důležité, jak se k situaci postaví ministerstvo zdravotnictví. Na 13. 7. byla předsedkyní OSPDL a SPLDD přislíbena na jejich žádost schůzka s ministrem zdravotnictví a jeho náměstkem prof. Prymulou. Tématem bude budoucnost primární péče o děti a dorost v ČR.

### Konference SPLDD

Na jaře proběhly konference SPLDD ČR, kterých se za OSPDL účastnili místopředseda MUDr. Zdeněk Zíma (severní Morava a severní Čechy) a předsedkyně MUDr. Alena Šebková (ostatní regiony). Překvapením byla poměrně hojná účast ve všech regi-

onech a bylo by moc pěkné, kdyby taková aktivita a zájem o dění nebyly ojedinělé. Můj osobní pocit, a byla bych ráda, kdybych se neklamala, byl, že snad konečně si začínáme uvědomovat, jakým způsobem stát s námi, dětskými praktiky, točí, a že si to snad konečně nenecháme líbit. Děkuji všem kolegům za příjemné přijetí a vyjádření podpory na všech konferencích.

### Očkování

Vyhláška – v současné době se dokončuje připomínkování definitivní verze očkovací vyhlášky. Předpokládáme tedy, že spatří světlo světa nejpozději 1. 1. 2018. Stejně tak by mělo projít závěrečné kolo připomínek k očkování nedonošenců, na což také netrpělivě čekáme.

Ke zdržení těchto norem dochází i kvůli politické situaci v naší zemi, opakované výměně ministrů zdravotnictví a tím i vyměňování a reorganizování různých komisí, včetně NIKO. Bohužel, do praxe, ve které vše neseme na bedrech my, PLDD, nikdo nedohlédne...

Očkování proti TBC – ve středních Čechách obdrželi kolegové pokyn MUDr. Nykodýmové k doporučování očkování proti TBC na základě vzrůstajících případů. Dr. Šebková požádala o vyjádření na Krajské hygienické službě Středočeského kraje a o stanovisko předsedy České pneumologické a ftizeologické společnosti prof. Kolka, které je k dispozici na webu. Z obojího vyplývá, že rozhodně není v současnosti namístě požadavek rozšíření očkování proti TBC oproti dikci stávající platné vyhlášky.

### Newsletter OSPDL (NL)

První číslo předem avizovaného občasníku OSPDL, který, jak bylo již napsáno ve 4. čísle letošního VOXu, by se měl stát platformou členů OSPDL, ale nejen jich, pokud bude zájem, i členů SPLDD, i dalších odborníků, sester, patientských organizací, ze které se zájemci budou dozvídat obšírněji především o aktivitách OSPDL, mezioborové spolupráci, vzdělávacích aktivitách atd., vyšlo 20. 4. prostřednictvím elektronické rozesílky. Na základě statistik se zdá, že

se první krůček „našemu novému dítěti“ vydal. Přinesl zajímavé a aktuální čtení. Připravujeme tedy druhé číslo, které by mělo vyjít v průběhu června.

### Vzdělávání

Výbor OSPDL se na svém nadcházejícím zasedání bude zabývat i tématy pátečních seminářů pro rok 2018. Navržena byla témata kardiologie a endokrinologie.

13.–14. 10. 2018 proběhne 3. MOK PLDD, tentokrát na onkologické téma. Pojato bude od primární prevence, přes včasnou diagnostiku, novinky v léčbě, ale i připomenutí paliativní péče, po principy následného sledování a spolupráce PLDD se specialisty. Na přípravě programu se podílejí obě špičková dětská onkologická pracoviště, pražské i brněnské. Zveme vás k hojně účasti.

Další témata – úspěšně proběhly cykly Pediatrická akademie a Respirační akademie. Připravujeme se na další ročník, který u PedAkad bude dále navazovat v jednom tématu v čase – PMV, u RespAkad předpokládáme další fyzioterapeutická témata při respiračních onemocněních.

Školitelé – v roce 2018 se budou konat opět na konci ledna v Praze. S programem budete včas seznámeni prostřednictvím časopisu i elektronických médií.

Český pediatrický kongres 2018 (ČPK) – předsedkyně OSPDL byla požádána o spolupráci na přípravě programu pro ČPK. Výbor OSPDL tuto žádost přijal. Do přípravného výboru byli tedy delegováni MUDr. Šebková, MUDr. Zíma, MUDr. Procházková, MUDr. Cabrnchová, MUDr. Hülleová za SPLDD.

### Spolupráce s rádiem Junior

Proběhly 3 pořady – na počátku dubna Respirační onemocnění (MUDr. Verdánová), na počátku května PAS a další psychiatrické či psychosomatické poruchy v ordinaci PLDD (dr. Šebková), na počátku června „Rizika prázdnin z pohledu PLDD“ (dr. Szitányi). Ráda bych vás požádala o návrhy témat, která vnímáte jako důležitá pro komunikaci s veřejností.





# Papilomatózní kožní virové choroby

**MUDr. Pavel Konrád**

Kožní ambulance Černošice

## ■ Úvod

Papilomatózními kožními virovými chorobami se rozumějí onemocnění způsobená Human papilloma viry a Poxviry. Klinicky se projevují jako bradavice, genitální bradavice (tedy kondylomata) a moluska.

## ■ Definice

**Bradavice – verrucae** jsou benigní infekční epiteliomy, které se vyskytují obvykle na kůži, méně často na sliznicích. Příčinou vzniku bývají viry patřící do skupiny humánních papillomavirů – HPV. Bradavicemi jsou nejčastěji postiženy děti, mladší jedinci a osoby se sníženou imunitou. Rozlišujeme 3 typy bradavic: **1. vulgární bradavice – verrucae vulgares** s třemi podtypy (plantární bradavice – verrucae plantares, nitkovité bradavice – verrucae filiformes a prstovité bradavice – verrucae digitatae), **2. ploché bradavice – verrucae planae juveniles** a **3. genitální bradavice – kondylomata accuminata**.

**Molluscum contagiosum (lat. molluscus = měkký, lat. contingere = dotýkat se)** je dosti časté kožní onemocnění postihující hlavně děti, více chlapce, s predilekční lokalizací, v anogenitální krajině a u ekzematiků v místech ekzému. Taxonomicky se vyvolavatel, tedy molluscum contagiosum virus (MCV), řadí do čeledi Poxviridae, podčeledi Chordopoxvirinae a je jediným zástupcem nově vzniklého rodu Molluscipoxvirus. Po eradikaci pravých neštovic (variola virus) je MCV jediným zástupcem z čeledi Poxviridae, který vyvolává onemocnění u lidí. Od roku 1980 nabývá na významu jako oportunní onemocnění vyskytující se u pacientů infikovaných virem získaného imunodeficitu (HIV).

## ■ Historie

Bradavice byly známy lékařům již za Hippokrata (460–377 př. Kr.). Genitální bradavice se v historii označovaly jako condyloma (ř. kondylos = výběžek), jako thymum (lat. thymum = tymián) – tento název

vycházel z podobnosti povrchu bradavic s listem divoce rostoucího tymiánu – nebo jako fig (lat. fig = fík) – opět kvůli podobnosti plodu fíku s eflorescencemi bradavic. Pojem condyloma, na rozdíl od ostatních názvů, přetrval dodnes. Na konci 19. stol. k němu přibyl termín accuminatum (lat. acuminatus = špičatý) a condyloma acuminatum je dnes běžně užívaný termín pro genitální bradavice.

Bradavice byly vždy spojovány s něčím nečistým, zakázaným a exotickým. Ve starověkém Římě byly považovány za důsledek promiskuity a nepřírozeného (análního) sexu. Ve středověku převládal názor, že všechna genitální onemocnění jsou důsledkem infekce jediným agens a v této souvislosti se mluvilo o existenci jakéhosi venerického jedu. A to až do r. 1793, kdy Benjamin Bell definoval syfilitické papulární léze, kapavku a genitální bradavice jako různá onemocnění. V současnosti jsou genitální bradavice v celosvětovém měřítku nejčastějším virovým sexuálně přenosným onemocněním (STD) a jsou uváděny na seznamu STD mnoha zemí.

U lidí byla nápadná podobnost genitálních a kožních bradavic po dlouhou dobu příčinou tzv. jednotné teorie, která říkala, že všechny bradavice jsou vyvolané infekcí stejným agens. V r. 1979 však vyšel článek o obrovské četnosti typů lidských papillomavirů (HPV). V té době jich bylo známo pět.

Objevem, který však především inicioval obrovský nárůst výzkumu HPV, byla v r. 1983 izolace HPV z karcinomu hrdla děložního. Již v r. 1842 italský lékař D. Rigoni-Stern pozoroval častější výskyt karcinomu dělohy (pravděpodobně spíše hrdla děložního) u vdaných žen a vdov než u žen bez sexuální zkušenosti. I další pozorování napovídala, že toto onemocnění vyvolává sexuálně přenosné agens. Horkým kandidátem byl lidský herpesvirus typ 2 (HSV-2). V Praze byla skupinou profesora V. Vonky prováděna rozsáhlá studie, která však podala jednoznačný důkaz, že HSV-2 není vyvolávacím faktorem tohoto onemocnění (Vonka a spol., 1984a,b; Krčmář a spol., 1986). Rozsáhlý výzkum HPV za posledních 20 let ukázal,

že tyto viry hrají etiologickou roli i u dalších maligních onemocnění, jako je karcinom vulvy a vagíny, penisu, anu a u některých nádorů v oblasti hlavy a krku.

## ■ Původce

**Human papilloma virus (HPV)** je celosvětově rozšířený v lidské populaci, způsobuje širokou škálu onemocnění na kůži i sliznicích a hraje vážnou roli v onkogenezi. Dnes je plně charakterizováno 86 typů HPV a potenciálně nových je více než 130. Bradavice jsou vyvolány HPV typy 1, 2, 3 a 4, kondylomata HPV typy 6, 11 a 42 a v etiopatogenezi karcinomu děložního čípku se uvádějí HPV typy 6, 11, 16, 18 a 45. Jedinec s neléčnými kondylomaty je tedy vysoce rizikový pro své sexuální partnery.

**Molluscum contagiosum virus (MCV)** patří mezi Poxviry a je také rozšířený po celém světě. Pomocí molekulárněbiologických metod byly identifikovány 4 subtypy MCV I, II, III a IV. Jednotlivé subtypy vykazují na nukleotidové úrovni značnou podobnost, ale jejich restriční mapy jsou velmi odlišné.

## ■ Přenos

Přenos **bradavic** je možný z člověka na člověka **těsným osobním kontaktem**, nepřímo prostřednictvím kontaminovaných předmětů, např. z **drsných vlhkých povrchů** (sauny, bazény), a také autoinokulací. Přenos je možný i od zvířat, nejčastěji od dobytka, koní a psů.

**Genitální bradavice** označované jako kondylomata se přenášejí výhradně pohlavním stykem. Je pro ně výhodné teplé a vlhké prostředí sliznic v blízkosti i uvnitř genitálu obou pohlaví. Téměř výlučně se vyskytují v intimní oblasti.

Přenos **molusek** se u dětí předpokládá přímým dotykem nebo stykem s kontaminovanými předměty. Léze se často vyskytují u atopických dětí v místech dermatitidy. U mladých lidí je další cestou přenosu molusek pohlavní styk.



Obr. 1



Obr. 2

### ■ Epidemiologické údaje

Odhaduje se, že v Evropské unii trpí bradavicemi přibližně **pět procent** obyvatelstva. Náchylnější vůči této infekci jsou lidé s oslabenou imunitou. Přenos infekce je možný z člověka na člověka **těsným osobním kontaktem**, nepřímým prostřednictvím kontaminovaných předmětů, např. z **drsných vlhkých povrchů** (sauny, bazény) a také autoinokulací. Přenos je možný i od zvířat, nejčastěji od dobytka, koní a psů. K přenosu HPV infekce dochází velmi často též pohlavním stykem. U sexuálně aktivních žen je infekce HPV detekována ve **5–30 %** případů a je srovnatelná s prevalencí HPV u zdravých mužů, kde se pohybuje mezi **10 až 25 %**. Do organismu vstupují viry traumatizovanou kůží a sliznicí. Inkubační doba se pohybuje **od 4 týdnů do 8–20 měsíců** (u kondylomat).

U prevalence **Moluscum contagiosum (MC)** je zajímavostí jeho extrémní výskyt

na ostrově Fidji, Papua-Nová Guinea a v Zaire. V těchto oblastech jsou nejčastěji infikovány děti do pěti let věku a prevalence může dosahovat až **25 %**. V Evropě existuje průzkum praktických lékařů v Nizozemsku, který ukázal **17 %** incidenci molusek u dětí do 15 let věku.

Druhou skupinou nejčastěji infikovanou MCV jsou mladí lidé, u nichž je MCV považováno za sexuálně přenosné onemocnění. Jak ukazují studie, výskyt genitálního MC se v posledních deseti letech zvyšuje. Studie v USA ukázala desetinásobný vzestup genitálních MC v letech 1966–1983, v UK zaznamenali v letech 1971–1985 vzestup čtyřnásobný. Celosvětová incidence genitálního MC se odhaduje na **2–8 %**. V roce 1995 bylo na Novém Zélandu 0,7 % pacientů STD klinik diagnostikovaných s MC. Genitální molluscum contagiosum může být markerem závažnějšího sexuálně přenosného onemocnění a také infekce HIV.

Jedna studie ukázala, že až 30 % pacientů s lézemi MC má další sexuálně přenosné onemocnění. U pacientů s AIDS a symptomatickou HIV infekcí se MC vyskytuje u 5–20 % jedinců. Inkubační doba se pohybuje **od 2 týdnů do několika měsíců**.

### ■ Klinický obraz

**Verruca vulgaris** se predilekčně vyskytuje na prstech rukou, podél nehtů, pod nehty, ale i na sliznici dutiny ústní. Počínající bradavice je plochá, postupně se zvětšuje, polokulovitě vyklenuje a pokrývá se vysoko navrstvenou rohovinou, která rozpraská, takže se povrch stává rozečkaným a drsným (obr. 1). Velikost bradavic kolísá od špendlíkové hlavičky až k útvarům několik cm v průměru. Barva je zpočátku žlutavá, později mohou získat našedivělý až hnědavý vzhled. Jsou většinou osamocené, ale autoinokulací se mohou roznést v okolí, a pak se objevují ve shlucích.



Obr. 3



Obr. 4



Obr. 5

**Verrucae filiformes** (bradavice nitkovité) mají na povrchu tenké nitkovité výběžky. Predilekčně se nachází na rtech, na sliznici dutiny ústní, ve vousech či na očních víčkách (obr. 2).

**Verrucae digitatae** (bradavice prstovité) mají na povrchu prstovité výběžky, nejčastěji se vyskytují ve křtici (obr. 3).

**Verrucae plantares** (bradavice chodidlové) zauímají zvláštní postavení, pod vlivem tělesné hmotnosti nesměřují k povrchu, nýbrž se zanořují do hloubky zrohovatělé kůže, což je při chůzi i klidu velmi bolestivé. Lidé si je často pletou s mozoly nebo kuřími oky. Projevují se jako vyvýšené hrbolky s tuhou vrstvou šedožlutavé drsné rohoviny na povrchu, po jejímž odloučení vzniká kráterovitá prohlubenina. Často z eflorescence prosvítají tmavočervené tečky, což jsou trombotizované kapiláry nebo hemoragické skvrny, což může způsobit problém v diferenciální

Obr. 7



Obr. 6

diagnostice. Při dlouhodobém neléčení se rozrůstají až do mozaikových lézí (obr. 4). Predilekční lokalizací je místo pod metatarzofalangeálním kloubem nebo pata. Při chůzi mohou být i silně bolestivé.

**Verruca plana juvenilis** (bradavice plochá mladická) jsou okrouhlé nebo polygonální nenápadné ploché papuly velikosti 2–4 mm, šedožlutavé barvy, někdy zarůžovělé, hladkého nebo lehce drsného povrchu (obr. 5). Predilekční lokalizací je obličej, hřbety rukou, méně často se vyskytují jinde na těle. Protože jsou subjektivně mírně svědivé, dochází škrábáním k jejich ekzematóznímu rozsevu, objevují se proto najednou a velmi rychle.

**Condylomata accuminatum (ř. kondylos = výběžek, lat. accuminatus = špičatý)** – počínající kondylomy jsou bělavé až červenavé papulky, které se obvykle tvoří na prepuciu u mužů a v okolí pochvy a análního otvoru

u žen. Postupně rostou a přeměňují se v květákovité útvary s bradavičnatým povrchem (obr. 6). Tlakem a macerací se povrch ohlazuje, eroduje a mokvá. Splýváním kondylomů mohou vznikat rozsáhlé macerované a zapáchající plochy. Vzácně mohou kondylomy proniknout až do corpora cavernosa, takže mohou vyvolat obraz zhoubného nádoru, mluvíme pak o *condyloma giganteum*.

**Mollusca contagiosa** jsou polokulovitě papuly s hladkým, perleťově lesklým povrchem, na pohmat tvrdé konzistence, barvy bělavé, žlutavé i narůžovělé (obr. 7). Typická bývá centrální vkleslinka, u větších eflorescencí vyplněná tkáňovým detritem. Při zmáčknutí lze vytlačit bělavou hmotu, v níž jsou tzv. molusková tělíška, což jsou epidermální buňky naplněné poxviry. Projevy se mohou sekundárně infikovat. Velikost molusek se pohybuje od nepatrných útvarů až po obrovské eflorescence velikosti 1 cm, tzv. *moluscum giganteum* (obr. 8).

Obr. 8







Predilekčně se u dětí léze vyskytují v obličeji, na hrudi a na končetinách, zatímco u mladých sexuálně aktivních jedinců se objevují hlavně v genitální oblasti. Výskyt lézí byl popsán i na očních víčkách a spojivce. Vzácný je výskyt na dlaních a ploskách nohy. Léze mohou být solitární. U dětí v endemických oblastech a u imunosuprimovaných jedinců mohou být mnohočetné a rozsáhlé. Pacienti obvykle nemají žádné objektivní potíže. V některých případech se může vyskytnout pocit napětí a svědění, asi u 10 % pacientů se vyskytuje v okolí moluska ekzém označovaný jako „molusková dermatitida“. Inkubační doba se pohybuje **v rozmezí 14–50 dní**. Nepředpokládá se, že dochází k šíření infekce krevním řečištěm a výskyt velkého množství lézí na stejném místě se spíše vysvětluje vícenásobnou simultánní infekcí nebo mechanickým rozsevem. Po léčbě může dojít k rekurencím.

### ■ Diagnostika

Stanovení diagnózy je založeno především na **aspekci**. Molekulárněbiologické metody jsou nejspolehlivějším způsobem zjištění HPV infekce ve tkáni, v terénní praxi se však běžně nevyužívají. Cytologií lze prokázat vznik tzv. koilocytu a dyskeratocyty. Jedná se o buňky s větším hyperchromním jádrem tvaru měchýře s perinukleárním haló. Histologicky je patrný kromě koilocytů infikovaný epitel, papilomatóza, akantóza, parakeratóza a hyperkeratóza. Sérologické metody nejsou příliš spolehlivé. Negativní titry protilátek infekci nevylučují. Nadějná by mohla být syntéza virus-like partikul (VLP) a jejich využití jako antigenů pro sérologickou

diagnostiku. Metody přímé detekce (PCR) využívají hybridizačních metod na extrahované DNA. HPV DNA je před vlastní detekcí nejprve zmožena, a tím je dosaženo značné citlivosti metody. Předpokladem je tudíž jejich vysoká senzitivita a specifita.

### ■ Diferenciální diagnostika

**Verruca seborrhoica** neboli stařecká bradavice patří mezi kožní benigní epitelové nádory, akantomy. Je to velmi časté onemocnění vyskytující se po padesátém roce věku téměř u každého jedince. Její povrch je bradavičnatý a napodobuje „mastný“ vzhled, z čehož je odvozen její název. Barva je od světlehnědé až po černou (obr. 9).

**Naevus intradermalis** je ohraničený kožní útvar vznikající na základě embryonální poruchy.

Obsahuje tzv. névové buňky, které nejsou součástí normální kůže, řadíme je spíše mezi benigní nádory. Predilekčně se tvoří hlavně na trupu a v obličeji. Je to polokulovitá, tuhá papilomatózní až verukózní papule barvy kůže nebo hnědě zbarvená. Velikost se pohybuje mezi několika milimetry až centimetry. Povrch může kvůli nadměrné keratinizaci nabýt bradavičnatý vzhled (obr. 10).

**Melanoma malignum** svým amelanotickým akralním typem může svým vzhledem i lokalizací velmi připomínat plantární veruku. U tohoto podtypu dochází bohužel velmi často k jeho nerozpoznání a dlouhodobě neadekvátní léčbě. Následně dochází k jeho metastazování a prognóza bývá pro pacienta velmi nepříznivá (obr. 11).

### ■ Terapie molusek

Terapii molusek rozdělujeme na:

- **chirurgickou** – abraze ostrou lžičkou, ideálně po lokální anestezii lidocainovým krémem
- **medikamentózní** – místně podávaná kaustika, nejčastěji hydroxid draselný (např. **Molusk sol.**)

### ■ Terapie bradavic

Pokud se bradavice objeví na jakémkoliv místě na těle, je vždy lépe **navštívit lékaře**, v tomto případě dermatologa. Ten určí, o jaký typ bradavic se jedná a jaký bude nejlepší způsob léčby.

Cílem terapie je odstranit bradavice bez recidiv (návratu nemoci) a kosmetických defektů a navodit dlouhotrvající imunitu. Žádná metoda léčby není 100% účinná, vyšší procento vyléčení je pozorováno u mladých pacientů s krátkým trváním infekce.

Na druhou stranu je třeba zdůraznit, že u jinak zdravých jedinců mohou až dvě třetiny bradavic spontánně vymizet do 2 let i bez léčby, jedna třetina dokonce během pár měsíců.

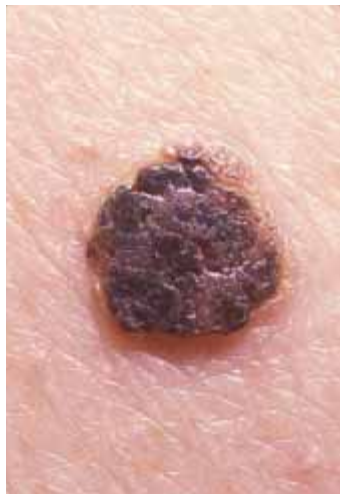
Terapii bradavic rozdělujeme na:

- **medikamentózní** – je nejčastější, místně podávaná kaustika – **alternativní přírodní protivirové látky**
- **fyzikální** – kryoterapie, vysokovýkonový laser

#### 1. Medikamentózní terapie

Zlatým standardem léčby bradavic zůstává *kyselina salicylová* v koncentraci 10–60 %

Obr. 9



Obr. 10



Obr. 11





(v závislosti na použité lékové formě), která se často kombinuje s *kyselinou mléčnou*.

Tyto látky jsou přítomné v osvědčených volně prodejných přípravcích (např. **Kolodium forte**).

*Kyselina salicylová* se někdy kombinuje s látkami, které cíleně zastavují růst HPV (např. fluorouracil), takové přípravky však může předepsat pouze lékař (např. **Verrumal sol**).

Dané látky mají **leptavé účinky a působí keratolyticky** – změkčují rohovou vrstvu pokožky a dochází ke zničení tkáně bradavice a přítomného viru. Před samotnou aplikací je dobré bradavici změkčit koupelí v teplé vodě a tupou špachtlí odstranit zbytky laku (pokud byl použit) nebo silnou odumřelou vrstvu kůže. Léčba může trvat několik týdnů, proto je potřeba postupovat trpělivě a rozhodně nepoužívat hrubé násilí. Mohlo by dojít k zasažení zdravé tkáně, poranění a dalšímu rozsevu viru.

**Četnost a délka užívání** se řídí druhem a silou použité látky, většinou se používají 2× denně do úplného odstranění bradavice. Průměrná doba léčby je **6–12 týdnů**.

Uvedené přípravky se nesmějí aplikovat na zánětlivá místa, pihy, mateřská znaménka, obličej, sliznice či genitál, nejsou také vhodné pro děti mladší dvou let.

## 2. Alternativní přírodní protivirotické látky

V lidové medicíně je terapeuticky oblíbený česnek, šťáva z cibule, vlašatičnická a někdy také hlíva ústřední. Výtažky z těchto bylin jsou obsaženy v některých preparátech, které lze v lékárnách taktéž zakoupit.

## 3. Fyzikální terapie

**Kryoterapie** (metoda zmrazením) je používána zejména u vulgárních a plantárních veruk. *Tekutý dusík* (-196 °C) se používá v ordinacích kožních lékařů obvykle každé 2–3 týdny po dobu 6–12 týdnů.

Kryoterapie však omezuje chůzi, bývá bolestivá a způsobuje puchýře a změny pigmentace zvláště na tmavé kůži.

**Nejúčinnější** možností terapie bradavic je odstranění pomocí **vysokovýkonného laseru**. Tato metoda není hrozena z veřejného pojištění a pacient si musí tuto proceduru uhradit sám. Při dobrém provedení dochází vždy k úplnému vyléčení bradavic.

## Prevence

- nepůjčujte si cizí ručníky, ponožky ani boty,

- po návštěvě bazénu a koupališť použijte mycí gel s antiseptickou přísadou, např. **Cutosan**,
- ve veřejných sprchách noste gumové sandály (žabky),
- není vhodné bradavice škrábat,
- zamezte kontaktu bradavice s ústy (např. při kousání nehtů),
- každý den si berte čisté ponožky.

V dnešní době je sice možné zakoupit účinné prostředky kléčbě bradavic i bez receptu, ale pokud si pacient není jistý, je lépe se svěřit do rukou odborníka. Neodborným ošetřením se mohou bradavice roznést na jiná místa nebo přenést na jinou osobu. Je třeba mít stále na paměti, že je to onemocnění zapříčiněné virem. Opatrnost se doporučuje zvláště u dětí nebo u genitálních bradavic. I tak je léčba mnohdy komplikovaná a dlouhodobá.

## Literatura

1. ÚHKT, Národní referenční laboratoř pro papillomaviry. <http://papillomavirus.cz/kontakt.html>
2. Droženová H. Bradavice. *Interní Med.* 2010;12(7–8):372–373
3. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH. *Dermatolgia a venerologie*. Martin: Osveta, 2001
4. Dittrichová D a kol. *Repetitorium dermatovenerologie*. Olomouc: Epava, 2002
5. Štokr J et al. *Dermatovenerologie*. Praha: Galén, 2008
6. Sosna O, Matouš B. Papillomavírové infekce v gynekologii a porodnictví. *Gynekolog*. 2001;10(2):71–74
7. Dvořáková K. Diferenciální diagnostika a léčba nejčastějších virových sexuálně přenosných infekcí genitálu. *Urol. praxi*. 2008;9(2):72–77
8. Poršová M, Porš J, Kolombo I, Pabišta R. Lidský papillomavirus a jeho klinické projevy. *Urol. praxi*. 2006;7(6):267–269
9. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH. Onemocnění glans penis a prepucia, onemocnění ženského genitálu. *Int J Dermatol*. 1995;987–1011
10. Berger R. Terapie virových bradavic. *Med. praxi*. 2006;3(2):90–92
11. Tachezy R, Hamšíková E, Roubalová K, Suchánková A. Virové infekce genitálu. *Mod. gynekol. porod.* 2000;9(2):409–424

## V Česku se po letech objevila cholera

**Poprvé po 15 letech se v České republice objevila nákaza cholerou, uvedl ve středu Zdravotnický týdeník. Nemocí se nakazili dva Češi při pracovním pobytu na ostrově Zanzibar ve východoafrické Tanzanii, nyní jsou v domácí karanténě. Toto průjemové onemocnění se šíří především v zemích jihovýchodní Asie a subsaharské Afriky hlavně kontaminovanou vodou či potravinami.**

„Oba pacienti, u nichž byla diagnostikována cholera po návratu ze Zanzibaru, jsou již propuštěni z Ústřední vojenské nemocnice a jsou v domácí karanténě do doby tří negativních výsledků odběrů stolice,“ uvedla mluvčí ministerstva zdravotnictví Štěpánka Čechová.

„Hygienická stanice hlavního města Prahy ve spolupráci s ministerstvem zdravotnictví přijala potřebná opatření včetně informování zahraničních partnerů v rámci stanovených komunikačních systémů rychlého varování,“ doplnila Čechová.

Poslední dva případy cholery v Česku byly zaznamenány v roce 2002. Oba pacienti se nakazili zřejmě z kontaminované vody, jeden v Indii a druhý v Thajsku. Předtím ji přivezl český pacient v roce 1986 z Egypta. V bývalém Československu pak byla malá epidemie cholery zaznamenána naposled v roce 1970 na východním Slovensku, připomněl Zdravotnický týdeník.

V Tanzanii bylo podle údajů Světové zdravotnické organizace (WHO) loni v dubnu zaznamenáno přes 24 000 případů cholery, 300 z nich na Zanzibaru.

## Haiti: Přes devět tisíc obětí

Jedna z posledních velkých epidemií cholery zasáhla v roce 2010 Haiti. Nákaze dosud podlehl přes 9 000 lidí. Odhaduje se, že nakaženo bylo celkem sedm procent haitské populace, nemoc se rozšířila i do sousední Dominikánské republiky a na Kubu.

Zdroj: [novinky.cz](http://novinky.cz), 24. 5. 2017



# Praktické rady k diagnostice a terapii kožních virových a mykotických infekcí

MUDr. Jan Hugo

Dermatovenerologická klinika 3. LF UK a FNKV

## ■ Úvod

Infekce virové i mykotické etiologie, postihující kůži a kožní adnexa, mají převážně nezávažný průběh. Přesto může být jejich terapie komplikovaná vzhledem ke svým specifickým. Spíše než slovo terapie by bylo ale vhodnější použít termín „řešení“. Zejména u některých virových infekcí rodiče těžko chápou, že lékař – ani ten nejlepší na světě – průběh žádnými léky neovlivní a může kromě správné diagnostiky pomoci leda v symptomatickém tlumení subjektivně obtěžujících jevů, jako je například svědění. Výsledná doba potřebná ke kompletnímu zhojení všech projevů dále závisí na mnoha individuálních rozdílech, které jsou často nepředvídatelné a neovlivnitelné. Patří sem například geneticky podmíněná tloušťka epidermis či potivost, což si laická veřejnost často také neuvědomuje.

Obdobně jako článek v minulém čísle, zaměřený na problematiku akné, je tento článek souborem různých praktických doporučení a rad, vycházejících z každodenní praxe autora a jeho kolegů, které by měly lékařům pomoci dobrat se co nejrychlejšího zdárného vyřešení níže probíraných chorobných stavů.

### Syndrom ruka-noha-ústa a onychomadesis:

Onychomadéza (angl. většinou označována jako nail shedding) je termín pro poškození nehtů, při kterém dochází ke spontánnímu

odlučování proximální části nehtové ploténky od nehtové matrix. Doprovází různé celkové choroby, v dětském věku převážně virová horečnatá onemocnění, kdy **zcela nejčastější asociace se popisuje se syndromem ruka-noha-ústa**.

Stav nastává několik týdnů po prodělaném infektu, s rychlým vývojem postihujícím většinou všechny nebo téměř všechny nehty (obr. 1 a 2). Právě kvůli rychlému vývoji bývá často mylně pomýšleno na těžké mykotické či bakteriální poškození, nežádka i s předepsáním celkových antimykotik, respektive antibiotik.

Nehty se ale začínají znovu rychle tvořit bez jakékoli intervence, s kompletní obnovou během několika dalších týdnů [1].

### Pityriasis rosea:

Jedná se o časté kožní onemocnění dětského a mladého dospělého věku, donedávna neznámé etiologie, nově dáváno do souvislosti s virovými infekcemi, především **lidským herpetickým virem 6 nebo 7**.

Kromě uklidnění pacienta – povětšinou tedy především rodičů –, že se i přes možné generalizované poškození kožního povrchu jedná o zcela benigní onemocnění, je také nezbytné upozornit, že odeznění tvorby nových projevů a jejich kompletní odhojení bude trvat několik týdnů, výjimečná není ani doba až 3 měsíců. Většinou stačí k urychlení hojícího procesu projevy pouze indifferenčně

promazávat, v případě svědění používáme symptomaticky celková antihistaminika a topické kortikoidy.

I když diagnostika ani terapie nepředstavují složitější problém, existují tři specifické lokalizace, které mohou být také postiženy a o kterých je kvůli takovým případům užitečné se zmínit podrobněji. Konkrétně se jedná o kštici a dlaně/plosky.

Fakt, že projevy ve kštici se u dospělých jedinců vyskytují jen zcela raritně, vede někdy k pozapomenutí, že v dětském věku naopak není tato situace tak výjimečná a poškození v této lokalizaci může tak i v jinak jasných případech svádět k úvahám o jiné etiologii exantému, například o mykotické infekci či psoriáze.

Při výskytu projevů na dlaních a/nebo chodidlech u adolescentů, u kterých je již možno předpokládat sexuální aktivitu, bychom měli **sérologicky vyloučit syfilis**, protože makulozní exantém provázející sekundární stadium syfilis – nazývaný roseola syphilitica – bývá často nesprávně diagnostikován právě jako pityriasis rosea, u které je ale poškození v těchto dvou lokalizacích neobvyklé [2].

### Mollusca contagiosa:

Hlavní úlohou lékaře při infekci molusky není ani tak stanovení správné diagnózy – ta bývá většinou na první pohled zřejmá – jako hlavně zabránění dlouhodobé traumatizaci v důsledku jejich odstraňování. Klasické „chirurgické“ terapie – exkochleace ostrou lžičkou či kyretou, popřípadě kryodestrukce tekutým dusíkem – jsou sice nejúčinnějšími metodami, bohužel ale ve většině případů značně bolestivými. Pokud se rozhodneme indikovat jednu z výše jmenovaných metod, je vhodné dopředu rodiče vybavit **lokálním anestetikem ve formě lidokainového krému**, který se aplikuje 30–60 minut před zákrokem.

Zejména u menších dětí lze nejprve vyzkoušet **topické desktruktivní preparáty**, např. volně prodejný přípravek s 10% hydroxidem draselným či lihový roztok jodu s kys. salicylovou a ureou (rp: Ac. salic. 0,4/Uree 1,0/



Obr. 1 - onychomadéza, celkový pohled



Obr. 2 - onychomadéza, detail





Sol. iodi. spirit. 20,0/M.f.sol./D.S. aplikovat 2× denně) a teprve v případě jejich neúčinnosti přistoupit k razantním chirurgickým metodám [3].

#### Condylomata accuminata:

U adolescentních pacientek, které jsou již sexuálně aktivní, je v případě nálezu byť i pouhé jediné genitální bradavice zapotřebí **indikovat gynekologické vyšetření k vylovení přítomnosti dalších bradavic na sliznici pochvy a děložního čípku** [4].

#### Vybrané chyby při mykologickém odběru:

Snad nejzásadnější chybou – která může nasměrovat celou diagnostiku špatným směrem – je **provedení odběru v příliš krátkém časovém odstupu po předchozím ošetřování**. Pacienti, respektive jejich rodiče, velice často zkoušejí aplikovat různé volně prodejné preparáty, než se rozhodnou požádat o odbornou pomoc. Tuto informaci je proto nezbytné zjistit a podle toho upravit čas realizování odběru.

Pokud se jednalo o lokální preparát, je časový odstup u projevů na kůži alespoň 2 týdny, v případě nehtů 6 týdnů. V případech, kdy předcházela celková terapie, je ale nutný časový odstup minimálně 3 měsíce u projevů na kůži a u nehtů dokonce až 9 měsíců [5].

Při podezření na mykotické postižení nehtů rozhodně neplatí „čím větší vzorek, tím lépe“ a zasílání odstřižených kusů nehtu nebo i celých stržených nehtů tak rozhodně diagnostice nepomůže. Vždy je nutné odebrat drť zpod nehtu, například lopatovitou lancetou, ideálně až z rozhraní zdravé a klinicky změněné části nehtu.

Při vyšetření na kandidy, při kterých jsou používány stěry za pomoci tampónů, může dojít ke znehodnocení odebíraného materiálu příliš dlouhou prodlevou před samotným naočkováním na kultivační půdu, například v důsledku čekání na hromadný svaz vzorků.

#### Soor:

Pokud se moučnivka vyskytne **u dětí, které jsou ještě kojeny**, je nutné matky edukovat, že musejí **ošetřovat lokálními přípravky nejen postiženou dutinu ústní, ale také bradavky**, i kdyby na nich nebylo jasně viditelné postižení. V případě používání dudlíku či láhve ke krmení by měly být tyto předměty pravidelně alespoň po 20 minut vyvařovány [6].

Dříve byla jasným léky volby genciánová violet. Přestože **nové studie** podezření

**z kancerogenity vyvrátily**, vzhledem k iracionálnímu potenciálu je dnes patrný odklon od jejího používání. Pokud ovšem jiné zkoušené lokální preparáty nezabírají, lze 0,5% vodný roztok genciánové violeti bez obav použít.

Moderní alternativou je dnes **především nystatinová suspenze, která se aplikuje 4–6× denně** (rp: Nystatini 1 mil. IU/Glyceroli 85 % ad 20,0/M.f.susp.).

V případě, že se matka z jakéhokoli důvodu nemůže dostavit k lékaři k předepsání receptu, lze doporučit koupi nového volně prodejného gelu obsahujícího octenidin. Z německých lékáren lze pořídit také volně prodejný gel s obsahem mikonazolu.

#### Pityriasis versicolor:

Navzdory tomu, že se jedná o zcela neškodnou povrchovou mykotickou infekci, může být její průběh hned z několika důvodů značně svízelný.

Hlavním problémem bývá, že **barevné změny na kůži mohou přetrvávat i několik měsíců, přestože byla terapie úspěšná**. Je tedy důležité hned v začátku terapie pacienty upozornit na tuto eventualitu. Zejména u formy s hypopigmentacemi, léčené v zimním období, se stav často kompletně upraví až po jarním venkovním oslunění.

Pokud po aplikaci námi zvolených preparátů skutečně barevné změny úplně nevymizí, vyvstává nejistota, zda byla terapie adekvátní. K odlišení ještě aktivních a již odléčených ložisek nám může pomoci test, u kterého dosáhneme u stále infikovaných projevů jemným poškrábáním povrchové deskvamace, tento test ale není 100% senzitivní a spolehlivý. Úspěšnost terapie může zásadně ovlivnit i volba lékového základu. Protože je **často postižena větší plocha kůže**, je nejvýhodnější používat preparáty ve formě roztoku či spreje. Některé malassezie mají schopnost se koncentrovat do vlasových folikulů, zejména v okcipitální části kůže, je proto doporučováno přeléčit i ovlasenou oblast hlavy. Vzhledem k tomu, že riziko vzniku infekce je ovlivněno i genetickými faktory a vlivy zevního prostředí, s **tendencí k opakovaným recidivám**, je racionální doporučit k dlouhodobému používání mycí gely a šampóny s antimykotickým působením.

Onemocnění se většinou rozvíjí u jedinců až od období puberty, což souvisí s nárůstem aktivity mazových žláz v tomto věku [7]. Při výskytu infekce v mladším věku radí někteří autoři vyloučit diabetes mellitus a tyreopatii, jedny z hlavních predisponujících faktorů v dospělém věku, kdy právě kožní postižení

může být prvním příznakem dosud jinak asymptomatického stavu.

#### Závěr

Při podezření na mykotickou infekci bychom měli vždy před zahájením terapie zajistit odběr vzorku na mykologické vyšetření. Riziko falešně negativního výsledku u vyšetření, které bychom doplňovali později – až poté co jsme již zkusili předepsat nějaký topický preparát –, je příliš vysoké. Nesmíme zapomínat ani na fakt, že i jiná než antimykotická externa mohou dodatečně vyšetření zkreslit. Dodržování tohoto doporučení je v současné době důležité nejenom z lékařského, ale také z forenzního hlediska.

Stran virových infekcí by chtěl autor v závěru upozornit na jeden potenciálně nerozvážený nápad. Tím je omezené stanovení protilátek proti viru, který je podezříván za původce obtíží. Ani pozitivní sérologie nemusí vždy znamenat kauzální souvislost s danými projevy. Může se totiž jednat pouze o náhodný a jinak nesouvisející nález. Dynamika vývoje různých tříd protilátek je navíc u různých virů rozdílná a musí být hodnocena komplexně. Proto z právě vyjmenovaných důvodů – ale ještě z mnoha dalších – při protrahovaných obtížích, u kterých máme podezření na virový původ, je racionálnější postupem osobní zajištění brzkého komplexního vyšetření na pracovišti klinické imunologie, dermatologie a dle předpokládaného agens případně i infekčního lékařství.

#### Literatura:

1. Novák I, Bloomfield M, Čapek J. Onychomadesis po onemocnění ruka-noha-ústa. Čes-slov Pediatr. 2014;69(6):338–340
2. Jarošíková D, Vašků V. Psoriáza? Dermatol. praxi. 2015;9(1):43–44
3. Střípek J. Terapie molusek a veruk. Dermatol. praxi. 2011;5(1):45–47
4. Nyeem R, Wilkinson EJ, Grover LJ. Condylomata acuminata of the cervix: histopathology and association with cervical neoplasia. Int J Gynecol Pathol. 1982;1(3):246–57
5. Jedličková A, Mašata J, Skořepová M. Lokální mykózy (Průvodce ošetřujícího lékaře). Praha Maxdorf 2008
6. Dortová E, Dort J. Kožní a slizniční kandidóza u novorozence a kojence. Pediatr. praxi. 2012;13(3):153–154
7. Hrnčíř E. Pityriasis (tinea) versicolor. Practicus. 2011;10(6):18–21



# Těhotné ženy a děti ve vysokých nadmořských výškách

**MUDr. Kristina Höschlová**

Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje; Centre Médical d'Avoriaz, Mt.Blanc Helicopteres, Francie;  
Záchranná služba ASČR Praha-západ; Společnost horské medicíny; Katedra urgentní medicíny IPVZ, Praha;  
3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

**Tento článek představuje rizika spojená s pobytem těhotných žen a dětí ve vysokých nadmořských výškách. Popisuje příznaky výškové nemoci u dětí a doporučuje preventivní léčebná opatření pro pobyt ve vysokých nadmořských výškách u dětí i u těhotných žen.**

**Klíčová slova:** těhotenství, děti, vysoká nadmořská výška, výšková nemoc

Vysoké hory jsou krásným prostředím a svou jedinečnou energií přitahují spoustu cestovatelů a milovníků přírody.

Díky snazší dostupnosti přibývá cestovatelů nejen ve velmi vysokých nadmořských výškách nad 5 000 m, ale i v nižších alpských střediscích.

Za nadmořskou výšku, která může způsobit výškovou nemoc či jiné patologie, zpravidla považujeme oblast nad 2 500 až 3 000 m nad mořem. To však nevylučuje fakt, že vnímají jedinci mohou rozvinout výškovou nemoc již od 1 500 m n. m.

Tento článek je zaměřený na výškovou patologii a preventivně léčebná opatření u těhotných žen a dětí.

## ■ Těhotné ženy

Rizika pro těhotné ženy cestující ve vysokých nadmořských výškách jsou následující:

- první trimestr – spontánní potrat
- po 20. týdnu těhotenství – vyšší výskyt preeklampsie
- třetí trimestr – předčasný porod a IUGR (intrauterine growth restriction, tj. intrauterinní růstová retardace). Udává se, že porodní váha plodu klesá o 100 g/1 000 m nadmořské výšky.

Z toho plynou následující **doporučení** pro těhotné ženy cestující do vysokých nadmořských výšek.

Pokud je známo, že žena je těhotná, je dobré sonograficky ověřit polohu plodu a vyloučit mimoděložní těhotenství.

V případě výškové nemoci je v prvním trimestru kontraindikováno užití acetazolamidu

pro potenciální teratogenitu, která byla popsána u hlodavců. Teratogenita u lidského plodu není jednoznačně prokázána. Proto v případě, že matka acetazolamid požíla, aniž by věděla, že je těhotná, není žádoucí zaujímat speciální opatření.

Po 20. týdnu těhotenství je třeba vyloučit rizikové faktory preeklampsie, tedy zejména hypertenzi a proteinurii. Další okolnosti zvyšující riziko preeklampsie vyšší věk matky, nulliparita, kuřáctví, diabetes mellitus, autoimunitní onemocnění, onemocnění ledvin a pozitivní rodinná anamnesa.

Doporučená preventivní vyšetření jsou následující: krevní tlak, proteinurie a sonografické dopplerovské vyšetření uterinní arterie.

Ve 3. trimestru je navíc třeba zvážit vliv zvýšené tělesné váhy matky a posunutého těžiště, který limituje fyzickou aktivitu.

Dále lze předpokládat, že zvýšená námaha v hypoxickém prostředí může vést k hypoxii plodu (svaly spotřebovávají kyslík, kterého se pak nedostává do dělohy).

Kontraindikací pro pobyt těhotné ve vysoké nadmořské výšce je jakýkoliv patologický průběh těhotenství, jako např. placenta previa, insuficience děložního hrdla, kardiopulmonární onemocnění, anémie nebo IUGR plodu.

## ■ Děti a pobyt ve vysokých nadmořských výškách

### a) Výšková nemoc

Výšková nemoc se u dětí vyskytuje ve stejné míře a ve stejné výšce jako u dospělých.

Typické projevy výškové nemoci u dospělých jsou nauzea, zvracení, nechutenství, motání hlavy a poruchy spánku.

U malých dětí někdy bývá nesnadné první projevy identifikovat.

Pro posouzení známek výškové nemoci u preverbálních dětí se proto užívá následující skórování.

- Chuť k jídlu: 0–3  
(dobrá chuť – nechutenství)
- Chuť si hrát: 0–3  
(hravost – netečnost)
- Spánek: 0–3  
(dobrý spánek – insomnie)
- Iritabilita/rozrušení: frekvence 0–6, intenzita 0–6

Je-li celkové skóre prvních tří kritérií 3 a více a intenzita či frekvence iritability 4 a více, lze považovat výškovou nemoc za pozitivní.

**Prevence i léčba výškové nemoci** je stejná jako u dospělých.

Nejlepší prevence je pozvolný výstup a průběžné sledování dítěte. Nad 2 500 m n. m. se doporučuje převýšit 300, max. 500 m/den a každých 1 000 výškových metrů rezervovat den odpočinku navíc. Je třeba dbát na dobrou hydrataci.

Preventivní užívání léků není doporučeno.

Pokud se projeví výšková nemoc, je třeba nepokračovat ve výstupu. Neodeznějí-li příznaky do druhého dne, je dobré sestoupit do poslední nadmořské výšky, kde bylo dítě v pořádku.

Z léků lze zvážit acetazolamid 1,25–2,5 mg/kg po 12 hodinách a/nebo dexametazon 0,15 mg/kg po 6 hodinách. Doba užívání dexametazonu nemá převýšit 5 dní.

**Otok plic** se projevuje zadýcháváním, nízkou fyzickou výkonností a v pokročilém stadiu cyanózou a kašláním růžového sputa. Při



Obr. 1:  
Thorung La,  
Nepál,  
5416 m n. m.  
Děti 10, 8 a 5 let

takových projevech je nutné ihned sestoupit alespoň 500 výškových metrů, poskytnout kyslík a/nebo hyperbarickou komoru (Gamowův vak). Doplnujícím lékem je nifedipin 0,5 mg/kg každých 8 hodin a popř. dexametazon 0,15 mg/kg po 6 h.

**Otok mozku**, stejně tak jako otok plic, je život ohrožujícím stavem. Projevu se poruchou rovnováhy, krutými bolestmi hlavy, motáním, zmateností, somnolencí a poruchou vědomí.

Rychlý sestup do nižší nadmořské výšky je nevyhnutelný, dále je dobré aplikovat kyslík a přetlakový Gamowův vak.

Lékem volby je dexametazon v dávkování 0,15 mg/kg po 6 hodinách – do odeznění příznaků.

#### **b) Syndrom náhlého úmrtí dítěte (SIDS, sudden infant death syndrome)**

Nelze vyloučit, že pravděpodobnost náhlého úmrtí dítěte do jednoho roku se zvyšuje s nadmořskou výškou.

Z toho důvodu se obecně doporučuje děti do jednoho roku ukládat k spánku na záda v nepřetopené místnosti a pobyt nad 2 500 m je pro novorozence a kojence nevhodný. Rizikovými faktory jsou nedonošenost, nízká porodní váha, anémie a jakékoliv vrozené srdeční vady.

Je-li pobyt ve výšce nevyhnutelný (např. kvůli pracovnímu pobytu rodičů), je dobré dítě vyšetřit z hlediska potenciálních srdečních vad, jako je například pravolevý zkrat. Doporučuje se měření SpO<sub>2</sub> během spánku, EKG a sonografie srdečního svalu. Pečlivá aklimatizace je vždy nezbytná.

#### **c) Ušní anatomie a prudká převýšení**

Malé děti mají kratší a horizontálně postavenou Eustachovu trubici, proto hůře snášejí prudké změny atmosférického tlaku. Tato indispozice se projevuje zejména při jakémkoliv zánětu dýchacích cest. V takovém případě se cestování lanovkou či letadlem nedoporučuje.

#### **d) Působení chladu a slunečního záření**

Děti jsou náchylnější k chladovým úrazům než dospělí. Mají vyšší poměr tělesného povrchu vůči tělesné váze a nižší termoregulační kapacitu.

Proto je třeba velmi pečlivě dbát tepelného komfortu dítěte. Z tohoto důvodu se za chladného počasí nedoporučuje nošení dětí v krosničkách, protože postroj může utlačit končetinové arterie a snáze tak dojde k promrznutí.

Dále je nutné děti v horách dobře chránit před silným slunečním zářením. UVB záření stoupá o 4 % každých 300 m. Záření se navíc násobí odrazem od sněhu a působí i za zatažené oblohy.

#### **■ Závěr**

Obecně platí, že pro těhotné ženy i pro děti není pobyt ve vysokých nadmořských výškách kontraindikován. Je ovšem třeba pečlivě zvážit možná rizika spojená s výškou a v případě cesty se dobře připravit na řešení možných komplikací.

Pokud se rodiče rozhodnou pro cestu do vysokých hor se svými dětmi, je nezbytné, aby byli velmi vnímaví vůči aktuálnímu stavu svých dětí a cestovní plány tomuto stavu přizpůsobovali.

#### **■ Literatura**

- Jean D, Moore LG. Travel to High Altitude during Pregnancy: Frequently Asked Questions and Recommendations for Clinicians. *High Altitude Medicine & Biology*. June 2012;13(2):73–81
- Pollard AJ, Niermeyer S, Barry P, Bärtsch P, Berghold F, Bishop RA, Clarke C, Dhillion S, Dietz TE, Durmowicz A, Durrer B, Eldridge M, Hackett P, Jean D, Kriemler S, Litch JA, Murdoch D, Nickol A, Richalet JP, Roach R, Shlim DR, Wiget U, Yaron M, Zubieta-Castillo G Sr, Zubieta-Calleja GR Jr. Children at high altitude: an international consensus statement by an ad hoc committee of the International Society for Mountain Medicine, March 12, 2001. *High Alt Med Biol*. 2001 Fall;2(3):389–403
- Jean D, Leal C, Kriemler S, Meijer H, Moore LG. Medical recommendations for women going to altitude. *High Alt Med Biol*. 2005 Spring;6(1):22–31
- Jean D. L'enfant en montagne: dangers de l'altitude, du froid et du soleil. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. 2008;21(8):349–352
- Hackett PH, Roach RC. High-Altitude Illness. *N Engl J Med* 2001;345:107–114
- Bärtsch P, Swenson ER. Acute High-Altitude Illnesses. *N Engl J Med* 2013;368:2294–2302
- Kubalova J. [www.theuiaa.org](http://www.theuiaa.org), Consensus Statement of the UIAA Medical Commission. Vol.1. 2008
- Küpper et al. [www.theuiaa.org](http://www.theuiaa.org). Consensus Statement of the UIAA Medical Commission. Vol.1. 2012
- The Institute For Altitude Medicine, [www.altitudemedicine.org](http://www.altitudemedicine.org). 2014
- Hackett PH, Rennie ID, Levine HO. The incidence, importance, and prophylaxis of acute mountain sickness. *Lancet*. 1976;2:1149–1154
- Maggiorini M. Prevention and treatment of high-altitude pulmonary edema. *Prog Cardiovasc Dis*. 2010;52(6):500–506

*Poděkování:*

*Fotografie se svolením a laskavostí rodiny Berguet.*

*Převzato z Medicina Sportiva Bohemica & Slovaca 2015 vol. 24, no. 1, p. 33–36  
Höschlová K.: Těhotné ženy a děti ve vysokých nadmořských výškách*





# Diagnostická úskalí PFAPA syndromu

**MUDr. Šárka Fingerhutová, MUDr. Petra Król, Ph.D.,  
prof. MUDr. Pavla Doležalová, CSc.**

Centrum dětské revmatologie a autoinflamatorních onemocnění,  
Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN

## ■ Úvod

Syndrom PFAPA (periodická horečka s aftózní stomatitidou, faryngitidou a krční adenitidou) patří do velké, z historického hlediska nedávno popsané skupiny tzv. autoinflamatorních onemocnění (AIO). Jedná se o stavy charakterizované opakující se aktivací vrozených prozánětlivých mechanismů. Tato dysregulace spolu s absencí autoprotilátek a autoreaktivních T-lymfocytů odlišuje AIO od autoimunitních chorob (1). Syndrom PFAPA se svými projevy řadí mezi klasické představitele periodických horeček. Jedná se o opakované febrilní epizody doprovázené dalšími různorodými projevy, které jsou střídány afebrilními obdobími. V dětském věku je PFAPA nejčastějším syndromem periodických teplot (2). Jako první byl tento syndrom popsán Marshalllem v roce 1987 (3). Na rozdíl od ostatních jednotek se u něj však prozatím nepodařilo definovat vrozenou příčinu (4).

## ■ Etiopatogeneze

Etiopatogenetický mechanismus recidivujících epizod PFAPA syndromu nebyl do současné doby zcela objasněn. Vzhledem k časté pozitivní rodinné anamnéze stran recidivujících teplot, opakovaných angín v předškolním věku či tonsilektomie (TE) u rodinných příslušníků se spekuluje o genetické příčině, která však zatím nebyla prokázána. Pro vysokou účinnost TE v léčbě syndromu PFAPA se rovněž předpokládá důležitá role krčních mandlí v etiopatogenezi onemocnění, uvažuje se o mikrobiálním spouštěči aktivace nespecifického imunitního systému (5). Histologicky je však u tonzil pacientů s PFAPA syndromem popisován pouze nespecifický chronický zánět bez průkazu bakterií, které by tuto aktivaci měly spouštět (6). Celkově se tedy nejspíše jedná o souhru genetického pozadí v kombinaci s epigenetikou a faktory prostředí (7).

## ■ Klinický a laboratorní obraz onemocnění

Akronym PFAPA vystihuje hlavní projevy onemocnění: opakované horečky (**P**eriodic **F**ever), aftózní stomatitidu (**A**phthous stomatitis), tonzilo-faryngitidu (**P**haryngitis) a krční adenitidu (cervical **A**denitis) (8). Další příznaky v atace horečky jsou vysoce nespecifické. Jedná se o únavu, podrážděnost, nechutenství, případně bolesti břicha a další zažívací potíže (např. průjem), bolesti svalů a kloubů (9). Přítomnost těchto projevů je častěji popisována u starších dětí a může souviset s jejich přibývajícím schopností tyto obtíže verbalizovat (10). Horečnaté epizody trvají typicky 3–6 dní a jsou v období 3–8 týdnů oddělovány zcela asymptomatickým obdobím (2). Jednou ze základních podmínek stanovení diagnózy PFAPA syndromu je normální růst a vývoj dítěte (2). Onemocnění se manifestuje obvykle do pěti let věku (2), klinické obtíže vymizí do puberty (7). Diagnóza tohoto syndromu je stanovována per exclusionem s pomocí modifikovaných kritérií dle Hofera (tabulka 1).

Tabulka 1: Modifikovaná diagnostická kritéria syndromu PFAPA (20)

|    |                                                                                                                                                                                 |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Pravidelně se opakující horečky s nástupem před 5. rokem života                                                                                                                 |
| 2. | Symptomy s absencí infekce horních cest dýchacích. Přítomnost minimálně jednoho z následujících příznaků<br>a. Aftózní stomatitida<br>b. Krční lymfadenopatie<br>c. Faryngitida |
| 3. | Vyloučení cyklické neutropenie                                                                                                                                                  |
| 4. | Kompletně asymptomatický interval mezi epizodami horeček                                                                                                                        |
| 5. | Normální růst a vývoj dítěte                                                                                                                                                    |
| 6. | Vyloučení monogenních syndromů periodických horeček hlavně u pacientů s gastrointestinálními příznaky a rašem                                                                   |

Objektivní nález tonzilitidy/tonzilofaryngitidy může napodobovat streptokokovou angínu. V případě nejistoty či v průběhu úvodní diferenciální diagnostiky je vhodné opakovaně vyloučit přítomnost pyogenního streptokoka mikrobiologickým vyšetřením, nejlépe kultivací stěru z tonzil provedeného ráno na lačno. Lokalizace lymfadenopatie odpovídá mizní drenáži z této oblasti, a postihuje tak především uzliny před horní částí kývače, zpravidla oboustranně. K jejich zvětšení, ale také normalizaci, dochází velmi rychle. Velikost uzlin nepřesahuje pět centimetrů, uzliny nefluktuují, kůže nad nimi není zarudlá (8). Generalizovaná lymfadenopatie není pro syndrom PFAPA typická a zejména v kombinaci s hepatosplenomegalií vyžaduje podrobnější vyšetření (8). Aftózní léze bývají u PFAPA syndromu malé a mělké, dobře se hojí po skončení epizody.

Laboratorní nálezy jsou nespecifické. V průběhu ataky dochází k vzestupu zánětlivých parametrů, zejména C-reaktivního proteinu (CRP), sérového amyloidu A (SAA), sedimentace erytrocytů (FW) a fibrinogenu, v krevním obraze je typicky neutrofilní leukocytóza, často s posunem doleva (11). Důležitým momentem pro diagnózu PFAPA syndromu je plná normalizace těchto nálezů v afebrilním mezidobí. K elevaci zánětlivých parametrů dochází v řádu hodin od nástupu horečky. Zvýšení leukocytů a FW se objevuje již po 6–12 hodinách, CRP vzrůstá mezi 18–24 hodinami po nástupu horečky. V průběhu ataky byl pozorován vzestup koncentrace prozánětlivých cytokinů, zejména interleukinu (IL-1) beta, tumor nekrotizujícího faktoru (TNF) alfa, IL-6, IL-12p70 (12). Tato skutečnost by mohla mít význam pro hodnocení odpovědi na terapii i pro dlouhodobou prognózu. Amyloidóza jako obávaná komplikace především monogenních periodických horeček však dosud u PFAPA syndromu nebyla popsána (13). Hodnoty CRP bývají významně až extrémně zvýšeny, což společně s objektivním nálezem tonzilofaryngitidy vede často ke zbytečnému



předepisování antibiotik. Klíčem k odlišení streptokokové faryngitidy od podobného projevu syndromu PFAPA je zejména nízký věk dítěte (batole, malý předškolák), absence významnější celkové alterace stavu a pravidelné opakování stejného scénáře. Teploty vymizí bez ohledu na podání antibiotika, ke kterému obvykle dochází po 3–5 dnech, tedy v době, kdy se kryje se spontánním ústupem epizody PFAPA. V případě diagnostických rozpaků je proto první volbou správně provedený výěr krku. Antibiotická terapie nemá na průběh epizody PFAPA žádný vliv (14), naopak přispívá ke zvyšování bakteriální rezistence. Nezbytným kritériem potvrzení epizody PFAPA syndromu jako příčiny tonzilitidy je negativní výsledek mikrobiologického vyšetření. Dobrým vodítkem může být hodnota antistreptolysinu O (ASO), případně protilátek proti deoxyribonukleáze B. Dle Perka et al. mělo 88 % pacientů se syndromem PFAPA ve vyšetření nízké hodnoty ASO (méně než 500 U/ml), což pomohlo odlišit pacienty s recidivujícími streptokokovými angínami či chronickou tonzilitidou (7). Tyto dvě klinické jednotky jsou navíc u batolat a předškoláků méně časté než u starších dětí. Pro správnou interpretaci hodnot ASO je tedy třeba zohlednit věk dítěte i interval od předpokládaného streptokokového onemocnění. V tabulce 2 jsou uvedeny hranice normálních hodnot ASO pro různé věkové kategorie.

Tabulka 2 Hranice normy hodnot titru antistreptolysinu O (ASO) v různých věkových skupinách (21)

| Věk (roky) | Titř ASO (U/ml) |
|------------|-----------------|
| 0,5–2      | 50              |
| 2–4        | 160             |
| 5–12       | 170–330         |
| Dospělí    | 160             |

## ■ Diferenciální diagnostika

Diferenciální diagnostika recidivujících horeček je velmi široká. Autoinflamatorní onemocnění se stala důležitou skupinou v řadě dalších stavů provázených opakovanými horečkami, jako jsou infekce zejména při imunodeficitních stavech či anatomicky disponovaných infekčních focusech, idiopatická zánětlivá a hematoonkologická onemocnění (9).

V případě syndromu PFAPA je třeba zvažovat opakované infekce horních dýchacích cest u dítěte s adenoidní vegetací či některým

z běžnějších imunodeficitů, jako je např. selektivní deficit IgA. Fokusem infekce může být kariézní chrup (u dětí často při absenci výraznější bolesti zubu) či chronická bakteriální tonzilitida (viz výše). Vzácnou příčinou pravidelně se opakujících horeček, často s projevy faryngitidy a stomatitidy, může být vrozená porucha vyžívání myeloidní řady vedoucí k opakovanému (přibližně každých 21 dnů) poklesu počtu neutrofilních leukocytů trvajícímu 3–7 dnů, tzv. cyklická neutropenie. Proto je vhodné zkontrolovat krevní obraz s diferenciálem v průběhu horečnaté epizody, i když normální nebo zvýšené počty leukocytů mají malý diferenciálnědiagnostický význam. Při typické klinické situaci prospívajícího dítěte, které je v intervalech mezi horečnatými epizodami zcela v pořádku klinicky i laboratorně, je přítomnost chronického zánětlivého či nádorového onemocnění vysoce nepravděpodobná.

U dítěte již sledovaného pro syndrom PFAPA může být obtížné odlišit jiné příčiny teplot. U řady pacientů s touto periodickou horečkou je frekvence běžných dětských infekcí velmi malá, rodiče líčí, že jejich dítě má „pouze“ epizody PFAPA. Jindy se však typické ataky horečky kombinují s infekty horních dýchacích cest. Rýma a kašel nepatří mezi projevy PFAPA syndromu, a jsou tedy dobrým diferenciálnědiagnostickým vodítkem svědčícím pro virové infekty. Zejména u školkových a školních dětí přichází v úvahu i kombinace epizod PFAPA se streptokokovými tonzilitidami. I když rodiče někdy líčí poněkud odlišný charakter průběhu epizody v případě infekce např. ve smyslu nižších teplot či výraznější bolesti v krku v případě streptokokové tonzilitidy, spolehlivé odlišení je možné pouze na základě mikrobiologického průkazu pyogenního streptokoka (viz předchozí sekci). Problém odlišit jiné infekce, např. recidivující infekce močových cest, může výjimečně nastat u dětí s atypickým klinickým obrazem PFAPA syndromu s absencí charakteristických slizničních projevů. Typické klinické projevy syndromu PFAPA jsou shrnuty v tabulce 3.

Důležitou diferenciálnědiagnostickou skupinou jsou vrozené stavy, označované jako monogenní horečky. Jedná se o autoinflamatorní onemocnění, jejichž hlavním jmenovatelem jsou podobně jako u syndromu PFAPA opakované febrilní stavy. Znalost jejich typického klinického obrazu je základním předpokladem pro jejich odlišení od

syndromu PFAPA. Diagnóza pak může být potvrzena genetickou analýzou. Kromě horečky je společným projevem všech těchto chorob přítomnost vysoké laboratorní zánětlivé aktivity v době horečky, která se v mezidobí může, ale nemusí plně normalizovat. Zejména v afebrilním období je jejím nejcitlivějším indikátorem koncentrace sérového amyloidu A (SAA), která je hlavním faktorem rizika rozvoje závažné komplikace těchto stavů v podobě sekundární amyloidózy. Tabulka 4 uvádí varovné projevy provázející jiná onemocnění než syndrom PFAPA, jejichž přítomnost by měla vést k přehodnocení diagnózy.

## Familiární středomořská horečka: FMF (Famíal Mediterranean Fever)

FMF je z celosvětového hlediska nejčastější monogenní horečkou. Dědí se převážně autosomálně recesivně, ale může se vzácně manifestovat i u nositelů pouze jedné mutace. Vyskytuje se především v populaci aškenázských Židů, Arabů, Turků či Arménů, ale byla popsána i u Evropanů. Onemocnění je způsobeno mutací MEFV (Mediterranean Fever) genu kódujícího protein pyrin (marennostin). Tato mutace ústí v epizodickou nadprodukcii zánětlivých mediátorů, zejména IL-1 $\beta$ , která vede ke krátkým atakám horečky v trvání 1–3 dnů provázeným nejčastěji bolestmi břicha napodobujícími náhlou příhodu břišní, případně bolestmi na hrudi či akutní artritidou postihující asymetricky zejména velké klouby. Tyto projevy jsou způsobeny akutním aseptickým zánětem serózních blan – peritonea, pleury, synoviální membrány. U některých pacientů se objevuje vyrážka, nejčastěji lokalizovaná v oblasti nohou, která vzhledem připomíná erysipel. Všechny tyto projevy spontánně ustupují spolu s normalizací teploty. Pacienti bývají vyšetřováni na chirurgických či gastroenterologických pracovištích a v zemích s nízkým výskytem, a tím i nízkým povědomím o možnosti diagnózy FMF, často podstupují apendektomii, probatorní laparotomie, endoskopie. K manifestaci FMF dochází v dětském či mladém dospělém věku, obvykle do 20 let. Včasné stanovení správné diagnózy má prognosticky velký význam, protože neléčené onemocnění je spojeno s vysokým rizikem život ohrožující sekundární amyloidózy. Jejím rozvoji lze účinně zabránit celoživotním užíváním kolchicinu, v rezistentních případech pak blokátory IL-1 (15).



Tabulka 3 Typické projevy syndromu PFAPA

|                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| • Manifestace po 1. roce věku                                                              |
| • Prodlužování afebrilních intervalů s přibývajícím věkem, ústup obtíží do nástupu puberty |
| • Opakovaně stereotypní, pro každého pacienta jedinečný klinický obraz febrilní epizody    |
| • Opakovaně negativní mikrobiologické nálezy při exsudativní tonzilofaryngitidě            |
| • Zvýšené zánětlivé parametry v období ataky s normalizací v mezidobí                      |
| • Základní imunologické parametry v normě                                                  |
| • Stejný průběh epizody bez ohledu na podání antibiotik                                    |
| • Prospívající dítě, v afebrilním mezidobí zcela bez klinických obtíží                     |
| • Rychlý ústup teploty i dalších projevů po jednorázové dávce prednisonu 1–2 mg/kg         |

Tabulka 4 Projevy netypické pro syndrom PFAPA, které by měly vést k přehodnocení diagnózy

|                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| • Manifestace v kojeneckém či novorozeneckém věku                                                           |
| • Pozitivní rodinná anamnéza periodických horeček                                                           |
| • Různorodost klinického obrazu febrilních atak                                                             |
| • Přetrvávání abnormálních klinických či laboratorních nálezů v afebrilním mezidobí                         |
| • Zvýšené hladiny IgA a/nebo IgD                                                                            |
| • Vedoucím klinickým příznakem v atace jsou bolesti břicha, exantém, oční projevy či jiné orgánové projevy  |
| • Neprospívání dítěte                                                                                       |
| • Zkracování intervalů mezi atakami navzdory stárnutí dítěte                                                |
| • Špatná odpověď na jednorázové podání prednisonu ve smyslu přetrvávání teplot a dalších klinických projevů |

#### Deficit mevalonát-kinázy: MKD (Mevalonate-Kinase Deficiency), Hyper-IgD syndrom (HIDS)

MKD/HIDS je považován za nejčastější monogenní horečku u Evropanů. Patří mezi autozomálně recesivně dědičná onemocnění. Je způsoben mutací genu pro mevalonát-kinázu, která vede ke snížení aktivity tohoto enzymu a porušení tvorby isoprenoidových produktů s nadprodukcí prozánětlivých mediátorů a opakovanými epizodami zánětu. Onemocnění bývá spouštěno očkováním či zcela běžnými infekty. K manifestaci dochází často již během kojeneckého věku. Projevy mohou být blízké manifestaci syndromu PFAPA. Jedná se o epizody horečky trvající 4–7 dní doprovázené často faryngitidou, krční lymfadenopatií, bolestmi břicha spojenými s nauzeou a zvracením, artralgiemi či artritidou. Na kůži se může objevit makulopapulózní exantém, v ústech afty. Epizody MKD/HIDS bývají poněkud delší než v případě PFAPA syndromu a jejich klinický obraz bývá různorodý v závislosti na vyvolávající příčině, kterou je často interkurtní lehký virový infek. Přítomnost projevů respirační infekce (rýma, kašel) na rozdíl od PFAPA syndromu epizodu MKD/HIDS tedy nevylučuje. Gastrointestinální projevy jsou pro MKD/HIDS typické na rozdíl od PFAPA syndromu, kde nebývají v popředí klinického obrazu febrilní ataky. Pravidelnost febrilních atak, popisovaná často u dětí se syndromem PFAPA, není pro tuto periodickou horečku tak typická. Laboratorní nálezy jsou i zde nespecifické se zvýšením parametrů akutní

zánětlivé odpovědi. U většiny dětí se v průběhu nemoci objeví zvýšení imunoglobulinů ve třídách IgA a IgD. Zvýšení IgD je však nespecifické a bývá pozorováno i v řadě jiných klinických situací. Jeho role v etiopatogenezi MKD/HIDS není objasněna, předpokládá se, že je pouze jakýmsi epifenomenem. Absenci elevace IgD často pozorujeme u malých dětí s tímto syndromem. Vysoce specifickým laboratorním markerem MKD/HIDS je nález kyseliny mevalonové a jejích metabolitů v moči odebrané při epizodě horečky. V léčbě se uplatňuje krátkodobé nárazové podávání kortikosteroidů v době ataky a symptomatická léčba antipyretiky či nesteroidními antirevmatiky. U závažně probíhajícího onemocnění může být zváženo podávání blokátoru cytokinů (TNF, IL-1). V případě mutace vedoucí k nulové aktivitě mevalonát-kinázy se jedná o vrozenou poruchu metabolismu označovanou jako mevalonová acidurie, která je spojena s mentální retardací a dalšími neurologickými projevy, neprospíváním, myopatií, kataraktou a horečkami (15).

#### Periodický syndrom asociovaný s kryopyrinem: CAPS (Cryopyrin-Associated Periodic Syndrome)

CAPS neboli kryopyrinopatie je autozomálně dominantně dědičným onemocněním způsobeným mutací v genu CIAS1/NLRP3, který kóduje protein kryopyrin. Mutace genu vede k prozánětlivému stavu spojenému s nadprodukcí IL-1β. Klinicky se jedná o skupinu onemocnění s různě vyjádřenými

příznaky a odlišnou závažností. Lze odlišit 3 hlavní fenotypy. Familiární chladová urtika (Familial Cold Urtica, FCAS) je považována za nejméně závažnou jednotku. Objevuje v časném dětství a je charakterizována epizodami urtikariformního exantému, někdy spolu s artralgiemi a konjunktivitidou v návaznosti na expozici chladnému prostředí. Symptomy trvají maximálně 24 hodin (1). Druhým zástupcem je Muckle-Wellsův syndrom (MWS), kde se ke zmíněným příznakům přidávají i bolesti kloubů, břicha, končetin, hlavy, únava, může se rozvinout senzori-neurální porucha sluchu. Potíže přicházejí obvykle nepravidelně, často bez jasné souvislosti s chladem. Riziko sekundární amyloidózy u neléčených pacientů je vysoké (25 %). Nejzávažnějším fenotypem je chronický infantilní neurologický, kožní a kloubní syndrom (Chronic Infantile Neurological Cutaneous Articular, CINCA/Neonatal Onset Multiinflammatory Disorder, NOMID). Známky zánětu, horečky a exantém se velmi často objevují již po narození. Nejzávažnějším postižením je chronická aseptická meningitida se zvýšením nitrolebního tlaku a chronickým papiledémem a progresivní senzori-neurální ztráta sluchu. V léčbě se uplatňují blokátory IL-1 (1, 16).

#### Periodický syndrom asociovaný s receptorem pro tumor nekrotizující faktor (TNF): TRAPS (TNF Receptor-Associated Periodic Syndrome)

TRAPS je způsoben autozomálně dominantně děděnou mutací genu pro receptor





TNF. Onemocnění je charakterizováno nepravidelnými atakami teplot trvajícími obvykle déle než týden, často i několik týdnů. Ataky bývají doprovázeny bolestmi břicha či hrudníku, způsobenými serozitidou. Časté muskuloskeletální bolesti bývají spíše artralgiemi než artritidou, časté jsou myalgie, jejichž příčinou může být fasciitida. Na kůži (hlavně končetin) se objevuje měnlivý nespecifický makulární exantém. Místa s exantémem bývají proteplená a citlivá na dotek. Typickým a relativně častým projevem je postižení očí v podobě konjunktivitidy či periorbitálního edému či erytému. Onemocnění se obvykle manifestuje v dětství, byl však popsán jeho začátek i v pozdějším věku. Prevalence sekundární amyloidózy je relativně vysoká, její riziko se odvíjí od četnosti a trvání epizod horečky a od přítomnosti subklinického zánětu v afebrilním mezidobí. V terapii se může uplatnit epizodická kortikoterapie, případně biologická léčba etanerceptem či blokádou IL-1 (15).

### ■ Terapie PFAPA syndromu

Léčebná opatření se odvíjejí od závažnosti klinického obrazu a míry zátěže pacienta a jeho rodiny (9). Hlavními faktory jsou tedy četnost epizod a jejich trvání. Pro objektivizaci těchto parametrů je vhodné, aby rodiče vedli prospektivní záznam o horečkách a průvodních jevech, na jehož základě je zvažována léčba a posuzován její efekt. Symptomatická léčba horečky antipyretiky či nesteroidními antirevmatiky je v epizodě PFAPA syndromu u řady dětí méně účinná než při běžných infektech.

#### Epizodický prednison

Standartem léčby PFAPA syndromu je epizodické podávání prednisonu v dávce 1–2 mg/kg jednorázově (2). Pouze ve zcela výjimečných případech je třeba dávku 1 mg/kg opakovat ještě další den. V praxi se ukazuje, že tato léčba je nejefektivnější při časném podání kortikoidů, tedy hned po prvním vzestupu teploty spojeném s dalšími pro dané dítě typickými projevy. Toto opatření u většiny pacientů ukončí probíhající ataku během několika hodin. Nežádoucí účinky kortikoterapie při takovémto epizodickém podávání nebyly, snad s výjimkou přechodné změny chování u dětí, popsány (17). Není však známo, jaký je nejkratší bezpečný interval mezi jednotlivými aplikacemi. Mnohaletá práce autorů s pacienty

s PFAPA syndromem ukazuje, že i dlouhodobé (=déle než 6 měsíců) podávání uvedených dávek prednisonu v intervalech minimálně 3–4 týdny nemá vliv na růst ani na rozvoj dalších nežádoucích účinků kortikoterapie. Podávají se tablety, případně v rozdrčené podobě. Hořká chuť prednisonu je u řady dětí významnou překážkou této formy aplikace. Osvědčuje se podání drčené tablety s krystalovým cukrem a tekutinou nebo se sirupem na lžičce nebo stříkačkou ke koření jazyka. Nouzově lze prednison podat v podobě magistraliter připravených čípků. V tomto případě ale díky variabilní biologické dostupnosti rektálně podaného léku není jasné celkově vstřebané množství a může být třeba podat vyšší dávku. Efekt prednisonu hodnotíme jako příznivý, pokud po jeho podání následuje minimálně dvou-týdenní afebrilní interval.

Epizodické podávání prednisonu může u 25–50 % dětí zpočátku vést ke zkrácení afebrilních intervalů a nakupení febrilních atak, které vyžaduje častější podání léku (2). V těchto případech je možné prednison krátkodobě podávat v intervalech 2–3 týdny. U většiny těchto dětí dojde během několika měsíců opět k prodloužení intervalů mezi epizodami. Tento trend je pro syndrom PFAPA charakteristický, afebrilní intervaly se pomalu, ale jistě prodlužují, až ataky horečky konečně zcela vymizí.

#### Jiné možnosti farmakoterapie

Užívání kortikoidů není prevencí dalších epizod onemocnění, nýbrž pouhým prostředkem rychlého ukončení počínající ataky (2). Podání prednisonu je současně i terapeutickým testem syndromu PFAPA, jelikož v případě jiných příčin horečky není obvykle odpověď tak výrazná. Návrat teplot několik dnů po podání může signalizovat probíhající infekci či některý z monogenních syndromů periodické horečky.

Jen malé procento (6%) dětí se syndromem PFAPA neodpovídá na epizodický prednison nebo u nich dlouhodobě přetrvávají epizody v nepříjemně krátkých intervalech (18). V těchto případech se může uplatnit denní podávání kolchicinu, které však vyžaduje monitoraci. Kolchicin je dětmi obvykle dobře tolerován, nejčastějším nežádoucím účinkem je průjem (11). Další léčebnou variantou uváděnou v literatuře je podávání cimetidinu. Princip jeho účinku je nejasný a zkušenosti jsou omezené, u nás není tato léčba rozšířena (11).

#### Tonzilektomie

Tonzilektomie (TE) je považována za nejúčinnější léčebnou metodu PFAPA syndromu, která u více než 90 % (97 %) dětí vede k trvalému ústupu onemocnění (19), u velmi malého počtu pak alespoň k dlouhodobé remisi. Některá pracoviště ji doporučují jako léčebnou metodu první volby (14). Na pracovišti autorů je TE doporučena zejména pacientům, u kterých se epizody PFAPA kombinují s angínami streptokokové etiologie, a dětem neodpovídajícím na konzervativní terapii uvedenou výše. Adepty TE jsou pak zejména školáci, u nichž epizody interferují s potřebnými denními aktivitami.

### ■ Závěr

PFAPA syndrom je nejčastější příčinou periodických horeček u českých dětí. Jedná se o benigní onemocnění s příznivou dlouhodobou prognózou, problémem však (zejména v jeho začátku) je odlišení od jiných příčin opakovaných febrilních stavů. Klíčem ke stanovení správné diagnózy je v první řadě dobrý celkový stav dítěte a zcela normální klinické i laboratorní nálezy v období mezi atakami. Velmi charakteristické je uniformní opakování stejného souboru projevů, jejichž kombinace je pro každé dítě unikátní. Podobnost s infekční tonzilofaryngitidou a vysoké hodnoty CRP v atakách často svádějí k opakovanému a zbytečnému podání antibiotik. U dětí s opakovanými projevy tohoto typu by měla antibiotická léčba následovat až po mikrobiologickým průkazu streptokokové etiologie. S podáním prednisonu v případě podezření na ataku PFAPA syndromu není třeba čekat na výsledek kultivace, v případě infekční etiologie faryngitidy má prednison obvykle jen krátkodobý nebo nedostatečný efekt a následná řádně podaná antibiotická léčba by měla účinně zabránit rozvoji případných poststreptokokových komplikací. Diagnóza PFAPA syndromu je definitivně potvrzena až v okamžiku, kdy periodické horečky zcela ustanou. Přehodnocení diagnózy ve smyslu jiných možných příčin opakovaných horeček je třeba v případě rozvoje netypických projevů či neočekávaného vývoje onemocnění včetně zvyšování frekvence či trvání febrilních epizod namísto očekávaného prodlužování intervalů mezi nimi.

Základní informace o syndromech periodické horečky pro rodiče pacientů jsou k dispozici v různých světových jazycích včetně češtiny na stránkách [www.pediatric-](http://www.pediatric-)



-rheumatology.printo.it. Instrukce k případnému objednání k vyšetření v ambulanci pro periodické horečky včetně anamnestického dotazníku a záznamového archu pro zápis epizod jsou k dispozici na stránkách Kliniky dětského a dospělého lékařství VFN (Specializovaná centra, Centrum dětské revmatologie, Informace pro pacienty).

## Poděkování

Článek byl vytvořen za podpory projektu MZ ČR RVO-VFN 64165 a SVV 260373

## Literatura

- Král P et al. Horečka jako hlavní projev nemoci. *Pediatric pro praxi*, 2011;12(2):111-114
- Vanoni F et al. PFAPA syndrome: a review on treatment and outcome. *Pediatr Rheumatol Online J*. 2016 Jun 27;14(1):38
- Gattorno M et al. Differentiating PFAPA syndrome from monogenic periodic fevers. *Pediatrics*. 2009 Oct;124(4):e721-728
- Cochard M et al. PFAPA syndrome is not a sporadic disease. *Rheumatology (Oxford)*. 2010 Oct;49(10):1984-1987
- Cattalini M et al. Basic characteristics of adults with periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, and adenopathy syndrome in comparison with the typical pediatric expression of disease. *MediatorsInflamm*. Volume 2015 (2015)
- Wurster V et al. Long-term follow-up children with periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, and cervical adenitis syndrome. *J Pediatr*. 2011 Dec;159(6):958-964
- Perko D et al. Clinical features and genetic background of the periodic fever syndrome with aphthous stomatitis, pharyngitis, and adenitis: A single center longitudinal study of 81 patients. *MediatorsInflamm*. 2015;2015:293417
- Thomas KT et al. Syndrome of periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, and adenitis (PFAPA) – What it isn't. What is it? *J Pediatr*. 1999 Jul;135(1):1-5
- Král P et al. Recidivující febrilie u dětí. *Pediatr. Praxi*. 2013;14(4):221-224
- Hofer M et al. International periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, cervical adenitis syndrome cohort: description of distinct phenotypes in 301 patients. *Rheumatology (Oxford)*. 2014 Jun;53(6):1125-9
- Padeh S et al. Periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, and adenopathy syndrome: Clinical characteristics and outcome. *J Pediatr*. 1999 Jul;135(1):98-101
- Stojanov S et al. Cytokine profile in PFAPA syndrome suggests continuous inflammation and reduced anti-inflammatory response. *Eur Cytokine Netw*. 2006 Jun;17(2):90-97
- Dagan E et al. MEFV, TNF1RA, CARD15 and NLRP3 mutation analysis in PFAPA. *Rheumatol Int*. 2010 Mar;30(5):633-636
- Licameli G et al. Long-term surgical outcomes of adenotonsillectomy for PFAPA syndrome. *Arch OtolaryngolHeadNeckSurg*. 2012 Oct;138(10):902-906
- Gattorno M et al. Diagnosis and management of autoinflammatory diseases in childhood. *J ClinImmunol*. 2008 May;28 (Suppl 1):S73-83
- www.nomidalliance.com
- Tasher D et al. PFAPA syndrome: new clinical aspects disclosed. *Arch Dis Child*. 2006 Dec;91(12):981-984
- Král P et al. PFAPA syndrome: clinical characteristics and treatment outcomes in a large single-centre cohort. *Clin Exp Rheumatol*. 2013 Nov-Dec;31(6):980-987
- Lantto U et al. Long-term outcome of classic and incomplete PFAPA (Periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, and adenitis) syndrome after tonsillectomy. *J Pediatr*. 2016. Dec;179:172-177
- Hofer M et al. PFAPA (periodic fever, oral aphtae, pharyngitis and cervical adenitis) syndrome: A new consensus on diagnostic criteria. *Ann Rheum Dis*. 2009;68(Suppl 3):705
- Pagana K D. *Mosby's manual of diagnostic and laboratory tests*. St. Louis: Mosby, Inc., 1998

## Lékaři: EET zdrazí posudky a potvrzení

**Elektronická evidence tržeb (EET), do níž jsou od příštího roku zahrnuti i lékaři, zřejmě zdrazí některé posudky a potvrzení, které pacienti od lékařů vyžadují. Zaznělo to na pražské Jarní interaktivní konferenci SVL.**

Více peněz by pacienti zřejmě měli v příštím roce vydat například za lékařský posudek o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel, který potřebují všichni řidiči od 65 let a pak opakovaně po dvou letech, dále za potvrzení o očkování na nejrůznější akce, ale třeba i za potvrzení nutné k vydání zbrojního průkazu. Zatím šlo v průměru o dvě stě až pět set korun v závislosti na rozsahu vyžádaného dokumentu. Teď hrozí, že za tyto výkony zájemci zaplatí víc. „Problém vidíme v neefektivnosti využívání složitého a drahého systému pro minimum hotovostních obrátů, které v ordinaci vykážeme,“ řekl Právu Cyril Mucha, člen pracovní skupiny pro elektronické zdravotnictví SVL. Podle něho jde většina plateb přes účty zdravotních pojišťoven. „Je to typické honění malých ryb za neadekvátně velkými náklady,“ uvedl.

### Starší raději odejdou do důchodu

„Jelikož stát nepříslíbil žádné kompenzace jako například v pohostinství, budeme nuceni zvýšit ceny za služby v našich ordinacích a pokusit se vyrovnat náklady na EET,“ dodal.

Podle něj zavedení EET bude mít dopad hlavně na starší kolegy. Než prý by zaváděli v ordinacích EET, raději odejdou do důchodu. „To poškodí periferní části ČR, kde je nejvíce starších lékařů, a není jasné, kdo nastoupí po nich, pokud do důchodu odejdou,“ řekl Mucha s tím, že stát by se měl nad touto situací ještě zamyslet. Prezident České lékařské komory Milan Kubek Právu řekl, že komora se snaží, aby z EET byli lékaři vyjmuti, protože někteří doktoři dělají posudky na vyžádání pacienta měsíčně jen pár a kvůli tomu si budou muset pořídit celý systém. Praktičtí lékaři včera také vyzvali ministerstvo zdravotnictví, aby v rámci kapitační platby dorovnálo cenu jejich práce podle svého slibu a uvolnilo preskripci pro všeobecné praktické lékaře tak, aby mohli předepisovat více léků, které dosud mohou jen specialisté.

To by pacientům velmi pomohlo, protože by tak odpadly dlouhé čekací doby u ambulantních specialistů. Ministerstvo o tom uvažuje, a to navzdory specialistům, kteří jsou proti.

*Zdroj: V. Pergl, Právo, novinky.cz, 29. 4. 2017*



# Spalničky – historie a současnost

MUDr. Parvine Gricová

PLDD Uherské Hradiště

**Spalničky neboli morbilli (zdrobnělina od morbus) jsou vysoce nakažlivé virové exantémové onemocnění. Nejčastěji postihuje děti ve věku 4 až 5 let, mohou jím však onemocnět i mladší nebo starší děti, dokonce i dospělí. Celosvětově jsou spalničky velmi častým onemocněním a jednou z nejčastějších příčin úmrtí dětí do 5 let. Před zavedením pravidelného očkování patřily spalničky k velice častým dětským chorobám i u nás.**

## ■ Historie onemocnění

Jedná se o onemocnění, které se vyskytuje pravděpodobně už zhruba 5 000 let, tj. od doby, kdy lidé začali osídlovat města. V Americe se spalničky do příchodu Evropanů nevyskytovaly. Dobytí Nového světa je často označováno za jednu z největších demografických katastrof, protože počet domorodých obyvatel byl po příchodu Evropanů i v důsledku zavlečených infekčních nemocí zredukován na desetinu.

V průběhu 19. a 20. století zavlekli cestovatelé a průzkumníci spalničky do mnoha odlehklých míst světa. Nejlépe zdokumentovanými případy jsou epidemie na Faerských ostrovech v roce 1846, při níž bylo zjištěno, že prodělané onemocnění vede k celoživotní imunitě, a na Fidži v roce 1875, kde během epidemie zemřelo asi 40 000 osob z celkového počtu 150 000 obyvatel roztroušených po 100 obydlených ostrovech.

První pokusy o prevenci spalniček proběhly v 18. století, kdy se skotský lékař Francis Home pokoušel inokulovat děti, a to buď pokožkou, nebo do nosu, bavlněnými tampony namočenými v čerstvé krvi pacienta se spalničkami v době nejvyšší horečky. Na rozdíl od úspěšné vakcíny proti pravým neštovicím, kterou v této době vyvinul Edward Jenner, se Homeův postup neujal.

První oslabená živá vakcína proti spalničkám byla schválena v roce 1963. Za poslední půlstoletí došlo díky očkování k poklesu výskytu spalniček o 99 %. V éře před očkováním se na celém světě vyskytovalo každý rok asi 100 milionů případů onemocnění spalničkami, přičemž z toho 6 milionů osob na toto onemocnění, dle údajů Světové zdravotnické organizace, zemřelo (WHO). Do začátku 21. století počet nemocných klesl zhruba na 35 milionů případů za rok a úmrtnost na spalničky poklesla ze 651 600 úmrtí v roce 2000 na 134 200 v roce 2015. Přesto spalničky nadále zůstávají jednou z hlavních

příčin úmrtnosti malých dětí v globálním měřítku.

V roce 1954 se podařilo identifikovat původce onemocnění *Morbillivirus* – *RNS virus* z čeledi *Paramyxoviridae*, existuje v jediném sérotypu, ale genotypově se jednotlivé kmeny liší. Přirozeným hostitelem je výhradně člověk. Prodělané onemocnění zanechává celoživotní imunitu..

## ■ Epidemiologie

Jediným možným zdrojem nákazy je tedy jen člověk od prvních příznaků prodromálního stadia do 5.–7. dne exantémového stadia. K přenosu infekce může dojít již 2–4 dny před výskytem vyrážky a ještě 4 dny po jejím ústupu. Virus spalniček se přenáší vzdušnou cestou (kapénkovou infekcí). Vstupní branou jsou sliznice nosohltanu a spojivek, poté se virus dostává do lymfatického systému a krevního oběhu (stadium virémie). Inkubační doba je 6–19 dnů, průměrně 13 dnů (10 dnů do začátku katarálního stadia a 14 dnů do vzniku vyrážky). Infekčnost onemocnění je téměř 100 %. Mezi nejrizikovější faktory patří delší kontakt s infikovaným jedincem (proto je důležitá izolace infikovaných). Dalším rizikovým faktorem, který ovlivňuje průběh nemoci, je nedostatek vitamínu A a podvýživa.

## ■ Klinický obraz onemocnění

Onemocnění probíhá ve dvou stadiích:

1. **Prodromální (katarální) stadium** začíná postupně se zvyšující horečkou, rýmou, kašlem a nehnisavým zánětem spojivek. Ke konci katarálního stadia se na zarudlé bukalní sliznici objevují žlutobělavé Koplikovy skvrny. Po 2–3 dnech následuje virémie s infekcí retikuloendoteliálního systému (vysoká nakažlivost během virémie!).

2. **Exantémové stadium** je charakterizováno dalším vzestupem teploty (sekundární

virémie 5.–7. den po nákaze) a výsevem sytější červeného až červenofialového makulopapulózního exantému. Vyrážka začíná za ušima a na krku, šíří se na hlavu a obličej během 3–4 dnů postupně na celé tělo. Má tendenci ke splývání a někdy má až hemoragický charakter. Výsev trvá 6–8 dnů.

Pacient se cítí špatně; stoupající teplota může dosáhnout až 40 °C; 6.–7. den vyrážka ustupuje; 9. den pacient již není infekční. Exantém mizí tak, jak se vyséval, a po jeho vymizení krátkodobě přetrvávají pigmentace. U dospělých probíhá onemocnění závažněji a s častějšími komplikacemi. Mezi neobvyklé formy patří mitigované spalničky, které se sporadicky objeví u nedostatečně imunizovaných osob. Symptomy onemocnění jsou vyjádřeny jen mírně, Koplikovy skvrny nemusejí být vyznačeny, u dospělých má exantém někdy atypický charakter – začne na periferii, je hemoragický nebo vezikulózní, je spojen s edémem končetin. Dalšími klinickými projevy jsou generalizovaná lymfadenopatie, anorexie, průjem. Objevují se typické Koplikovy skvrny na bukalní sliznici.

## ■ Diagnostika onemocnění

### Klinický obraz a průkaz specifických protilátek

Klinická diagnóza by měla být vždy potvrzena sérologickým vyšetřením specifických IgM a IgG protilátek. V krevním obraze je leukopenie, lymfopenie, v biochemickém rozboru jsou zvýšené hodnoty jaterních testů.

Laboratorně potvrzený případ spalniček je takový, u kterého byl z klinického materiálu izolován spalničkový virus nebo byla detekována RNA viru spalniček. Za sérologický průkaz se považuje detekce IgM protilátek, sérokonverze či signifikantní vzestup IgG protilátek v párovém séru. Kritéria laboratorně potvrzeného případu platí plně pro primoinfikované, u vakcinovaných je zejména





sérologický průkaz infekce obtížný. Do třetího až čtvrtého dne po výsevu exantému je u primoinfikovaných detekce IgM protilátek pozitivní pouze u 60–70 % nemocných a u vakcinovaných se IgM protilátky často nevytvoří vůbec pro rychlý vzestup preexistujících IgG protilátek. Stejně tak u vakcinovaných nedochází vždy ani k signifikantnímu vzestupu IgG protilátek při vyšetření párového vzorku séra.

Z uvedeného plyne, že laboratorní diagnostika spalniček založená na sérologickém vyšetření akutního vzorku krve (nejčastěji vyšetřovaném klinickém materiálu) neposkytuje vždy, a to zejména u vakcinovaných, jednoznačně interpretovatelné výsledky. Výhodnější jsou metody přímého průkazu infekčního vyvolavatele z nazofaryngeálního výtěru, moče nebo likvoru, ty však nejsou rutinně využívány, přestože pro laboratorní potvrzení nákazy v prvních dnech onemocnění jsou nejvhodnější. Do třetího až čtvrtého dne po výsevu exantému je metodou PCR možné prokázat přítomnost RNA viru spalniček u více než 80 % pozitivních případů. Odběr vzorků pro přímý průkaz infekčního agens by měl být proveden nejpozději do pátého dne od začátku klinické manifestace onemocnění, ideálně do třetího dne zejména u vakcinovaných, neboť díky rychlému vzestupu IgG protilátek u nich brzy dochází k neutralizaci viru. Odběry nazofaryngeálních vzorků se provádí do virového transportního média, které virus chrání před degradací. Důležitým přínosem metod přímého průkazu

infekčního vyvolavatele je i to, že poskytnou vhodný materiál pro genotypizaci recentních spalničkových kmenů.

### ■ Komplikace onemocnění

Komplikace mohou být primární, vyvolané virem spalniček, nebo sekundární, tedy bakteriální superinfekce.

V průběhu infekce dochází k přechodnému těžkému potlačení buněčné imunity trvajícímu 6 týdnů. Porucha buněčné imunity se může projevit rozvojem sekundárních bakteriálních infekcí včetně exacerbace tuberkulózního procesu.

Z primárních komplikací, které vyvolává přímo spalničkový virus, jsou nejvýznamnější intersticiální pneumonie, laryngitida a encefalitida (asi u 1 % případů, úmrtnost až 10 %).

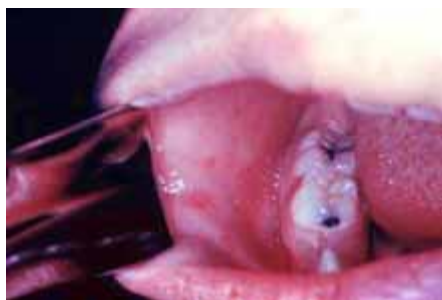
Vzácnou komplikací je **subakutní sklerotizující panencefalitida** (Van Bogaertova, Dawsonova nemoc, zkr. SSPE), jedná se o závažné onemocnění mozku mající souvislost s virem spalniček perzistujícím v CNS. Vzniká postupně, s dlouhou inkubační dobou, histologicky jsou patrné intranukleární inkluze, změny glie, perivaskulární infiltráty. Klinicky se projevuje demencí, neurologickými příznaky, cca za 1 až 3 roky dochází k úmrtí. Jde o reaktivaci viru, který perzistoval v mozku v latentní formě. Patogeneze není zcela jasná. Některé nálezy dokládají, že původcem je defektní spalničkový virus, jiná teorie zdůrazňuje pacientovu abnormální imunologickou odpověď. Průběh je progresivní, k smrti dochází během několika měsíců až několika let. Onemocnění začíná nenápadně poruchami chování a koncentrace a nakonec vyústí v demenci. Později se objeví myoklonie, choreatické pohyby a epileptické záchvaty. Narůstá spasticita s celkovou kachexií.

U rychle probíhajících případů je mozek makroskopicky normální, při prodlouženém průběhu vzniká postupně atrofie, komory jsou rozšířené, konzistence mozku

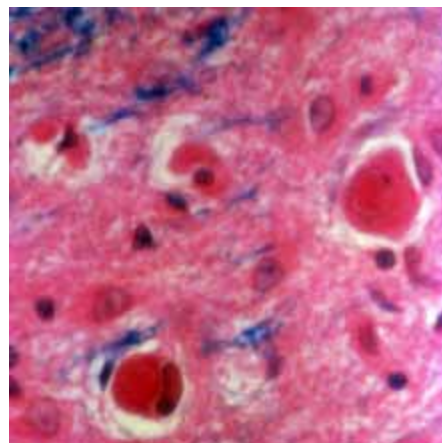
je nápadně tuhá. V písemnictví je někdy zmiňována spojitost s očkováním. Tato hypotéza nebyla potvrzená a v současnosti je pokládána za bezpečně neplatnou.

Až doposud vědecká komunita vycházela z nedávné německé studie, podle níž je riziko rozvoje subakutní sklerotizující panencefalitidy 1 : 1 700 u dětí, které prodělaly spalničky před pátými narozeninami. Starší práce pak uváděly četnost této fatální komplikace spalniček 1 : 100 000. Novější studie ukazují, že pravděpodobnost této fatální komplikace spalniček, která **vždy končí úmrtím dítěte**, je vyšší, a to 1 : 1 387 v případě, že onemocní dítě mladší pěti let. Pokud však onemocní kojenec, který je ještě nemohl být vzhledem k věku očkován, je pravděpodobnost rozvoje subakutní sklerotizující panencefalitidy dokonce 1 : 600. Asi desetina nemocných umírá ještě během prvních tří měsíců od propuknutí choroby, 80 % nemocných zemře během následujících tří let a zbývajících 10 % zemře do deseti let. Četnost této diagnózy je geograficky výrazně odlišná.

**Diagnostika SSPE:** Diagnostickou metodou je sérologie protilátek, lumbální punkce a EEG. V séru i likvoru nalezneme hojně protilátek proti spalničkám. Zmnožení gama-



Koplikovy skvrny na bukalní sliznici



Intranukleární inkluze, změny glie, perivaskulární infiltráty CNS



globulinů likvoru je oligoklonální (IgG). Na EEG v počátku jsou typické R-komplexy (Rademakerovy) jako mnohočetné hroty a pomalé vlny, následuje postupný rozpad záznamu a vyhasnutí aktivity.

**Léčba SSPE:** Prognózu lze ovlivnit jen minimálně. Zkušenosti s imunomodulátorem inosiplexem, i když jsou poměrně nadějně, jsou získány jen na poměrně malém vzorku pacientů. Základem je symptomatická terapie, tedy zejména antiepileptika. Nejlepší a jedinou prevencí této závažné komplikace je očkování.

### ■ Diferenciální diagnostika spalniček

Morbiliformní exantém se může vyskytnout u řady infekčních i neinfekčních onemocnění, např. u spály, zarděnek, u dospělých u enterovirových a adenovirových onemocnění či toxoalergických exantémů, zejména polékových.

Onemocnění v graviditě nezpůsobuje kongenitální malformace plodu.

### ■ Terapie

Terapie je symptomatická (podporující imunitní systém nemocného), při bakteriálních komplikacích se podávají antibiotika. Nemoc je vysoce nakažlivá (nakažlivost téměř 100 %), proto je nutné nemocné izolovat od vnímavých osob.

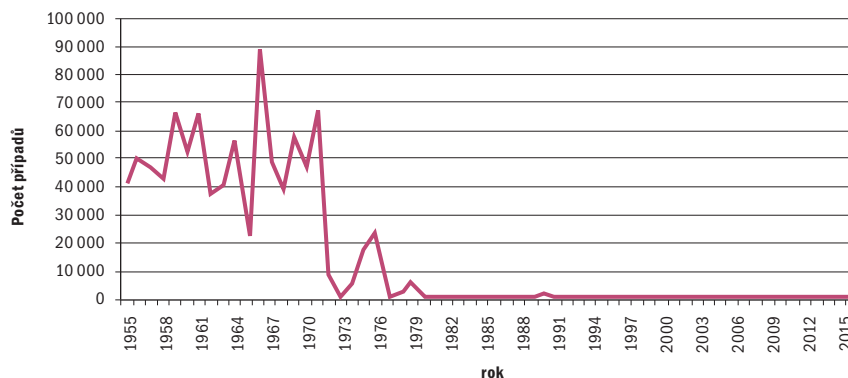
Klid na lůžku, antipyretika, tekutiny. Při výrazné konjunktivitě pološeré prostředí a výplachy spojivek. U nemocných se sníženou obranyschopností lze podávat antivirotika. Vnímavé osoby lze po kontaktu s infekcí chránit buď aplikací normálního imunoglobulinu (do 5. dne inkubace), nebo **očkovaním provedeným do 3. dne po styku s nakaženou osobou**. V rozvojových zemích, kde se u dětí často vyskytuje nedostatek vitaminů, se podává jako součást léčby i **vitamin A**, který zmírňuje projevy nemoci. Většina nemocných se uzdraví během deseti až čtrnácti dnů. Imunita získanou prodělanou nemocí je celoživotní.

### ■ Ochrana a prevence

Spolehlivou ochranou před spalničkami je očkování. Před zahájením plošného očkování bylo v Československu hlášeno kolem 50 000 onemocnění ročně. V roce 1982 byl očkováním přerušeno přirozený proces šíření spalničkového viru v populaci, vyskytovaly se ojedinělé případy a úmrtnost

### Spalničky v ČR v letech 1955–2016

zdroj: Epidat, SZÚ



byla prakticky eliminována. V roce 2014 se objevila epidemie spalniček v Ústeckém kraji, zdrojem byl importovaný případ z Indie. Přeočkování proti spalničkám se doporučuje cestovatelům starším 25 let věku, zejména při návštěvách zemí, kde neprobíhá plošné očkování (Asie, Afrika, Střední a Jižní Amerika). Vzhledem k odmítavým očkovaním se v Evropě a v USA v posledních letech vyskytují epidemie s desítkami tisíc nakažených, a to i v oblastech, kde byly již spalničky v minulosti eliminovány.

Hlášený výskyt spalniček v České republice v letech 2005–2009 je 0–7 případů ročně, tzn. 0–0,1 nemocných na 100 000 obyvatel a rok. Incidence v r. 2014 v ČR 2,1/100 000 obyvatel.

WHO má za cíl virus spalniček eradikovat, čehož chce dosáhnout lepší proočkovaností v zemích, kde je vakcína z mnoha důvodů špatně dostupná.

### ■ Očkování v ČR

V České republice bylo zahájeno pravidelné očkování proti spalničkám v roce 1969, očkovaly se děti narozené v roce 1968, starší 10 měsíců. Později byla věková hranice pro očkování zvýšena na 12 měsíců. Od roku 1982 do současnosti se podává první dávka vakcíny od 15. měsíce věku dítěte (v době poklesu protilátek získaných od matky) a druhá dávka za 6–10 měsíců po první dávce.

Od roku 1969 do roku 1975 se očkovalo proti spalničkám jednou dávkou živé očkovací látky, od roku 1975 se očkování provádí dvěma dávkami vakcíny.

V současnosti se očkuje kombinovanou živou očkovací látkou proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám (MMR). K dispozici jsou 2 vakcíny: Priorix (spalničky, příušnice

a zarděnky) a Priorix Tetra (spalničky, příušnice, zarděnky a plané neštovice).

Očkování proti spalničkám je v ČR součástí rutinního očkovacího kalendáře. Legislativně je podloženo vyhláškou č. 299/2010 Sb., kterou se mění vyhláška č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů. V rámci připravované novelizace vyhlášky se zvažuje posun aplikace druhé dávky do vyššího dětského věku s ohledem na aktuální epidemiologickou situaci a nové vědecké poznatky.

Za určitých okolností lékař může rozhodnout o očkování dítěte od věku 9 až 10 měsíců.

Očkování vakcínou Priorix se má provádět na základě oficiálních doporučení!

Pokud dojde k infekci u očkovaného jedince, průběh onemocnění je mírný a nedochází ke komplikacím onemocnění.

### Spalničky 2000–2016

| Rok  | import |     | celkem |
|------|--------|-----|--------|
|      | ano    | ne  |        |
| 2000 | 1      | 8   | 9      |
| 2001 | 2      | 4   | 6      |
| 2002 | 0      | 4   | 4      |
| 2003 | 11     | 19  | 30     |
| 2004 | 14     | 3   | 17     |
| 2005 | 0      | 0   | 0      |
| 2006 | 4      | 3   | 7      |
| 2007 | 1      | 1   | 2      |
| 2008 | 1      | 1   | 2      |
| 2009 | 1      | 4   | 5      |
| 2010 | 0      | 0   | 0      |
| 2011 | 10     | 7   | 17     |
| 2012 | 12     | 10  | 22     |
| 2013 | 11     | 4   | 15     |
| 2014 | 3      | 219 | 222    |
| 2015 | 3      | 6   | 9      |
| 2016 | 5      | 2   | 7      |



## ■ Situace v České republice

Před zavedením plošného očkování se u nás vyskytovaly desetitisíce případů spalniček ročně, například v roce 1966 jich bylo hlášeno 89 712. „Úmrtí na spalničky nebylo, dle statistických údajů dostupných SZÚ, v českých zemích zaznamenáno od roku 1980, ale ještě v roce 1971 bylo hlášeno 20 případů úmrtí,“ uvádí se ve zprávě SZÚ. V důsledku pravidelného očkování ale postupně u nás došlo k výraznému snížení výskytu spalniček až na několik případů ročně.

Poslední dostupná data o proočkovanosti dětí napovídají, že v některých krajích a okresech České republiky klesá procento těch, které obdržely i druhou dávku vakcíny, pod potřebnou hranici 95 %.

Před rokem 2014 byla epidemiologická situace dlouhodobě v České republice dobrá. V roce 2012 bylo hlášeno jen 22 případů, v r. 2013 pouze 15 případů onemocnění spalničkami.

Menší epidemie spalniček u nás proběhla v r. 2014 v Ústeckém kraji. V průběhu prvních měsíců roku 2014 je evidováno téměř **6× více možných případů než za celý rok 2013**. Původním zdrojem onemocnění byl importovaný případ spalniček u neočkovaného muže, který se vrátil z Indie. Nákaza se poté rozšířila mezi ostatní osoby, které byly v kontaktu s tímto vysoce nakažlivým exantémovým onemocněním. Nejvíce nemocných bylo u osob **ve věku 34–44 let** (narozených v letech 1970–1980) a mezi zdravotnickým personálem. Právě tyto věkové skupiny jsou pravděpodobně **nedostatečně chráněny**, protože byly očkovány pouze jednou dávkou vakcíny (v současnosti se očkuje dvěma dávkami) a neprodělaly spalničky v dětství. V této souvislosti vyhlásil 3. 3. 2014 hlavní hygienik ČR **mimořádné očkování** u vybraných zaměstnanců Masarykovy nemocnice v Ústí n. L. Na základě probíhající epidemie spalniček vydala Česká vakcínologická společnost **Doporučení pro očkování kontaktů se spalničkami**.

### **Doporučení České vakcínologické společnosti pro očkování kontaktů se spalničkami** (13. března 2014)

V souvislosti se zvýšeným výskytem a regionálními epidemiemi spalniček v České republice doporučuje Česká vakcínologická společnost ČLS JEP pro osoby, které byly v kontaktu s nemocným spalničkami v období jeho infekčnosti (4 dny před a 4 dny po

objevení se exantému), tento postup očkování:

- 1) nejvíce ohroženy vznikem onemocnění jsou osoby v minulosti neočkované proti spalničkám z důvodu odmítnutého/zameškaného očkování nebo osoby ročníku narození 1969 a méně (nechráněný jedinec), které dosud spalničky neprodělaly a nebyly očkovány;
- 2) ohroženy jsou také osoby ročníku narození 1970–1975, očkované v dětství pouze jednou dávkou vakcíny proti spalničkám (nedostatečně chráněný jedinec);
- 3) v riziku nákazy jsou kojenci, u kterých nebylo očkování proti spalničkám podle národního imunizačního programu dosud zahájeno (nechráněný jedinec);
- 4) mezi rizikovou skupinu osob patří zdravotníci pracovníci;
- 5) u nechráněných nebo nedostatečně chráněných jedinců se doporučuje očkování jednou dávkou vakcíny proti spalničkám (např. Priorix) do 72 hodin po kontaktu s infekcí;
- 6) očkování nechráněných jedinců lze provést u dětí 9 měsíců věku a starších;
- 7) v případě kontraindikace očkování (těhotné ženy, jedinci s defekty imunity apod.) je možné provést stanovení morbilových protilátek. Při nízkém nebo neznámém titru protilátek lze dle individuálního zvážení podat preventivně imunoglobulin do 7 dnů po kontaktu, např. Igamplia dle doporučené dávky v SPC (Igamplia 160 mg/1 ml) – k prevenci nebo ke zmírnění průběhu onemocnění spalničkami je možné podat neimunizovaným osobám vystaveným infekci, včetně dětí mladších 9 měsíců věku, 0,25 ml/kg tělesné hmotnosti do jednoho týdne po expozici infekci. Dětem se sníženou imunitou, vnímavým k infekčním onemocněním, které přišly do kontaktu se spalničkami, se doporučuje dávka 0,5 ml/kg tělesné hmotnosti. V případě, že není vyhlášeno mimořádné očkování pro oblast se zvýšeným výskytem spalniček nebo se nejedná o pravidelné očkování v rámci národního imunizačního programu, očkování není hrazeno a očkování jedinec si je musí sám zaplatit.

### **Epidemie spalniček na Ostravsku**

Největší výskyt byl zaznamenán na území města Ostravy, menší počet případů je

hlášen z okresů Nový Jičín, Frýdek-Místek, Opava a z Karvinska.

S velkou pravděpodobností k zavlečení nákazy došlo z ciziny již koncem února 2017. K ohroženým skupinám patří děti mladší 15 měsíců, které vzhledem ke svému nízkému věku nemohly být očkovány (více než polovina t.č. nemocných), ale také osoby, které si po očkování nevytvořily dostatečnou hladinu protilátek. Mezi ně patří zejména lidé, kteří v minulosti byli očkováni pouze jednou dávkou vakcíny. Onemocnění u dříve očkováných i jednou dávkou vakcíny má výrazně lehčí průběh.

Vzhledem k rychlosti, s jakou se epidemie šíří, stanovili již hygienici příslušná opatření. Týkají se nejen u osob, které byly s nemocnými v kontaktu, ale i personálu nemocnic, kde jsou tito pacienti hospitalizováni. U nejvíce exponovaných zdravotnických i nezdravotnických pracovníků infekčních a dětských oddělení v kraji i pracovníků zdravotnické záchranné služby na území města Ostravy bylo nařízeno přeočkování. Očkování je pro ohrožené zdravotníky povinné, pokud neprodělali onemocnění a nemají tak doživotní imunitu.

### **Aktuální epidemiologická situace ve výskytu spalniček v Moravskoslezském kraji – stav k 25. 4. 2017**

K 25. 4. 2017 eviduje Krajská hygienická stanice Moravskoslezského kraje na území kraje 70 případů onemocnění spalničkami. 13 případů onemocnění bylo zaznamenáno mezi zdravotnickými pracovníky. Každým dnem počet infikovaných narůstá. Nemocní se spalničkami jsou nyní soustředěni na infekčních odděleních tří nemocnic na Ostravsku. Léčba je ze zákona povinná za hospitalizace na infekčním oddělení. Izolace pacienta se provádí po dobu sedmi dnů od objevení vyrážky. Průběhy onemocnění v současnosti probíhající epidemie spalniček v moravskoslezském regionu jsou různé. Těžké stavy (morbilová pneumonie) vyžadující intenzivní péči na JIP zaznamenán nejen u neočkovaných malých dětí, ale i u starších pacientů. Léčebná a protiepidemická opatření se provádějí dle doporučení ČVS z března 2014 (viz výše).

## ■ Principy surveillance a situace v Evropě

Vzhledem k závažnosti onemocnění a jeho dopadu na zdravotní stav populace patří eliminace spalniček k prioritám WHO.





Spalničky svým charakterem představují onemocnění splňující kritéria nemoci, která může být celosvětově eradikována, neboť neexistuje zvířecí ani environmentální rezervoár, jsou k dispozici spolehlivé diagnostické testy a je dostupná vysoce účinná a bezpečná vakcína. Na území států náležejících do evropského regionu WHO mělo dojít podle původně stanoveného cíle k eliminaci spalniček do roku 2010. V řadě zemí se díky vhodné strategii očkování podařilo snížit incidence spalniček a v letech 2007–2009 bylo dosaženo historického minima výskytu méně než 10 případů spalniček na milion obyvatel evropského regionu.

V následujících letech však došlo k opětovnému nárůstu případů onemocnění, zejména z důvodu existence podskupin společnosti, u kterých se nepodařilo ze sociálních či náboženských důvodů docílit potřebné úrovně proočkovanosti. V září 2010 byla 53 států náležejících k evropskému regionu WHO podepsána nová dohoda posouvající datum eliminace spalniček na rok 2015, tento termín se rovněž nepodařilo dodržet a byl následně odsunut na rok 2020.

Regionální výbor WHO pro Evropu stanovil způsob dokumentace a ověřování (verifikace) postupu směřujícího k eliminaci spalniček a zarděnek v evropském regionu WHO, přičemž se inspiroval mechanismem použitým dříve při eradikaci neštovic a v programu eradikace poliomyelitidy. Bylo rozhodnuto ustavit Regionální verifikační komisi WHO (RVC) a následně národní verifikační komise (NVC) v každém členském státě.

**Regionální verifikační komise** je skupina nezávislých expertů, jejichž úkolem je vyhodnocovat stav eliminace spalniček a zarděnek v evropském regionu WHO na základě informací o situaci v jednotlivých státech poskytovaných národními verifikačními komisemi.

Úlohou národních verifikačních komisí je podporovat a dokumentovat aktivity vedoucí k eliminaci spalniček a zarděnek a informovat WHO (Regionální verifikační komisi) o stavu eliminace na území daného státu.

Podle legislativy EU patří spalničky mezi nemoci podléhající pravidelnému hlášení do evropského systému TESSy (the European Surveillance System), který spravuje ECDC. Onemocnění spalničkami je nutno hlásit do TESSy každý měsíc do 25. dne daného měsíce formou „case based“, tj. hlásí se každý případ jednotlivě.

V letech 2010 a 2011 hlásilo 29 států EU a EEA/EFTA kolem 30 000 případů spalni-

ček ročně (32 480 v roce 2010 a 32 070 v roce 2011). Příčinou byly rozsáhlé epidemie spalniček v Bulharsku, Rumunsku a řadě zemí západní Evropy. V roce 2010 bylo hlášeno 22 005 případů spalniček v Bulharsku, v roce 2011 onemocnělo 14 966 osob ve Francii. Tisícové epidemie byly v těchto letech také v Itálii, Španělsku i Rumunsku. Přes tisíc případů bylo hlášeno v roce 2011 i v Německu.

V následujících letech sice došlo k poklesu výskytu onemocnění, incidence však stále zůstávala vysoká – 11 483 případů (Rumunsko 6 166 a Velká Británie 2 068) v roce 2012, 10 847 případů v roce 2013. V roce 2013 bylo 91 % všech případů hlášeno z pěti zemí, z Německa (2 068), Itálie (2 258), Nizozemska (2 640), Rumunska (1 159) a Velké Británie (1 910). V roce 2014 byl zaznamenán nejvyšší výskyt spalniček v Itálii – 1 694 případů.

V roce 2015 onemocnělo v Německu 2 466 osob, což činilo více než polovinu všech případů hlášených v tomto roce.

V roce 2016 bylo z členských zemí EU/EEA hlášeno do TESSy 4 648 případů onemocnění spalničkami, které byly zaznamenány v 21 zemích. Nejpostiženějšími zeměmi byly Rumunsko (2 432 případů), Itálie (864 případů), Velká Británie (571 případů), Německo (326 případů).

V lednu a únoru 2017 bylo hlášeno více než 1 500 případů spalniček ze 13 zemí EU/EEA. Nejvíce z Itálie (684), Rumunska (317) a Německa (223).

V roce 2011 bylo v zemích EU a Evropského sdružení volného obchodu (ESVO) hlášeno více než 30 000 případů spalniček. Tyto případy byly hlášeny ve všech zemích s výjimkou některých ostrovních národů (Island a Kypr). Výskyt spalniček v západní části Evropy patřil v roce 2011 mezi největší na světě (ECDC, 2012), a sice s nejvyšším počtem případů v Německu, Francii, Belgii, Rakousku a Dánsku. To lze označit za jeden z příkladů selhání systému veřejného zdraví. Jak upozorňuje zpráva Světové zdravotnické organizace (WHO), spalničky jsou vysoce nakažlivé a vzhledem k tomu, jak často lidé cestují, žádná země a ani žádný jedinec nemůže být před touto infekcí uchráněn. Pro dostatečnou ochranu je potřeba, aby alespoň 95 % populace bylo očkováno proti spalničkám. Avšak mnoho zemí má problém toho dosáhnout. Většina případů spalniček se objevila v zemích, kde proočkovanost klesla pod tuto hranici – Francie, Německo, Itálie, Polsko, Rumunsko,

Švýcarsko a Ukrajina. Vlastní infekce pak probíhá v epidemiích v jednotlivých státech.

**Během prvních měsíců tohoto roku onemocnělo v Itálii 200 lidí, Rumunsko pak od ledna 2016 hlásí 3 400 případů a také 17 úmrtí. Epidemii spalniček je ohroženo také sousední Slovensko. Fatální komplikace spalniček jsou přitom častější, než se donedávna myslelo. Přesto odpůrci očkování dál trvají na svém, vakcinace je prý zbytečná.** Předběžné údaje WHO za únor 2017 pak naznačují, že počet případů spalniček prudce roste. WHO apeluje na všechny země, kde došlo k epidemiím spalniček, aby přijaly naléhavá opatření k zamezení přenosu spalniček na svém území, a na všechny země, které toho již dosáhly, aby udržely vysokou proočkovanost.

## ■ Závěr

Je zvláštní paradox, že v době, kdy máme k dispozici účinné očkování a byli jsme blízko eradikaci spalniček, což by následně vedlo k tomu, že by bylo možné zrušit plošné očkování proti nim, stojíme tváří tvář opakujícím se epidemiím tohoto infekčního onemocnění. Odpůrci očkování volají po tom, aby se očkovovalo co nejméně, čehož by skutečně v případě spalniček bylo možné dosáhnout, kdyby se podařilo udržet dostatečně vysokou proočkovanost, a spalničky by se tak přestaly vyskytovat. Svým zastrašováním ale dosahují pravého opaku, a proto vyspělé země jako Rakousko nebo Německo mají se spalničkami větší problémy než třeba Honduras či Guatemala, kde je dostatečně vysoká proočkovanost. Nezbyvá tedy než vytrvale a soustavně vysvětlovat a přesvědčovat rodiče o benefitech očkování a rizicích, které by mohly mít dopad nejen na jejich dítě, ale na celou populaci.

## Literatura:

1. Staňková M, Marešová V, Vaništa J. Repetitorium infekčních nemocí. Triton, 2008 ISBN: 978-80-7387-056-0
2. [www.vakcinace.eu](http://www.vakcinace.eu)
3. Zprávy hygienické stanice Ostrava



# Jak postupovat v případě podezření onemocnění spalničkami

Postup se opírá o vyhl. č. 478/2008 Sb., o systému epidemiologické bdělosti pro vybrané infekce, ve znění vyhlášek č. 275/2010 Sb. a č. 233/2011 Sb. a vyhlášku č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče  
**Vyhláška č. 473/2008 Sb.**  
**Vyhláška o systému epidemiologické bdělosti pro vybrané infekce**

## § 1

Tato vyhláška upravuje rozsah infekcí, pro které je zaveden systém epidemiologické bdělosti (surveillance), a stanoví

- rozsah shromažďovaných údajů o infekcích, způsob a lhůty jejich hlášení,
- laboratorní diagnostiku, epidemiologické šetření a stanovení druhu a způsobu provedení protiepidemických opatření infekčních onemocnění,
- základní charakteristiku, klinickou definici a klasifikaci infekčních onemocnění.

## § 2

Infekce, které jsou zahrnuty v systému epidemiologické bdělosti, jsou uvedeny v příloze č. 1 této vyhlášky.

## § 3

- Rozsah údajů a postup podle § 1 písm. a) až c) upravuje při výskytu ... (redakčně zkráceno) ...
- spalniček příloha č. 4 k této vyhlášce, d)–m) ...

**Příloha č. 4 k vyhlášce č. 473/2008 Sb.**  
**Systém epidemiologické bdělosti spalniček**

## Čl. 1

### Klinická definice onemocnění

- Klinický obraz odpovídající spalničkám, tj. febrilní stav s generalizovaným exantémem trvajícím déle než 3 dny, kterému předchází katarální příznaky, teploty  $>38^{\circ}\text{C}$  a jeden nebo více z následujících příznaků: kašel, rýma, Koplikovy skvrny, konjunktivitida. Inkubační doba 7 až 18 dnů.

- Období nakažlivosti začíná od prvního dne před začátkem prodromálních příznaků a končí do čtyř dnů po vzniku exantému.

## Čl. 2

### Laboratorní diagnostika

- Izolace spalničkového viru z klinického vzorku.
- Detekce nukleové kyseliny viru spalniček v klinickém vzorku odebraném v akutní fázi onemocnění.
- Přítomnost specifických protilátek proti spalničkovému viru charakteristických pro akutní infekci v séru nebo ve slinách:
  - Detekce IgM protilátek proti viru spalniček u osob, které nebyly v posledních 6 týdnech očkovány.
  - Pro možnost průkazu nízkých hodnot falešných spalničkových IgM pozitivit u sporadických zarděnkových případů je nutné vyloučit možné pozitivitu IgM protilátek proti viru zarděnek, parvoviru B19, EBV a HHV6.
- Průkaz sérokonverze nebo výrazného, několikanásobného vzestupu hladin specifických spalničkových IgG protilátek vyšetřením dvojice sér (akutního a rekonvalescentního) osob, které nebyly v posledních 6 týdnech očkovány.
- Průkaz vzrůstu hladin preexistujících spalničkových IgG protilátek u reinfekcí.
- Detekce antigenu spalničkového viru pomocí přímé imunofluorescence v klinickém vzorku odebraném v akutní fázi onemocnění za použití monoklonálních protilátek specifických pro spalničky.

Ke správné interpretaci laboratorních výsledků je třeba brát v úvahu též klinické a epidemiologické údaje včetně statusu očkování. Pokud bylo v posledních 3 až 6 týdnech provedeno očkování, je nutné zvážit vyšetření na nevakcinální virus. Izoláty viru spalniček izolované z klinického materiálu jsou zasílány do Národní referenční laboratoře pro spalničky, příušnice, zarděnky a parvovirus B19 k dalšímu určování.

## Čl. 3.

### Epidemiologická kritéria

Epidemiologická souvislost – mezilidský přenos onemocnění, při kterém jeden z případů je laboratorně potvrzený.

## Čl. 4

### Klasifikace případu onemocnění

- Možný: Případ, který splňuje klinickou definici onemocnění.
- Pravděpodobný: Případ, který splňuje klinickou definici onemocnění a je v epidemiologické souvislosti s potvrzeným případem.
- Potvrzený: Případ, který nebyl v nedávné době (3 až 6 týdnů) očkovan a je potvrzený výsledkem laboratorního vyšetření.

## Čl. 5

### Shromažďování údajů a jejich hlášení

Osoba poskytující péči, která diagnostikuje onemocnění spalničkami, hlásí orgánu ochrany veřejného zdraví onemocnění a úmrtí na toto onemocnění, která splňují klinická a laboratorní kritéria. Vzhledem ke globálně probíhající eradikaci spalniček je třeba identifikovat importovaná onemocnění a jejich epidemiologickou souvislost.

*Redakční pozn.: V roce 2017 hlásí spalničky tyto země EU/EEA: Belgie, Bulharsko, Česká republika, Dánsko, Francie, Island, Itálie, Maďarsko, Německo, Portugalsko, Rakousko, Rumunsko, Slovensko, Španělsko, Švédsko. V ČR jsou spalničky hlášeny z Moravskoslezského kraje a z Prahy.*

## Čl. 6

### Epidemiologické šetření při podezření na výskyt spalniček

Osoba poskytující péči<sup>1)</sup>, která vyslovila podezření na onemocnění spalničkami, provede odběry biologického materiálu k laboratornímu průkazu etiologie a zajistí jejich transport do vyšetřující laboratoře. Vyšetřující laboratoř vzorky vyšetří i s ohledem na jinou možnou etiologii exantematických onemocnění a u laboratorně potvrzeného případu zajistí zaslání alikvoty séra do Národní referenční laboratoře pro zarděnky, spalničky, parotitidu a parvo virus B19 ke



konfirmaci. Případ se uzavře až po vyšetření touto laboratoří. Epidemiologické šetření včetně kontroly proočkovanosti zajistí orgán ochrany veřejného zdraví zejména s cílem určit zdroj infekce a cestu přenosu.

## Čl. 7

### Protiepidemická opatření v ohnisku onemocnění spalničkami

1. Hlášení onemocnění spalničkami podle čl. 5.
2. Zajištění odběru biologického materiálu od pacienta a kontaktů k ověření diagnózy, zajištění transportu biologického materiálu do příslušné laboratoře.
3. Izolace pacienta po dobu 7 dnů po objevení se exantému. Izolace se provádí podle klinické závažnosti a epidemiologických rizik. Postup při izolaci upravuje jiný právní předpis<sup>2)</sup>.
4. Aktivní vyhledávání zdroje nákazy a kontaktů, zaměřené na pobyt případu během doby jeho eventuální expozice (7 až 18 dní před začátkem exantému) a na kontakty, které měl v období nakažlivosti.
5. Epidemiologické šetření v ohnisku nákazy, zpravidla do 48 hodin po nahlášení případu, včetně identifikace všech dosud vnímavých fyzických osob.
6. Osoba poskytující péči<sup>1)</sup> zajistí podání normálního lidského imunoglobulinu (NLIG) dětem do 15 měsíců věku (neočkováným), osobám s trvalou kontraindikací, těhotným ženám a osobám s imunosupresí, které byly v kontaktu s možným, pravděpodobným nebo potvrzeným případem spalniček, a to dle souhrnu údajů o přípravku.
7. Osoba poskytující péči<sup>1)</sup> zajistí očkování vnímavých fyzických osob k nákaze spalničkami (dětí, kterým nebyly podány alespoň dvě dávky očkovací látky), u kterých ještě neuplynuly 3 dny od posledního

styku s nemocným. Expozice spalničkám není kontraindikací očkování.

8. U vnímavých fyzických osob k nákaze spalničkami, které byly v přímém kontaktu, a u kterých uplynuly více než 3 dny od posledního styku s nemocným, se provádí lékařský dohled; lékařský dohled trvá po dobu maximální inkubační doby (21 dní).
9. Vnímavé děti, které byly v kontaktu se spalničkami, se přijímají do kolektivu nejdříve po uplynutí 21 dní.

- 1) § 15 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 274/2003 Sb.
- 2) Vyhláška č. 195/2005 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče.

Vyhláška č. 306/2012 Sb. v příloze č. 2 uvádí seznam infekčních chorob s povinnou hospitalizací.

### Vyhláška č. 306/2012 Sb.

#### Vyhláška o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče

Příloha č. 2 k vyhlášce č. 306/2012 Sb.  
**Seznam infekčních onemocnění, při nichž se nařizuje izolace na lůžkových odděleních nemocnic nebo léčebných ústavů, a nemocí, jejichž léčení je povinné**

1. Akutní virové záněty jater
2. Antrax
3. Dengue
4. Hemoragické horečky
5. Cholera
6. Infekce CNS mezilidsky přenosné

7. Mor
8. Paratyfus
9. Syfilis v I. a II. stadiu
10. Přenosná dětská obrna
11. Pertuse v akutním stadiu
12. Rickettsiázy
13. SARS a febrilní stavy nezjištěné etiologie s pozitivní cestovní anamnézou
14. Spalničky
15. Trachom
16. Tuberkulóza
17. Tyfus břišní
18. Úplavice amébová
19. Úplavice bacilární v akutním, stadiu onemocnění (v případě bezpříznakového nosičství původce onemocnění je možné propustit pacienta do domácího prostředí pouze se souhlasem orgánu ochrany veřejného zdraví).
20. Záškrt
21. Další infekce podléhající hlášení Světové zdravotnické organizaci
22. Projevy nemoci nebo událost, která představuje možnost propuknutí nemoci podle článku 1 Mezinárodního zdravotního řádu (IHR 2005), která je podle přílohy rozhodnutí č. 2119/98/ES nemocí přenosnou.

Z uvedeného vyplývá **povinná hospitalizace při onemocnění spalničkami** na infekčním odd.

V případě podezření na onemocnění spalničkami je z důvodu rychlého potvrzení či vyloučení onemocnění vhodné pacienta odeslat za dodržení izolačních opatření na spádové infekční odd., které má možnost provedení kvalitního odběru biologického materiálu k vyšetření.

*Pro VOX připravil MUDr. Kozderka ve spolupráci s prof. MUDr. Petrem Pazdiorou, CSc., KHS Plzeň*

## MEZIOBOROVÝ KONGRES 2017

### Onkologie dětského a dorostového věku

Olomouc 13.–14. 10. 2017

#### Odborný garant

MUDr. Alena Šebková, předsedkyně OSPDL ČLS JEP  
MUDr. Ilona Hülleová, předsedkyně SPLDD ČR

#### Odborná záštita

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

#### Pořadatel a organizátor

Ahou Public Relations, s.r.o.  
Akreditace

Akce je pořádaná dle Vzdělávacího řádu SPLDD ČR a je akreditována ČAS

#### Místo konání kongresu

Clarion Congress Hotel \*\*\*\* Jeremenkova 36, Olomouc  
Objednávka ubytování není součástí registrace.

#### Rezervace na:

reservation.cchol@clarion-hotels.cz  
Heslo: Mezioborový Kongres

V případě dotazu nás kontaktujte v pracovní dny od 9.00 do 17.00 e-mailem na petra@ahou.cz, telefonicky na +420 603 705 911  
Online přihlášení na [www.ahou.cz/mok](http://www.ahou.cz/mok) a [www.detskylekar.cz](http://www.detskylekar.cz)





# Racionální léčba nejčastějších respiračních nemocí u dětí

## část 4.

**MUDr. Zuzana Vančíková, CSc.**

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

### 1.1.4 Parotitida

Zánět příušní žlázy může být vyvolán celou řadou infekčních agens nebo může být projevem některých celkových onemocnění. Podle typu zánětu rozeznáváme parotitidu hnisavou (bakteriální), epidemickou, vyvolanou virem příušnic, virovou, vyvolanou jinými viry, granulomatózní, vyvolanou mykobakterií. Rekurentní a chronická parotitida je většinou součástí systémových onemocnění. Oboustranné zvětšení parotis je častým projevem lymfocytární infiltrace při HIV infekci.

Glandula parotis je dobře opouzdřená žláza, mezi jejími povrchovými a hlubokými laloky prochází obličejový nerv. Její vývod – ductus Stenseni – končí v ústech naproti druhému hornímu moláru. Při zánětu je vidět jeho zarudnutí, ev. hnisavý sekret. Nedostatečný tok slin (blokáda či nedostatečná sekrece při dehydrataci nebo jako vedlejší účinek léků) je predisponujícím faktorem rozvoje bakteriálního zánětu. Ten vzácněji vznikne i hematogenně. Virový a neinfekční zánět

vznikají většinou jako součást celkového onemocnění.

#### Etiologie

Nejčastější příčinou bakteriální parotitidy jsou stafylokoky, rekurentní parotitidu způsobují nejčastěji streptokoky, granulomatózní parotitidu mykobakteria. Virová parotitida je i v zemích s plošnou vakcinací nejčastěji vyvolána virem příušnic.

#### Epidemiologie příušnic

Infekce virem příušnic se šíří slinami, jedná se o kapénkovou nákazu. Kontaminované předměty jsou méně častým způsobem šíření. Nemocný je infekční 7 dní před a 9 dní po začátku příznaků. Nakažliví mohou být i asymptomatictí jedinci. Inkubační doba je 12–25 dní, nejčastěji 16–18 dní. Izolace nemocných je doporučována po dobu 9 dní, v některých zahraničních doporučeních je uváděna jako nejkratší možná doba 5 dní od počátku nemoci. Onemocnění je nutno hlásit hygienické službě, rozsah a doporučená vyšetření určuje systém epidemiologické bdě-

losti upravený vyhláškou č. 473/2008 Sb., ve znění pozdějších předpisů, příloha č. 14. Výskyt parotitidy u nás v letech 2007–2016 kolísá od 357 hlášených případů v roce 2009 k 5 734 v roce 2016. K nejpostiženějším patří adolescenti a mladí dospělí a děti ve věku 5–9 let.

#### Klinický obraz

Podrobný rozbor historie a celkových příznaků a vyšetření lokální (současná šetrná palpce zvenčí i intraorálně) včetně stavu Stensenova vývodu a charakteru sekrece je nezbytné. Osa příušní žlázy probíhá přibližně v prodloužení dlouhé osy zevního boltce. Při zduření parotis je patrný otok před i za touto osou. Krční lymfatické uzliny jsou lokalizovány většinou za touto osou.

Hnisavá parotitida je nejčastější u novorozenců, při dehydrataci, imunosupresi, sepsi, traumatu a při snížené sekreci slin. Začíná náhle, bolestí, otokem, zarudnutím, horečkou, ev. celkovými příznaky závažné bakteriální infekce. Nemocný může mít trismus a doprovodnou lymfadenitidu. Z vývodu

### Rizikové faktory pro rozvoj parotitidy

| Léky              | Celková onemocnění                    | Obstrukce          |
|-------------------|---------------------------------------|--------------------|
| anti-cholinergika | Sjögrenův syndrom                     | dentální aplikace  |
| anti-histaminika  | diabetes mellitus (Charvátův příznak) | orofaciální tumory |
| antidepresiva     | chronické onemocnění jater            | radiační léčba     |
| phenothiaziny     | cystická fibróza                      | trauma             |
| Beta-blokátory    | Malnutrice (tereziánský příznak)      |                    |
| diuretika         |                                       |                    |
| celková anestezie |                                       |                    |

### Infekční etiologie parotitidy

| aerobní bakterie                | anaerobní bakterie             | mykobakteria                              | Viry                                 |
|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------|
| <i>Staphylococcus aureus</i>    | <i>Peptostreptococcus spp.</i> | <i>Mycobacterium tuberculosis</i>         | Virus parotitidy                     |
| <i>Streptococcus pneumoniae</i> | <i>Prevotella spp.</i>         | <i>Mycobacterium avium-intracellulare</i> | Coxsackie A a B                      |
| <i>Streptococcus pyogenes</i>   | <i>Fusobacterium spp.</i>      | Jiná mykobakteria                         | Echoviry                             |
| viridující streptokoky          | <i>Actinomyces spp.</i>        |                                           | EBV                                  |
| <i>Francisella tularensis</i>   |                                |                                           | Influenza A                          |
| <i>Haemophilus spp.</i>         |                                |                                           | Parainfluenzaviry 1, 3               |
| <i>Moraxella catarrhalis</i>    |                                |                                           | CMV                                  |
| <i>Pseudomonas aeruginosa</i>   |                                |                                           | HSV-1                                |
| <i>Escherichia coli</i>         |                                |                                           | HHV-6                                |
| <i>Proteus spp.</i>             |                                |                                           | Virus lymfocytární choriomeningitidy |
| <i>Salmonella spp.</i>          |                                |                                           | HIV                                  |
| <i>Klebsiella spp.</i>          |                                |                                           |                                      |
| <i>Brucella spp.</i>            |                                |                                           |                                      |



vytéká hnisavý sekret. Hnisavá parotitida je většinou jednostranná.

Virová parotitida je nejčastěji vyvolána virem příušnic. Je to RNA virus patřící k *Paramyxovirům*. Nemoc začíná horečkou, nechutenstvím a bolestí hlavy. Po 1–2 dnech dochází k jedno- nebo oboustrannému otoku parotis, někdy s bolestí ucha. Hrana čelisti může být zcela obliterována, je nadzvednut a oddálen i boltec. Otok trvá několik dní, potom pomalu ustupuje. Kůže nad žlázou je bledá, bez zarudnutí. Nekomplikované onemocnění trvá 5–14 dní. Nejčastější komplikací je aseptická meningitida a epididymo-orchitida. Jsou nejčastěji u postpubertálních chlapců. Postiženo může být i vnitřní ucho (1/20 000), pankreas 2–5 %, srdce, játra, ledviny, klouby a štítná žláza. Encefalitida je vzácná, méně než 2/100 000 případů. Je možný ale i zcela asymptomatický průběh nebo samotné postižení CNS nebo epididymo-orchitida bez parotitidy.

#### Diagnostika

Nízká zánětlivá aktivita, leukopenie, lymfocytóza a zvýšená amyláza jsou nepřímé důkazy pro epidemickou parotitidu. Diagnózu může potvrdit sérologie nebo přímý průkaz viru ve slinách – bukalním stěru nebo moči. Vyšetření provádí národní referenční laboratoř, návod na odběr materiálu je dostupný

na stránkách Státního zdravotního ústavu: [www.szu.cz/tema/prevence/priusnice](http://www.szu.cz/tema/prevence/priusnice).

Kultivace sekretu, ev. hemokultura určí bakteriální původce. Ultrazvuk, CT, sialografie, MRI – určí možné lokální příčiny a komplikace.

#### Léčba

Hydratace, jemné masáže, podpora salivace a vysazení predisponující medikace patří k základním opatřením. Bakteriální parotitida je léčena antibiotiky, empiricky penicilinázarezistentními peniciliny, cefalosporiny 1. generace, klindamycinem v kombinaci s aminoglykosidy. Po upřesnění etiologie je upravena léčba dle citlivosti. Incize a drenáž je nutná při neúspěchu antibiotické terapie. Virová parotitida je léčena symptomaticky – klidem, obklady, analgetiky, antipyretiky.

#### Prevence

Prevenčí parotitidy je dodržování základních hygienických pravidel, dostatečná hydratace, hygiena dutiny ústní a eliminace rizikové medikace. Očkování proti epidemické parotitidě bylo u nás zavedeno v roce 1987. K udržení dlouhodobější ochrany jsou nutné dvě dávky vakcín, avšak i potom není imunita trvalá. K dosažení kolektivní imunity je nutná 90–92% proočkovanost. Vyvanutí imunity a nedostatečná proočkovanost jsou

dva z možných důvodů, proč dnes vidíme opakovaně epidemie i v zemích, kde je sice plošná vakcinace, avšak proočkovanost klesá pro odmítání očkování. Sérologický přehled z roku 2013 ukazuje situaci u nás. Imunita proti parotitidě je však patrně také buněčná a není tedy zcela závislá pouze na protilátkách.

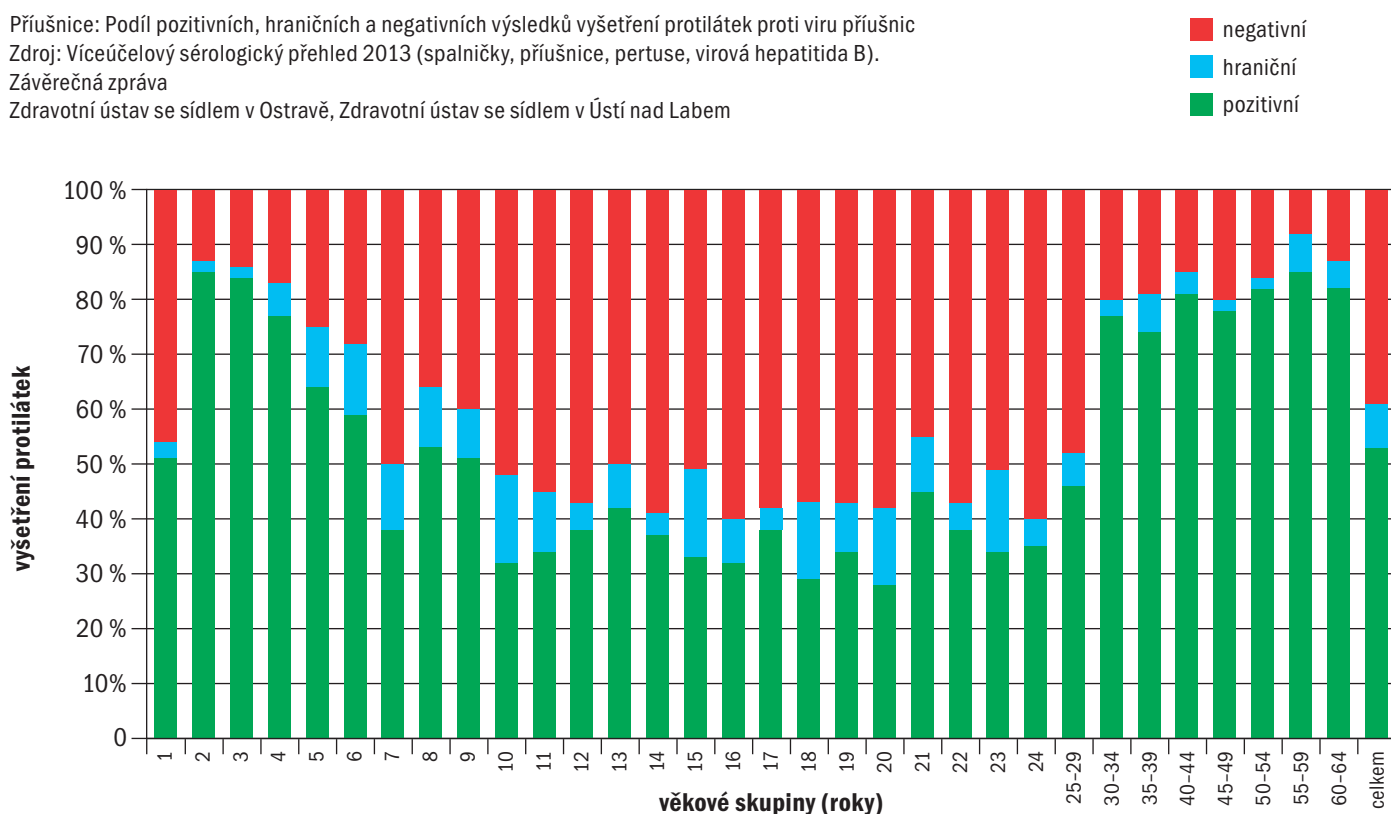
Očkování po nákaze neochrání před onemocněním, nekomplikuje ale nijak jeho průběh a pokud expozice nevedla k nemoci, ochrání očkování při eventuálním dalším kontaktu (to je výhodné během epidemie). Relativní kontraindikací očkování je anafylaxe na proteiny vejce. Při alergii na vejce, která se neprojevuje anafylaxií, ale například zhoršením ekzému, není očkování kontraindikováno. Alergie na kuřecí maso nebo na peří není kontraindikací. Gravidita je rovněž kontraindikací. Parotitida prodělaná v prvním trimestru vede k častějšímu odumření plodu, infekce v dalších trimestrech následky nemá. Imunosuprese je obecně kontraindikací všech živých vakcín. Asymptomatické HIV infikované děti však mají být očkovány již v 12 měsících. Při užívání kortikosteroidů méně než 14 dní nebo jejich topické aplikaci je očkování možné.

Příušnice: Podíl pozitivních, hraničních a negativních výsledků vyšetření protilátek proti viru příušnic

Zdroj: Víceúčelový sérologický přehled 2013 (spalničky, příušnice, pertuse, virová hepatitida B).

Závěrečná zpráva

Zdravotní ústav se sídlem v Ostravě, Zdravotní ústav se sídlem v Ústí nad Labem





## 11. kongres primární péče

# S praktickými lékaři o bolestech těla i duše

**U kulatých stolů se rodily náměty na prohloubení mezioborové spolupráce v péči o pacienty**

Bolest je, jak stálo i v názvu jednoho z programových bloků letošního 11. kongresu primární péče, „každodenní soupeř“ praktických lékařů – ať už akutní, nebo chronická. „Cílem léčby bolesti je snížit její intenzitu na přijatelnou úroveň nebo ji v ideálním případě odstranit úplně. Chronická bolest by měla být optimálně diagnostikována a léčena multidisciplinárně, s využitím týmové spolupráce algeziologa, neurologa, psychiatra, rehabilitačního lékaře a psychologa. Centra a ambulance pro léčbu bolesti zajišťují komplexní algeziologickou péči, která zahrnuje algeziologické vyšetření, zhodnocení bolestivého stavu a návrh účinného analgetického postupu,“ připomněla auditoriu MUDr. Jitka Fricová, Ph.D., z Centra pro léčbu bolesti Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 1. LF UK a VFN v Praze.

### ■ Bez vyšších kompetencí praktiků to dále nepůjde

Jak se již v průběhu kongresů primární péče stalo tradicí, sešli se s přednášejícími specialisty po skončení programového bloku zástupci pořadatelů, tedy Sdružení praktických lékařů ČR (SPL ČR), Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR (SPLDD ČR) a Odborné společnosti praktického dětského lékařství ČLS JEP (OSPDL ČLS JEP), u kulatého stolu, aby diskutovali o vybraných otázkách mezioborové spolupráce. Potvrdilo se, že v systému nejsou dobře rozdělené kompetence. V ordinaci praktika je omezena – z ekonomických, nikoli medicínských důvodů – možnost preskripce např. lidokainových náplastí, některých opioidů (tapentadolu), nejúčinnějších antiepileptik (karbamazepin preskribovat mohou, ale gabapentin či pregabalin nikoli) či koanalgetik při neuropatické bolesti.

MUDr. Fricová upozornila, že v optimálním případě by měli být pacienti do ambulancí pro léčbu bolesti odesíláni od praktických lékařů ke konzultaci bolesti a k intervencím, jako jsou kaudální bloky, obstrukce spouštěvacích bodů či periferní blokády. Poté by se měli k další farmakoterapii vracet opět

k odesílajícímu praktikovi, jinak budou specializované ambulance trvale zahlcené.

Jak připomněla MUDr. Eva Kasalická za SPL ČR, síť ambulancí pro léčbu bolesti není rovnoměrná, navíc ne všude dělají intervence, např. blokády. „V některých ambulancích podají třeba gabapentin, což by mohli udělat sami praktičtí lékaři, kdyby nebylo preskripčních omezení,“ uvedla.

Bloudění pacientů s chronickou bolestí systémem a jejich předávání z ordinace do ordinace je důsledkem špatně nastavených podmínek regulací a také kompetencí. O tom je přesvědčena MUDr. Alena Šebková, předsedkyně OSPDL ČLS JEP. „Nemá logiku, aby se zdravotní pojišťovna točila na tom, zda přípravek předepsal ten či onen lékař a zda k tomu měl oprávnění, když se jedná o lék, který pacient v každém případě potřebuje a někdo mu jej stejně předepsat musí,“ zdůraznila v diskusi.

### ■ Dětská paliativní péče – oříšek čekající na rozlousknutí

Léčba bolesti je v povědomí laické i části odborné veřejnosti spojena mj. s paliativní péčí. Jak u kulatého stolu upřesnila MUDr. Mahulena Mojžíšová z Dětského oddělení Nemocnice Hořovice a mobilního hospice Cesta domů, minimálně v dětské paliativní péči to úplně neplatí. U dětských pacientů totiž převládají nenádorové diagnózy (až z 80 %) a s nimi spojené dominantní symptomy jako dušnost či křeče.

„Bohužel, v ČR chybí dostatek empirických dat o počtu potřebných dětí a reálné dostupnosti paliativní péče,“ napsala MUDr. Mojžíšová spolu s MUDr. Lucií Cingrošovou v abstraktu své přednášky. „Neexistují nemocniční paliativní týmy, odborné vzdělání zdravotníků v paliativní medicíně je minimální. Komunikace mezi profesionály poskytujícími péči dětem s život ohrožujícím či limitujícím onemocněním je minimální, chybí proto kontinuita této péče jak o dítě, tak i o jeho rodinu,“ pokračovaly lékařky ve výčtu překážek.

Dostupnost domácí paliativní péče 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 domácí paliativní péče je ve většině krajů ČR prakticky nulová,“ zdůraznila přednášející.

### ■ Systém trpí „syndromem pohádky o kohoutkovi a slepičce“

Konkrétními a praktickými výstupy skončil další z kulatých stolů pořádaných v rámci 11. kongresu primární péče, který byl věnován otázkám vzájemné spolupráce praktických lékařů s gastroenterology v zájmu lepší péče o nemocné s nespecifickými střevními záněty (IBD) a dalšími střevními postiženími.

Prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc., předseda České gastroenterologické společnosti ČLS JEP, uvedl, že aktuálními se jeví být otázky zajištění laboratorního monitoringu pacientů léčených pro IBD, který by zajišťovali praktičtí lékaři (PL) a praktičtí lékaři pro děti a dorost (PLDD), a delegování preskripce některých protizánětlivých léků do ordinací PL a PLDD, aby pacient nemusel kvůli každému laboratornímu vyšetření, resp. receptu navštěvovat svého gastroenterologa.

Doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., předseda Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP, připomněl, že stejně jako v případě léčby bolesti i v této oblasti naráží diskuse na preskripční omezení.

„Je čas na koncepční řešení,“ zdůraznil doc. Býma. „Začíná se stále hlasitěji hovořit o konceptu managementu chronických onemocnění, jehož základem je rozdělení činností mezi specialisty a praktické lékaře tak, aby kompetence PL byly dostatečně silné a odlehčilo se specializovaným ambulancím.“

Podle doc. Býmy v ČR trpíme „syndromem pohádky o kohoutkovi a slepičce“. Pro





stejnou léčbu musí český pacient navštívit lékaře 12× do roka, zatímco v Rakousku 6× a ve Švédsku pouze 3×. Za to český systém utratí zbytečně asi 20 mld. Kč, které by bylo možno vynaložit ve prospěch pacientů.

Účastníci kulatého stolu – zástupci odborných společností a profesních sdružení praktických lékařů, České gastroenterologické společnosti ČLS JEP, Pracovní skupiny dětské gastroenterologie a výživy České pediatrické společnosti ČLS JEP a pacientských organizací – se dohodli na ustanovení dvou společných pracovních skupin (zvláště pro problematiku dětského a dospělého věku) s cílem vypracovat model rozdělení kompetencí v péči o nemocné s IBD a připravit jej k projednání se zdravotními pojišťovnami a ministerstvem zdravotnictví. V rámci uvedených pracovních skupin se bude pracovat i na težích společných konsensuálních doporučených postupů pro časnou diagnostiku a management pacientů s IBD, eventuálně i na konceptu automatizovaného algoritmu dalšího postupu vyšetření rodinných příslušníků, je-li v rodině diagnostikován celiak, včetně návrhu příslušných kompetencí a pravidel úhrady.

### ■ Nové léky na IBD jsou bezpečné, praktikům práci nepřidělají

Přidanou hodnotou pro účastníky diskuse z řad praktických lékařů pak bylo sdělení prof. Lukáše, že do klinické praxe léčby IBD vstoupí dva léky se zcela novými mechanismy účinku. Prvním je vedolizumab – humanizovaná monoklonální protilátka se selektivním účinkem pouze ve střevě, která se váže na integrin  $\alpha 4 \beta 7$  exprimovaný na pomocných T lymfocytech. Tím se blokuje jejich adheze ke sliznici střeva. Druhým novým lékem je ustekinumab – humánní monoklonální protilátka, která se váže na proteinovou podjednotku p40 interleukinu 12 a 23. Tím je blokována aktivace T lymfocytů a jejich diferenciace v podtypy Th1 a Th17, s následnou bloádou sekrece prozánětlivých mediátorů. „Důležitým sdělením pro praxi je, že oba léky jsou bezpečnější než stávající antiTNF-alfa léčba, která je spojena s rizikem infekčních komplikací, autoimunitní reakce nebo alergií.

Naproti tomu pacienti užívající vedolizumab nebo ustekinumab pro praktického lékaře neznamenaí žádnou zátěž ve smyslu nutnosti sledování nežádoucích účinků.“

### ■ Ve zdravém těle zdravý duch (i mozek)

Třetím z témat, o nichž se v průběhu kongresu primární péče diskutovalo, byla psychiatrická péče. „Pacientů v psychiatrických ambulancích každoročně přibývá, v ČR jich je více než 600 000,“ uvedl v bloku věnovaném prevenci duševních chorob prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc., přednosta Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze, a pokračoval: „Ještě větší počet lidí dochází s duševními problémy za praktickými lékaři a dalšími odborníky nebo nejsou léčeni vůbec. Proto je prevence vzniku duševních poruch zaměřená na biologicky relevantní mechanismy a léčba pomocí komplexních, snadno dostupných metod zcela jistě jedním z důležitých témat i budoucí psychiatrické péče.“

Jednou z možností řešení problému je podle prof. Rabocha modifikace životního stylu. „Nezdravý způsob života přímo souvisí se vznikem celé řady chorob, které v dnešní době označujeme jako ‚civilizační choroby‘, někdy se také mluví o ‚diseases of modernity‘. Sem je také možno zařadit duševní poruchy, především deprese a demence, které představují pro vyspělé společnosti 21. století jednu z největších zátěží.“

Prof. Raboch připomněl, že někteří experti se na základě historických analýz domnívají, že neinfekční degenerativní choroby nejsou nutným důsledkem stárnutí a opotřebování organismu, ale výrazně souvisejí s fyzickou nečinností a špatným stravováním. Citoval z průzkumu, v němž jen 17 % reprezentativního vzorku české populace udalo, že se pravidelně snaží dodržovat zásady zdravého životního stylu. Naproti tomu 18 % stejného vzorku uvádělo přítomnost středně těžkých až těžkých depresivních příznaků. Byli to především ti, kteří se stravovali a přijímali tekutiny nepravidelně, jedli více sladkostí a konzumovali málo ovoce, zeleniny a ryb, méně se věnovali zájmovým aktivitám a více užívali alkohol či jiné psychotropní látky na zklidnění.

### ■ Pro děti vzniknou centra duševního zdraví...

Tématem kulatého stolu po skončení bloku věnovaného prevenci duševních chorob byl především akutní nedostatek dětských psychiatrů. Podle sdělení prof. MUDr. Ivo Pačla, CSc., z Psychiatrické kliniky 1. LF UK

a VFN v Praze jich je na celou ČR 140, v přepočtu pouhých 80 úvazků.

Doc. MUDr. Martin Anders, Ph.D., předseda Psychiatrické společnosti ČLS JEP, poté informoval o tom, že vedle sítě center duševního zdraví pro dospělé se v rámci reformy psychiatrické péče v ČR počítá i se vznikem obdobných pracovišť pro děti. Tím by se měla mj. zvýšit dostupnost intervencí pro pacienty zachycené v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost.

Těm, kdo se v současnosti potýkají s absencí psychiatra nebo dětského psychiatra ve svém regionu, poradil odkaz na testovací stránky [www.iba.muni.cz/uzis](http://www.iba.muni.cz/uzis), na kterých Psychiatrická společnost zpřístupnila mapu psychiatrických zdravotnických zařízení včetně kontaktů a ordinčních hodin.

### ■ ... i dětská adiktologická centra

Adiktologická péče a léčba alkoholismu a jiných toxikomanií v ČR naráží na ještě vyšší personální a kapacitní problém, než je tomu u psychiatrické péče. Prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D., přednosta Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, připomněl, že z původní sítě 180 specializovaných ambulancí pro léčbu alkoholismu a jiných toxikomanií jich na celou ČR zůstalo jen 34, s celkem 19,5 úvazku lékařů. Celostátně by přitom bylo potřeba nejméně 70 úvazků.

Adiktologie jako obor původně dětskou péči nezahrnovala. „Zdá se, že potřeba dostupnosti této specializované zdravotní péče pro léčbu závislostí dětí a dorostu by odpovídala jednomu dětskému adiktologickému centru v každém kraji. Systém ovšem naráží na nedostatek dětských psychiatrů,“ uvedl prof. Miovský.

MUDr. Alena Šebková poté u kulatého stolu oznámila, že OSPDL ČLS JEP má spolu s Českou společností dorostového lékařství ČLS JEP rozpracovaný koncept prevence rizikového chování. Diagnostický rozhovor by bylo možno navázat na 13letou preventivní prohlídku, představuje to ovšem časovou investici, kterou by zohlednily zdravotní pojišťovny – třeba v podobě kódu edukačního výkonu.

JAK

Převzato z AM Review 7/2017



# V boji s pertusí jde především o důslednost

## Mezi nejohroženější skupiny patří kojenci s mizejícími mateřskými protilátkami

„Pertuse neboli černý kašel je vysoce nakažlivé onemocnění respiračního traktu vyvolané *Bordetellou pertussis*“, konstatoval prof. MUDr. Petr Pazdiora, CSc., z Ústavu epidemiologie v Plzni na úvod satelitního sympozia firmy Sanofi Pasteur. Tato choroba se vyznačuje vysokou kontagiozitou (hned za spalničkami), jeden infikovaný může dále infikovat 12–17 osob.

První vakcíny na toto onemocnění, které byly celobuněčné, se začaly užívat již ve 40. letech 20. století a 74 % dětí na světě je jimi stále očkováno. V Československu bylo zahájeno plošné očkování v roce 1956 a přineslo obrovský pokles nemoci a úmrtnosti na pertusi. Od 70. let se ve světě postupně přecházelo k bezbuněčným vakcínám, které jsou obecně považovány za bezpečnější, protože nejsou tak reaktogenní jako vakcíny celobuněčné. Tato výhoda byla ale vyváжена sníženou imunogenicitou, jež vyžaduje podání více dávek k dosažení protekce. Ta v současnosti u nebuněčné vakcíny dosahuje pěti let. V polovině 80. let poklesla nemocnost v Československu na minimum, od té doby opět stoupá a výrazně se projevuje v tříletých epidemických cyklech. Vysvětlení návratu pertuse je možno spatřovat ve skutečnosti, že za onemocněním nestojí pouze jeden biologický mechanismus, že jsou k dispozici moderní senzitivnější metody diagnostiky onemocnění, že probíhá cirkulace pertusových kmenů a změny imunologických odpovědí na vakcinaci, případně že vakcinace neúčinkuje na asymptomatický průběh onemocnění.

Onemocnění lze prokázat do tří až pěti měsíců od nakažení pomocí kultivace, případně PCR. Přímé důkazy k identifikování onemocnění jsou ale v ČR využívány jen v 6,2 % případů, častěji je nemoc detekována na základě přítomných protilátek.

### ■ Současné nástroje v boji proti kojenecké nemoci

U kojenců je na podkladě loňských dat pozorována druhá největší nemocnost, hned po skupině adolescentů ve věku 15–19 let. U kojenců se ve většině případů jedná o děti očkovévané jednou nebo žádnou vakcínou v rámci základního plošného očkování. Jak je možno doložit na datech z Plzeňského kraje

z let 2010–2014, první dávku očkování do tří měsíců věku dostane včas jen 76–80 % dětí. Přitom právě v této době je riziko pertuse u kojenců velmi vysoké, protože u nich v kombinaci s objektivními riziky nakažení dochází k vymizení mateřských protilátek. Světová zdravotnická organizace (WHO) proto doporučuje zahájit očkování co nejdříve po šestinedělí a doplnit je o „booster“ dávku mezi prvním a šestým rokem života dětí, další přeočkování by mělo následovat u adolescentů a dospělých.

Za účelem snížení kojenecké nemoci se úspěšně prosazuje také tzv. cocoon strategie, při níž dochází k naočkování nejbližších kontaktů kojenců, zejména jejich starších sourozenců, kteří byli již také očkováni nebuněčnou vakcínou s kratší dobou protekce, a prarodičů, kteří byli očkováni před velmi dlouhou dobou. Nově se zavádí i očkování gravidních žen, což se např. ve Velké Británii ukázalo jako účinné opatření při poslední epidemii (Amirthanlingam et al., Lancet 2014), kdy díky němu došlo k dramatickému poklesu nemocnosti dětí do jednoho či dvou let. Očkování gravidních se dnes provádí mimo jiné v USA, Kanadě, Belgii, na Novém Zélandu či v Austrálii, doporučuje je také Národní imunizační komise. Podle odborníků je pro ně nejvhodnější doba mezi 28.–36. týdnem těhotenství.

Ačkoli proočkovanost proti pertusi celosvětově roste (dle WHO proočkovanost třemi dávkami dosahuje 86 %), pertuse stále patří mezi život ohrožující onemocnění. „Za zkráceným obrazem o situaci může stát nedostatečné hlášení nových případů, které se podle odhadů pohybuje mezi 1–36 % všech případů. Vychází to z předpokladu, že podle některých predikcí 12–32 % adolescentů a dospělých s dlouhotrvajícím kašlem může mít pertusi“, upřesnil prof. Pazdiora.

„Nejlepším receptem na udržení dané situace je tedy nepochybně vysoká proočkovanost. Víím, že to praktičtí lékaři nemají ve svých ordinacích jednoduché, je ale více než žádoucí, aby se dodržovaly předepsané intervaly mezi očkovacími dávkami schválené odbornými společnostmi. Nedělejme si také falešnou představu, že imunogenita očkování, při němž schémata a intervaly dodržovány nejsou, je srovnatelná s tou u předepsaných očkovacích režimů. Domnívám

se rovněž, že v Česku by se mělo mnohem intenzivněji propagovat očkování těhotných žen. To vše můžete ze své pozice ovlivnit“, apeloval na přítomné prof. Pazdiora.

### ■ Čemu by mohla zabránit „cocoon strategie“?

Konsekvence oddalovaného očkování demonstrovala na případové studii předsedkyně Odborné společnosti praktických dětských lékařů MUDr. Alena Šebková. Použila k tomu případ zaznamenaný MUDr. Miroslavem Jiránkem z Dětské kliniky Univerzity Jana Evangelisty Purkyně a Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, o.z., Krajské zdravotní, a.s.

Na dětské oddělení jedné okresní nemocnice bylo přijato osmitýdenní dosud zdravé děvčátko, které bylo k hospitalizaci odesláno kvůli respiračnímu infektu doprovázenému dyspnoí. Hospitalizaci předcházely tři dny s rýmou, kašlem a odmítáním kojení, nicméně bez teplot. Děvčátko přestalo prospívat. Babička dítěte současně prodělávala respirační infekt léčený antibiotiky. Očkování u kojence zatím vzhledem k jeho stáří neproběhlo.

Při přijetí do nemocnice bylo u dítěte pozorováno jen mírné zahlenění, ostatní fyzikální nálezy byly v normě. Vstupní laboratorní vyšetření ukázalo elevaci zánětlivé aktivity (koncentrace C-reaktivního proteinu 25,1 mg/l), ale normální počet leukocytů ( $9,2 \times 10^9/l$ ). Během hospitalizace došlo ke zhoršení zahlenění s tachydyspnoí, na RTG plic však bylo zaznamenáno pouze překrvení plicních hilů. Jako terapie byla nasazena bronchodilatacia, ale jejich užívání nemělo výrazný efekt. Děvčátko bylo afebrilní, viditelně unavené, krmení bylo střídačkou, občas zvracelo hleny. Tachydyspnoe brzy doplnila tachykardie a posléze desaturace, proto byla zahájena oxygenoterapie aplikovaná nosními brýlemi. Šestý den hospitalizace byly naměřeny následující hodnoty: leukocyty  $50,2 \times 10^9/l$ , koncentrace C-reaktivního proteinu 14,4 mg/l. Přítomna byla hyponatrémie (120 mmol/l S-Na), proto byla podána infuze fyziologického roztoku. Kontrolní RTG plic neprokázal patrnou zánětlivou infiltraci.

Progrese zdravotního stavu děvčátka si vyžádala překlad na jednotku intenzivní péče



Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, před překladem byla dle domluvy podána první dávka intravenózních antibiotik. Po přijetí byla zaznamenána tachydyspnoe a tachykardie (190/min). Děvčátko bylo afebrilní, ale nedostatečně sálo, proto bylo krmeno nazogastrickou sondou. Vstupním echokardiografickým vyšetřením byla vyloučena vrozená srdeční vada či známky plicní hypertenze. K udržení saturace krve kyslíkem nad 95 % byla zahájena oxygenoterapie nosními brýlemi do 1 l/min. Známky respirační acidózy zaznamenány nebyly, proto bylo pokračováno v terapii bronchodilatací. Diagnózu pertuse lékaři zvažovali vzhledem k anamnéze a významné leukocytóze, kvůli této obavě byl přidán clarithromycin do antibiotické dvojkombinace.

Druhý den kontrolní laboratorní vyšetření potvrdilo výrazný nárůst počtu leukocytů ( $90,9 \times 10^9/l$ ) s patrným absolutním nárůstem počtu lymfocytů a neutrofilů. Předpoklad pertuse byl prokázán metodou PCR ze stěru z nazofaryngu. Klinický stav dívky se neměnil, přítomna byla nadále tachykardie s tachydyspnoí. Pro podezření na bakteriální superinfekci byl do antibiotické kombinace přidán ještě gentamicin.

Již 32 hodin po přijetí na JIP došlo k náhlému zhoršení stavu, které se projevovalo vyššími nároky na oxygenoterapii a rozvojem respirační acidózy. V reakci na tento vývoj byla zavedena orotracheální intubace a napojení na konvenční tlakem řízenou umělou plicní ventilaci. Na RTG snímku bylo již pozorovatelné infiltrativní zastření plic oboustranně perihilózně u obou horních laloků. Zřetelně se tedy projevovала kombinace pneumonického obrazu a syndromu akutní dechové tísně.

Hyposaturace pokračovala i přes 100% inspirační koncentraci kyslíku, proto byla změněna na vysokofrekvenční oscilační ventilaci, ale ani ta nepomohla ke zlepšení saturace kyslíkem. Akutní dechová tíseň byla léčena intratracheálně podávaným sufraktantem, započata byla také ventilace oxidem dusnatým, což umožnilo snížit inspirační koncentraci kyslíku na polovinu k dosažení normálních hodnot saturace.

Po čtyřech hodinách se stav dítěte opět zhoršil (inspirační koncentrace kyslíku zvýšena na 100 %, saturace krve kyslíkem bylo dosaženo na 80–90 %). Hypotenze si vyžádala oběhovou podporu noradrenalinem a následně dobutaminem. Na echokardiografii již byly bohužel patrné známky významné plicní hypertenze a pravostranného srdečního selhání.

Akutní stav ošetřující lékaři konzultovali s Jednotkou intenzivní a resuscitační péče Kliniky dětského a dorostového lékařství v Praze, kde byl domluven překlad k mimotělní membránové oxygenaci. Před jeho uskutečněním ale došlo u pacientky k farmakorezistentní bradykardii a následná kardiopulmonální resuscitace byla bohužel neúspěšná.

Jako příčina úmrtí bylo označeno kardiopulmonální selhání na podkladě sekundární plicní hypertenze při oboustranné plicní pneumonii. Kromě pertuse byla kultivačně ze stěrů z bronchů prokázána také *Klebsiella pneumoniae* jako bakteriální superinfekce při pertusi. Následné epidemiologické šetření prokázalo přítomnost *Bordetella pertussis* alespoň u jednoho příbuzného.

„Jak vidíte, pertuse stále představuje pro malé děti velké nebezpečí, nedá se říci, že by tato choroba byla zcela vymýcena. Říďte se vyhláškou a neoddalujte zbytečně začátek povinného očkování, ať nemusí docházet k takto zbytečnému úmrtí a velké rodinné tragédii, jakou jsem vám popsala,“ dodala MUDr. Šebková.

### ■ Rodiče o očkování spíše pochybují, než aby je zcela odmítali

O odmítání očkování promluvila MUDr. Ing. Veronika Jilichová Nová, praktická lékařka pro děti a dorost působící v Plzni. „Než začneme diskusi o potřebnosti očkování, je třeba si vždy připomenout, že očkování zachránilo miliony životů a zabránilo milionům závažných onemocnění,“ upozornila MUDr. Jilichová Nová. „Je možno dokonce říci,“ pokračovala, „že očkování se stává obětí svého úspěchu. Jakmile se zahájí vakcinační program, incidence onemocnění, proti němuž je očkování zaměřeno, prudce klesne. Se zvyšující se proočkovaností přirozeně klesá i počet případů onemocnění vyskytujících se v populaci, takže lidé mohou mít pocit, že očkování je vlastně zbytečné. K narušení vakcinačního programu může přispět i nějaká vnější příčina, například objev závažné komplikace, která nemusí ani souviset se samotným podáním očkovací látky. V reakci na narušení programu dojde opět ke zvýšení incidence daného onemocnění a následnému posílení důvěry v očkování v podobě zvyšující se poptávky po vakcínách.“ Vliv proočkovanosti na důvěru v očkování je patrný i ze srovnání 67 zemí světa (Larson et al., E Bio Medicine 2016),

přičemž čím vyspělejší země s déle zavedenými očkovacími programy, tím menší se objevuje potřeba plošné očkovat.

To potvrzují i průzkumy (Leask et al., Vaccine 2009; Larson et al., JAMA 2009), které se zaměřily na hlavní důvody nedůvěry v očkování. Mezi nejčastější patří nízká incidence onemocnění, proti němuž se očkuje, krize důvěry v autority a vědecký výzkum či nešťastná komunikace očkovacích témat.

Konkrétní výhrady rodičů zjišťoval průzkum mezi 1 500 americkými zdravotníky uveřejněný na serveru Medscape 4. září 2015. Z přímé zkušenosti rodičů vyplývá, že 64 % z nich se obává komplikací očkování, 61 % má strach z možného spojení s autismem, 54 % vadí jiné než účinné látky ve vakcíně a 45 % znepokojuje přepětí imunitního systému dítěte. Podobné důvody se objevily i v průzkumu z 15 evropských zemí (Yacub et al., Social Science and Medicine 2014): 21 % respondentů uvádělo strach z nežádoucích účinků vakcíny, 12 % nízké riziko nakažení, 7 % dokonce vnímalo vakcínu jako neúčinnou.

I přes tato zjištění se ale zřetelně ukazuje (viz Childhood Immunisation Tracking; Thompson Reuter – NPR Health Poll; Dempsey et al., Pediatrics 2011), že přes výhrady rodičů k očkování více než dvě třetiny z nich nakonec očkování u svých dětí akceptují (ačkoli je kvůli pochybnostem prodávají). Proočkovanost v praxi nijak výrazně neklesá, poměr radikálních odmítačů očkování se pohybuje jen mezi 1–2 %. Průzkum společnosti STEM/MARK z listopadu 2016 u české populace tyto poměry potvrdil (91 % dotázaných s očkováním souhlasilo, jen 3 % ho zcela odmítalo).

Z téhož průzkumu vzešlo, že nejdůvěryhodnějším zdrojem informací je pro veřejnost ošetřující lékař. Doporučení odborníka působí jako silný motiv, zda sebe nebo své děti očkovat, či nikoli. „Měli byste,“ obrátila se MUDr. Jilichová Nová na auditorium, „aktivně zmírňovat obavy rodičů, vedťe s nimi pozitivní diskusi založenou na faktech, k nimž jim poskytnete zdroje, a využijte tohoto postupu co nejdříve, protože předtím, než je třeba dítě poprvé naočkovat, se naskytne příležitost k diskusi

na toto téma pouze při dvou až třech pravidelných návštěvách v ordinaci.“

Kristýna Tesařová

Převzato z AM Review 7/2017





## Ze světa odborné literatury...

### ■ Nízká prevalence pacientů s mitochondriálními onemocněními a současně diabetem v Německu a Rakousku

Účelem dané studie bylo charakterizovat fenotyp a léčbu u mladých pacientů pod 30 let věku. Jen 0,02 % všech pacientů s diabetem bylo identifikováno pro základ mitochondriálního původu (DMO). Začátek klasifikace DMO byl pozdější než začátek příznaků diabetu (DM), ale včasnější než klasifikace standardních odchylek. V době manifestace se pacienti projevují zvýšením glykémie bez ketoacidózy. Mají nižší body mass index a vyšší triglyceridy a také vyšší nepoměr dyslipidémie. Hodnota glykovaného hemoglobinu byla srovnatelná u obou typů diabetu. Hodnotí, že diabetes u dospívajících s mitochondriálním onemocněním je řídkou příčinou vlastního neautoimunního diabetu. Společná zůstává v těchto kombinovaných případech rodinná anamnéza diabetu, ztráta sluchu a neurologické abnormality. Někteří pacienti vykazují změny na sítnici.

*Eur J Pediatr. 2016;175:613–622*

### ■ Posouzení prenatální diagnostiky kongenitálních anomálií ledvin a urogenitálních anomálií ledvin a močového traktu

Účelem této studie bylo posoudit 115 pacientů narozených v letech 1995–2001. Všichni pacienti s nálezy byli sledováni a rizikové faktory ohodnoceny. Neonatální diagnóza pelvi-ureterální obstrukce u 33 novorozenců, vezikoureterální reflux u 27 pacientů nalezen, solitární střední pánevníková dilatace u 25 novorozenců a dále sporadicky obstruktivní megaureter, dysplastická ledvina, renální dysplazie a chlopně uretry. U 38 dětí s izolovanou prenatální hydronefrózou nastala sonografická normalizace během 1,2 roku. Chirurgické řešení provedeno u 34 dětí ve věku 0,4 roku. Perzistující renální anomálie bez chirurgického řešení byla u 43 dětí v 16 letech věku. Oligohydramnion byl asociován s chirurgií a narušením renálních funkcí. Další faktory jako proteinurie a vezikoureterální

reflux byly spojeny s vyšším rizikem chronického renálního selhání.

Během postnatálního sledování v průměru 2,2 roku jedna třetina vykázala normalizaci. Studie prozrazuje dobrou prognózu většiny anomálií. Pokud je však přítomno oligohydramnion a oboustranná anomálie, musí se dávat vysoce pozor. Sonografické nálezy závažné jsou 10–14 mm a těžké přes 15 mm. Dalším stupněm je pak dilatace kalichů a ureteru. Intravenózní urografie byla nahrazena MAG 3 scintigrafií. DMSA pak byla provedena na detekci fokálních renálních nálezů. Pyelonefritis byla zakalkulována při T nad 38 °C, zvýšení CRP (není udávána hodnota) leukocyturie a bakteriurie nad 10/5.

Zajímavý je věk gestace při první diagnóze (31 týden).

*Eur J Pediatr. 2016;175:667–676*

### ■ Ohodnocení a ošetřování bradykardie u novorozenců a u dětí

Bradykardie je definována jako srdeční poměr pod nejnižší hodnotu pro věk. Manifestuje se jako junkční bradykardie, sinusová bradykardie a atrio-ventrikulární blok. Je zde patogenéze nedědičné dysfunkce. Bradykardie je popisována u strukturálně normálních srdcí nebo v kombinaci se srdeční vadou. Genetická varianta byla také popsána. Srdeční výdej za minutu u novorozence je 90–164/min.; 0–3 měsíce 107–181/min.; 3–6 měsíců 104–175/min. V roce věku pak 82–149/min. Příčinami bradykardie je hypervagotonie, zvýš. intrakraniálního tlaku, abdominální procesy. Bradykardie je popisována také u adolescentů s *anorexia nervosa*. Zde se objevuje při narušení elektrolytové nerovnováhy. Srdeční výdej je zde také sekundárním ukazatelem spinální kostní minerální denzity. Také po operacích VCC může nastat sinusová dysfunkce nebo AV blok. Kongenitální srdeční blok identifikovaný *in utero* nebo v době porodu, kdy jsou detekovány mateřské protilátky v 95 %. Jsou tam přítomny a inhibují kalciový přesun.

Tento autoimunitní kongenitální srdeční blok je spojen se 16% mortalitou a s 10% rizikem dilatační kardiomyopatie. Neimunitní srdeční

blok může také nastat při lymeské nemoci, infekční endokarditidě, myokarditidě, katetrizaci nebo hypotyreóze. Také po chemoterapii pro nádorová onemocnění jsou popisovány tyto poruchy rytmu.

Guidelines:

1a. implantace permanentního pacemakeru pro AV blok 2 a 3 stupně; totéž při neodpovídající bradykardii; totéž při postoperativním období, pokud perzistuje déle než 7 dní; totéž při AV blok 3. st a široké QRS; totéž při kong. AV blok s malým srdečním výdejem levé komory; dále pokyny jsou přesně rozpracovány do skupiny 2a., 2b., 3. Zde jsou rozpracována doporučení pro kardiální synkopy a další.

*Eur J Pediatr. 2016;175:151–161*

### ■ Sonografická detekce pneumonie u febrilních dětí s RDS

Do práce byly zahrnuty děti mezi rokem 2008–2012 s těžkým RDS syndromem. Bylo zařazeno 207 pacientů, všechny děti byly velmi výrazně febrilní. Stáří se pohybovalo mezi 3 měsíci až 16 lety. Teplota neklesla pod 38,5 °C. Klinický obraz těžkého respiračního distress syndromu, který je definován více než 70 dechy/min. pod jeden rok věku, nebo více než 50/dechy v minutě u starších. Závažné dechové problémy, zatahování, grunting, saturace pod 92 %. RTG pozitivní u 197 pacientů. Vykazují v 68 % parenchymální konsolidaci a fokální opacitu v 31 %. Plicní sonografický nálezy korelovaly s trváním teplot, vyšším počtem leukocytů a vyššími hodnotami CRP. Provedená sonografická vyšetření vykazovala vysokou senzitivitu z hlediska pleuropulmonálních změn, přesto role klasického pracovního postupu a RTG není opouštěna.

*Eur J Pediatr. 2016;175:163–170*

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



## Aktuality...

### **Právo na dítě nepatří mezi základní lidská práva, prohlásila poslankyně Chalánková**

Proti tomu, aby mohly mít svobodné ženy dítě i bez souhlasu svého partnera s použitím spermatu anonymního dárce v rámci asistované reprodukce, ve Sněmovně zobra vystoupila Jitka Chalánková (TOP 09). Nyní je nutný souhlas páru. Poslankyně zároveň chtěla zpřísnit podmínky pro umělé oplodnění prostřednictvím anonymního dárcovství, její návrh nakonec neprošel.

Poslanci možnost umělého oplodnění pro nesezdané ženy řešili v rámci novely zákona o specifických zdravotních službách. „Nejde o zdravotnický zákon, ale o zákon etický a lidskoprávní. Právo na dítě nepatří mezi základní lidská práva,“ prohlásila na plénu poslankyně známá svým angažmá v rámci kauzy rodiny Michalákových.

Pozměňovací návrh, který by umožnil nesezdaným ženám podstoupit asistovanou reprodukci i bez souhlasu muže s použitím spermatu anonymního dárce, předložil poslanec ČSSD František Adámek. Sněmovna ho však nakonec nepřijala, vyslovil se proti němu i ministr zdravotnictví Miloš Ludvík (ČSSD).

„Domnívám se, že to je otázka velmi etická, která potřebuje dlouhou diskusi a není to na pozměňovací návrh,“ vysvětloval Ludvík své stanovisko. „Jako ministr zdravotnictví nemůžu být nadšen z toho, že se skoro 50 % dětí narodí mimo manželství. Nemyslím, že je to dobrý trend,“ uvedl, aniž by upřesnil, jak post ministra zdravotnictví souvisí s tematikou nemanželských dětí.

Na umělé oplodnění nyní mají podle zákona nárok jen ženy do 49 let na základě písemné žádosti, kterou podají spolu s mužem, s nímž chtějí tuto službu podstoupit.

#### **Lidovec Gabal: Neblokujme single matky**

S Adámkem souhlasil jeho stranický kolega Jiří Koskuba. „Setkávám se s mladými ženami, které mají nemoc, která jim brání v tom najít si partnera. Ale i tyto dívky jsou schopny porodit dítě. Mysleme na to, že urážíme ty z těch, jež by rády plnily roli matky,“ řekl v diskusi.

Po něm si vzal slovo lidovecký poslanec Ivan Gabal. „Je to neuvěřitelné, ale shodnu se s kolegou Koskubou. Koukněte se na demografický vývoj. Pro mnohé ženy, které nenašly partnera, je tohle východisko. Chceme, aby společnost demograficky směřovala dopředu, tak nemůžeme blokovat single matky,“ míní.

Ministryně práce a sociálních věcí Michaela Marksová (ČSSD) komentovala vystoupení Chalánkové slovy: „Ta paní se už úplně zbláznila.“

#### **Odškodnění za očkování neprošlo**

V rámci novely zákona o zdravotních službách se sešlo i několik dalších pozměňovacích návrhů. Jan Farský (STAN) například chtěl, aby rodiče dětí vážně poškozených povinným očkováním získali zákonný nárok na odškodnění od státu. Ani to však neprošlo. Ministr zdravotnictví s tím chce počkat až po volbách.

„Já bych ho nepodával, pokud by ministerstvo zdravotnictví splnilo své sliby. 2. června 2015 přislíbil zástupce ministerstva zdravotnictví, že k problematice odpovědnosti státu předloží legislativní řešení do září 2015. Nic se nestalo,“ kritizoval Farský.

Zdroj: B. Zpěváčková, novinky.cz, 26. 4. 2017

### **Úložiště téměř nevyužívaných eReceptů stálo 318 milionů, zjistil NKÚ**

Úložiště elektronických receptů, které tvoří jen 1,5 procenta vydaných receptů na léky, stálo 318 milionů korun a dalších 4,5 milionu ročně za provoz. Vyplývá to z výsledků prověrky hospodaření Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL), které v úterý zveřejnil Nejvyšší kontrolní úřad (NKÚ). SÚKL tvrdí, že minimální využití eReceptů je dáno dobrovolností jejich používání.

Původní provozovatel eReceptů se soudí se SÚKL o práva na nakládání s aplikacemi, ústav od loňska používá náhradní řešení a chystá nový systém.

„Využití tohoto systému je minimální – od srpna roku 2011 do října roku 2016 bylo v České republice vydáno necelých pět milionů elektronických receptů, což představuje zhruba jen jedno a půl procenta ze všech vydaných receptů,“ sdělil mluvčí NKÚ Václav Kešner. „SÚKL si také při budování systému eRecept nevyhradil možnost systém modifikovat, případně upravovat třetí stranou ani celkově nevyjasnil autorská práva k jeho používání. Kvůli tomu se dostal do sporu s dodavatelem, který vyústil až v soud a pozastavení provozu systému od prosince 2015 do března 2016,“ doplnil.

#### **SÚKL: Nízké využití bylo dáno dobrovolností**

„Nevyužívání elektronické preskripce bylo způsobeno zejména tím, že tento systém je doposud založen na dobrovolnosti používání,“ uvedla mluvčí SÚKL Lucie Přinesdomová. Část lékařů s povinným používáním eReceptů nesouhlasí, přinese jim to podle nich vyšší náklady.

Nový systém pro elektronické recepty na léky v současnosti za 14,68 milionu korun bez DPH vytváří firma Solitea Business Solutions (dříve Aquasoft), která loni vyhrála výběrové řízení. Předepisování elektronických receptů bude pro lékaře od příštího roku povinné. Část lékařů s tím nesouhlasí, přinese jim to podle nich vyšší náklady. Ministerstvo zdravotnictví jim chce náklady navíc, které odhaduje na zhruba 4 000 korun ročně, kompenzovat v úhradové vyhlášce.

Kontrolní úřad kritizoval také další nedostatky hospodaření lékového ústavu v oblasti IT. „SÚKL v letech 2005 až 2009, kdy přecházel na novou IT architekturu a vytvářel datový sklad, neměl licence na používání některých softwarových aplikací. Tím porušoval licenční práva. Dodavateli softwaru pak v rámci dohody o narovnání zaplatil 120 milionů korun,“ oznámil Kešner.

Lékový ústav nemohl podle Přinesdomové předvídat soudní spory o práva k systému elektronických receptů ani následně předběžné opatření soudu, které provoz elektronických receptů dočasně přerušilo. „Na základě výše uvedeného SÚKL odmítá, že by nedodržel zákonný postup, a závěry NKÚ ohledně řešení autorských práv považuje za předčasné,“ doplnila.

SÚKL rovněž podle NKÚ vybral v letech 2013 až 2015 od farmaceutických firem přes 1,5 miliardy korun za odborné úkony na financování své činnosti, ale bez opory v zákoně z těchto příjmů vytvářel rezervní fond. „Současně vykazoval nižší závazky. Takový způsob financování ovlivňuje podobu účetní závěrky a významně zkresluje pohled na finanční situaci SÚKL,“ uvedl mluvčí kontrolorů.

Zdroj: ČTK, 2. 5. 2017



## Brusinky na infekce močových cest neúčinkují

**Nedávná studie, publikovaná v JAMA, nenašla žádné důkazy prospěšnosti užívání suplementů s brusinkami pro infekce močových cest (UTI).**

Vědci tentokrát použili kapsle koncentrovaných proanthokyanidinů (PAC) ve dvojnásobné dávce, než kterou jako účinnou doporučovaly předchozí studie. Sledování se během roku zúčastnilo 185 starších žen, u nichž se prokázala přítomnost jak bakterií UTI (nejméně  $10^5$ /ml), tak i bílých krvinek v moči. Autoři zjistili, že bez přítomnosti ATB neexistuje statisticky významný rozdíl v přítomnosti bakteriurie a pyurie mezi skupinou, která dostávala suplementaci, a skupinou bez ní. U obou se výskyt pohyboval kolem 29 %. Vyrovnanost výsledků obou skupin přispívá k závažnosti zjištění studie.

V dané studii sice nebyla prokázána vliv kapslí na adhezi *E. Coli* k buňkám močového měchýře, pouze na výskyt onemocnění. Autoři však přesto doporučují, aby lékaři přestali navrhnout brusinky jako možnost účinné terapie. Jejich zjištění navazuje na výsledky předchozích studií, které rovněž neprokázaly jakoukoliv souvislost mezi užíváním brusinkových produktů a UTI.

Zdroj: JAMA, [www.tribune.cz](http://www.tribune.cz), 11. 5. 2017

## Většina Čechů chce komunikovat s lékaři elektronicky

**Devět z deseti Čechů by chtělo komunikovat s lékaři elektronicky. Nejčastěji by tuto možnost využili při objednávání k lékaři, vystavování receptů a uvítali by také elektronické připomínky pravidelných kontrol a vyšetření.**

Elektronizace českého zdravotnictví zatím moc nepokročila, objednávání k lékaři tímto způsobem je sice už poměrně běžné, online poskytování výsledků ale je problém a zatím stále jen minimálně se využívají elektronické recepty. Od ledna příštího roku je budou muset lékaři psát povinně, takže by elektronických receptů mělo výrazně přibýt. Elektronickou komunikaci by podle průzkumu chtělo využívat 87,4 procenta respondentů, oproti roku 2014 zájem stoupl o více než 17 %. Z těch, kteří o elektronickou komunikaci mají zájem, by ji 96,7 % chtělo využít k objednání k lékaři, 91 % k připomínkám pravidelných kontrol a 89,4 % k vystavování receptů. Online přístup k výsledkům svých vyšetření by chtělo mít 89,4 % odpovídajících. Elektronická komunikace s lékaři umožňuje i další úkony, které není vždy nutné řešit osobně nebo telefonicky a většina lidí by o ně měla zájem: například online konzultace, zjištění ceny či doplatku za lék nebo lékařský úkon, konzultace možných interakcí a nežádoucích účinků u léků a sdílení základních zdravotních údajů se záchrannou službou. Z odpovědí respondentů vyplývá, že více než dvě třetiny se nestarají jen o své zdraví, ale pomáhají také svým blízkým. Nejčastěji pomáhají prarodičům a rodičům, ale také svým partnerkám a partnerům. Nejvíce blízkým pomáhají při komunikaci s obvodním lékařem, 84,7 %, a se zubařem, 54,1 %. Při objednání svých blízkých by tuto možnost ocenilo 89,1 % lidí, při vystavení elektronického receptu pro členy rodiny 76,2 % a k připomínkám jejich pravidelných kontrol 70,6 %.

„Z výsledků průzkumu je patrné, že by Češi uvítali, kdyby jim lékaři poskytli možnost komunikovat s nimi elektronicky. Lidé od zdravotnictví očekávají stále zlepšování služeb, zvyšující se komfort a časovou

úsporu. Online komunikace je na českém trhu k dispozici, je efektivní a mezi klienty je o ni zájem,“ uvedla Lenka Volfová, Head of Marketing z CGM ČR. Ženy by elektronickou komunikaci ocenily v kontaktu s gynekologickou ordinací, protože ji mnohdy navštěvují jen kvůli receptu nebo výsledkům vyšetření, tyto úkony by se daly řešit elektronicky. Více než polovina žen uvedla, že gynekologa navštěvuje jen kvůli receptu, obvykle dvakrát nebo čtyřikrát ročně. Kvůli předání výsledků vyšetření dochází do gynekologické ordinace přinejmenším jednou za rok 58 % žen. Ačkoli by ženy stály o online komunikaci s gynekologem, téměř 84 % tuto možnost nemá. Online komunikaci s gynekologem by 88,8 % žen využívalo k objednávání, 72,3 % k připomínkám pravidelných vyšetření, 69,5 % k vystavení receptů a 68,7 % k přístupu k výsledkům vyšetření. O konzultaci problému s gynekologem elektronickou cestou by mělo zájem téměř 80 % žen.

Zdroj: MT, [www.tribune.cz](http://www.tribune.cz), 4. 5. 2017

## Po zápisech jsou logopedi na roztrhání

**V době zápisů do škol se v logopedických ordinacích dveře neza-vírou. Děti s vadou řeči je pořád dost a někdy se jejich handicap začne řešit právě až u zápisu. Jenže logopedi v poslední době nestíhají a na vyšetření se čeká i měsíce.**

„Rodiče k nám chodí ve vlnách. Dříve byly zápisy do škol v lednu únoru, teď je to v dubnu. Pak následuje další vlna v květnu, kdy jsou zápisy do mateřských škol. Pak je ještě jedna vlna po prázdninách, jakmile děti do školek nastoupí,“ popsala Právu klinická logopedka Michaela Voldřichová. „Jsou to děti rodičů, kteří s nimi dosud nic nedělali, a tak se rozhodli, že je třeba něco dohnat,“ dodala. Podle ní sice i pediatrii doporučují rodičům zabývat se vadami výslovnosti až třeba v pěti letech, ale pracovat se s nimi dá už třeba ve čtyřech.

### Kvůli vadám řeči čtvrtina odkladů

V některých případech, kdy se za vadou řeči skrývá závažnější porucha, jako je třeba porucha autistického spektra, je nutno s dětmi pracovat už od půldruhého roku věku. Logopedie dnes už podle Voldřichové neřeší právě jen žvatlání a šišlání. Soustřeďuje se ale i na šíři slovní zásoby, tvoření vět nebo správné vyjadřování, čímž zároveň odhaluje závažnější potíže.

„Špatná výslovnost je často jen vnější projev, někdy se za ní projeví další diagnóza, třeba porucha soustředění, sluchu, zrakového vnímání, se kterými může logoped pracovat, aby dítě nastupovalo do školy co nejvíce připravené,“ uvedla. Může jít o běžnou vadu, ale pokud se nepodchytí včas, může ovlivnit školní dovednosti. I proto specialisté doporučují zajít na preventivní prohlídku už alespoň ve čtyřech letech. Obzvláště v době, kdy se do škol a školek hlásí silné ročníky, protože čekání na pouhé vyšetření se může protáhnout.

„Mí pacienti si hradí péči sami. Moje kolegyně má smlouvu s pojišťovnou, ale obě máme ambulance narvané,“ řekla Voldřichová. „Od kolegů vím, že objednáci lhůty jsou dlouhé. Čekací lhůty jen na zapsání do péče trvají i tři měsíce. K terapii pak dojde až za čtyři až šest neděl, takže na ni nemusí dojít ani třeba před započítáním školní docházky,“ upozornila. Podle ní by prospělo, kdyby ve zdravotnictví bylo logopedů víc, čímž by se čekací lhůty zkrátily. Také podle České školní inspekce je logopedů nedostatek. „Významným faktorem negativně ovlivňujícím včasné ukončení řečového vývoje dítěte předškolního věku je přetrvávající nedostatek klinických a školských logopedů,“ stojí ve výroční zprávě inspekce. A právě zmíněné vady jsou ty z nejrozšířenějších, kvůli nimž se dětem na prahu školy





doporučuje odklad povinné docházky. Jen v loňském školním roce dostalo ze 116 tisíc dětí odklad zhruba 24 tisíc předškoláků, nejčastěji kvůli celkové nezralosti, což bylo 37 % z nich. Odklad kvůli logopedickým nedostatkům a poruchám řeči dostalo 6 500 dětí, tedy 27 % předškoláků s odkladem.

#### Nezodpovědní rodiče

Drtivá většina mateřských škol mapuje, jak na tom děti s vývojem řečových schopností jsou. Pokud přímo nespolupracují s logopedem, alespoň vědí, kam dítě doporučit. Největší překážkou však bývá zmíněná nedbalost rodičů.

„Výrazně negativním jevem je dle sdělení ředitelek mateřských škol skutečnost, že rodiče nepřístupují k nápravě řečových vad svého dítěte odpovědně. Přestože ve většině škol jsou zákonným zástupcům poskytovány kontakty na odborná pracoviště, rodiče na logopedickou nápravu s dítětem nedocházejí,“ uvádějí inspektoři. Dalšími nejčastějšími důvody pro odklad školní docházky bývají sociální nezralost (12,6 %), nevyzrálá grafomotorika (11,9 %) a poruchy soustředění (11,3 %).

*Zdroj: Jiří Mach, Právo, 9. 5. 2017*

## INZERCE

### 421 4-16

**Přenechám** (levně) nadstandardně velký pediatrický obvod **v okrese Ústí nad Orlicí** (vhodné i pro manželský pár pediatrů). 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

### 465 3-17

**Přenechám** ordinaci PLDD na **Blanensku** blíže Brna. Informace na tel. 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. 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

### 474 4-17

**Přenechám** ordinaci PLDD na okrese **Blansko**, OZS Křtiny, Lipovec Tel: 603 287 021

### 475 4-17

Hledám **dětského lékaře k převzetí pediatrické praxe**, ZS **Albrechtice u Českého Těšína**, okres Karviná. Ordinance je v pronájmu obce, která nabízí pronájem za velmi výhodných podmínek. Bezproblémová klientela. ZS Albrechtice u Českého Těšína, Obecní 714, PSČ 735 45. Tel.: 602 520 380, pevná linka: 596 428 183, email: lydie.mach@centrum.cz

### 476 4-17

**Prodám ordinaci PLDD v Praze 13**, perspektivní poloha. Vlastní prostory, které je možné případně také odkoupit. E-mail: ordinace-pldd-p13@centrum.cz

### 478 4-17

**Prodám** zavedenou **praxi PL** pro děti a dorost v **Ostravě**. Kontakt: 605 302 992

### 479 5-17

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

### 480 5-17

**Přenechám** ordinaci PLDD. Vesnický obvod **Hutisko-Solanec a Dolní Bečva**. Info tel.: 724 760 722.

### 481 5-17

**Daruji** venkovskou pediatrickou **praxi** v okrese **Rakovník**. Tvoří ji střediska Mutějovice, Lužná, Kounov. Počet dětí cca 900. Termín od 1. 1. 2018. Telefon: 602 834 263. E-mail: hanakozlik@seznam.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 6/2017

## Enuréza

- 1. U zdravého dítěte nastupuje kontrola močení v bdělém stavu cca do 3. roku. Schopnost udržet moč během spánku se vyvíjí déle, zhruba do 5. roku věku dítěte. Mimovolní únik celého objemu močového měchýře během spánku u osob starších 5 let označujeme jako**
  - a) nykturia
  - b) enuresis nocturna
  - c) enkopresis
  - d) polyuria
- 2. Termín „primární enuréza“ je používán tehdy, pokud se jedná o**
  - a) enurézu na podkladě nezralosti CNS
  - b) enurézu na podkladě primární (většinou vrozené) anatomické či funkční anomálie v oblasti dolních cest močových
  - c) enurézu trvající bez přerušení delšího než 6 měsíců od nejútlejšího věku
  - d) enurézu poprvé se objevivší po 5. roce věku
- 3. Jaký je normální poměr objemu denní a noční moče?**
  - a) 2 : 1
  - b) 1 : 1
  - c) 1 : 2
  - d) 3 : 1
- 4. Na etiologii primární noční enurézy se nejčastěji podílí porucha budicí reakce, noční polyurie a izolovaná instabilita močového měchýře. Noční polyurie je u monosymptomatické neorganické primární noční enurézy vyvolána nedostatečným nočním zvýšením produkce antidiuretického hormonu. Proto enuretici tvoří větší objem méně koncentrované moči, který překračuje předpokládanou funkční kapacitu močového měchýře pro daný věk. Orientační hodnotu kapacity močového měchýře v ml pro daný věk můžeme vypočítat pomocí vzorce dle Koffa:**
  - a)  $(\text{věk} + 1) \times 50$
  - b)  $(\text{věk} + 1) \times 40$
  - c)  $(\text{věk} + 1) \times 30$
  - d)  $(\text{věk} + 1) \times 20$
- 5. V terapii monosymptomatické neorganické noční enurézy bychom se měli řídit doporučením dle ICCS (International Children's Continence Society). Dle tohoto algoritmu se po vyčerpání režimových opatření doporučuje v prvním kroku použít enuretický alarm (přístroj, který spustí alarm při zvlhčení sondy umístěné v oblečení dítěte či na lůžku pod dítětem) a/nebo desmopressin. Léčbu desmopressinem zahajujeme nezávisle na věku (u dětí starších 7 let, výjimečně od 5 let) a hmotnosti dávkou 120 µg p.o. Desmopressin se podává za těchto podmínek:**
  - a) tabletu podáme minimálně 1 hodinu před spaním
  - b) tabletu podáme v jedné ranní dávce
  - c) tabletu je nutno zapít dostatečným množstvím tekutin, alespoň 400 ml
  - d) hodinu před podáním a po dobu 8 hodin po podání tablety by neměl pacient přijímat téměř žádné tekutiny

**MENVEO®**

Konjugovaná vakcína proti meningokokovým séro skupinám A, C, W135 a Y

# POMÁHÁ CHRÁNIT PROTI ČTYŘEM Z PĚTI NEJINVAZIVNĚJŠÍCH SÉROSKUPIN

**INDIKACE:**

Menveo je vakcína, která se používá k aktivní imunizaci dětí (od 2 let), dospívajících a dospělých s cílem zabránit invazivnímu onemocnění způsobenému bakteriemi *Neisseria meningitidis* séro skupin **A, C, W135 a Y.**

**PROČ OČKOVAT 2,3,4****RYCHLÝ PRŮBĚH****ŠPATNĚ SE DIAGNOSTIKUJE****POTENCIÁLNĚ SMRTELNÉ ONEMOCNĚNÍ****KDO BY SE MĚL NECHAT OČKOVAT****DĚTI OD 2 LET****DOSPÍVAJÍCÍ****DOSPĚLÍ****CESTOVATELE****NEDEJTE MENINGOKOKŮM ŠANCI!****NABÍDNĚTE OČKOVÁNÍ VAŠIM PACIENTŮM 1 DÁVKOU VAKCÍNY JIŽ OD 2 LET**

V běžné praxi nemusí vakcína garantovat výsledky dosažené v klinických studiích.

**ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU MENVEO**

**Název přípravku:** Menveo prášek a roztok pro injekční roztok. Konjugovaná vakcína proti meningokokům skupin A, C, W135 a Y. **Složení:** Jedna dávka (0,5 ml rekonstituované vakcíny) obsahuje: [Ve výchozím stavu v prášku] *Neisseria meningitidis* (N.m.) A oligosacharid 10 mg konj. s proteinem *Carynebacterium diptheriae* (C.d.) CRM<sub>119</sub> 16,7 až 33,3 mg, [Ve výchozím stavu v roztoku] N.m. C oligosacharid 5 mg konj. s prot. C.d. CRM<sub>119</sub> 7,1 až 12,5 mg, N.m. W135 oligosacharid 5 mg konj. s prot. C.d. CRM<sub>119</sub> 3,3 až 8,3 mg, N.m. Y oligosacharid 5 mg konj. s prot. C.d. CRM<sub>119</sub> 5,6 až 10,0 mg. **Léková forma:** Prášek a roztok pro injekční roztok [prášek a injekční roztok]. Prášek je bílý až téměř bílý sraženina. Roztok je bezbarvý čiž roztok. **Indikace:** Přípravek Menveo je indikován k aktivní imunizaci dětí (od 2 let), dospívajících a dospělých s cílem zabránit invazivnímu onemocnění v případě nebezpečí styku s bakteriemi *Neisseria meningitidis* skupin A, C, W135 a Y. Použití této vakcíny musí být v souladu s oficiálními doporučeními. **Dávkování a způsob podání:** Děti (od 2 let), dospívající a dospělí Přípravek Menveo musí být podáván jako jedna dávka (0,5 ml). Aby byly zajištěny optimální hodnoty protěátků proti všem očkovacím séro skupinám, je třeba schéma primárního očkování přípravkem Menveo dokončit jeden měsíc před nástupem expozice kmeny *Neisseria meningitidis* skupiny A, C, W135 a Y. Starší osoby pro osoby ve věku od 56 až 65 let jsou k dispozici omezené údaje a pro osoby starší než 65 let nejsou k dispozici žádné údaje. **Použití očkování:** Údaje o dlouhodobém přetrvávání protěátků po vakcinaci přípravkem Menveo jsou k dispozici až 5 let po vakcinaci. Přípravek Menveo lze podat u subjektů dříve očkových přípravkem Menveo, je třeba definovat podle národních doporučení. Bezpečnost a účinnost přípravku Menveo u dětí mladších 2 let nelze dosud stanovit. Přípravek Menveo se podává jako intramuskulární injekce, přednostně do deltového svalu. Není-li podáván intramuskulárně, subkutánně ani intravenózně. Podává-li se současně více vakcín, je nutné je aplikovat do různých míst. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na láčkovou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku uvedenou v bodě 6.1 SPC nebo na kócid dihydrogeny (CRM<sub>119</sub>) a žitit ohrožující reakce po předchozím podání vakcíny obsahující podobné složky. **Podání vakcíny Menveo,** stejně jako jiných vakcín, by měla být u osob s akutním zánětlivým onemocněním odloženo. Příznaky nemoci infekce není kontraindikací. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Osoba odpovědná za aplikaci musí před aplikací pečlivě vakcíny učinit velkou preventivní opatření pro zabránění alergické a jakékoli jiné reakce a musí být seznámena s anamnézou a se současným zdravotním stavem. Stejně jako u všech injekčně aplikovaných vakcín musí být pečlivě dostupnost vhodné lékařské léčby a dohled pro případ vzácného výskytu anafylaktického šoku po podání vakcíny. V souvislosti s vakcinací se mohou vyskytnout závažné reakce, včetně vzácných reakcí (syndromy), jako psychogenní odpovědi na všech injekční jehly. Je důležité, aby byla přijata opatření, která zabrání poranění v případě upadnutí do bezvědomí. Přípravek Menveo není k podání vakcíny. Přípravek Menveo neposkytuje ochranu proti infekci způsobenými jinými séro skupinami N. meningitidis neobsaženými ve vakcíně. Jako je tomu u jakékoli vakcíny, požadovaný ochranný účinek nemusí být vyvolán u všech očkových osob. V klinických hodnoceních bylo při použití lidského komplementu v analýze (HSA) prokázáno uvolnění tří bakteriálních protěátků v séru proti séro skupině A. Není známo, jakou je tento účinek řízen HSA protěátkem proti séro skupině A klinicky významný. Pokud je daná osoba vystavena konkrétnímu riziku nákazy meningokokem skupiny A a tato osoba byla očkována jednou dávkou vakcíny Menveo už před více než zhruba jedním rokem, je možné považovat a podání následující dávky. Údaje o použitelnosti vakcíny pro postexpozici protěátky nejsou k dispozici. U osob s ohrožením očkování vyvolat odpovídající odezvu ochranných protěátků. Infekce virem lidské imunodeficiencie (HIV) není kontraindikací, avšak přípravek Menveo nebyl vyhodnocován u osob s ohroženou imunitou. U osob s nedostatečnou komplementární systémem a u osob s funkčním nebo anatomickým chybami sliznic nemusí dojít k imunitní odpovědi na konjugované vakcíny proti meningokokové skupině A, C, W135 a Y. Vešletem k riziku vzniku hematomu nebyl přípravek Menveo vyhodnocován u osob s trombocytopenií, poruchami krvácení ani u osob, kterým je podáváno antikoagulační léčba. Poranění riziko a propáchnu u osob s rizikem vzniku hematomu po intramuskulárním vpichu musí být vyhodnoceno zdravotnickými pracovníky. **Interakce:** Přípravek Menveo lze podat současně s krevními a náledivými vakcínami: monovalentní nebo kombinovanou protě hepatitidy A a B, proti žluté zimnici, bilárnímu tyfu (VI polysacharid), japonské encefalitidě a vteřině. U dospívajících (ve věku od 11 do 18 let) byl přípravek Menveo hodnocen ve dvou studiích současně podáváním vakcíny nebo současně s Tdap kombinovanou vakcínou nebo s Tdap a kvadrivalentní rekombinantní vakcínou (HPV) proti lidskému papilomaviru, z nichž obě dvě podávají současně podávání vakcín. Současné podávání přípravku Menveo a dalších vakcín, kromě výše uvedených, nebylo studováno. Podávání přípravku Menveo současně s vakcínou proti záškrtu, tetanu a záškrtu, může dojít ke snížení imunologické odezvy. **Těhotenství a kojení:** Dostupné klinické údaje o reakci v těhotenství nejsou k dispozici. Zvláštní závažnost invazivního meningokokového onemocnění vyvolaného bakteriemi *Neisseria meningitidis* séro skupin A, C, W135 a Y, potom by těhotenství nemělo zabránit v očkování, zejména pokud jde o nebezpečí nákazy. Ažkol nejsou k dispozici dostatečné klinické údaje a použití přípravku Menveo během kojení, není pravděpodobné, že protěátky vyloučené do mléka jsou nebezpečné pro kojence v případě jejich požití. Přípravek Menveo tedy může být podán během kojení. **Nežádoucí účinky:** Děti ve věku 2-10 let. Velmi časté: podráždění, celková slabost a malátnost, bolest v místě vpichu, zrudnutí v místě vpichu (≤ 50 mm), zrudnutí místa vpichu (≤ 50 mm), ospalost a bolest hlavy. Časté: poruchy příjmu potravy, nevolnost, závrať, příjem, vyrážka, myalgie, artralgie, erytém v místě vpichu (> 50 mm), zrudnutí v místě vpichu (> 50 mm), horečka (≥ 38 °C) a zimnice. Méně časté: svědění v místě vpichu (> 50 mm), horečka (≥ 38 °C), zimnice. Méně časté: závrať, svědění v místě vpichu. **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Uchovávejte v chladničce od 2 °C do 8 °C. Chraňte před mrazem a světlem. **Držitel rozhodnutí a registrace:** GSK Vaccines s.r.l., Via Fiorentina 1, 53100 Siena, Itálie. **Datum revize textu:** 8/2016. **Registrační číslo:** EU/1/10/614/002/003. Přípravek Menveo je vložán na lékařský předpis a není hrazen z veřejné zdravotní pojištění. Přípravek aplikuje lékař intramuskulárně injekcí. Zed předepisování léku se prosím seznámete s úplnou informací o přípravku, kterou najdete v Souhrnu údajů o přípravku na: [www.gsk.compendium.cz](http://www.gsk.compendium.cz) nebo se obraťte na společnost GlaxoSmithKline, s.r.o., Heřkova 1734/2c, 140 00 Praha 4; e-mail: [cz.info@gsk.com](mailto:cz.info@gsk.com); [www.gsk.cz](http://www.gsk.cz). Případné nežádoucí účinky prosím hláste také na [cz.safety@gsk.com](mailto:cz.safety@gsk.com). Verze SPC platí do dne 13.3.2017.

**Reference:** 1. SPC Menveo. 2. Caugant DA, Maiden MCJ. Meningococcal carriage and disease—Population biology and evolution. Vaccine. 2009;27(Suppl 2):B64–B70. 3. Maiden MCJ, MacLennan JM. Fifteen years of protection by meningococcal C conjugate vaccine: lessons from disease surveillance. Clin Infect Dis. 2014;59(9):1222–1224. 4. Rosenstein NE, Perkins BA, Stephens DS, Popovic T, Hughes JM. Meningococcal disease. N Engl J Med 2001; 344(18): 1378–88.

**MENVEO®**

Konjugovaná vakcína proti meningokokovým séro skupinám A, C, W135 a Y





## Správné základy do života Spolehlivá péče podpořená vědou



**BEBA OPTIPRO® Comfort je evoluční kojenecká výživa vyvinutá na základě 60 let výzkumu mateřského mléka.**

- ✓ Zajišťuje **zdravý růst**, váhové přírůstky a metabolické parametry po vzoru kojených dětí, díky nejnižšímu množství vysoce kvalitní bílkoviny **OPTIPRO®**<sup>1</sup>
- ✓ Podporuje **správnou funkci imunity**<sup>2</sup>
- ✓ Chrání **zažívání** a bakteriální osídlení díky **Lactobacillus reuteri**<sup>3-6</sup>
- ✓ Změkčuje **stolici** kojenců díky probiotickým oligosacharidům **GOS/FOS**<sup>7</sup>
- ✓ Podporuje **optimální vývoj mozku** díky obsahu **LC-PUFA**<sup>8</sup>



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

### Důležité upozornění:

Světová zdravotnická organizace (WHO) doporučuje, aby těhotné ženy a matky byly informovány o výhodách a nadřazenosti kojení – zejména o skutečnosti, že mateřské mléko poskytuje dětem tu nejlepší výživu a ochranu před nemocemi. Matkám by měly být podrobně vysvětleny techniky kojení a způsoby udržení kojení se zvláštním důrazem na význam správné vyvážené stravy, a to jak v průběhu těhotenství, tak po porodu. Mléko by se zabránilo zbytečnému zavádění částečného krmení z lahve nebo podobání jiných nápojů a potravin, protože by to mohlo mít negativní vliv na kojení. Matky by měly být upozorněny na oblibnost návratu ke kojení, pokud se rozhodují nekajit. 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 přesto rozhodnou používat kojeneckou výživu, tak je nezbytné matky poučit o správné přípravě a zdůraznit, že použití nepřečíslené vody, nemytých lahve nebo nesprávného fúdní může vést k onemocnění dítěte.

<sup>1</sup> Viz Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka přijatý WHA v rezoluci 34.22 v květnu 1981.

### References:

1. Grathwohl DJ et al. 2010. 2. Díky obsahu vitamínů A, D, C 3. Indrio F et al. 2011. 4. Reuter G. 2001. 5. Weizman Z et al. 2005. 6. Popogaraufata K et al. 2012. 7. Vivotvokin B et al. 2010. 8. Agostini A. et al. 1995.