

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

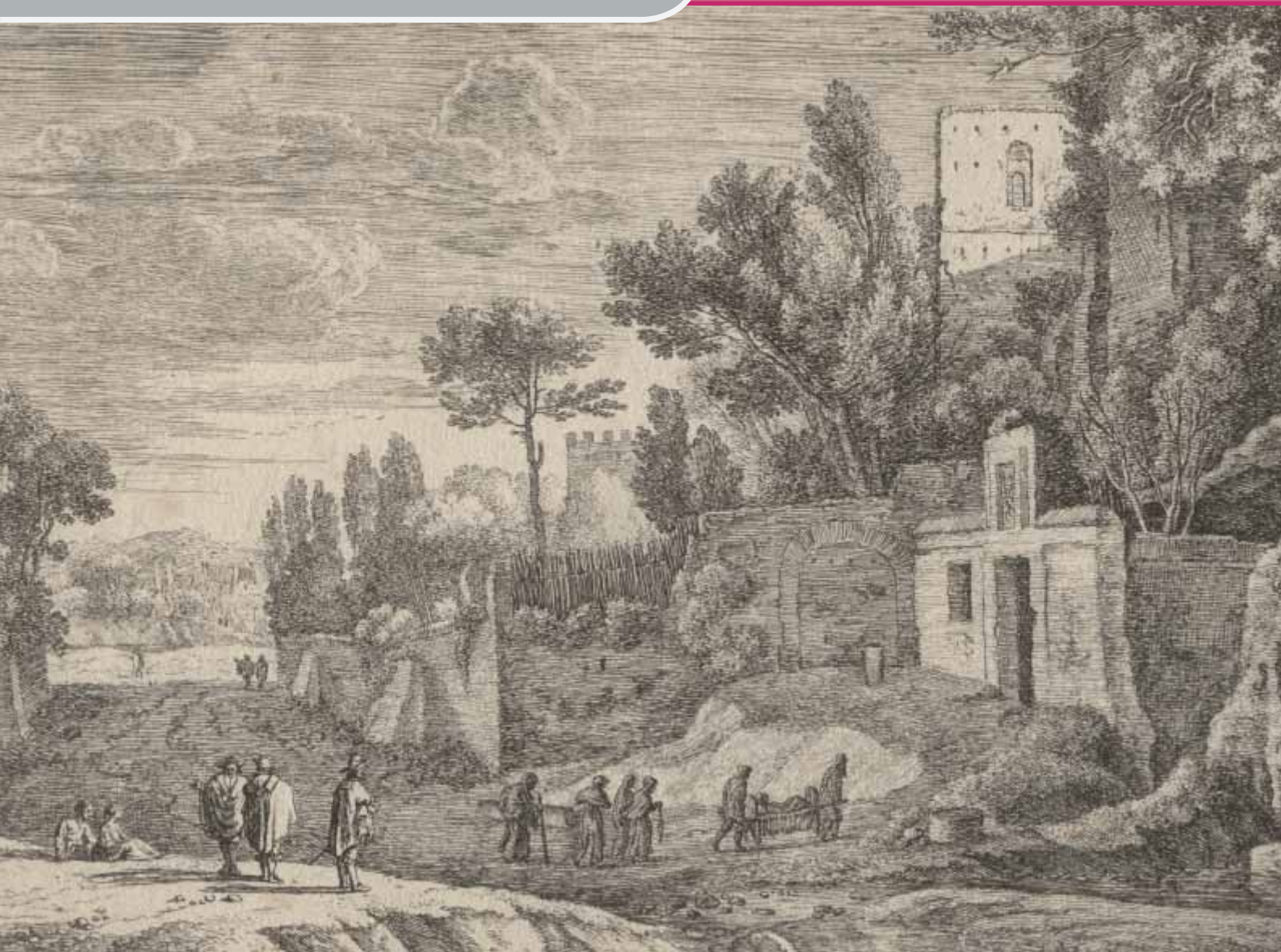
VOX PEDIATRIAE

říjen 2017
číslo 8 • ročník 17



téma čísla

Parazitologie



- Koalice soukromých lékařů
- Současná rizika parazitárních infekcí dětí v ČR
- Praktické aspekty infekce roupem dětským (enterobiasis)
- Parazité – toxocara canis a toxocara cati
- Racionální léčba nejčastějších respiračních nemocí u dětí
- Aditiva v potravinách



Pracujeme pro zdravější svět™

NUTRICIA
BABY NUTRITION



do more
feel better
live longer



ERDOMED[®]

erdosteine

ANTIBAKTERIÁLNÍ MUKOLYTIKUM

Erdomed může omezovat bakteriální kolonizaci a snižovat riziko bakteriální superinfekce¹

Registr ERICA²



Hlavní závěr:

95,6 %

sledovaných dětí
s ARI nepotřebovalo
při léčbě Erdomedem
antibiotickou léčbu



CRP < 40



indikován
u ARI virového
původu^{1,2}

CRP > 40



potencuje
účinek antibiotik
u bakteriálních
infekcí^{1,2}

Zkratky: ARI – akutní respirační infekce

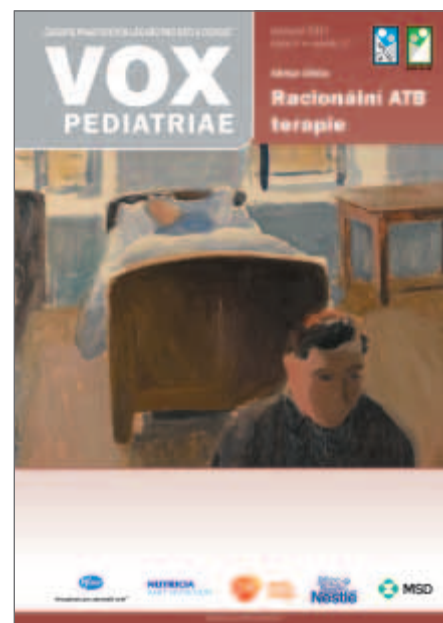
Literatura: 1. Aktuální SPC přípravku Erdomed. 2. Kopliva, F.: Sledování ATB léčby dětských pacientů s recidivujícími respiračními infekcemi v letech 2013–2015 a Erdosteine, aneb co nám říká „ERICA“. Vox Pediatr 2017;1.

Zkrácená informace Erdomed: **S:** Erdosteineum 300 mg v 1 tvrdé tobolce, 175 mg v 5 ml suspenze, 225 mg v 1 sáčku prášku pro přípravu perorálního roztoku. **I:** Akutní a chronické onemocnění horních a dolních cest dýchacích, včetně exacerbační chronické bronchitidy a CHOPN, hypersekreční astma bronchiale, k adjuvantní léčbě s antibiotiky v případech exacerbační s bakteriální infekcí, prevence respiračních komplikací po chirurgickém zákroku. **KI:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku a na látky obsahující volné SH skupiny. Jaterní poruchy a renální insuficience těžšího stupně, homocysteinurie. Děti s tělesnou hmotností nižší než 15 kg; fenylketonurie – netýká se tobolek. **ZU:** Současné podávání přípravku s antitusiky nemá racionální opodstatnění a může způsobit akumulaci sekretů v bronchiálním stromu se zvýšením rizika superinfekce či bronchospasmu. **NÚ:** Zřídka se vyskytuje pálení žáhy, nauzea; výjimečně průjem. Ojedinelé byla pozorována ztráta nebo porucha chuti. Hypersenzitivní reakce jsou velmi vzácné. **IT:** Erdosteine potencuje účinek některých antibiotik (např. amoxycilinu, klarithromycinu), čehož lze využít k terapeutickým účelům. Byl prokázán synergický účinek s budesonidem a salbutamolem. **TL:** Pro užívání přípravku v době těhotenství, zejména v 1. trimestru, a při laktaci musí být zvlášť závažné důvody. **D:** Dospělí obvykle 1 tobolka nebo 1 sáček prášku pro přípravu perorálního roztoku 2–3× denně. Suspenze u dětí 15–20 kg 2,5 ml 2× denně, 21–30 kg 5 ml 2× denně, nad 30 kg 5 ml 3× denně. **B:** 100 ml suspenze, tobolky 10, 20, 60 × 300 mg, sáčky 20 × 225 mg. Po naředění je suspenze použitelná 14 dnů, je-li uchovávána při teplotě 2–8 °C. Datum poslední revize textu SPC: 17. 3. 2015. Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen zdravotními pojišťovnami s omezením E/PNE, P. Erdosteine je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění dospělým symptomatickým pacientům s diagnózou CHOPN od kategorie A, která má fenotyp bronchitický a/nebo frekventní exacerbační a/nebo CHOPN s bronchiektáziemi, kteří dodržují zákaz kouření a současně splňují následující kritéria: FEV1 po podání bronchodilatancia dosahuje méně než 80 % náležité hodnoty a mají alespoň 2 exacerbační roky v anamnéze před nasazením léčby erdosteinem. Léčba není nadále hrazena, pokud během 3 měsíců nedojde ke zlepšení průběhu CHOPN. Seznamte se, prosíme, se Souhrnem údajů o přípravku (SPC).



Angelini Pharma Česká republika s.r.o., Páteří 7, 635 00 Brno; tel.: 546 123 111, www.angelini.cz

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Koalice soukromých lékařů	7
	MUDr. Ilona Hülleová	7
	Tisková konference Koalice soukromých lékařů, dne 13. 9. 2017	
	Informace PLDD	
	- Platnost Seznamu výkonů pro odbornost PLDD	
	- Metodický postup k vykazování očkování od 1. 9. 2017	10
	- Předškolní povinná docházka – omlouvání absence	
	- Legislativní změny posudkové činnosti PLDD od 1. 11. 2017	
	MUDr. Milan Kudyn	
	Obor PLDD	14
	- 60. schůze Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR, 10. hlasování	
	Informace OSPDL ČLS JEP	17
	doc. RNDr. Oleg Ditrich, CSc.	18
	Současná rizika parazitárních infekcí dětí v ČR	
	RNDr. Libor Mikeš, Ph.D.	24
	Praktické aspekty infekce roupem dětským (enterobiasis)	
	MUDr. Jiří Liška, CSc.	27
	Parazit – toxocara canis a toxocara cati	
	MUDr. Zuzana Vančíková, CSc.	29
	Racionální léčba nejčastějších respiračních nemocí u dětí	
	Ze světa odborné literatury	32
	Řádková inzerce	33
	Autodidaktický test, kožní	34
	doc. Ing. Luboš Babička, CSc.	-
	Aditiva v potravinách	



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

ANGELINY
GSK
MSD
NESTLÉ
NUTRICIA
PFIZER

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX
PEDIATRIAE

www.detskylekar.cz

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

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

Odborná garance: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

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

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

Jazykové korektury: Bohumila Weilová
Grafické zpracování: Michal Semerák

Úřední hodiny SPLDD ČR

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

Sekretariát:
U Hranic 16, 100 00 Praha 10

telefon: 267 184 065
fax: 267 184 050

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

Titulní strana: Herman Van Swanevelt – Špitál (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 inzercí a vložených tiskovin.



Vážené kolegyně, vážení kolegové, v Poslanecké sněmovně byla přijata novela zákona, kterou se měnil zákon č. 95/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta ve znění pozdějších předpisů. Přijetím novely došlo k vyřazení specializačního oboru Praktický lékař pro děti a dorost ze seznamu specializací a tím de facto tato specializace přestala existovat.

Pro celou řadu nás poslanců to byl nepochopitelný krok, protože tento obor je významným oborem primární péče, je odpovědí na potřeby české společnosti a soustavy péče o děti a dorost v naší zemi s důrazem na primární péči, na prevenci, spolu s přesunem péče z oblasti lůžkové péče do ambulantní primární péče (subsidiarita).

Nechci zde rozebírat všechny důvody, pro které považujeme tuto odbornou způsobilost za naprosto zásadní pro péči o naši novou generaci. Tyto důvody vy všichni znáte a znám je i já. Jenom ve stručnosti bych chtěl zdůraznit, že lékař v primární péči se setkává především se zdravými dětmi, věnuje se prevenci, očkování, posudkové činnosti, sociální péči. V rámci diagnostiky a léčby pečuje o děti a dorostence s častými méně závažnými onemocněními, jejichž léčbu plně zvládá bez potřeby hospitalizace. Využívá k tomu pokročilé technologie rychlé diagnostiky i běžné podpory pracovníků komplementu. Ve vážnějších případech spolupracuje s ambulantními specialisty a pouze ve výjimečných případech doporučuje dítě k hospitalizaci. Zná také celé rodinné zázemí dětí a této vědomosti využívá k racionalizaci a optimalizaci ambulantní péče.

Obor PLDD dlouhodobě trpí nedostatkem lékařů, který se vzhledem k věkové struktuře dětských praktiků prohlubuje a bude v krátké budoucnosti ohrožovat zajištění péče o děti a dorost. Naproti tomu se v posledních pěti letech díky definování tohoto oboru a vypracování systému postgraduálního vzdělávání praktických dětských lékařů zájem absolventů lékařských fakult o tento obor trvale zvyšoval a stále více se jich do oboru hlásilo. Tento zájem pochopitelně po zrušení oboru zmizel.

Ze všech těchto důvodů jsem připravil další novelu zákona 95/2004 Sb., kterou jsme poté jako Občanská demokratická strana do Sněmovny předložili. Podařilo se nám získat podporu dalších opozičních stran a novelu jsme v nabitém programu před koncem volebního období protlačili do programu Sněmovny a následně až do druhého čtení. Tam náš návrh podpořila hlasováním všemi hlasy TOP 09 a KDU ČSL a pochopitelně všemi hlasy i ODS. Jako jeden muž a žena byli proti všichni poslanci ANO a ČSSD a novela neprošla do 3. čtení a pro toto volební období je tedy definitivně obor Praktický lékař pro děti a dorost zrušen.

Přitom tato novela by jednoznačně umožňovala přechod zájemcům s atestací z pediatrie do oboru PLDD po 4–6 týdenním zaškolení v ordinaci praktického lékaře a tak padala jakákoliv námitka o tom, že by atestovaní kliničtí pediatři nemohli ambulantní praxi praktického pediatra provozovat (to byl v pozadí jeden z hlavních důvodů pro zrušení oboru dětských praktiků).

Jsem si velmi dobře vědom toho, že pediatrie je jeden obor, proto také možnost přechodu nemocničních pediatriů do ordinací praktických lékařů považuji za samozřejmost. Na druhou stranu ale zájemce o praktickou medicínu musíme hledat v řadách absolventů, stěně jako zájemce o praktické lékařství dospělých. Jen tak se podaří, jak věřím, zájem o tento obor významně zvýšit a vyřešit tak problém chybějících a přesluhujících dětských praktiků. Svoji roli v tom hraje i to, že příprava praktických lékařů pro děti a dorost je o rok kratší než pediatriů klinických, jejichž příprava a další oborové subspecializace vyžadují delší dobu.

Jsem přesvědčen, že další vývoj péče o naše děti potřebuje a bude potřebovat svoji specializaci praktický lékař pro děti a dorost a za ODS mohu slíbit, že v nové Poslanecké sněmovně po volbách se k této problematice vrátíme.

doc. MUDr. Bohuslav Svoboda, CSc.

místopředseda Zdravotního výboru Poslanecké sněmovny ČR



www.detskylekar.cz

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost České republiky





Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

Konec prázdnin probíhal již v pracovním duchu. Proběhlo několik jednání **Koalice soukromých lékařů**, na kterých jsme diskutovali aktuální problematiku ambulantního sektoru a další kroky k obhajobě zájmů členů našich organizací. **Shodli jsme se, že prioritou je zejména boj proti nadměrnému zatěžování soukromých ambulancí zvýšenou administrativou a ukládáním nových povinností bez finanční náhrady či podpory. Především se jedná o povinný elektronický recept od 1. 1. 2018 a následně od 1. 3. 2018 o EET** pro všechny lékaře-poskytovatele bez výjimky. K zajištění těchto povinností je zapotřebí také nemalých finančních prostředků a o smysluplnosti těchto kroků máme nadále pochybnosti. **Nezpochybňujeme elektronický recept jako takový, ale usilujeme o jeho dobrovolnost. Dalším problémem je financování soukromého ambulantního sektoru, kde v posledních letech dochází k znevýhodňování privátních ambulancí oproti sektoru lůžkovému.** V roce 2018 hrozí stagnace příjmů, v konečném výsledku dokonce propad příjmů. Přitom denně ze zpráv slyšíme, jak se ekonomice velmi daří. Léta jsme poslouchali, jak nelze navýšit kapitační platbu či hodnoty výkonů, protože na to nejsou finance, je krize atd. Ministr zdravotnictví veřejně deklaruje navýšení prostředků do zdravotnictví ve výši 15 miliard, z toho do nemocnic má směřovat 11 miliard. O ambulantním sektoru se nemluví, o tolik opakovaně slovně podporované primární péči také ne, podpora se jaksi nekoná. Jako by hrozící personální devastace byla problémem jen nemocnic. Chybějící praktičtí lékaři nejsou zřejmě zatím tolik vidět a nevyčerpané finanční pobídky MZ pro praktiky zřejmě nejsou pro nikoho varovným signálem, že kde není z čeho (lépe řečeno z koho) brát, nepomohou ani peníze.

Ve středu 13. 9. proběhla tisková konference pořádaná KSL na téma „Pomozte nám zabránit státem organizované devastaci ambulantní zdravotní péče v ČR“. O jejím průběhu vás informuji samostatným článkem. Následně jsme byli svědky reakcí ze strany MZ. Mohli jsme se tak dozvědět, že důvodem navýšení příjmů do nemocnic je to, že pečují o pacienty 24 hodin a 365 dní v roce. Tuto větu si asi okomentuje každý po svém. Úhradová vyhláška nám zatím k připomínkám zaslána nebyla, našim požadavkům vyhověno také nebylo. SPLDD spolu s KSL připravuje další kroky, které reflektují na ohlasy z členských základů. **Nejčastěji zaznívá požadavek na důrazné protestní akce včetně přerušení provozu ordinací.**

V srpnu a počátkem září nadále pokračovala snaha poslanců ODS, KDU-ČSL a také TOP 09 o znovunavrácení oboru praktické lékařství pro děti a dorost mezi základní obory. Jednání a výsledek popsal ve svém sdělení 1. místopředseda SPLDD Milan Kudyn na www.detskylekar.cz. V úterý 5. 9. proběhlo jedno z posledních zasedání Sněmovny. Na program se dostalo i hlasování o znovuzřízení oboru PLDD. Výsledek nedopadl v náš prospěch. Jak hlasovali jednotliví poslanci a poslanecké kluby najdete v dalším článku. Jedná se o hlasování Poslanecké sněmovny – 60/10.

V srpnu nadále pokračovala jednání nad náplní vzdělávání nového oboru pediatrie. Přestože se vyjednávací týmy shodly na návrhu vzdělávacího programu pediatrie, při dalším jednání na MZ to již bylo zpochybněno a diskutovaly se jiné parametry.

Vrcholily přípravy podzimních seminářů věnovaných elektronické komunikaci. Velmi mile nás překvapil nebývalý zájem o tyto semináře, které musely být z kapacitních důvodů všechny uzavřeny. Vzhledem k velkému

počtu náhradníků a dalších zájemců zvažujeme uspořádání ještě dalšího semináře. Cílem seminářů je usnadnit PLDD orientaci v problematice zavedení elektronického receptu a EET. Na seminářích je umožněno požádat na místě o přístup do CÚER SÚKL i bez nutnosti mít v daný okamžik kvalifikovaný certifikát. Ten potřebují lékaři až při prvním tisku elektronického receptu. Tuto možnost využívají jak lékaři zastupující (důchodci), zaměstnanci, ale i naši rezidenti.

Pokračovala příprava dalších Managementů praxí PLDD, které proběhnou již tradičně ve čtyřech městech na přelomu roku 2017 a 2018. Sledujte naše webové stránky, kapacita seminářů je z důvodu kapacity přednáškových sálů opět omezena.

19. 7., 16. 8. a 1. 9. 2017 proběhla další jednání Koalice soukromých lékařů, základním bodem programu byl společný postup v přípravě na tiskovou konferenci a v přípravě protestních akcí. KSL vytvořila materiály, které byly předány zástupcům médií, včetně Výzvy občanům. Materiály najdete dále v časopise a na našich webových stránkách.

6. 9. 2017 se uskutečnilo druhé společné jednání výborů SPLDD a OSPDL. Na jednání byly řešeny okruhy týkající se další spolupráce obou organizací, nová podoba webových stránek, plánované vzdělávací akce a další.

8. 9. 2017 se sešlo na svém plánovaném jednání předsednictvo SPLDD. S výstupy budete seznámeni prostřednictvím svých regionálních a okresních zástupců.

13. 9. 2017 v 10 hod. proběhla v Oranžerii hotelu Holiday Inn tisková konference KSL. Bližší informace naleznete v samostatném sdělení.



11. ročník mezinárodního kongresu
Festival KAZUISTÍK® z pediatrie 2018
který sa uskutoční 23.–24. marca 2018
v univerzitnom meste Žilina,
v hoteli Holiday Inn.

Registrácia, ako i prihlasovanie prednášok na konferenciu, je možná od 1. novembra 2017. Všetky ďalšie informácie o programe, prednášajúcich, ako i novinky o konferencii, nájdete na www.kazuistika.sk.

**ALERGIE
v rodině?**

Nutrilon HA - pro děti s výskytem alergie v rodině

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

**ÚČINKY
KLINICKY
PROKÁZÁNY^{1,2}**



1. Tang, M., et al., Hypo-allergenic and immune modulatory properties of a partially hydrolyzed cow's milk formula supplemented with prebiotic oligosaccharides EAACI, 2014 (Abstract number 1929).
2. Arsanaghi S, Moro GE, Schmitt J, Tandal L, Rizzardi S, Boehm G. Early dietary intervention with a mixture of prebiotic oligosaccharides reduces the incidence of allergic manifestations and infections during the first two years of life. J Nutr 2008; 138, 1091-5.
Kojení je nejvýhodnějším způsobem výživy kojenčů. Kojenecká výživa by měla být používána na doporučení lékaře. Potravinu pro zvláštní výživu – dietní potravina pro zvláštní lékařské účely. Způsob použití a další informace najdete na sbolech a webových stránkách www.nutrilon.cz. Infolinka: 800 110 000. Materiál pro odbornou veřejnost. 03/2017.



Koalice soukromých lékařů

Tisková konference Koalice soukromých lékařů dne 13. 9. 2017 na téma „Pomozte nám zabránit státem organizované devastaci ambulantní zdravotní péče v ČR“

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

Dne 13. 9. 2017 v 10 hodin proběhla tisková konference Koalice soukromých lékařů (KSL), které se zúčastnili zástupci médií, včetně ČT a televize Prima. KSL představila přítomným mediálními zástupci ústy svého současného mluvčího MUDr. Petra Šonky (předsedy SPL ČR) nejpalčivější problémy, které ohrožují fungování ambulantní soukromé složky zdravotnictví. Předložila přítomným novinářům poziční dokument nazvaný **!!! Nechceme – chceme !!!**, ve kterém vyjadřujeme, co chceme a nechceme, aby se ve zdravotnictví dělo. Je určen nejen médiím, ale zejména politikům, zástupcům státní správy a všem, kteří rozhodují o současné a budoucí podobě zdravotnictví v ČR. Chceme v něm upozornit, že k personální devastaci a podfinancování dochází také v ambulantní složce zdravotnictví, a především v primární péči. Dále byl na TK předložen dokument nazvaný **Výzva občanům**, ve kterém se ptáme občanů, zda opravdu chtějí dopustit, aby následky „řízení“ resortu zdravotnictví vedly k omezení dostupnosti a snížení kvality primární péče.

Za SPLDD jsme považovali za nutné sdělit na TK zejména dva následující problémy, které doplnily přednesená sdělení ostatních zástupců organizací sdružených v KSL.

MZ a některé další subjekty neudělaly nic na podporu dětské primární péče. Obáváme se, že v dalších pěti letech se nedostatek dětských praktiků bude prohlubovat.

Co k tomu přispělo a přispívá:

1. Zrušení oboru PLDD a dopady tohoto kroku do primární péče

Novelou zákona o vzdělávání lékařů mělo dojít k výrazné redukci základních lékař-

ských oborů, výsledkem je, že byl zrušen jediný obor, a to náš obor PLDD, ve kterém pracují více než dva tisíce lékařů. Petice na podporu zachování oboru podepsalo více než 105 tisíc rodičů, politici na ni nebrali žádný ohled.

Pan ministr Ludvík (zastupující ČSSD) se osobně angažoval u poslanců ve Sněmovně v úterý 5. 9. 2017, aby se náš obor nevrátil mezi základní obory. Poslanci ANO a ČSSD nepodpořili navrácení oboru mezi základní obory, je to nelogické zejména proto, že ve volebním programu hnutí ANO je podpora primární péče. Důsledky můžeme vidět již nyní. Důsledkem zrušení oboru je výrazný pokles zájemců o práci PLDD. Celý problém navíc prohlubuje nevyřešené financování rezidenčních míst.

2. Nesmyslné administrativní zatížení PLDD

Na jaře 2017 jsme nově podávali povinně rozšířená hlášení na ÚZIS (včetně údajů, které jsou podávány na FÚ v daňovém přiznání), nyní nově chystaný eRecept, EET, eNeschopenka a další povinnosti. Vede to k tomu, že dle našeho průzkumu (formou dotazníků na členy v jednotlivých okresech ČR, provedený v červnu 2017) zvažuje ukončení činnosti až 10 % PLDD, dochází a bude docházet k uzavření detašovaných pracovišť (vesnické poradny, dojíždění do některých obcí...). Ohroženy jsou především vesnice a malá města.

Chtěli jsme:

- **PLDD pro každé dítě v ČR,**
- **dostupnou péči pro děti,** tak aby každá matka či otec měli svého PLDD co nejbližší a nemuseli dojíždět desítky km za svým dětským lékařem.

Chceme:

- **mít dostatek času na poskytování péče o děti,** nechceme trávit čas s počítačem. Nejsme IT (nestudovali jsme technické vědy),
- **léčit a ne úřadovat,** vypisovat množící se hlášení, vydávat zbytečná potvrzení, albistické posudky...

Nechceme:

- **rozpad fungující primární péče o děti v ČR,**
- aby dítě nemohlo sehnat registrujícího PLDD,
- aby rodiče s dětmi jezdili na preventivní prohlídky a očkování do nemocnic (tam patří děti nemocné),
- aby pokaždé viděl dítě jiný lékař, který navíc nemá znalosti o předchozím zdravotním stavu dítěte a dítě nezna,
- aby se v konečném důsledku o děti museli starat PL pro dospělé.

A proto dál budeme usilovat o zařazení oboru PLDD zpět v dalším volebním období za podpory veřejnosti. Budeme usilovat o zrušení nesmyslných a zbytečných nařízení, která lékaře obírají o čas a finance. Ty lékaři potřebují pro zajištění kvalitní péče o své pacienty. Chybí nám obojí, čas na pacienta se zkracuje, administrativy přibývá, finance stagnují, náklady rostou. Nechceme dopustit, aby aktivně pracujících lékařů kvůli nesmyslným nařízením ubývalo, nemáme za ně náhradu a nemohou je dostatečně nahradit ani kolegové pediatri z lůžkových zařízení. Vždy budou někde chybět.



■ Koalice soukromých lékařů

Koalice soukromých lékařů vznikla (původně pod názvem Koalice ambulantních lékařů) **podpisem „Novoroční dohody“ v lednu 2001** v souvislosti s rozhodnutím vlády o úhradách zdravotní péče pro I. pololetí 2001, které neodůvodněně zvýhodnilo sektor lůžkové péče proti sektoru soukromé ambulantní péče. **Zástupci soukromých lékařů se sdružili za účelem ochrany soukromého majetku, rovnosti smluvních vztahů, proti cenovému diktátu a pro vytvoření rovných a důstojných podmínek pro svobodný výkon lékařského povolání.**

V lednu 2005 se členové Koalice podpisem Smlouvy o sdružení dohodli na změně názvu na **Koalice soukromých lékařů.**

Členové Koalice soukromých lékařů:

- **Česká stomatologická komora**
Slavojova 22, 128 00 Praha 2
zastoupená MUDr. Pavlem Chrzem,
prezidentem (chrz@dent.cz)
- **Sdružení ambulantních specialistů ČR**
U Elektry 82, 190 00 Praha 9
zastoupené MUDr. Zorjanem Jojkem,
předsedou (jojkozor@volny.cz)
- **Sdružení praktických lékařů ČR**
U hranic 3221/16, 100 00 Praha 10
zastoupené MUDr. Petrem Šonkou,
předsedou (dr.sonka@post.cz)
- **Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR**
U hranic 16–18, 100 00 Praha 10
zastoupené MUDr. Ilonou Hülleovou,
předsedkyní (hulleova.ilona@gmail.com)

Členové Koalice soukromých lékařů se zavázali postupovat společně při hájení zájmů soukromých (nestátních) ambulantních zdravotnických zařízení, která sdružují ve svých organizacích:

- vzájemným předáváním informací
- společnou analýzou legislativních a jiných předpisů ovlivňujících provozování ambulantních soukromých zdravotnických zařízení
- koordinací postupu vůči státním orgánům, zdravotním pojišťovnám a dalším subjektům
- hájením ekonomických zájmů při rozdělování prostředků veřejného zdravotního pojištění
- koordinovaným vystupováním v médiích

Mluvčím Koalice soukromých lékařů je od září 2017 MUDr. Petr Šonka, předseda Sdružení praktických lékařů ČR.

■ !!! Nechceme – chceme !!!

Nechceme

1. aby MZ a vláda ČR při financování zdravotnictví nadále zcela nepřiměřeným a v EU neobvyklým způsobem protěžovala velká lůžková zařízení na úkor zařízení ambulantních, soukromých. Nechceme, aby nemocnice jen účelově a pro pacienty nepotřebně rozšiřovaly rozsah svých ambulantních služeb, což považujeme za jednu z příčin nedostatku lékařů u lůžek.
2. aby vláda ČR nadále rozdělovala finance pro zdravotnictví podle toho, kdo právě víc křičí, bez ohledu na to, jestli oprávněně či nikoli, a bez ohledu na skutečné potřeby pacientů.
3. aby ambulantní sektor musel čelit administrativnímu tlaku MZ, v jehož důsledku dochází ke zhoršení dostupnosti péče pro nemocné v ČR, což se již projevuje hlavně na vesnicích a v malých městech.
4. aby lékař byl otrokem počítače a musel plnit další a další administrativní povinnosti ukládané státem (E recept, EET), to vše na úkor času věnovanému pacientovi.
5. povinnou elektronickou preskripci, která kvalitu zdravotní péče nezlepší, ale lékaře zdrží, péči prodrazí a pacienty bude nutit k tomu, aby nechali vyvěsit na internet soupis svých léků, z nichž bude snadno odvoditelné, jakými chorobami kdy trpěli nebo trpí.
6. povinnou EET v těch ordinacích, v nichž tvoří hotovostní příjem jen mizivé procento tržeb, takže náklady na zapojení se do elektronické evidence by buď byly vyšší než souhrn příjmů v hotovosti, nebo by jen kvůli EET byli lékaři nuceni tento typ péče významně zdrazit.
7. dnes stále běžnější omezování lékařů v jejich svobodném rozhodování nařízeními MZ, SÚKLu a manažerskými příkazy nadřízených (mnohdy nelékařů) a mnohdy nesmyslnými kompetence omezujícími předpisy.
8. aby z administrativních a ekonomických důvodů zanikaly ordinace v malých obcích a pacienti museli za kvalitní péči cestovat do velkých měst.

Chceme

- a) takovou politickou reprezentaci, která bude mít odvahu přiznat voličům, že z veřejného zdravotního pojištění nelze

uhradit veškerou moderní zdravotní péči, a takového ministra zdravotnictví, který bude mít vizi a smysluplnou koncepci, bude zdravotnictví skutečně řídit a ne pouze chaoticky reagovat na křik či průběžně vznikající problémy, jak jsme toho svědky již řadu let.

- b) aby zdravotní pojišťovny měly právo se chovat jako opravdové pojišťovny a ne jen přerozdělovny peněz, jak tomu dnes.
- c) takové podmínky a nastavení pravidel zdravotního systému, aby to, co může být a v EU je obvykle úspěšně léčeno, bylo léčeno ambulantně a nedocházelo v ČR ke zbytečným hospitalizacím jen proto, že naši političtí představitelé mají představu, že zdravotnictví jsou jen nemocnice a ambulantní sektor přehlížejí.
- d) aby lékař měl dostatek svobody, času a financí, aby mohl účinně léčit své pacienty.
- e) aby lékař nebyl obtěžován zbytečnou administrativou, aby měl dostatek času na své pacienty, aby jeho pacienti neměli povinnost bez svého souhlasu nechat vyvěsit své soukromé a zdravotní údaje na internetu.
- f) Chceme smysluplný E Health, který nám usnadní práci, ubere administrativu, zlepší kvalitu péče a bude skutečně ku prospěchu pacientovi, nikoliv IT firmám, které ho vyvíjejí.
- g) zachování plné kvality péče i o děti a dorost, jak jsme na to dnes zvyklí, aby každé dítě v ČR mělo nadále možnost mít svého praktického lékaře pro děti a dorost.
- h) aby každý lékař mohl vykonávat svou práci v plné šíři odpovídající jeho erudici, aby jeho rozhodování bylo dáno hlavně zdravotní potřebou pacienta.

■ Výzva občanům

Koalice soukromých lékařů, jejímiž členy jsou Sdružení praktických lékařů, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost, Česká stomatologická komora a Sdružení ambulantních specialistů, a která tedy zastupuje prakticky kompletní primární zdravotní péči v ČR a valnou většinu péče ambulantní, se tímto ptá občanů ČR:

1. Chcete kvůli každému banálnímu onemocnění ležet v nemocnici, a to i v případě, že v jiných zemích EU se Vaše nemoc běžně a úspěšně léčí ambulantně?



- Chcete, aby byl lékař hlavně úředníkem, který bude muset trávit většinu ordinací doby administrativní činností a nebude mít dostatek času Vás vyslechnout a pomoci Vám?
- Chcete, aby poskytnutí zdravotní péče bylo závislé na tom, zda v ordinaci nebo v lékárně funguje počítač a internet?
- Chcete, aby Vás kdokoli omezoval ve Vaší svobodné volbě poskytovatele zdravotní péče?
- Chcete lékaře spoutaného při péči o Vás nařízeními MZ, SÚKLu a dalšími úřady natolik, že ztratí úplně nebo z významné části možnost vlastního rozhodování?
- Chcete, aby se nadále prohluboval rozdíl v dostupnosti zdravotní péče mezi velkými městy a venkovem?
- Chcete za svým praktickým lékařem a další ambulantní péčí (včetně specialisty) dojíždět do stále vzdálenějších míst?

Odpověděli jste alespoň na jednu otázku ne?

Pak čtěte s námi:

- Aby vedení MZ a potažmo i vláda ČR přestaly finančně protěžovat nemocnice, zejména ty velké – fakultní, což činí v několika posledních letech a ambulantní sektor tím posílají do velkých problémů. Zdravotnictví nejsou jen vysoce specializovaná pracoviště. Kvůli každé maličkosti nemusí být nutné cestovat daleko do krajského města, opouštět na více dnů domov.
- Aby vedení MZ přestalo vymýšlet ambulantním lékařům stále nové a nové administrativní povinnosti, které jen odeberou čas na péči o pacienty, peníze ze systému zdravotní péče odvedou jinam (např. softwarovým firmám), ale nemocným nijak nepomohou.
- Zastavení násilné elektronizace českého zdravotnictví prosazované MZ, která pouze odčerpá finanční prostředky mimo zdravotní péči a z lékařů udělá otroky je-

jich počítačů. Zároveň vážně naruší Vaše soukromí tím, že Vás bude nutit zveřejnit citlivá data o Vašem zdravotním stavu.

Čtěte spolu s námi, aby elektronizace Vám i lékařům pomáhala, aby umožnila lékařům věnovat více času na péči o Vás a zjednodušila komunikaci mezi zdravotníky, kteří spolupracují při péči o Vás.

Volte politiky, o kterých jste přesvědčeni, že takové podmínky ve zdravotnictví zajistí! Nejsme politickou stranou ani hnutím.

Jsme lékaři, kteří přísahali, že budou Vám – svým pacientům pomáhat.

V Praze dne 13. 9. 2017

■ Lékaři i lékárníci odmítají povinné elektronické recepty

Lékárníci i lékaři považují systém elektronických receptů v jeho připravené podobě za nepraktický, nedostatečně vyzkoušený a potenciálně nebezpečný.

Systém navržený Státním ústavem pro kontrolu léčiv je nepraktický. Znamená to především násobné prodloužení administrativní činnosti lékárníka při výdeji léků na elektronický recept (detailní rozbor nárůstu činnosti při výdeji papírových a elektronických receptů je uveden v příloze). Prodloužení doby pro výdej léků na elektronický recept (podle prvních praktických zkušeností asi na trojnásobek) je vzhledem k běžnému provozu v lékárně nevhodné a stresující nejen pro lékárníky, ale především pro samotné pacienty. A samozřejmě má ekonomické dopady na provoz lékáren, například v nutnosti navýšení počtu expedientů.

Nepraktické je také to, že nebude možné odstranit případné chyby na vystaveném eReceptu tak, jak je lze v současné době v souladu s legislativou opravit u listinného receptu. Nyní může lékárník po zjištění nesouladu na papírovém receptu provést, po telefonické dohodě s lékařem, opravu přímo na jeho formuláři. Nejčastěji se jedná o chyby v čísle pojištěnce.

To v nově navrženém systému eReceptu možné není a chyby bude moci opravit pouze lékař, který eRecept vystavil, což se pravděpodobně nepodaří vždy okamžitě. Pro pacienta může být důsledkem takového nastavení systému oddálení léčby nikoli o minuty, ale i hodiny či dny.

Za nedostatečně vyzkoušený lze systém označit proto, že se dosud ve formě eReceptu zpracovává zhruba 7 procent z celkového počtu receptů. Přesto se projevují nejen již výše zmíněné nedostatky, ale i mnohé další, na které je ČLnK průběžně upozorňována lékárníky

i firmami dodávajícími lékárnám softwarové vybavení. Získání potřebných provozních zkušeností přitom brání i skutečnost, že dosud – necelé 4 měsíce před zahájením povinného používání eReceptů – nejsou vydány potřebné prováděcí předpisy.

Potenciálně nebezpečný je systém proto, že neřeší žádné záložní varianty výdeje při možném výpadku elektřiny nebo počítačového systému v lékárně, dočasné nedostupnosti internetu v lékárně nebo nefunkčnosti centrálního úložiště, která přes všechnu péči a zabezpečení může nastat (a v minulosti již nastala). Lékárník se tak vůbec nemusí dozvědět, zda a jaký lék potřebuje pacient v akutním ohrožení.

V takových případech dokonce lékárník podle zákona nesmí lék vydat. Není přitom možné považovat za řešení tohoto problému postoj Státního ústavu pro kontrolu léčiv, který ve své tiskové zprávě Povinná elektronická preskripce – pacient dostane svůj lék i v případě výpadku systému ze dne 2. 8. 2017 počítá s tím, že lékárník vydá léčivé přípravky nedovoleným způsobem. Česká lékárnická komora svým členům doporučila, aby takto nepostupovali. Řešením má být taková podoba průvodky eReceptu, která umožní výdej léků i v případech výpadku systému.

ČLnK, 6. 9. 2017



Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

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

2. 11. 2017

Aktuální pohled na terapii hemangiomů v dětském věku

MUDr. Josef Mališ

Klinika dětské hematologie a onkologie, FN Motol



OSPDL ČLS JEP



Informace PLDD

■ Platnost Seznamu výkonů pro odbornost PLDD potvrzena všemi zdravotními pojišťovnami

Zástupci zdravotních pojišťoven potvrdili platnost seznamu zdravotních výkonů pro odbornost 002 – PLDD na další období.

Výkony jsou rozděleny do tří skupin:

- **Výkony zahrnuté v kapitační platbě:** jedná se o výkony, které sice můžeme vykázat, ale nejsou proplaceny, kromě ošetření v režimu nepravdivé péče (zde je úhrada dle jejich bodové hodnoty mimo kapitační platbu)
- **Výkony obligatorní mimo kapítaci:** jedná se o výkony, které máme paušálně ve smluvních dodatcích uvedené, vykazují se u všech ošetřených pacientů a jsou honorovány mimo kapitační platbu
- **Výkony fakultativní smluvně sjednané:** jedná se o výkony, které si můžeme, ale nemusíme, aktivně nasmlouvat, pokud splníme pro jejich úhradu podmínky. V některých případech musí PZS prokázat technické vybavení či absolvování zaškolení – např. přístroj na CRP ev. Strep A, inhalátor, pulzní oxymetr, glukometr, spirometr, otoskop... Pokud máme na některé výkony z této skupiny uzavřenu smlouvu se ZP, pak je vykazujeme a jsou opět honorovány mimo kapitační platbu

Seznam všech výkonů nasmlouvaných s jednotlivými zdravotními pojišťovnami má PZS uveden v Příloze č. 2 Smlouvy. Tento individuální seznam se může u jednotlivých zdravotních pojišťoven samozřejmě ve skupině výkonů fakultativních lišit.

Přehled výkonů uvádíme v tabulkách.

■ Metodický postup k vykazování pravidelného, nepovinného, zvláštního a mimořádného očkování od 1. 9. 2017

Od 1. 9. 2017 došlo k změnám a novinkám ve vykazování očkování dle Metodického postupu k vykazování pravidelného, nepovinného, zvláštního a mimořádného očkování VZP, které se dotýkají PLDD, ve dvou polož-

002 Výkony zahrnuté v kapitační platbě

Kód	název
01025	Konzultace praktického lékaře rodinnými příslušníky pacienta
01030	Administrativní úkony praktického lékaře
02023	Cílené vyšetření praktickým lékařem pro děti a dorost – dítě do 6 let
02024	Kontrolní vyšetření praktickým lékařem pro děti a dorost – dítě do 6 let
02033	Cílené vyšetření praktickým lékařem pro děti a dorost – dítě nad 6 let
02034	Kontrolní vyšetření praktickým lékařem pro děti a dorost – dítě nad 6 let
06111	Komplex – vyšetření stavu pacienta sestrou ve vlastním sociálním prostředí
06119	Komplex – odběr biologického materiálu
06121	Komplex – lokální ošetření
06123	Komplex – edukace, reedukace, ošetřovatelská rehabilitace
06125	Komplex – klyzma, výplachy, cévkování, laváže, ošetření permanentních katetrů
06127	Komplex – aplikace inhalační a léčebné terapie p.o., s.c., i.m., i.v., uv, ev. další způsoby aplikace terapie či instilace léčiv
06129	Nácvik a zaučování aplikace inzulínu
09215	Injekce i.m., s.c., i.d.
09216	Injekce do měkkých tkání nebo intradermální pupeny v rámci reflexní léčby
09217	Intravenózní injekce u kojence nebo dítěte do 10 let
09219	Intravenózní injekce u dospělého či dítěte nad 10 let
09220	Kanylace periferní žíly včetně infúze
09221	Infúze u kojence nebo dítěte do 10 let
09233	Injekční okrsková anestézie
09235	Odstranění malých lézí kůže
09237	Ošetření a převaz rány včetně ošetření kožních a podkožních afekcí do 10 cm ²
09253	Uvolnění prepucia, včetně neoperační repozice parafimozy
09507	Psychoterapie podpůrná prováděná lékařem nepsychiatrem
09511	Minimální kontakt lékaře s pacientem
09513	Telefonická konzultace ošetřujícího lékaře pacientem
09523	Edukační pohovor lékaře s nemocným či rodinou
09525	Rozhovor lékaře s rodinou
71511	Vyjmutí cizího tělesa ze zvukovodu
71611	Vynětí cizího tělesa z nosu – jednoduché

002 Obligatorní výkony mimo kapítaci

Kód	název
01040	Podrobný výpis z dokumentace
01150	Návštěva praktického lékaře u pacienta
02021	Komplexní vyšetření praktickým lékařem pro děti a dorost – dítě do 6 let
02022	Opakované komplexní vyšetření PL pro děti a dorost – dítě do 6 let
02210	Odběr pro novorozenecký screening nebo rescreening vrozených vad u novorozence
02031	Komplexní vyšetření PL pro děti a dorost – dítě nad 6 let
02032	Opakované komplexní vyšetření PL pro děti a dorost – dítě nad 6 let
02100	Pravidelné očkování podle předpisů o ochraně veřejného zdraví je hrazeno z veřejného zdravotního pojištění – případ, kdy očkovací látku na základě volby hradí pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce
02105	Pravidelné očkování podle předpisů o ochraně veřejného zdraví je hrazeno z veřejného zdravotního pojištění – případ, kdy ZULP hradí příslušná zdravotní pojišťovna



02125	Očkování včetně očkovací látky, která je hrazena z veřejného zdravotního pojištění
02130	Očkování v případech, kdy očkovací látka je hrazena podle předpisů o ochraně veřejného zdraví
02200	Návštěva novorozence dětskou sestrou z ordinace PL pro děti a dorost
02240	Časný záchyt poruch autistického spektra v ordinaci PL pro děti a dorost
09111	Odběr kapilární krve
09115	Odběr biologického materiálu jiného než krev na kvantitativní bakteriologické vyšetření
09117	Odběr krve ze žíly u dítěte do 10 let
09119	Odběr krve ze žíly u dospělého nebo dítěte nad 10 let
09123	Analýza moči chemicky
09133	Sedimentace erytrocytů
09211	Neodkladná péče v terénu poskytovaná lékařem á 10 min
09213	Neodkladná kardiopulmonální resuscitace základní á 15 min
09509	Ošetření handicapovaného pacienta
09527	Prohlídka zemřelého – mimo lůžkové oddělení
09532	Prohlídka osoby dispenzarizované
09543	Signální výkon klinického vyšetření
09550	Signální výkon – informace o vydání rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti nebo rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče)
09551	Signální výkon – informace o vydání rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti nebo rozhodnutí o ukončení potřeby ošetřování (péče)
62100	Převaz popáleniny v rozsahu do 1 %

002 Fakultativní výkony smluvně sjednané

Kód	název
01160	Návštěva lékaře u pacienta v době mezi 19–22 hod.
01170	Návštěva lékaře u pacienta v době mezi 22–06 hod.
01180	Návštěva lékaře u pacienta v den pracovního volna nebo pracovního klidu
01441	Stanovení glukózy glukometrem
02220	Rychlotest Strep A – přímý průkaz antigenu <i>Streptococcus pyogenes</i> (Strep A) v ordinaci
02230	Kvantitativní stanovení CRP (POCT)
06135	Výkon sestry v době od 22 hod. do 6 hod.
06137	Výkon sestry v den pracovního klidu nebo pracovního volna
09125	Pulzní oxymetrie
09127	Ekg vyšetření
09223	Intravenózní infuze u dospělého nebo dítěte nad 10 let
09234	Ošetření nehtu, incize subkutánního abscesu nebo hematomu, ošetření rány steristripem
09239	Sutura rány a podkoží do 5 cm
09245	Zavedení gastrické sondy pro enterální výživu
09521	Čas lékaře strávený dopravou za pacientem v rámci návštěvy á 10 min.
25211	Screening (orientační spirometrie)
25235	Inhalační aerosolová léčba
76211	Katetrizace močového měchýře permanentní cévkou
80111	Aplikace analgetických směsí do kontinuálních katetrů včetně ip portů jednorázově nebo dávkovací pumpou
01443	Kvantitativní stanovení INR z kapilární krve
10	Převážka zdravotnického pracovníka v návštěvní službě

Revize souboru k 1. 1. 2017

kách: očkování proti chřipce (výše úhrady očkovací látky) a očkování proti HPV (úhrada očkovací látky Gardasil). Změny v očkování proti pneumokokovým onemocněním se PLDD nedotýkají, týkají se pouze dospělé populace – pro obecnou informovanost je přesto uvádím i v tomto přehledu.

1) Očkování proti chřipce

Nepovinné očkování proti chřipce hrazené z v.z.p. se týká těchto skupin pojištěnců:

- nad 65 let věku,
- po splenektomii nebo po transplantaci krvetvorných buněk,
- kteří trpí závažným chronickým farmakologicky řešeným onemocněním srdce a cév, nebo dýchacích cest, nebo ledvin, nebo diabetem,
- umístěných ve zdravotnických zařízeních poskytovatele dlouhodobé lůžkové péče nebo v domovech pro seniory, anebo v domovech pro osoby se zdravotním postižením nebo v domovech se zvláštním režimem.

Výkon očkování 02125 je ambulantními PZS vykazován s **Dg Z25.1** – potřeba imunizace proti samotné chřipce takto:

- **Očkovací látku** je k výkonu **02125** možné vykazovat pouze jako **ZÚLP** na příslušném dokladu VZP-03/2006. **Hrazena je nejlevnější očkovací látka (J07BB02).**
- V případě, že se pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce rozhodne pro aplikaci očkovací látky v nabízené nejlevnější ekonomické variantě, **zdravotní pojišťovna hradí plně aplikaci i očkovací látku.**
- V případě, že se pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce rozhodne pro aplikaci jiné očkovací látky, než je ekonomicky nejméně náročná varianta, **uhradí pojištěnec rozdíl mezi ekonomicky nejméně náročnou variantou a zvolenou dražší variantou lékaři, a to přímo u poskytovatele.**

Úhrada očkovacích látek proti chřipce v sezóně 2017–2018

- úhrada očkovacích látek se provádí dle platného číselníku LEKY
- úhrady všech očkovacích látek jsou **pro období od 1. 9. 2017** stanoveny dle ekonomicky nejméně nákladné varianty **ve výši 150,12 Kč za 1 dávku.**



Kód	Název / dávka	Úhrada z v.z.p.
0500656	IDFLU 15MCG/KMEN INJ SUS 1 × 0,1 ml	150,12
0207170	INFLUVAC INJ SUS ISP 1 × 0,5 ml S JEH	150,12
0207169	INFLUVAC INJ SUS ISP 10 × 0,5 ml S JEH	150,12
0194274	OPTAFLU INJ SUS ISP 1 × 0,5 ml LOCK + 1J	150,12
0140282	PREFLUCEL INJ SUS ISP 1 × 0,5 ml + JEHLA	150,12
0207514	PREFLUCEL INJ SUS ISP 1 × 0,5 ml + 1J	150,12
0100085	VAXIGRIP INJ SUS 1 × 0,5 ml + J	150,12
0100083	VAXIGRIP INJ SUS 10 × 0,5 ml + J	150,12
0100084	VAXIGRIP INJ SUS 20 × 0,5 ml + J	150,12
0131426	VAXIGRIP TETRA INJ SUS ISP 1 × 0,5 ml + J	150,12

U dětí do 9 let, které prokazatelně nebyly očkovány již dříve proti chřipce nebo nebyly v kontaktu s chřipkou nebo jsou rizikové, se doporučuje podat 2 dávky chřipkové vakcíny (obě hrazeny z v.z.p.) v intervalu minimálně 4 týdnů.

U dětí do 18 let nelze některé očkovací látky proti chřipce použít (např. IDflu) – řiďte se SPC!

2) Očkování proti lidskému papilomaviru

Z veřejného zdravotního pojištění je hrazeno očkování a úhrada léčivých přípravků obsahujících očkovací látky v provedení nejméně ekonomicky náročném proti lidskému papilomaviru, a to pro dívky, u kterých je očkování zahájeno **od dovršení 13. do dovršení 14. roku věku**.

- Vykazuje se kódem **02125 – s Dg Z25.8**.
- Pokud očkování nebude provádět registrující PLDD, může očkování provést jiný PLDD či lékař odbornosti 603, resp. 604 s vědomím registrujícího lékaře.

- Při vykazování a uznání očkování OL CERVARIX, OL SILGARD a OL GARDASIL bude postupováno v souladu s platným SPC.
- Úhrady všech očkovacích látek jsou stanoveny dle ekonomicky nejméně nákladné varianty ve výši 1765,79 Kč za 1 dávku.

3) Očkování proti pneumokokové infekci

a) Očkování proti pneumokokové infekci – PLDD

I nadále platí dosavadní podmínky pro úhradu z v.z.p., tzn. 3 dávky očkovací látky musejí být aplikovány do sedmého měsíce věku pojištěnce. Hrazenou službou je i přeočkování do patnáctého měsíce věku pojištěnce a očkování po uplynutí lhůt, pokud došlo k odložení aplikace jedné nebo více dávek očkovacích látek ze zdravotního stavu pojištěnce. Při vykazování a uznání očkování bude postupováno v souladu s platným SPC.

- Vykazuje se kódem **02125 – s Dg Z23.8**.
- V případě, že se pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce rozhodne pro aplikaci očkovací látky v nabízené nejlevnější ekonomické variantě OL SYNFLORIX, vykáže PZS kód SÚKL 0149034 SYNFLORIX INJ SUS 1 × 0,5 ml STŘ + J a označí, že se jedná o úhradu **UHR 1. Zdravotní pojišťovny hradí plně aplikaci i očkovací látku**.
- V případě, že se pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce rozhodne pro aplikaci jiné očkovací látky, než je ekonomicky nejméně náročná varianta, **uhradí pojištěnec rozdíl mezi ekonomicky nejméně náročnou variantou a zvolenou dražší variantou lékaři, a to přímo u poskytovatele**.

V případě OL PREVENAR 13 IMS vykáže PZS kód SÚKL 0149868 PREVENAR 13 IMS INJ SUS 1 × 0,5 ml + J a označí, že se jedná o úhradu **UHR 1**.

Úhrady všech očkovacích látek jsou stanoveny dle ekonomicky nejméně nákladné varianty **ve výši 998,68 Kč za 1 dávku**.

b) Očkování proti pneumokokové infekci – ostatní PZS

V souladu s novelou zákona č. 48/1997 Sb., konkrétně § 30 odst. 2 písm. b) bod 4, je hrazenou službou u pojištěnců nad 65 let věku očkování proti pneumokokovým infekcím.

Při vykazování a uznání očkování bude postupováno v souladu s platným SPC.

Z důvodu ukončení výroby očkovací látky **0085172 PNEUMO 23 INJ SOL 1 × 0,5 ml** budou PZS nadále **aplikovat očkovací látku 0149868 PREVENAR 13**. V rámci pravidelného očkování bude tato očkovací látka plně hrazena všem skupinám pojištěnců v souladu s § 6 vyhlášky č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem:

Pravidelné očkování proti pneumokokovým nákazám

(1) Očkování proti pneumokokovým nákazám se provede u

- fyzických osob umístěných v léčebnách pro dlouhodobě nemocné a v domovech pro seniory
- u fyzických osob umístěných v domovech pro osoby se zdravotním postižením nebo v domovech se zvláštním režimem, pokud tyto fyzické osoby trpí chronickým nespecifickým onemocněním dýchacích cest, chronickým onemocněním srdce, cév nebo ledvin nebo diabetem léčeným inzulínem.

S platností od 1. 9. 2017 je ekonomicky nejméně náročná varianta stanovena dle očkovací látky PREVENAR 13 ve výši 1 599,84 Kč.

PZS vykazuje výkon očkování 02125 + kód příslušné očkovací látky (OL). U OL PREVENAR 13 poskytovatel označí, že se jedná o **UHR 3**. Na dokladu 03 musí být u příslušného řádku vyplněn příznak úhrady LZVL= „T“.

Předškolní povinná docházka – omlouvání absence

Dotaz:

Vážená paní magistro,
pracuji jako praktický lékař pro děti a dorost. Nyní jsem se setkal se skutečností, že z mateřské školy vyžadují potvrzení o nemoci dítěte, které je ve věku nad 5 let (v rámci povinné „školkové“ docházky). Dokonce rodiče musí podepisovat a zavázat se ve školce, že toto potvrzení v případě absence přinesou. Považuji to za primární vyslovení nedůvěry rodičů, ale chápal bych to u dlouhodobé nemocnosti (několik týdnů), ale zde se jedná prakticky o několik dní. Prosím o informaci, zda takový příkaz opravdu existuje nebo je to aktivita ředitelky mateřských škol. (Bohužel poslední dobou přibývá nových a nových potvrzení). Jsem s pozdravem a poděkováním za odpověď a objasnění situace.
MUDr. ...

**Odpověď:**

Vážený pane doktore, obrátil jste se na Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy s dotazem týkajícím se potvrzování nemoci dětí, a to formou „razítka od lékaře“.

V § 34 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, je stanoveno, že podmínky pro uvolňování dětí ze vzdělávání a omlouvání jejich neúčasti ve vzdělávání stanoví školní řád (§ 30 školského zákona). Je tedy zcela v kompetenci ředitele mateřské školy tato pravidla stanovit a zákonné zástupce dětí s nimi seznámit.

Ředitel mateřské školy je oprávněn požadovat doložení důvodů nepřítomnosti dítěte. Proto musí nastavit pravidla, jakým způsobem budou zákonní zástupci dětí omlouvat. Je zcela v kompetenci zákonných zástupců omluvit dítě z předškolního vzdělávání i z jiného důvodu, než je např. nemoc dítěte.

Školský zákon však nestanoví možnou míru omluvených dnů, a tak ji ředitel školy ani nemůže nastavit a rodiče tím významně omezit. Ředitel však může požadovat doložení důvodů nepřítomnosti, jak jsem již uvedla výše. Nejedná se však o to, aby zákonný zástupce dokládal např. nemoc dítěte razítkem odborného lékaře nebo návštěvu školského poradenského zařízení jejich razítkem. Školský zákon ani prováděcí vyhláška č. 14/2017 Sb., o předškolním vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů toto nestanovuje.

Vzhledem k tomu, že ze školského zákona neplatí ani žádná sankce za omluvenou absenci dítěte v povinném předškolním vzdělávání, musí ředitel školy omluvu přijmout, ať už je důvod jakýkoli. Mateřská škola neposkytuje stupeň vzdělání, proto není možné, aby mateřská škola řádně omluvenou absenci neakceptovala.

Jiná je situace tehdy, když vyžaduje škola (po vážnějším nebo infekčním onemocnění dítěte) potvrzení o tom, že je dítě schopné vrátit se do kolektivu dětí bez zvýšených nároků na jeho péči a že dítěti, ostatním dětem ani ostatním osobám ve škole nehrozí riziko nákazy nebo jiné bezpečnostní či zdravotní riziko.

S pozdravem

Mgr. Bc. Jana Vinterová
ministrská rada
Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

Legislativní změna týkající se činnosti praktických lékařů pro děti a dorost – posuzování způsobilosti k práci

Od 1. 11. 2017 bude účinná změna zákona č. 373/2011 Sb., dle které jsou praktičtí lékaři pro děti a dorost považováni za poskytovatele pracovnělékařských služeb. Nově doplněné ustanovení § 54 odst. 3 zní:

„Registrující poskytovatel zaměstnance nebo osoby ucházející se o zaměstnání, pokud jiný právní předpis nestanoví jinak, je povinen na základě žádosti zaměstnavatele podle odstavce 2 písm. b) provést pracovnělékařskou prohlídku, posouzení zdravotní způsobilosti k práci a vydat lékařský posudek o zdravotní způsobilosti k práci; pro tuto činnost se považuje za poskytovatele pracovnělékařských služeb. Povinnosti stanovené v § 57 se na tohoto poskytovatele pracovnělékařských služeb nevztahují, s výjimkou povinnosti podle § 57 odst. 1 písm. j).“

Zmiňované ustanovení § 54 odst. 2 písm. b) se pak vztahuje pouze na případy, kdy jde o práce zařazené do kategorie první podle zákona o ochraně veřejného zdraví a součástí této práce není činnost, pro jejíž výkon jsou podmínky zdravotní způsobilosti stanoveny prováděcím právním předpisem podle § 60 nebo jinými právními předpisy.

Onou povinností dle ustanovení § 57 odst. 1 písm. j) je povinnost praktického lékaře dát bezodkladně zaměstnavateli podnět k vyžádání mimořádné pracovnělékařské prohlídky, jestliže obdrží informaci od jiného ošetřujícího lékaře, která vede k závěru (podezření), že změnou zdravotního stavu pacienta došlo ke změně zdravotní způsobilosti k dané práci.

PLDD je tedy povinen provést posouzení zdravotní způsobilosti k práci u svého registrovaného pacienta, pokud půjde o práci v kategorii 1. Samozřejmě prohlídku provede na základě žádosti o její provedení vydané zaměstnavatelem, žádost pak musí splňovat náležitosti dané vyhláškou číslo 79/2013 Sb. (tj. zejména údaje o pracovním zařazení zaměstnance nebo údaje o předpokládaném pracovním zařazení osoby ucházející se o zaměstnání, dále údaje o druhu práce, režimu práce, o rizikových faktorech ve vztahu ke konkrétní práci, míře rizikových faktorů pracovních podmínek vyjádřené kategorií práce podle jednotlivých rozhodujících rizikových faktorů pracovních podmínek).

Lékař je potom povinen archiovat v dokumentaci pacienta žádost o provedení prohlídky a též stejnopis posudku. V případě, kdy lékař nabude podezření, že pacientova zdravotní způsobilost k práci se změnila, je povinen iniciovat u zaměstnavatele mimořádnou zdravotní prohlídku. Vzhledem k tomu, že většina prací pacientů PLDD budou krátkodobé brigády, neměla by tato situace být nijak častá.

Povinnost provést prohlídku dle výše uvedeného ustanovení je nově pod sankcí do 100 000 Kč. Tedy pokud PLDD odmítne provést posouzení způsobilosti k práci u svého pacienta (jde-li o kategorii 1), může mu být ve správním řízení uložena pokuta do této výše.

Osobně mohu jen podotknout, že jsem vždy měl za to, že by PLDD měl mít možnost provádět posouzení způsobilosti k práci u svých registrovaných pacientů v kategorii rizika 1. Zcela zásadně ovšem nesouhlasím s tím, že to nyní zákon ukládá jako povinnost.

Mgr. Jakub Uher
právník SPL ČR

K době platnosti posudků dle zákona č. 258/2000 Sb. – zotavovací akce

Od 1. 11. 2017 platí, že posudky pro účast dětí ve škole v přírodě a na zotavovací akci budou mít nově platnost 2 roky (zatím je to 1 rok). Ustanovení § 9 odst. 3 zákona č. 258/2000 Sb. nově zní:

„Zdravotní způsobilost dítěte pro účast na škole v přírodě nebo zotavovací akci posuzuje a posudek vydává registrující poskytovatel zdravotních služeb v oboru praktické lékařství pro děti a dorost. Tento poskytovatel zdravotních služeb v posudku dále uvede, zda se dítě podrobilo stanoveným pravidelným očkováním nebo má doklad, že je proti nákaze imunní nebo že se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci. Vzor posudku upraví prováděcí právní předpis. **Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte má platnost po dobu dvou let od data vystavení,** pokud během této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti dítěte.“

Mgr. Jakub Uher
právník SPL ČR



Obor PLDD

Vážené kolegyně, kolegové,
poslední zprávy týkající se legislativního procesu o znovuzřízení oboru PLDD mezi obory základní byly celkem optimistické. Na předposlední schůzi Sněmovny byla většinou přítomných poslanců podpořena novela zákona o vzdělávání předložená poslanci klubu ODS, jmenovitě panem poslancem Svobodou. Tento návrh měl být opětovně projednán po prázdninách garančním zdravotním výborem na základě usnesení Poslanecké sněmovny (PS).

K našemu údivu i údivu předkladatelů zdravotní výbor zcela ignoroval toto usnesení a tento bod na zdravotní výbor vůbec nezařadil. O důvodech můžeme spekulovat. (Většina členů tohoto výboru byla přesvědčena o smysluplnosti argumentů návrhu a byla ochotna ho asi podpořit.) Zde se asi zcela jednoznačně ukázala morální „úroveň“ předsedy výboru Vyzuly (ANO) a poslance primáře Kasala (ANO), kteří byli zarytými odpůrci našich argumentů.

V této situaci nezbylo předkladateli novely zákona poslanci Svobodovi (ODS) nic jiného než využít jediné možnosti. Tou byla snaha zařadit tento bod přímo do nabitého navrhovaného programu poslední schůze PS. Hlasování, které proběhlo 5. září a které by umožnilo novelu ev. podpořit, nedopadlo v náš prospěch. Před hlasováním se osobní pochůzkou po poslancích negativně angažoval pan ministr Ludvík se slovy „přece nepodpoříte návrhy zákonů opozičního

poslance“. Bohužel, i poslanci KSČM, kteří až doposud hlasovali pro návrh, se v tomto hlasování zdrželi. V příloze naleznete hlasování jednotlivých poslanců.

Co říci na závěr naší snahy o zachování oboru? Bitva je nyní prohrána, boj za náš obor bude pokračovat! Oba výbory (SPLDD, OSPDL) se na svém společném jednání shodly (na rozdíl od některých z vás), že jedinou možností, jak zachovat stávající (!) dostupnou péči o děti a dorost, je vrátit PLDD mezi základní obory, stejně jako je všeobecné lékařství v primární péči. Utrvuje nás o tom také současný přístup zástupců ČPS ČLS JEP při jednáních o kvazi společném kmeni a jeho náplni (1 měsíc u PLDD bude asi stačit), včetně jednání společné akreditační komise na MZ. Nejde o to, že pediatrie je jedna, to bezesporu asi je. Ale dětské lékařství (a tím péče o děti) je v ČR poskytováno ve zcela (!) odlišných provozních a legislativních podmínkách.

Vážení kolegové,
jsou před námi volby do nové PS. Sice se staronovými politickými stranami a hnutími, ale dle informací z médií s novými tvářemi, možná i názory na primární péči o děti a náš obor.

Byli jsme ujištěni politiky ODS, KDU-ČSL i TOP 09, že v nové Sněmovně opět pozvednou prapor našeho oboru a budou se snažit o základní obor PLDD, pokud budou zvoleni. Je sice pravdou, že SPLDD i OSPDL jsou nepolitické organizace. Ale nedávná minulost

nás utvrdila v tom, že vůbec nejde o odbornou záležitost (naš obor byl JEDINÝ zrušen!), ale o politiku a mezioborový boj o finance (rezidenční místa ze státního rozpočtu).

Proto se domníváme, že např. kolegové z Pardubického kraje by měli zvážit, zda na 4. místě kandidátky hnutí ANO podpořit primáře Kasala, který je hlavním strůjcem (za použití nevybíravých a lživých argumentů) toho, že jsme přišli o náš obor a ve výhledu rodiče dětí o dostupnou primární péči, zejména ve venkovských lokalitách.

Věřte, že turbulence v českém zdravotnictví se netýkají pouze nás. To, že chybí dlouhodobá koncepce péče o dítě, pojmenování primární péče, jasné rozdělení kompetencí praktika, ambulantního specialisty, lůžkové péče, diskuse nad stávajícím systémem přerozdělování v.z.p., je bohužel také důsledek bojů politických stran.

Vzhledem k dlouhodobě přetrvávajícím systémovým „vadám“ a zejména finančnímu upřednostňování lůžkové péče na úkor péče ambulantní proběhnou před volbami protestní akce pod hlavičkou Koalice soukromých lékařů. Je na každém z vás, zda protesty podpoří, či se smíří s arogancí státní správy při zavádění EET a eReceptu.

MUDr. Milan Kudyn,
1. místopředseda SPLDD ČR

Dne 6. 3. 2017 Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR přijala zákon č. 67/2017 Sb., kterým se změnil zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů. Při tvorbě nového zákona poslanci a MZ proklamovali, že z důvodu souladu s legislativou EU musí ČR zredukovat počet samostatných oborů. Nakonec byl ale novým zákonem zrušen jen jediný obor a to obor PLDD. Účinnost zákona nastala 1. 7. 2017.

Poslanec Bohuslav Svoboda ihned po přijetí nového zákona prohlásil, že podá návrh na znovuzřízení oboru PLDD do zákona. Tento slib dodržel, když požádal PS na předposledním zasedání dne 5. 9. 2017 o zařazení sněmovního tisku 1086, který obsahoval tento návrh, do programu. O zařazení sněmovního tisku do programu jednání proběhlo hlasování. Po sečtení hlasů nebyl návrh poslance Svobody přijat. Dále se můžete seznámit s hlasováním jednotlivých poslanců.



60. schůze, 10. hlasování, 5. září 2017, 14:49; Pořad schůze



Přítomno: **171**

Je třeba: **86**

A Ano: **60** / **N** Ne: **52**

NÁVRH BYL ZAMÍTNUT

ČSSD (**N** Ne: 21; **O** Nepřihlášen: 1; **Z** Zdržel se: 22; **M** Omluven: 6)

Z František Adámek	M Vlastimil Gabrhel	N Václav Klučka	M Adam Rykala	Z Dana Váhalová
Z Pavel Antonín	Z Jan Hamáček	N Petr Kořenek	Z Antonín Sedá	N Václav Valhoda
Z Jiří Běhounek	N Pavel Haviř	N Jiří Koskuba	N Roman Sklenák	M Roman Váňa
N Marie Benešová	N Pavel Holík	N Jaroslav Krákora	Z Bohuslav Sobotka	N Ladislav Velebný
N Jan Birke	Z Stanislav Huml	Z Jan Mládek	Z Miroslava Strnadlová	N Václav Votava
N Vlasta Bohdalová	M Milan Chovanec	Z Josef Novotný	Z Štěpán Stupčuk	Z Markéta Wernerová
Z Robin Bohnisch	N Jan Chvojka	M Pavlína Nytrová	N Zdeněk Syblík	O Lubomír Zaorálek
Z Karel Černý	Z Igor Jakubčík	Z Jiří Petrů	Z Jeroným Tejč	N Jaroslav Zavadil
N Richard Dolejš	Z Barbora Jelínková	N Lukáš Pleticha	Z Lubomír Toufar	M Jiří Zemánek
N Jaroslav Foldyna	Z Zuzana Kailová	N Pavel Ploc	N Milan Urban	Z Václav Zemek

ANO (**N** Ne: 30; **O** Nepřihlášen: 3; **Z** Zdržel se: 10; **M** Omluven: 4)

O Andrej Babiš	Z Matěj Fichtner	M Jana Lorencová	N Karel Rais	N Helena Válková
N Miloš Babiš	N Josef Hájek	Z Radka Maxová	Z Miloslava Rutová	N Pavel Volčík
N Margita Balaštíková	O Jiří Holeček	M Igor Nykl	N Jan Sedláček	N Jan Volný
Z Martina Berdychová	O Bohuslav Chalupa	M Ladislav Okleštěk	Z Martin Sedlář	N Radek Vondráček
N Stanislav Berkovec	N Miloslav Janulík	Z Jana Pastuchová	N Bronislav Schwarz	N Vlastimil Vozka
Z Richard Brabec	N David Kasal	N František Petrtýl	N Zdeněk Soukup	N Rostislav Vyzula
Z Milan Brázdil	N Martin Kolovratník	N Stanislav Pfléger	N Martin Stropnický	M Jiří Zlatuška
N Pavel Čihák	Z Martin Komárek	N Ivan Pilný	N Zuzana Šánová	
N Ivana Dobešová	N Josef Kott	N Pavel Plzák	Z Pavel Šrámek	
N Jaroslav Faltýnek	N Roman Kubíček	N Roman Procházka	N Karel Tureček	

KSČM (**A** Ano: 7; **O** Nepřihlášen: 1; **Z** Zdržel se: 22; **M** Omluven: 3)

A Vojtěch Adam	Z Vojtěch Filip	Z Pavel Kováčík	Z Zdeněk Ondráček	M Karel Šidlo
Z Hana Aulická Jírovcová	Z Miroslav Grebeníček	A Leo Luzar	A Miroslav Opálka	Z Jiří Valenta
Z Zuzka Bebarová Rujbrová	A Stanislav Grospič	Z Stanislav Mackovík	Z Marie Pěničková	Z Josef Vondrášek
Z Jaroslav Borka	M Milada Halíková	O Soňa Marková	Z Ivo Pojezný	Z Miloslava Vostrá
Z Alexander Černý	Z Gabriela Hubáčková	Z Květa Matušovská	A Marta Semelová	Z Josef Zahradníček
M René Číp	Z Jan Klán	A Josef Nekl	Z Václav Snopek	
Z Jiří Dolejš	Z Vladimír Koníček	A Alena Nohavová	Z Josef Šenfeld	

TOP09-S (**A** Ano: 22; **O** Nepřihlášen: 1; **Z** Zdržel se: 1; **M** Omluven: 2)

A Zdeněk Bezcený	A Miroslav Kalousek	A Helena Langšádlová	A Markéta Pekarová	A František Vácha
A Jan Farský	A Daniel Korte	O František Laudát	A Adamová	A Kristýna Zeleníková
A Petr Gazdík	A Rom Kostřica	A Jaroslav Lobkowicz	A Martin Plíšek	A Marek Ženíšek
A Leoš Heger	A Jiří Koubek	M Nina Nováková	A Anna Putnová	
M Václav Horáček	A Věra Kovářová	A Herbert Pavera	Z Karel Schwarzenberg	
A Jitka Chalánková	A Michal Kučera	A Gabriela Pecková	A Jiří Skalický	

ODS (**A** Ano: 15; **O** Nepřihlášen: 1)

A Ivan Adamec	A Jana Černochová	O Radim Holeček	A Martin Novotný	A Bohuslav Svoboda
A Marek Benda	A Petr Fiala	A Simeon Karamazov	A Jan Skopeček	A Vladislav Vilímec
A Petr Bendl	A Jana Fischerová	A Miroslava Němcová	A Zbyněk Stanjura	A Jan Zahradník
A Pavel Blažek				

KDU-ČSL (**A** Ano: 11; **M** Omluven: 3)

A Jan Bartošek	M Ivan Gabal	A Ludvík Hovorka	M Vít Kaňkovský	A Jiří Mihola
A Pavel Bělobrádek	A Pavla Golasowská	A Jiří Junek	M Jaroslav Kláška	A Josef Uhlík
A Ondřej Benešík	A Daniel Herman	A Marian Jurečka	A Petr Kudela	

Úsvit (**A** Ano: 1; **O** Nepřihlášen: 2; **Z** Zdržel se: 2; **M** Omluven: 1)

O Augustin Karel Andrie Saylor	Z Marek Černoch	O Olga Havlová	A David Kádner	M Martin Lank
Z Jiří Štětina				

Nezařazeni (**A** Ano: 4; **N** Ne: 1; **Z** Zdržel se: 2; **M** Omluven: 1)

A Petr Adam	A Radim Fiala	Z Karel Fiedler	A Jana Hnyková	M Jaroslav Holík
A Tomio Okamura	N Karel Pražák	Z Milan Šarapatka		

LEVOPRONT®

kapky, sirup | levodropropizin



Rychlá a bezpečná úleva od suchého kašle

- ★ rychlý nástup účinku^{1,2}
- ★ vhodný pro děti od 2 let i pro alergiky⁶
- ★ stejně účinný a lépe tolerovaný než centrální antitusika – periferní účinek bez sedace^{3,4,5}
- ★ neovlivňuje respirační funkce a zachovává mukociliární clearance^{5,6}

Literatura: 1. Irwin RS et al.: CHEST 2006; 129:1S-23S. 2. Woron J.: Bezpieczeństwo stosowania leków przeciwkaszlowych w praktyce klinicznej. Terapia No. 3 2009;77-79. 3. Cabana E., Dartonch L.: Efficacy and tolerability of levodropropizine in adult patients with non-productive cough. Comparison with dextromethorphan. Pulmonary Pharmacology & Therapeutics 1997; 10:69-96. 4. Mello G. et al.: General Pharmacology of the New Antitussive Levodropropizine. Arzneimittel-Forschung/Drug Research; 1988;38-2:1144-1150. 5. Bossi R. et al.: Antitussive Activity and Respiratory System Effects of Levodropropizine in Man. Arzneimittel-Forschung/Drug Research 1988;38-2:1152-1162. 6. Aktuální SPC přípravku Levopront.

Levopront kapky, sirup: Levodropropizinum 60 mg v 1 ml roztoku, Levodropropizinum 60 mg v 10 ml sirupu. **IS:** Antitusikum. **CH:** Levodropropizin je syntetické periferní antitusikum nekodeinového typu s účinným antialergickým a antibronchospastickým. Negotluje respirační funkce ani mukociliární clearance. **E:** Bronchopulmonální ateky doprovázené dráždivým suchým kašlem. Je vhodný před bronchospastickým vyšetřením. **KL:** Přetřívá na léčbu látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku. Nemocní o bronchiální hypersekreci nebo sníženou mukociliární funkci. Výrazné snížení funkce jater. **ZU:** Používat pouze po důkladném zjištění rizika u pacientů s těžkou insuficiencí ledvin a u dětí mladších 24 měsíců. Sirup obsahuje sacharózu, kapky alkohol. **HE:** Žloutka nauzea, zvracení, pálení žáhy, průjem, mdloba, zánsť, palpitace. Velmi vzácné alergické reakce. **FE:** Používat s opatrností při podávání benzodiazepinů. **TL:** Přípravek je v době těhotenství a kojení kontraindikován. **DE:** Dospělí a děti od 12 let 1 ml (20 kapek) roztoku nebo 10 ml sirupu až 3x denně. Děti 2-12 let 1 mg levodropropizinu/kg až 3x denně. **K:** Kapky 15 ml, sirup 120 ml. Držitel registrace: rozhodnutí Dompé Farmaceutici S.p.A., Itálie. **Datum poslední revize textu SPC:** 20. 2. 2015. Přípravky nejsou výhradně na lékařský předpis a nejsou hrazeny zdravotními pojišťovnami. Seznamte se prosím se Souhrnem údajů o přípravku (SPC).



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Alena Šebková
předsedkyně OSPDL ČLS JEP

Informace o činnosti OSPDL ČLS JEP opět začínám „hlášením o stavu oboru PLDD (nikoli vodníků) v Čechách“. Jak již asi většina z vás ví, pro tuto chvíli byl obor definitivně zrušen. Říkám vědomě zrušen, protože rétorika ministerstva a „hrobařů“ našeho oboru je, že došlo pouze ke sloučení vzdělávání, které má zajistit dostatek lékařů pečujících o děti. Současná situace přesně ukazuje, jak nesmyslný je tento důvod a jak se naopak zatím, bohužel, plní všechny naše obavy. Obor zanikl, novela zákona č. 95 byla protlačena, šance vrátit obor zpět „malou novelou velké novely“, o což se zasazoval docent Svoboda a ODS ve spolupráci s od začátku bojujícím poslancem Hovorkou a klubem KDU-ČSL, s podporou TOP 09, byla pohřbena poslaneckou sněmovnou. „Zásluhu“ na tom má ministr zdravotnictví a především poslanec Kasal, obě jejich „mateřské strany“ ČSSD a ANO, a, bohužel, i poslanci KSČM, kteří se zdrželi na poslední chvíli hlasování, přestože předseda klubu KSČM jediný odpověděl na dopis předsedkyně a ujistil PLDD o podpoře. To vše za situace, kdy pro nové vzdělávání není připraveno nic, což přináší nejistotu mladým kolegům a propad v počtu přihlášených do oboru, jelikož do obou dosud existujících se mohli zájemci hlásit pouze do 30. 6. a do nového oboru pediatrie není ještě možné se hlásit, protože není. Kvalifikační kurz pro dětské lékaře dosud také není, přestože návrh byl vyhotoven.

A co víc?

V posledních informacích jsem psala poměrně optimisticky o dohodě na náplni vzdělávání v oboru pediatrie, ke které došlo mezi členy vzdělávací skupiny ČPS, OSPDL a SPLDD. Jasná dohoda na kmeni, předběžná dohoda na specializační části vzdělávání, dohoda na kvalifikačním kurzu. To bylo v červnu. Nyní je všechno jinak. Ještě před prázdninami se konala schůzka na MZ k tvorbě kvalifikačního kurzu. Za přítomnosti náměstka MZ Romana Prymuly došlo k dohodě na 3 měsíční praxi v akreditované ordinaci PLDD, absolvování kurzů na IPVZ potřebných pro vykonávání

samostatné praxe. Z naší strany na základě připomínek kolegů z ČPS došlo k úpravě z 10 na 7 dní. Přesto tento návrh nebyl údajně ze strany ČPS akceptován a zatím je u ledu. A vzdělávací program? Na konci srpna se konalo 1. zasedání akreditační komise „pediatrie“. Na tomto zasedání, které mělo jednat pouze o pediatrickém kmeni došlo ze strany přítomných zástupců ČPS k dalšímu zpochybnění již dohodnutého. Je na nás vyvíjen tlak, aby příprava v ordinaci PLDD byla co nejkratší.

Vážené a milé kolegyně.

Vážení a milí kolegové.

Je na nás, kam až chceme ustoupit. Upřímně, ustupovali jsme velmi dlouho, na PLDD je za celá léta novodobé existence nakládáno mnoho... především práce a zodpovědnosti. My sami, s minimálním podílem „státní“ pomoci, spíše naopak za neustálé a opakované dehonestace naší práce, jsme se dostali na úroveň vysokého zájmu mladých lékařů, dostatečného množství atestantů, dokázali jsme zastavit trend stárnutí PLDD. V současnosti nemáme obor, čeká nás e-recept – a důvodem jeho odmítání není počítačová negramotnost, jak jsme obecně zesměšňováni, ale naprostá nepřipravenost, která přinese praktikům jen další práci a náklady bez avizovaného efektu, EET – proč u nás, když „kešové“ platby jsou v našich ordinacích minoritou, čeká na nás „padělková vyhláška“, která opět přinese další administrativní i finanční zátěž. A „stát“ na každém kroku ukazuje, jak si naší práce „váží“ a jak jsme pro něj potřební. Pokud se máme na sebe být schopni podívat do zrcadla, musíme říct dost! My chceme, aby do praxe primárně chodili mladí lékaři, připraveni pro primární péči. Nikoli – cituji – „primáři unavení z nemocničních služeb v 50–60 letech, kteří si vědomosti pro výkon praxe napíší na dva listy A4 a dají si je na stůl“.

V současné době visí nad primární péčí o děti a dorost a vůbec nad péčí o děti velké otázky. Již jednou jsem psala „Quo vadis...“ Obávám se, že v tuto chvíli je to nasnadě...

Nechť si tedy, pokud nám příslušní úředníci nebudou naslouchat, vyberou a pak ale také nesou plnou odpovědnost!

Vybrané informace

Absolvované schůzky, konference:

Mezioborová spolupráce

Září 2017 – Zástupci OSPDL se na pozvání výboru ČPS účastní v přípravném výboru kongresu Pediatrie 2018, který se bude konat v září 2018 v Praze. Za OSPDL a SPLDD jsou členy přípravného výboru dr. Cabrnová, Hülleová, Procházková, Šebková, Zima.

Psychiatrie – předsedkyně OSPDL se opět sešla s doc. Stárkovou, abychom pokročili v dalších tématech. V oblasti PAS se rýsuje doporučení pro další vhodná či potřebná vyšetření při stanovení diagnózy, na kterých by se podíleli jak PLDD tak dětská psychiatrie. Nastíněna byla další témata. Předběžně bylo navrženo zabývat se psychiatrickými tématy na MOK 2018 – po domluvě s předsedkyní SPLDD.

Očkování

Stále čekáme na novou vyhlášku o očkování, kde se očekávají několiké změny – za všechny uvádím změnu schématu hexavakcí, změnu v očkování MMR – posunutí druhé dávky. Předpoklad vydání vyhlášky je 1. 1. 2018.

Další novinkou v očkování je částečná úhrada vakcíny Gardasil od 1. 9. 2017 a plánované očkování proti HPV infekci celé kohorty dětí mezi 13. a 14. narozeninami od 1. 1. 2018

Kontinuální vzdělávání

Rozjíždí se obvyklé cykly očkování – na podzim Respirační akademie a cyklus čtyř seminářů Kostka života. Dopřipravují se Školitelé, připravuje se cyklus tradičních Pediatrických akademií. Pátevní témata na rok 2018 jsou Kardiologie a Endokrinologie.

Nadále budeme pokračovat v publikacích Edice OSPDL.



Současná rizika parazitárních infekcí dětí v ČR

doc. RNDr. Oleg Ditrich, CSc

Přírodovědecká fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích (oleg@paru.cas.cz)

Tento článek si neklade za cíl informovat o všech parazitech infikujících děti. Nezabývá se importovanými a oportunními parazity, kteří pochopitelně mohou děti též infikovat. Chceme obrátit pozornost k některým málo známým či zkruslovaným problémům, upozornit na reálná rizika a naopak zpochybnit ta smyšlená, popřípadě odkázat na zdroje, které se jim věnují hlouběji.

Parazitární infekce již nepředstavují tak velkou hrozbu, jakou byly v minulých stoletích. To se týká i tropických zemí, kde byly dosaženy významné úspěchy (např. eradikace vlasovce *Dracunculus medinensis* (v r. 2016 bylo hlášeno už jen 25 případů), úspěšné tlumení říční slepoty působené *Onchocerca volvulus* a filariózy působené *Wuchereria bancrofti*, dílčí úspěchy v tlumení malárie). Pokles výskytu parazitárních infekcí je však nejzřetelnější v ekonomicky vyspělých zemích v mírném pásmu („euroamerická civilizace“), tedy i u nás a týká se především střevních parazitů.

■ Pokles prevalencí střevních parazitů člověka

Příčin tohoto jevu je několik. Pochopitelně nejvýrazněji se projevuje pokrok v hygieně: kanalizace a čištění odpadních vod, hygiena potravin a zejména všeobecný přístup ke kvalitní pitné vodě. Tím se snížily počty zejména těch parazitů, kteří se šíří fekálně-orální cestou. Pokusme se toto tvrzení dokumentovat statistickými údaji zveřejněnými v systému EPIDAT (podle údajů povinného hlášení vybraných infekčních onemocnění) a v dokumentech Národní referenční laboratoře pro diagnostiku střevních parazitů. Pochopitelně se naskytá otázka, do jaké míry statistiky odpovídají skutečnosti a jaké mají limity. V podstatě si výsledky v obou

systémech odpovídají, čísla ve statistice NRL jsou každoročně trochu vyšší. Při současné „vzácnosti“ parazitologických nálezů vzbudí téměř každý pozitivní koprologický vzorek pozornost, je fotografován a ukazován kolegům a není divu, že jej pracovníci laboratoře nezapomenou nahlásit. U praktických lékařů, pro které jsou paraziti jen jednou z možných příčin pacientových obtíží, je toto opomenutí zřejmě častější.

Dále je třeba mít na vědomí, že tato čísla neodpovídají celkovým prevalencím infekcí. Zachycují v podstatě jen pacienty s klinickými projevy, kteří právě kvůli nim postoupili parazitologické vyšetření a infekce bezpříznakové zůstávají většinou neodhalené. A přitom jejich podíl na celkovém počtu infekcí výrazně stoupá. Někteří střevní paraziti škodí svým hostitelům převážně tím, že s nimi „soutěží“ o některé živiny, jako je biologicky přístupné železo nebo vitamíny (např. B 12). Pokud je těchto živin dostatek či nadbytek, jak je tomu v ekonomicky vyspělých zemích, stává se z parazita neškodný komensál či dokonce mutualista.

Při hodnocení údajů z NRL je také dobré si uvědomit, že některé laboratoře pouze nahlásí nález parazita bez dalších údajů a některé importované případy se tak klamně jeví jako autochtonní (Hůzová, ústní sdělení). Proto v tab. 1 a 2 ani importované infekce od autochtonních neoddelujeme. V tab. 1 také nejsou uvedeny nepatogenní střevní prvoci, kteří mohou být součástí normálního eukaryomu (analogie mikrobiomu, zahrnuje symbiotické eukaryotní organismy). Další otázkou je, do jaké míry jsou uvedena čísla srovnatelná se staršími literárními údaji. Na jednu stranu se zdokonalují diagnostické metody (zejména zavedení molekulárních analýz velmi zvyšuje zachytlost), na druhou stranu se změnilo spektrum vyšetřovaných pacientů. V minulém století nebyl vyžado-

ván informovaný souhlas vyšetřovaného, vyjádření etické komise se studii atd. To bylo příznivé pro depistáže, vyšetřování celých dětských kolektivů apod. a údaje o prevalenci zahrnovaly i bezpříznakové infekce. V učebnicích z konce minulého století tak nacházíme shrnující údaje o prevalencích parazitů u nás: askarióza 1 %, giardióza 1 % (u dětí 5 %), enterobióza 10–40 % (u dětí) (1, 2, 3). Přes uvedené limity jsou současné statistiky do určité míry se staršími údaji srovnatelné, aspoň do té míry, aby dokumentovaly trend poklesu prevalencí.

Věnujme pozornost výjimkám, kdy uvedené statistiky neodpovídají skutečnosti, a pokusme se odhalit příčiny. Podhodnoceny jsou jistě údaje o kryptosporidioze. Toto průjmové onemocnění je u nás způsobeno především druhem *Cryptosporidium parvum*, mnohem méně *C. hominis* a dalšími druhy, specializovanými na jednotlivé skupiny živočišných hostitelů (4). Typickým hostitelem je pak městské dítě, které se třeba o prázdninách dostane k telatům, kůzlům, či jehňatům, hladí je a infikuje se oocystami z trusu. Důvodem, proč se domníváme, že jsou v tomto případě statistické údaje podhodnoceny, jsou většinou mnohem vyšší prevalence kryptosporidiozy uváděné v západních zemích a jednak skutečnost, že podstatně vyšší výskyt kryptosporidií mezi příčinami dětských průjmů byl zjištěn ve studiích, které se tomu cíleně věnovaly (5). Příčinou je rozdílné vnímání průjmu v různých zemích. V USA a mnohých západoevropských zemích je každý průjem považován za onemocnění vyžadující ošetření lékařem. Vyšetření na kryptosporidie je v základním spektru laboratorních metod. U nás je většinou průjem považován za potíž, kterou si člověk vyléčí sám a lékař je vyhledán obvykle až po několika dnech. A ten na parazitologické vyšetření (zvláště na speciální na kryptosporidie)

Tab. 1 Statistika výskytu střevních prvků v ČR za rok 2016

Agens zdroj	<i>Entamoeba histolytica/dispar</i>	<i>Giardia intestinalis</i>	<i>Dientamoeba fragilis</i>	<i>Chilomastix mesnili</i>	<i>Cryptosporidium</i> spp.	<i>Cyclospora cayatanensis</i>
NRL	53	100	1	2	6	2
EPIDAT	21	45			2	



Tab. 2 Statistika výskytu střevních helmintů v ČR za rok 2016

Agens zdroj	<i>Ancylostoma/Necator</i>	<i>Ascaris lumbricoides</i>	<i>Enterobius vermicularis</i>	<i>Trichuris trichiura</i>	<i>Hymenolepis nana</i>	<i>Taenia</i> spp.	<i>Strongyloides stercoralis</i>
NRL	4	24	1865	2	2	8	0
EPIDAT		15	1017			5	

pošle stolici obvykle až poté, když se mu vrátí negativní výsledky z mikrobiologické kultivace. Vzhledem k tomu, že kryptosporidioza u imunokompetentních osob většinou do týdne samovolně odezní, bývá už pro průkaz kryptosporidií pozdě. Podobně v případě giardiózy bývají vzorky na parazitologické vyšetření posílány až po vyloučení bakteriální či virové etiologie průjmu a hlavně děti tak mohou být v mezidobí zbytečně léčeny antibiotiky (6). Možná se širším zavedením molekulárních multiplex testů trochu situace změní, ale terapii to v případě kryptosporidie stejně neovlivní, vzhledem k tomu, že se na ni specifická léčba u nás neaplikuje. Nitazoxanid, v USA a některých dalších zemích registrovaný pro léčbu kryptosporidie a giardiózy (Cryptaz nebo Alinia od výrobce Romark) u nás registrován není. Dalším prvkem, jehož prevalence i význam jsou u nás podceňovány, je *Dientamoeba fragilis*. Je ve svém cyklu (aspoň částečně) vázána na roupa *Enterobius vermicularis* a stejně jako on se nešíří typickým fekálně – orálním transportem a u obou je pokles prevalence mnohem pomalejší. Aspoň krátkou zmínku si zaslouží *Blastocystis hominis* ze skupiny Stramenopila. Tento organismus je součástí lidského eukaryomu a je jedním z potenciálních agens pro léčbu některých onemocnění pomocí kontrolované infekce (9). Situace je však zatím složitá a málo přehledná. Existuje řada genotypů (možná budoucích samostatných druhů) a zdá se, že zatímco některé z nich mohou být prospěšné, jiné se podílí na celé řadě onemocnění nebo je dokonce způsobují

bují (10). Významnou roli též hraje imunitní stav hostitele, jeho zdravotní stav a souběh s jinými infekcemi. To znamená, že samotný nález *B. hominis* bez genotypizace a její interpretace nemá pro praktického lékaře valný význam.

Jestliže se nám v předchozích odstavcích podařilo dokumentovat klesající prevalence střevních parazitů u nás, nechťeli jsme tím v žádném případě odradit od toho, aby se na parazity myslelo při zvažování možných původců onemocnění. I téměř neškodní paraziti, jako jsou kryptosporidie, se mohou stát život ohrožujícím agens v případě těžké poruchy imunity. Střevní paraziti by měli být též zvažováni jako příčina potíží, má-li pacient (dítě) v anamnéze cestování do tropů a či subtropů. Chtěli bychom poukázat ještě na jeden významný aspekt a položit otázku, zda u nás snahy o eradikaci střevních parazitů nezašly příliš daleko. Je už všeobecně známo, že existuje nepřímá úměra mezi prevalence střevních parazitóz a výskytem alergií, autoimunitních onemocnění, Crohnovy nemoci atd. Vysvětluje se to většinou působením Th2 složky imunitního systému, který, nesetká-li se s antigeny parazitů, reaguje neadekvátně na nejrůznější podněty. Experimentálně je testována i parazitoterapie (zejména helmintoterapie). I v České republice se jedna laboratoř Biologického centra Parazitologického ústavu AV ČR této problematice věnuje se slibnými výsledky. Kandidáty pro léčebné použití jsou tenkohlavec *Trichuris suis*, tasemnice *Hymenolepis diminuta* a heterokontní protist *Blastocystis hominis*. Situaci nelze zjednodušovat na

výroky typu „spolykej vajíčka tenkohlavce a vyléčíš se tím z alergie“, problematika si zasluhuje intenzivní studium. Setkáme-li se u dětí s parazitární infekcí s nízkou intenzitou a jen s mírnými příznaky, rozhodně bychom neměli reagovat hystericky. Týká se to především rodičů malých dětí, kterým bychom měli funkci parazitů (*Homo sapiens* s nimi žije po celou dobu evoluce a přizpůsobil se jim) vysvětlovat.

■ Tkáňoví paraziti

Ač se to odlišuje od všeobecně vžitých představ, paraziti žijící přímo v lidských tkáních jsou mnohem častější, než paraziti žijící ve střevním lumenu. Mohou za to původci dvou nejčastějších parazitárních infekcí lidí u nás, toxoplasmózy a larvální toxokarózy. Co mají obě infekce společného, tedy kromě hrozivého slovního základu **toxó** (odkazující na řecký toxon = jed) v názvu? V obou případech je člověk jen jedním z mnoha druhů mezipřehostitelů a vzhledem ke vzácnosti požití člověka šelmou taky slepou větvi životního cyklu. Trus kočkovitých (v případě *Toxocara canis* psovitých) šelem je hlavním zdrojem infekcí lidí. Obě infekce jsou opředeny řadou pověr a mýtů. U obou infekcí jsou (doufáme, že čím dál tím řidčeji) někdy léčeni zdraví pacienti pouze na základě sérologického stanovení protilátek (tzv. léčba titrů či titritid).

MANAGEMENT ORDINACE PLDD

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR si Vás dovoluje pozvat na celorepublikový cyklus konferencí Management ordinace PLDD, který vznikl za laskavé podpory společnosti Pfizer a MSD.

Odborný garant: MUDr. Ilona Hülleová, předsedkyně SPLDD ČR
Pořadatel: SPLDD ČR
Organizátor: PHARMA NEWS, s.r.o.

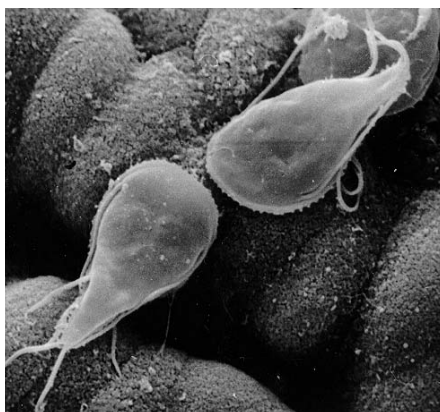
Vzdělávací akce je pořádána dle vzdělávacího řádu SPLDD ČR.

Bližší informace budou v průběhu října umístěny na www.detskylekar.cz

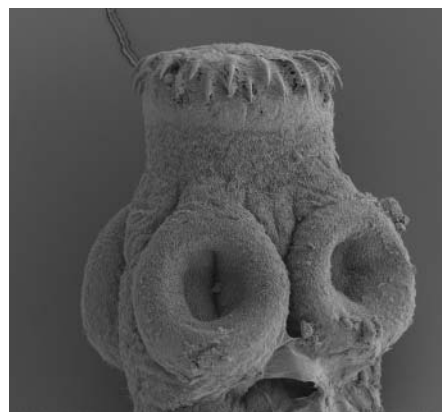
25. 11. 2017 Ostrava
13. 1. 2018 Brno
20. 1. 2018 Praha
27. 1. 2018 Hradec Králové



Obr. 1 Vajíčko škrkavky *Ascaris lumbricoides* ze stolice dítěte. Skutečná délka vajíčka 60 μm .



Obr. 2 Trofozoity *Giardia intestinalis* na povrchu střeva. SEM snímek, skutečná délka trofozoitu 22 μm



Obr. 3 Skolex dospělé *Echinococcus multilocularis* ze střeva lišky. SEM snímek, skutečná délka háčku v rostellu 22 μm

■ Toxoplasmóza

Původcem toxoplasmózy je intracelulární prvek ze skupiny Apicomplexa, *Toxoplasma gondii*. Člověk se infikuje buď pozřením vysporulovaných oocyst pocházejících z trusu (většinou mladých) koček (půda, špatně umytá zelenina) nebo pseudocystami v masu různých zvířat. Tachyzoity (pohyblivá a rychle se množící stádia) jsou schopny přežít v makrofázích a dokonce je používat k transportu do různých tkání. Později vzniklé a jen pomalu se množící bradyzoity jsou v klidových stádiích – pseudocystách. Z pediatrického hlediska má bezesporu největší význam vrozená toxoplasmóza. Ta postihuje plod matky, která prodělává akutní formu toxoplasmózy nebo chronickou endometritidu toxoplasmového původu, ovšem pouze tehdy, překoná-li parazit placentární bariéru. Nejrizikovější jsou první 2 trimestry těhotenství. Může dojít ke spontánnímu potratu, nebo se rodí dítě mrtvé, jindy zase poškozené (Sabinova triáda zahrnující intracerebrální kalcifikace, mikrocefalus či vnitřní hydrocefalus a chorioretinitidu). Kromě těchto anomálií může být postižen kterýkoliv orgán v těle. Dále se může narodit dítě zdánlivě zdravé, u něhož se onemocnění začne projevovat až mezi 2.–5. rokem života (11). Prevencí je dodržování hygienických zásad v těhotenství a v době před otěhotněním: omezení kontaktu s půdou, kočičím trusem, syrovým masem, důsledné mytí zeleniny. Zatímco v minulosti se v případě zjištění infekce u těhotných doporučovalo ukončení těhotenství, dnes se upřednostňuje prenatální a postnatální terapie (12). Na rozdíl od kongenitální toxoplasmózy, naprostá většina získaných infekcí probíhá

asymptomaticky či subklinicky (hovoříme o imunokompetentních jedincích). Pokud příznaky jsou, projevují se většinou tzv. uzlinovou formou (zvětšení uzlin podčelistních, podél krčních svalů i jiných) doprovázenou subfebriliemi a zvýšenou únavou. Vzácně se získaná toxoplasmóza projeví uveitidou či chorioretinitidou a naprosto ojediněle, zvláště u dětí, tzv. viscerální formou (zvětšení jater, sleziny, lymfadenitida či myokarditida). Asymptomatická i symptomatická forma přejde vlivem interakce parazita s imunitním systémem hostitele v chronickou formu, kdy se ve tkáních (nejčastěji v mozku) vytvoří pseudocysty. Terapie se doporučuje u oční a viscerální formy; u uzlinové a chronické formy je léčba jednak zbytečná a jednak nemožná. Seropozitivita (zhruba odpovídající prevalenci chronické toxoplasmózy) se v minulém století u nás pohybovala v rozmezí 25–34 % (13), a zdá se, že klesá jen velmi pomalu. Celosvětově je postiženo 30–50 % světové populace (14). Souvislosti latentní toxoplasmózy s jinými infekcemi a nemocemi, v citované práci naznačené, jistě zasluhují seriózní výzkum, ale označovat toxoplasmózu za globální ohrožení nám ve srovnání se skutečnými zdravotními riziky jiných parazitárních infekcí připadá přinejmenším za přehnané. Ztotožňujeme se též s odmítavým názorem na nekritické závěry vyplývající z vyhodnocení anonymního dotazníku na internetu (15).

■ Toxokarózy

Seropozitivita larvální toxokarózy u nás dosahuje 18–20 % (16). Původcem je škrkavka psí (*Toxocara canis*), škrkavka kočičí (*Toxocara cati*) a v menší míře další

škrkavky šelem. Člověk se infikuje pozřením rozrýhovaných vajíček (pískoviště, půda, zelenina), mnohem vzácněji i pozřením masa jiných paratenických hostitelů se zapouzdřenými larvami, a ještě řidčeji larvami vyloučenými trusem koťat při infekcích s velmi vysokou intenzitou. Larva v lidském těle, podobně jako v jiných paratenických hostitelích, migruje nejrůznějšími orgány (syndrom *larva migrans*) a vytvoří nakonec klidové hypobiotické stádium: tzv. covert (skrytá) forma. Přestože si přitom počíná neobyčejně surově, pomocí proteolytických enzymů si razí cestu tkáněmi a zanechává za sebou traumatický kanál, jsou klinické projevy vzácné nebo jsou mírné a nespecifické: slabé bolesti břicha, nevolnost, zvracení, zvýšená teplota, někdy i zvětšené lymfatické uzliny. Larvy mají afinitu k nervové tkáni, včetně oka. Nebezpečná je uveitida, kdy postižení sítnice může vést až k oslepnutí. V mozku se projevují jen opravdu masivní infekce jako eosinofilní meningitida nebo encefalitida. Po ingesci larev v pokročilejším stádiu vývoje byly naprosto ojediněle nalezeny i dospělé toxokary ve stolici či zvratcích dětí (17). Tyto a podobné raritní nálezy jsou takovou výjimkou, že by neměly ovlivňovat označení člověka jako náhodného paratenického hostitele. Vzhledem ke skutečnosti, že naprostá většina larev v lidech nedospěje, je průkaz protilátek vedle zobrazovacích technik jedinou možnou diagnostickou metodou. Kromě séra se vyšetřuje nitrooční tekutina a mozkomíšní mok; základní metodou je ELISA (18). Pokud jde o léčbu larvální toxokarózy, zabírají deriváty benzimidazolu a měly by být (spolu s kortikoidy) použity při léčbě okulární a symptomatické viscerální toxokarózy. V případech skryté formy, která



se „projevu“ pouze titry protilátek v séru, je namístě rozvaha, zda léčba nepřinese víc škody, než užítu (19). Pokud hypobiotické larvy odumírají postupně samovolně, je to pro organismus hostitele menší zátěž, než když je anthelmintikum zahubí naráz. Pravidelné odčervování psů a koček, včasné odstraňování jejich trusu (dříve než se ve vajíčkách vyvinou infekční larvy, což trvá cca 10–14 dnů) a jeho zneškodnění (rozhodně ne zahrabáním do kompostu – v tomto prostředí mohou infekční larvy ve vajíčkách přežívat mnoho měsíců), zakrývání dětských pískovišť na noc a důsledné omývání či loupaní kořenové zeleniny jsou adekvátními preventivními opatřeními k tlumení larvální toxokarózy.

Dvě skupiny tkáňových helmintů jsou rizikové ne kvůli častému výskytu, ale kvůli závažnosti projevů. První skupina, trichinelózy působené několika druhy svalovce rodu *Trichinella*, nepředstavuje v našich podmínkách riziko pro děti. Dětem u nás nebývá podáváno syrové či polosyrové maso.

■ Echinokokózy

Druhou skupinou jsou echinokokózy (hydatidózy), působené jednak komplexem druhů *Echinococcus granulosus*, jednak „liščí tasemnicí“ *E. multilocularis*. Zatímco *E. granulosus* se dnes u nás objevuje spíše jako importovaná nákaza, *E. multilocularis* je na našem území u zvířat v hojných počtech přítomen a koluje mezi liškami a drobnými hlodavci. Téměř každoročně jsme svědky hysterie v bulvárních médiích, kdy jsou lidé varováni před smrtelným nebezpečím sběru lesních plodů, zvláště borůvek, údajně kontaminovaných liščím trusem s vajíčky echinokoků. Jde sice o velmi závažné onemocnění a kontaminaci plodů trusem nelze pochopitelně zcela vyloučit, ale pravděpodobnost nákazy tímto způsobem je natolik nízká, že ji soudný člověk považuje za zanedbatelnou. Lišky nerozmetají svůj trus po lesních plodech, naopak, ukládají jej na viditelná místa (pařezy, ploché kameny, rozcestí). Pokud se podařilo odhalit způsob infekce *E. multilocularis*, šlo většinou o těsnější kontakt s liščím trusem (stahování lišky se střevy rozstřílenými brokovnicí, pitva lišky, požívání nemytých padaných jablek v místech navštěvovaných liškami). Podrobně se problematice echinokokózy věnuje sborník semináře Echinokokové infekce (20).

■ Dirofilariózy

Tkáňovými helmintózy patřícími mezi nově hrozící infekce (emerging infectious diseases) patří dirofilariózy. Jde o infekční onemocnění, jejichž šíření je pozorováno celosvětově a je známo, že často úzce souvisí s cestováním lidí, přemísťováním zvířat a s globálními klimatickými změnami, zejména oteplováním. Autochtonní výskyt dirofilariózy psů byl zaznamenán i na našem území (21) a lidské infekce byly popsány na Slovensku (22) i u nás (23). V Evropě byla řada lidských infekcí popsána zejména ze Středozeří. Dirofilariózy způsobují parazitické hlístice rodu *Dirofilaria* (filárie, též vlasovci). Ve svých životních cyklech střídají savce (většinou šelmu) a krevsající hmyz (většinou komára), který infekci přenáší: nasaje krev s larvami prvního stádia, zvanými mikrofilárie, ty se v jeho malpigičkových trubcích vyvinou až do třetího stádia – invazní larvy – a při dalším sání může být infikován další hostitel. Tím je ve většině případů opět šelma, avšak komár může přenést dirofilárie i na člověka. Z desítek druhů nalezených u člověka se na našem území vyskytují 2: vlasovec psí *Dirofilaria immitis* a častější vlasovec podkožní *Dirofilaria repens*. Lokalizace dirofilárií v člověku jako v netypickém hostiteli se často liší od lokalizace v hostiteli typickém. *Dirofilaria immitis* působí u člověka kardiopulmonální infekce, projevující se posléze jako plicní noduly a vyskytuje se i v podkoží. *Dirofilaria repens* člověka infikuje také v podkoží a v oku, kde působí infekce spojivky, očního víčka a dokonce i sklivce. Byly však popsány i případy plicní infekce způsobené tímto druhem. Odborná veřejnost by měla s rizikem dirofilariózy počítat a myslet na ni zejména v případech stěhujících se podkožních lézí. Pokud je při chirurgickém zákroku helmint izolován, doporučujeme kontaktovat parazitologickou laboratoř, případně jej fixovat alkoholem, aby se usnadnila jeho molekulární diagnostika.

■ Cerkáriové dermatitidy

V posledních letech bylo hlášeno poměrně dost značné množství hromadných výskytů cercariových dermatitid, zvláště u dětí. Jde o alergická kožní onemocnění vyvolaná průnikem larev (cerkárií) druhů motolic čeledi Schistosomatidae do kůže hostitele (člověka). Do určité míry jsou i součástí průběhu tropických schistosomóz působených

savčími druhy motolic rodu *Schistosoma*, zejména při opakovaných infekcích. V těchto případech však larva (po odhození ocásku zvaná schistosomulum) pokračuje v cestě krevním řečištěm a kožní reakce bývá mírná (exantém) nebo chybí úplně. Naopak, pokud schistosomulum pod stratum corneum uhyne, k čemuž dochází po průniku do náhodných hostitelů, je imunitní reakce silná a projeví se makulopapulózní svědivou vyrážkou. To je případ řady druhů ptačích i savčích motolic, sladkovodních i mořských. U nás se vyskytují rody *Bilharziella*, *Gigantobilharzia* a *Trichobilharzia*, jejichž hostitelé jsou vru-bozobí ptáci a meziphostitelé sladkovodní plži. Cerkárie *Bilharziella polonica* vyplouvají z okružáků, cercárie *Gigantobilharzia* ze svinutců, cercárie *Trichobilharzia szidati* z plovatek a cercárie *T. franki* a *T. regenti* z uchatek (24). Rizikovým chováním vedoucím k infekcím je v našich podmínkách koupání v mělkých vodách s vodním rostlinstvem, umožňujícím výskyt těchto plžů. Děti v mělké vodě obvykle stráví více času a jsou proto více ohroženy. Pochopitelně, jde o lokality obývané či navštěvované vodními ptáky. Hromadné výskyty cercariových dermatitid byly u nás zaznamenány například na následujících lokalitách: Přírodní koupaliště Michal u Sokolova, Přírodní koupaliště v Zákupích na Českolipsku, Nový rybník u Příbrami, Koupaliště Rolava u Karlových Varů, Bolevecký rybník v Plzni a rybník Hejtman u Chlumu u Třeboně. Vyrážka se objeví většinou do druhého dne po koupání, ale v některých případech (opakované infekce) již po hodině či dvou. Dermatitida po několika dnech spontánně mizí. U lidí alergizovaných předchozími infekcemi a při expozici velkému množství cercarií se mohou kromě svědivé vyrážky a erytému objevit subfebrilie či horečky, edémy a jako následek škrábání též bakteriální infekce lézí. Kauzální léčba cercariových dermatitid neexistuje, symptomatická léčba spočívá ve zmírnění úporného svědění. Používá se k tomu ledování, mazání hořčičným olejem či koupele v hydrogenuhličitanu sodném, u alergizovaných pacientů kortikosteroidy a antihistaminika. Jako individuální prevence se doporučuje vyhýbání se mělkým zarostlým vodám s výskytem plžů, slibné je též mazání krémy s niklosamidem, zabíjejícím cercárie.



Obr. 4 Protoscolex *Echinococcus multilocularis* z jater experimentálně infikované myši. SEM snímek, skutečná délka háčku v rostellu 22 µm.

■ Pneumocystóza a mikrosporidie

Tyto mykotické infekce sice představují pro děti v našich podmínkách nízké riziko, ale je užitečné nevyřazovat je z diferenciálně diagnostických rozvah. *Pneumocystis jiroveci* patří do primitivní skupiny hub Taphrinomycotina. Ve starší literatuře byl i tento druh, specializovaný na člověka, označován jako *P. carinii* (název dnes označující pouze druh z potkanů a krys). V minulém století byl rozpoznán českým parazitologem Jírovcem jako původce většinou smrti končící intersticiální pneumonie kojenců, která tehdy byla závažným problémem v kojeneckých ústavech s nízkou hygienou. Dnes je toto agens známo především jako původce oportunních infekcí AIDS pacientů a je závažným problémem např. v subsaharské Africe. Ohrožuje však nejen AIDS pacienty, ale i jinak imunosuprimované či oslabené jedince. Bezpříznakové infekce jsou však v naší populaci velmi časté a ke kolonizaci plic dochází u dětí již ve věku od 4 let (25). Mikrosporidie (*Microspora*) byly v minulosti známy jako hmyzomorky, infikující včely, bource, ale také např. ryby. Druhy infikující člověka byly rozpoznány především jako oportunní infekce při AIDS. V poslední době byly mikrosporidie opakovaně zařazovány do říše Fungi a opět z ní vyjímány jako její sesterská skupina. Pro toho, kdo nesleduje podrobně názory na fylogenetické vztahy měnící se díky stále dokonalejším molekulárním analýzám, snad postačí zapamatovat si, že mikrosporidie jsou „hodně divné houby“. Od všech ostatních organismů se odlišují především unikátním vystřelovacím aparátem, sloužícím k infekci buněk (jde o obligatorní intracelulární parazity). Užití molekulárních technik v diagnostice umožnilo zjistit, že mikrosporidie rodů *Encephalitozoon* a *Enterocytozoon* jsou

běžně přítomny v organismu zcela zdravých lidí (26). Za dosud blíže neobjasněných okolností však mohou způsobit onemocnění i imunokompetentním jedincům, nebo se na něm aspoň výrazně podílet (27).

■ Amfizoické améby

Jde o heterogenní skupinu vzájemně nepříbuzných organismů, které spojuje to, že některé jejich stádium je „měňavkovité“ a to, že kromě života v prostředí jsou schopny parazitovat v různých organizmech včetně člověka. Améby *Balamuthia mandrillaris* a několik druhů rodu *Acanthamoeba* patří do skupiny Amoebozoa a jsou známy jako původci granulomatózních encefalitid (GAE) imunodeficientních pacientů (*Balamuthia* i u imunokompetentních). Akantaméby jsou navíc původci závažných infekcí oka, kde způsobují keratitidy a keratokonjunktivitidy, nejčastěji u uživatelů kontaktních čoček (28). Naproti tomu, *Naegleria fowleri*, původce smrtelných infekcí projevujících se jako primární amébová meningoencefalitida (PAM) patří mezi ameboflageláty z říše Excavata. Největší hromadné vzplanutí PAM bylo na našem území v letech 1963–1965, kdy jí podlehl 16 mladých lidí včetně dětí, s anamnézou koupání ve Vrbenskému lázních v Ústí nad Labem, další chlapec zemřel v r. 1968 po koupání v chladicí vodě v Litvínově a v roce 1984 další chlapec po koupání v potoce s chladicí vodou v Prunéřově (29). I když tedy nejde o časté onemocnění, jeho průběh je natolik rychlý, že by se od počátku potíží (silné bolesti hlavy, horečka, nevolnost u jinak zdravých dětí po koupání v teplé vodě) měla tato etiologie zvažovat. Při včasné diagnóze lze přece jen i tuto infekci vyléčit; slibným preparátem je miltefosine (30). PAM může způsobit i *Sappinia pedata*, donedávna známá jako půdní améba ze skupiny Amoebozoa (31).

■ Ektoparazit

Z ektoparazitů ohrožujících především děti bychom stručně chtěli zmínit 2 roztoče a vši. K roztočům patří sametky *Neotrombicula autumnalis* a *N. inopinata*. Zatímco dospělci a nymfy těchto druhů jsou dravé, jejich drobné (0,2 mm) larvy krátkodobě (do 3 dnů) parazitují na teplokrevných obratlovcích. Nesají krev, ale pomocí chelicer se přichytí na kůži a pomocí sekretu s proteolytickými enzymy vytvářejí dutinku, ze které pak sají buněčnou drť. Bouřlivá alergická reakce je doprovázena

silným svěděním přetrvávajícím i po odstranění či samovolném odpadení larvy. Děti bývají napadány od července do září (srpnová vyrážka) při kontaktu s rostlinstvem v místech s hojným výskytem ptáků či drobných savců, typický je výskyt projevů v místech, kde obléčení silněji přiléhá k tělu (gumy ponožek, spodního prádla atp). Diagnostika je značně obtížná, zejména v situaci, kdy již došlo k odpadnutí larev a příčina vyrážky tak zůstává zdánlivě neznámá.

Příbuzní sametkám jsou dravčíci, zejména psi (*Cheyletiella yasguri*) a kočičí (*Ch. blakei*) a králíčí (*Ch. parasitivorax*). Tito rychle pobíhající roztoči se živí tkáňovým mokem. Někdy mohou dočasně přejít na člověka, ohroženy jsou především děti při přímém fyzickém kontaktu s domácími mazlíčky. Svědivá vyrážka, kterou napadení dravčíky způsobí, se léčí jen symptomaticky; akaricidy je však vhodné použít právě k léčbě domácích mazlíčků. Onemocnění je málo známé, proto pravděpodobně řada případů unikne správné diagnóze (32). Domácí mazlíčci jsou zdrojem i tropického dravého roztoče čmelíkovce krysího *Ornithonyssus bacoti*. Tímto druhem roztoče bývají postiženi pískomilové, křečci a křečci, méně potkani popřípadě další hlodavci. Tento roztoč, sající krev, patří do čeledi Macronyssidae. Vyhovuje mu hluboká podestýlka hoblin, která se nevyměňuje často. Jako většina zástupců Macronyssidae jsou tropičtí roztoči aktivní v noci a přes den se schovávají v temných úkrytech v blízkosti hostitele. Pokud není upřednostňovaný hostitel k dispozici, je napaden také člověk a čmelíkovec na něm může sát dlouhodobě a je těžké se jej zbavit. Naproti tomu čmelík kuří, *Dermanyssus gallinae*, saje na lidech jen krátkodobě. V domácnosti mohou jeho zdrojem být exotičtí ptáci, ale také chovy slepic a holubů v blízkosti domu a také staré půdy, kde hnízdí zdivočelí holubi i ve městech a čmelíci slezou po fasádě do bytu.

Mezi roztoče patří i přenašeč významných infekcí, klíště *Ixodes ricinus*. Tomuto tématu bude věnován článek v některém z příštích čísel.

Rozepisovat se o vši dětské (*Pediculus capitis*) by asi na tomto místě bylo nošením dříví do lesa. Zmíníme se jen o palčivém problému: absenci účinného prostředku proti vším u nás. Po vzniku rezistence na permetrin a po stažení z prodeje přípravků obsahujících karbaryl (carbaryl či 1-naftylmethylkarbamát), zbyly na trhu jen kosmetické přípravky, s tzv. vedlejším antiparazitárním účinkem.



Účinnost těchto kosmetických prostředků nemůže být ani ověřována, protože dle zákonných ustanovení přípravy uváděné na trh jako kosmetické prostředky nesmí obsahovat účinné látky na hubení vši a nesmí být prodávány za účelem léčby infekčních onemocnění tj. ani za účelem odlišování (33). Látka IR3535 (3-[N-n-butyl-N-acetyl] aminopropionic acid ethylester) obsažená v některých repelentech na trhu dostupných současně vši hubí a lze ji použít k odlišování. Studie, která by to však jednoznačně prokazovala, z výše uvedených důvodů chybí.

■ Dezinformace o rizicích parazitárních infekcí

Pokud do vyhledavače Google zadáte „paraziti v lidském těle“, naprostá většina odkazů, ke kterým vás to dovede, jsou nesmysly a dezinformace. Jsou tam přehnané, někdy i zcela nesmyslné údaje o promořenosti naší populace parazity, výčty nejrušnějších příznaků, které mají paraziti způsobovat (mimo jiné zápach z úst, skřípání zubů, impotenci ...). Na internet je masivně umísťují „internetoví šmejdí“, z nejrušnějších odvětví „alternativní medicíny“, kteří chtějí (a často se jim to daří) vyvolávat strach z parazitů a vydělávat na něm. Hlavní roli tam sehrávají podvodní diagnostici, kteří pomocí různých metod (biorezonance, analýza živé kapky krve atd.) najdou množství parazitů u každého „klienta“ a léčitelé, kteří pak údajných parazitů vystrašené klienty zbavují. Používají k tomu nejrušnější přístroje a prostředky, plasmování, užívání minerálních roztoků se silnými oxidanty, předražené doplňky stravy s rostlinnými výtažky, homeopatika a v nejhorším případě „ordinují“ skutečná antiparazitika, se kterými se obchoduje na černém trhu. Naprostým nesmyslem je v našich podmínkách preventivní odčervování, které řada z těch šarlatánů doporučuje a nezanebatelné množství lidí praktikuje. Zájemcům o tuto problematiku doporučujeme články, video- a audionahrávky na stránkách České parazitologické společnosti v rubrice „pro veřejnost“ (35).

■ Literatura

- Jírovec O.: Parazitologie pro lékaře, Avicenum, 1977, 798 s.
- Jíra J.: Lékařská helmintologie – Helminthoparazitární nemoci. Galén 1998, 495 s.
- Jíra J.: Lékařská protozoologie. Galén 2009, 567 s.
- Hajdušek O., Ditrich O., Šlapeta J.: Molecular identification of *Cryptosporidium* spp. in animal and human hosts from the Czech Republic. *Vet. Parasitol.* 2004;122(3):183–192
- Chmelík V., Ditrich O., Trnovcová R., Gutvirth J.: Clinical features of diarrhoea in children caused by *Cryptosporidium parvum*. *Folia Parasitol.* 1988;45:170–172
- Čermáková Z., Voxová B., Ryšková O., Valenta Z., Plíšková L., Lesná J., Förstl M., Buchta V., Plíšek S., Prášil P., Bolehovská R.: *Giardia intestinalis* – zajímavý střevní prvok. *Folia Gastroenterol.Hepatol.* 2008; 6(1):24–30
- Lukeš J., Stensvold C.R., Jirků-Pomajbíková K., Wegener Parfrey L.: Are Human Intestinal Eukaryotes Beneficial or Commensals? *PLoS Pathog* 2015; 11(8): e1005039.
- Sekar U., Shanti M.: Recent insights into the genetic diversity, epidemiology and clinical relevance of *Blastocystis* species. *J. Med. Research* 2015;1(1):33–39
- Fusková E., Bartošová D., Trnková M.: Toxoplasmóza v dětském věku. *Pediatric pro praxi* 2003;6:312–313
- Kodym P., Goleneky M.: Prevence, diagnostika a léčba toxoplasmózy v graviditě. *Actual Gyn.* 2012;4:31–38
- Kodym P., Malý M., Švandová M., Ležatková H., Bažoutová M., Vlčková J., Beneš Č., Zástěra M.: *Toxoplasma* in the Czech Republic 1923–1999: First case to widespread outbreak. In: Petersen E., Pollak A., Reiter-Owona I.(eds.): Recent trends in research on congenital toxoplasmosis. *Int. J. Parasitol.* 2001;31:125–132
- Flegr J., Prandota J., Sovičková M., Israili Z.H.: Toxoplasmosis – A Global Threat. Correlation of Latent Toxoplasmosis with Specific Disease Burden in a Set of 88 Countries. Fernandez-Reyes D, ed. *PLoS ONE*. 2014;9(3):e90203
- Goleneky M.: Toxoplasmóza aneb máme se bát parazitů? *Zdravotnictví a medicína* 2015;4:55–56
- Kolářová L. Tkáčové helmintózy. *Klin. mikrobiol. inf. lék.* 2006;12(4):131–134
- Eberhard M., L., Alfano E.: Adult *Toxocara cati* infections in U.S. children: report of four cases. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* 1998;59(3):404–406
- Bílková Fránková H., Hozák A., Povová J., Janout V.: Epidemiologie a diagnostika larvální toxokarózy. *Prakt. Léč.* 2014;94(5):213–216
- Ondriska F., Mikulecký M.: Larvální toxokaróza člověka. *Pediatr pro Praxi.* 2002;5:213–217
- http://www.parazitologie.cz/akce/doc/sbornik/2014%20seminar%20v%20LD_Hydatidoza.pdf
- Svobodová Z., Svobodová V., Beladičová V., Valentová D.: Filariózy psů – aktuální onemocnění přenášena komáry. *Veterinářství* 2005;55:546–551
- Ondriska F., Lengyel D., Miterpáková M., Valentová D., Beladičová V., Lengyelová A., Strehárová A., Dubinský P.: Další případ humánnej dirofilariózy v SR. *Sborník abstraktů: VIII. české a slovenské parazitologické dny, Sezimovo Ústí.* 2008: 71
- Ditrich O., Vítková P., Compel V., Stejskal F., Votruba M., Mallátová N.: Případ dirofilariózy importované z Řecka. *Sborník Cestovní medicína: paraziti stále aktuálnější.* Praha. 7. dubna 2009. <http://www.parazitologie.cz/akce/doc/sbornik/sbornik.pdf>
- Horák P., Mikeš L., Lichtenbergová L., Skála V., Soldánová M., Brant S.V.: Avian schistosomes and outbreaks of cercarial dermatitis. *Clin. Microbiol. Rev.* 2015; 28:165–190.
- Skřičková J.: Plicní infekce *Pneumocystis carinii* u HIV negativních nemocných. 1. vydání. Praha, Galén, 2000, 135s.
- Sak B., Brady D., Pelikánová M., Květoňová D., Rost M., Kostka M., Tolarová V., Hůzová Z., Kváč M.: Unapparent microsporidial infection among immunocompetent humans in the Czech Republic. *Journal of Clinical Microbiology.* 2011;49:1064–1070
- Ditrich O., Chrdle A., Sak B., Chmelík V., Kubálek J., Dyková I., Kváč M.: *Encephalitozoon cuniculi* genotype I as a causative agent of brain abscess in an immunocompetent patient. *Journal of Clinical Microbiology.* 2011;49:2769–2771
- Nohýnková E.: Akantaméby a akantamébová keratitida. *Remedia-Klinická mikrobiologie.* 2000;4(6/7):213–214
- Novák K.: Šestnáct obětí, překvapivý pachatel. *Vesmír* 2014; 93(9):489–491
- Linam, W. M., Ahmed, M., Cope, J. R., Chu, C., Visvesvara, G. S., da Silva, A. J., Qvarnstrom, Y., and Green, J. Successful treatment of an adolescent with *Naegleria fowleri* primary amebic meningoencephalitis. *Pediatrics* 2015;135(3):e744–e748
- Qvarnstrom, Y., Da Silva, A., Schuster, F., Gelman, B., Visvesvara, G., Molecular confirmation of *Sappinia pedata* as a causative agent of amoebic encephalitis. *J. Infect. Dis.* 2009;199(8):1139–1142
- Jedličková H., Vašků V. Cheyletiellóza - málo známá parazitóza. *Česko-slovenská dermatologie.* 2014;22(2):51–68
- Mazánek L. Účinnost vyčesávání vši dětské a odlišovací přípravky (*Pediculus capitis*). *Ektoparaziti člověka. Sborník semináře v Lékařském domě v Praze ze dne 5. dubna 2016.* <http://www.parazitologie.cz/akce/doc/sbornik/2016-04-05%20Ektoparaziti%20cloveka.pdf>
- <http://www.parazitologie.cz/dotazy.html>



Praktické aspekty infekce roupem dětským (enterobiasis)

RNDr. Libor Mikeš, Ph.D.

Helmintologická laboratoř, Katedra parazitologie PŘF UK, předseda České parazitologické společnosti

Helminth („parazitický červ“) zvaný **roup dětský**, latinsky *Enterobius vermicularis*, je parazitická hlístice, se kterou se můžeme setkat prakticky v celém světě, i když těžiště jejího výskytu je kupodivu zejména v mírném podnebném pásu a v rozvinutějších zemích. Jednou z hypotéz vysvětlujících tento fakt je „tlak konkurence“, tedy poměrně hojný výskyt ostatních střevních helmintů (např. škrkavek, tenkohlavců, měchovců) v teplejších oblastech světa a v zemích s celkově či lokálně nižšími hygienickými standardy. Například v USA je **enterobióza** nejčastější lidskou helmintózou, odhad počtu osob nakažených roupy je dle Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 40 milionů a prevalence v dětských kolektivech, u osob pečujících o děti a u institucionalizovaných osob může dosáhnout až 50 %.

Z pohledu reprodukční biologie jsou roupi oviparní (vejcorodí) monoxenní (jednohostitelští) helminti s přímým přenosem bez mezipřehostitele. S výjimkou některých primátů, hlavně lidoopů, je jediným druhem hostitele člověk, takže přenos *E. vermicularis* na člověka např. z domácích zvířat není možný. Zdrojem infekce je vždy pouze infikovaný člověk, nebereme-li v potaz zaznamenané případy (obousměrného) přenosu roupu mezi šimpanzi a jejich ošetřovateli v podmínkách zoologických zahrad.

Dospělí roupi vykazují nápadný pohlavní dimorfismus patrný už z velikosti jednotlivých pohlaví. Jedná se o tenké hlístice bílého zbarvení, samice měří 8–13 mm, zatímco samci pouze 2–5 mm (obr. 1). Žijí v lumenu kolonu, kde se živí zbytky tráveniny. Během jejich vývoje neprobíhá viscerální (tkáňová) migrace stádií (narozdíl např. od škrkavek), takže patogenita je obecně nízká. Výjimkou jsou případy, kdy červi zamigrují do slepého střeva, kde jejich přítomnost a invaze do mukózy byly dány do možné souvislosti s akutní apendicitidou. Byly rovněž popsány nepříliš

časté případy, kdy dospělí červi zamigrovali do urogenitálního traktu žen (dívek), kde vyvolali vulvovaginitis či urethritis, zřejmě díky povrchové mikrobiální kontaminaci střevní mikroflórou, popř. následkem úhynu v tomto prostředí. Nicméně údaje v literatuře jsou spíše ojedinělé a vztahují se převážně k infekcím dívek v premenarchálním období. Známý jsou i případy invaze břišní dutiny skrze uterus spojené se salpingitis nebo granulomy v různých orgánech břišní dutiny. V České republice je enterobióza rovněž nejběžnější střevní helmintózou. Počty případů, popř. prevalence lze jen těžko odhadovat, protože plošné parazitologické studie se již dávno neprovádějí a údaje v EPIDATu jsou pravděpodobně značně neúplné. Pro zajímavost uvádím údaje shrnující počty hlášených případů enterobiózy v ČR za období let 2007–2016 (Tabulka 1). Ke konci srpna 2017 byl počet případů hlášených za tento rok 571.

Situace v populaci však bude zcela určitě jiná, o čemž svědčí mj. množství dotazů od veřejnosti týkajících se nákazy roupy a jejich terapie, které pravidelně docházejí do poradny České parazitologické společnosti (dotazy@parazitologie.cz). V praxi se rovněž setkáváme se stížnostmi na nízkou obeznanost praktických lékařů s touto problematikou. Bohužel, často lékař volí okamžitou terapii založenou pouze na základě anamnestických a subjektivních údajů pacienta, bez předchozího parazitologického vyšetření. V další části textu se tedy budu věnovat zejména praktickým aspektům enterobiózy formou upravené kompilace odpovědí na nejčastější otázky týkající se tohoto tématu.

■ Způsoby přenosu, prepatentní perioda infekce, perzistence infekčních stádií v prostředí

K nákaze dochází prostřednictvím typických tenkostěnných vajíček, která samičky

roupů kladou na anální řasu a v perianálním prostoru. Jedna gravidní samička obsahuje až kolem 17 tisíc vajíček. Během několika málo hodin (udává se kolem 6h) larvy uvnitř nakladených vajíček dokončí vývoj do infekčního stádia, vajíčka se potom stávají infekčními. Díky své malé hmotnosti a specifické hustotě jsou velmi lehká, tudíž jsou předurčena ke snadné disperzi v prostředí, včetně možnosti rozptýlu vzdušnými proudy (např. při natírání lůžkovin), kdy může dojít k nákaze inhalační cestou. Významným zdrojem vajíček je znečištěné spodní prádlo, popř. ložní prádlo, ručník atp. Během škrábání v oblasti konečníku dochází ke kontaminaci rukou (ulpění vajíček za nehty i na kůži), prostřednictvím nichž může dojít ke kontaminaci potravy, předmětů v domácnosti, popř. k infekci jiné osoby či autoreinfekci téže osoby (podávání jídla do úst, olíznutí prstů). Retroinfekce (líhnutí larev na anální řasu a jejich zpětná migrace do kolonu), někdy zmiňovaná v různých literárních pramenech, nebyla u roupu recentními výzkumy potvrzena. Shrnutí, díky vysoké produkci vajíček, jejich rychlému dozrávání, schopnosti přežít a snadné diseminaci v prostředí jsou roupi ideálně adaptovanými helminty pro skupinový přenos v rodinách, školách, nemocnicích, léčebnách atp. Prepatentní perioda infekce (doba od nákazy po čas, kdy samice naklade vajíčka na anální řasu, což způsobuje typické svědění) se podle různých literárních údajů pohybuje v rozmezí zhruba 15–40 dní. Po naklazení vajíček samice v relativně krátké době hyne, celková doba jejího života je cca 50 dní. Samci žijí podstatně kratší dobu a po kopulaci hynou.

Údaje o životnosti vajíček roupu v prostředí se poměrně liší – vždy záleží na podmínkách prostředí. Pokojová teplota s relativní vlhkostí 30–50 % zničí víc než 90 % vajíček během cca dvou dnů. Při vyšších letních

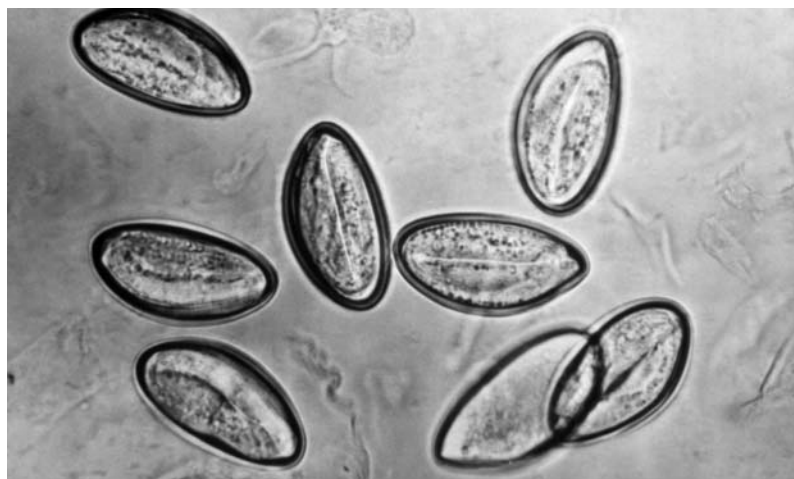
Tabulka 1 Údaje o hlášeném výskytu enterobiózy v ČR z Epidatu

Kód	Diagnóza	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
B80	Enterobiasis	525	552	457	403	394	495	520	724	774	1 017

Hlášený výskyt enterobiózy v České republice v Epidatu v letech 2007–2016 – absolutní počty onemocnění.



Obrázek 1 Dospělá samice roupy dětského, trvalý preparát, barveno boraxovým karmínem. Foto archiv autora.



Obrázek 2 Vajíčka roupy dětského, diagnostikovaná pomocí lepové metody. Foto v licenci Wikipedia Creative Commons

teplotách hyne 90 % vajíček během tří hodin. Vajíčka přežívají nejdéle (cca 2–7 dní) v chladnějších a vlhčích podmínkách. Obecně tedy vajíčkům roupů vadí vysoké teploty, sluneční záření a sucho.

■ Symptomatologie

Charakteristickým projevem infekce je diskomfort a někdy až úporné svědění v oblasti rekta popř. perinea, které je způsobeno pohybujícími se samičkami roupů, které sem migrují ve snaze naklást vajíčka. To se děje v době, kdy je infikovaná osoba v klidu a dochází k relaxaci análního svěrače – typicky večer a v noci. Úporné svědění a následné škrábání může vést k výskytu dermatitidy a vyrážky. Zejména u dětí se může objevit insomnie. U citlivějších osob, zejména dospělých, se někdy mohou projevit úzkostné stavy na základě ověřené (nebo domnělé) přítomnosti parazita v těle, spojené s parazitofóbií. Ačkoliv se jedná v populaci o poměrně běžnou nákazu, které se lze v kontaminovaném prostředí jen obtížně vyhnout, u nakažených někdy přetrvává pocit hygienického (sociálního) stigma.

■ Diagnostika

Často i laik pozná dospělé samice roupů, které v případě intenzivních nákaz bývají vidět na povrchu feces. Snadno lze enterobiózu diagnostikovat na základě přítomnosti typických tenkostěnných vajíček, která mají nepravidelný tvar, na jedné straně zploštělý (obr. 2). Tradiční koprologická diagnostika založená na parazitologickém rozboru stolice má nízkou záchytnost (včetně koncentračních metod). Díky specifickému způsobu

a místa kladení vajíček je nejjednodušší, nejspolehlivější, nejrychlejší a finančně nejméně náročnou diagnostickou metodou použití proužku průhledné lepové pásky vhodné velikosti, která se lepivou stranou přitiskne na konečník a lehce přitlačí tak, aby se překonal odpor svěrače a došlo ke kontaktu s anální řasou. Páska se potom přilepí na podložní mikroskopické sklo a prohlíží pod mikroskopem nebo zašle do parazitologické laboratoře. Pro zvýšení záchytnosti metody je vhodné, aby si vyšetřovaná osoba nemyla před odběrem konečník alespoň jednu noc. Materiál na sklíčku může být uchováván v pokojové teplotě prakticky po neomezenou dobu. Tento způsob odběru zvládne každý praktický lékař i poučený laik. K určení vajíček roupů lze kromě parazitologických laboratoří hygienických stanic a soukromých laboratoří využít služeb a konzultací Národní referenční laboratoře pro diagnostiku střevních parazitóz: <http://www.zuusti.cz/narodni-referencni-laborator-pro-diagnostiku-strevnich-parazitoz/>. Vzhledem k tomu, že roudy nejsou invazivní paraziti, nevyvolávají zásadní protilátkovou odpověď a imunodiagnostika není možná.

■ Terapie

Jediným registrovaným preparátem pro léčbu roupů je v ČR lék **Vermox**, který je na předpis. Dotazy a stížnosti na účinnost Vermoxu, při často uplatňovaném jednorázovém podání, se bohužel množí, jak houby po dešti. Dávku Vermoxu je možno zvýšit – u dospělých až na 2 tablety ráno a 2 tablety večer tři po sobě jdoucí dny, u dětí pak 1 tableta ráno a 1 tableta večer 3 po sobě jdoucí dny. Ukazuje se podle zkušeností, že

je to žádoucí. Pro úplné potlačení infekce je nutno zopakovat po dvou a někdy i po čtyřech týdnech. Pár týdnů poté je vhodné udělat parazitologické vyšetření pro ověření úspěšnosti léčby. V případě druhého přeléčení jde v podstatě o zajišťovací kúru. I kdyby první přeléčení zlikvidovalo všechny dospělé samičky, na vajíčka Vermox nepůsobí a jak je patrné z předchozího textu, snadno může dojít k reinfekci. Než tito nově vylíhnutí roudy dospějí a začnou klást vajíčka, což trvá zhruba měsíc, je diagnostika prakticky nemožná. Pokud by se s druhou kúrou čekalo déle a znovu se objevila vajíčka, může se situace opakovat. Druhá kúra má tedy vyhubit ještě nedospělé samice, popř. přeživší dospělé roudy. Pokud se to podaří, třetí kúra už většinou není nutná – vhodné je parazitologické vyšetření za 4–6 týdnů po poslední dávce. V praxi se často aplikuje preventivní synchronizované přeléčení všech členů rodiny z důvodu snadného přenosu roupů na další osoby.

Jak vyplývá z informací v příbalovém letáku Vermoxu, „Výsledky kontrolované studie zaměřené na vyvolání Stevens-Johnsonova syndromu/toxické epidermální nekrolýzy (SJS/TEN) svědčí o možné souvislosti mezi SJS/TEN a současném užívání mebendazolu a metronidazolu. Další data svědčící o vzájemných lékových interakcích nejsou k dispozici. Z tohoto důvodu nemají být mebendazol a metronidazol užívány současně.“

■ Terapie během gravidity a laktace

Mebendazol, který je účinnou látkou Vermoxu, funguje dobře proti střevním



helmintům a hůře se vstřebává do krve. Nicméně nebyly prováděny žádné řádné studie jeho efektu během těhotenství a kojení u lidí. U laboratorních potkanů měl během březosti teratogenní a embryotoxický efekt při dávkování srovnatelném s dávkováním u lidí (vztaženo k hmotnosti). Vzhledem k této skutečnosti se jeho použití u gravidních nedoporučuje. Je však nutno uvést také skutečnost, že po uvedení léku na trh byl proveden průzkum u omezeného počtu žen, které požíly mebendazol „nedopatřením“ (díky nevědomosti) během prvního trimestru těhotenství. V této skupině množství spontánních potratů a malformací plodu nepřekročilo míru obvyklou v normální populaci. Z této skupiny u žádného ze 170 porodů v řádném termínu nebylo identifikováno riziko poškození plodu.

Mebendazol je perorálně absorbován pouze v relativně malém množství a z velké míry se váže na plazmatické proteiny. Není proto pravděpodobné, že by mebendazol podávaný kojící matce mohl klinicky ovlivnit kojené dítě. Je dokumentován jeden případ, kdy u kojící ženy došlo po dvou dnech léčby mebendazolem k výraznému snížení a posléze zástavě laktace. I když snížení laktace už v žádném dalším případě nebylo znovu doloženo, neexistuje dostatek ověřených zkušeností, a proto je při podávání mebendazolu během kojení zapotřebí zvýšené opatrnosti zejména s ohledem na tvorbu mléka. Další lék s účinnou látkou **pyrvinium**, který se u nás bohužel přestal vyrábět, lze oficiálně bez předpisu sehnat v lékárně např. v Německu pod obchodními názvy Molevac nebo Pyrcon (druhý preparát je o něco levnější), dávkování dle příbalového letáku.

Německé preparáty, které jsou také volně prodeje, obsahují úplně stejnou účinnou látku (pyrvinii embonas) jako náš „bývalý“ preparát. Mohou je používat i děti a těhotné i kojící ženy, více informací včetně dávkování lze nalézt v originálním příbalovém letáku (např. <https://www.medizinforch.de/produktinformation/pyrcon-suspension-250-ml-infectopharm-arzn.u.consilium-gmbh-pzn-4023245.html#details>). Dávkování se počítá z hmotnosti ženy před těhotenstvím. Lék se nesmí používat při vážných poruchách funkce jater a ledvin. Důležité je kúru zopakovat po cca 2–4 týdnech, deklarovaná účinnost je cca 95% při jedné dávce (podobně jako u Vermoxu), ale roupi jsou schopni autoreinfekce, takže jedna dávka jednorázově nikdy nezaručuje eliminaci infekce. Příbalový leták k bývalému Pyrvinii v češtině lze nalézt zde: <https://www.mediexpert.cz/p/pyrvinium/>.

Vzhledem k dobrým zkušenostem s pyrviniiem a jeho celkové bezpečnosti a dobré účinnosti by bylo vhodné vyvíjet tlak na Ministerstvo zdravotnictví a SÚKL, aby umožnili dovoz a využití preparátů založených na této účinné látce v klinické praxi. Česká parazitologická společnost se na svých jednáních opakovaně shodla na opodstatněnosti takového návrhu. Chceme tímto požádat Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost, aby se k naší snaze o znovuzavedení tohoto léku připojilo.

■ Profylaktická opatření

Vzhledem ke snadné disperzi vajčiček roupi v prostředí a častým (auto)reinfekcím je zásadní poučit pacienty o vhodných opat-

řeních osobní i kolektivní hygieny. Důležité je dodržování důsledné osobní hygieny, zejména důkladné mytí konečníku, mytí rukou mýdlem i za nehty, stříhat nehty nakrátko, přesvědčit dítě, aby si neškrábalo konečník, častá výměna spodního prádla, ložního prádla a ručníků a jejich praní na 60–90 stupňů, „nenatřásání“ dek a peřin (vajčička jsou lehká, létají i v vzduchu), častější mytí toalety a podlah, pravidelné častější stírání prachu z nábytku vlhkým hadříkem. Rovněž je žádoucí, aby v případě výskytu roupi v kolektivu (školka, škola...) byl informován personál a byla věnována větší pozornost úklidu a dohledu nad hygienou dětí v zařízení. Vhodné je rovněž informovat rodiče ostatních dětí, aby věnovali zvýšenou pozornost možným příznakům infekce.

Závěrem lze konstatovat, že roupi jsou i v dnešní době jednou z běžných parazitóz, možná nepříjemných, ale ne zvláště nebezpečných. Zkušenosti z ostatních států nasvědčují, že úplná eradikace roupi v lidské populaci není prakticky možná, proto se s nimi budeme zřejmě setkávat i nadále. Z důvodu snadného šíření infekce je zapotřebí řešit nejen individuální případy, ale i adekvátní kolektivní opatření v zařízeních s potvrzeným výskytem. V zájmu odborné veřejnosti, ale zejména v zájmu dětských pacientů a nastávajících matek je obnovení dovozu (nebo výroby) léku obsahujícího pyrvinium pamoát do České republiky.

Literatura k dispozici u autora.



Dítě od početí do puberty – 1500 otázek a odpovědí

Rodičovství nelze studovat na žádné škole. V těhotenství, bezprostředně po narození dítěte i v jednotlivých etapách jeho růstu a výchovy se však rodiče často ocitají v situacích, kdy si nevědí rady. Tato kniha si dělá neskromné ambice stát se jejich každodenním pomocníkem a rádcem.

Autoři knihy, pediatr Miloš Velemínský a jeho syn, gynekolog Miloš Velemínský, předkládají nezbytné informace týkající se dítěte a jeho tělesného i duševního vývoje. Kniha vznikla na základě nejčastějších rodičovských dotazů, tudíž je psána přehledně formou laických otázek a zasvěcených odpovědí. Díky chronologickému řazení může provázet současné i budoucí rodiče životem jejich potomka od početí až do dospívání.

Rodiče získají informace týkající se těhotenství a porodu, seznámí se s taktikou kojení, pravidly zavedení umělé výživy, s výživou batolat, předškolních i školních dětí. Autoři definují vlastnosti bezpečných hraček, nosítek, autosedaček a dalších pomůcek. Popisují způsoby výchovy, prevence poruch spánku a zásady vedení dítěte k „suchým“ nocím. Věnují se i problematice očkování, alergií a správné hygieny. Velká část knihy se zabývá prevencí úrazů a násilí, ale i zásadami první pomoci.

Autor a popis: Velemínský Miloš, Triton, 443 stran, jazyk – čeština, 2017



Parazité – toxocara canis a toxocara cati

MUDr. Jiří Liška, CSc., Bc. Jarmila Beránková, DiS.,
Bc. Pavel Beránek

■ Rozdělení parazitů

Paraziti jsou živé organismy, které nelze zařadit do nějaké konkrétní živočišné říše, neboť se nacházejí napříč celým spektrem přírody. Jsou to organismy, které nějakou omezenou dobu nebo trvale žijí na úkor většího organismu. Některé druhy organismů více inklinovaly k parazitismu a již dlouhou řadu pokolení se na parazitismus orientují, což u nich způsobilo vyvinutí mnoha důmyslných schopností, např. jak se ubránit imunitnímu systému hostitele, jak co nejeftivněji získávat energii – živiny hostitele (odebíráním živin může parazit ohrožovat hostitele poškozením jeho organismu), systém rozmnožování přes více hostitelů či to, jak jsou vybaveni k pronikání do těla hostitele a další.¹ Např. výtrusovci používají k pronikání do hostitelské buňky originální aparát – apikální komplex. Skládá se z mikrotubulů a několika typů exkrečních organel a je schopen pomocí chemického a mechanického působení rozvolnit povrch hostitelské buňky, takže parazit hladce vklouzne dovnitř. Dnes je zřejmé, že apikální komplex vznikl ze speciálního „ústního ústrojí“ určeného k vysávání cytoplazmy napadených buněk.²

■ Makroparaziti

Mezi klasické cizopasníky je nutno počítat například blechy, tasemnice, roudy, motolice, vši, škrkavky. Tyto druhy označujeme jako **makroparazity**, kteří ve svém hostiteli rostou, ale rozmnožují se tak, že vytvářejí nakažlivá stadia vývoje, která při uvolnění z těla hostitele infikují hostitele nového.

■ Mikroparaziti

Do kategorie mikroparazitů jsou zařazeny ty organismy, které se rozmnožují uvnitř svého hostitele. Typickým příkladem jsou **viry a bakterie**, které napadají jiné organismy. Další skupinou mikroparazitů jsou **prvocí** způsobující například malárii. Dále se dělí podle způsobu šíření od hostitele k hostiteli (například pohlavní choroby, chřipky, spalničky, neštovice).³

■ Endoparaziti

Jako endoparazity, entoparazity, entozoa nebo také vnitřní parazity označujeme cizopasníky parazitující uvnitř těla hostitele. Dělí se také do skupin: střevní, krevní a tkáňoví paraziti. Střevní endoparaziti se nacházejí v trávicím traktu hostitele. Přenášejí se buď cystami (prvocí), nebo vajíčky (helminti). Krevní endoparaziti se vyskytují buď volně v krvi, nebo se nacházejí uvnitř červených krvinek. Paraziti, kteří cizopasí v různých tkáních, se označují slovním spojením tkáňoví endoparaziti. Ti se dále dělí podle toho, jestli pronikají do buněk, nebo se nacházejí na buňkách či mezi nimi. Intracelulární paraziti pronikají dovnitř buňky, jsou tedy česky označováni jako paraziti vnitrobuněční. Extracelulární paraziti, též označováni jako intercelulární nebo mimobuněční, se nacházejí mezi buňkami. Na povrchu buněk žijí organismy označující se jako epicelulární tkáňoví endoparaziti.⁴ Poslední dobou se stále více hovoří o parazitech přenášených z drobného zvířectva na lidi. Jedná se například o tasemnici psí (*Dipylidium caninum*), měchovce psiho (*Ancylostoma caninum*) nebo škrkavku psí (*Toxocara canis*).

■ Výskyt a vývoj škrkavky

Vnitřní mnohobuněčné parazity domácích zvířat můžeme rozdělit na oblé (škrkavky) a ploché červy (tasemnice).

Škrkavka psí (*Toxocara canis*)

Škrkavka kočičí (*Toxocara cati*)

Jde o vnitřního parazita, jehož tělo je nečlánkované a vypadá jako drobná světlá žížalka. Parazitičtí jedinci jsou na člověka přenášeni především psy. V dospělosti se nacházejí většinou v tenkém střevě. Škrkavky mají svůj charakteristický vývoj. Když je vajíčko požiteno, dochází k cyklickému vývoji parazita mezi játry, průduškami a střevem. Právě při vývoji v plicích dochází k charakteristickému vykašlávání larev a následnému polykání do hltanu a trávicí soustavy, kde parazité dospívají. Nebezpečnost těchto parazitů spočívá především v možnosti ucpání

průchodnosti střev, v masivním odběru živin hostitelskému organismu a v neposlední řadě v možnosti přenosu na člověka a s tím spojeném riziku tvorby tkáňových cyst v životně důležitých orgánech (oko, mozek, játra). Škrkavky u fen zůstávají v těle v určité spící podobě a v průběhu březosti dojde k jejich aktivaci. Štěňata se tak nakazí od fen již v průběhu březosti, proto můžeme předpokládat, že novorozená štěňata jsou nositeli larev škrkavek. K nákaze dochází i při sání mléka.

Škrkavka psí patří mezi nejčastější parazity psů a koček. Kočata se rodí bez parazitů a poprvé se nakazí až pitím mléka od matky. Starší věkové kategorie psů i koček se nakazí kdekoli ve venkovním prostředí (požitím infekčních vajíček). Jedna dospělá samice škrkavky vylučuje denně až 200 000 vajíček. Vajíčka se dostávají do prostředí s trusem, ale infekčními se stávají zhruba za 14 dní (to záleží na podmínkách vnějšího prostředí). Čerstvý trus neobsahuje infekce schopná vajíčka. Vajíčka škrkavek jsou ve vnějším prostředí extrémně odolná a jsou infekce schopná i několik let. Prakticky všechny lokality, kde kálejí neodčervení psi a kočky, jsou zamořeny vajíčky škrkavek. Z těchto míst můžou být vajíčka rovněž splachována a roznášena vodou i na vzdálená místa.

■ Larvální toxokaróza

Onemocnění lidí larvami škrkavek se nazývá **larvální toxokaróza** a vyskytuje se ve třech hlavních formách: forma orgánová, oční a smíšená. Toxokaróza je onemocnění rozšířené po celém světě. V Maďarsku lze zjistit až u 20–30 % populace, že v minulosti prodělali infekci toxokarózou. Infekce je však často symptomatická. U kojenců se infekce pohybuje od 1 roku a její podíl se rychle ročně zvyšuje. Infekce je častější na vesnici než ve městě.

Z vajíček škrkavek se ve střevě člověka vylíhnou larvy, které proniknou střevní stěnou do cév. Touto cestou putují nejdříve do jater, kde svým aktivním pohybem způsobují mechanické poškození. Z jater se dostávají do plic a pak prakticky do celého těla



s nejčastějším výskytem larev v oku, mozku a svalích. V napadených tkáních se kolem larev tvoří zánětlivé ložisko. V lidském těle mohou larvy zůstat životaschopné a pohyblivé i několik let.

Onemocnění se projevuje zvracením, průjmem, nechutenstvím, bolestmi břicha nebo teplotami, bolestivým kašlem, únavou kloubů a svalů, kožní vyrážkou a zvětšením mízních uzlin. Tyto příznaky mohou trvat několik dnů, týdnů i let. Mezi méně časté projevy nemoci patří poruchy vidění, postižení mozku, srdce, ledvin, chudokrevnost a otoky kloubů. Závažnost onemocnění se odvíjí od počtu požitých vajíček, a tedy i počtu migrujících larev, a imunitního stavu postiženého jedince. Většina nakažených osob netrpí vážnými zdravotními problémy; o tom, že jsou tito lidé infikováni, se mohou dozvědět náhodně při jiném vyšetření. Onemocnění je prokazováno na základě vyšetření krve u osob všech věkových kategorií. Možné jsou také opakované nákazy.⁵

Léčba larvální toxokarózy záleží na momentálním projevu nemoci. Pokud pacient nemá potíže a nemoc je zjištěna pouze náhodně, nemusí podstoupit žádnou léčbu. Pokud problémy má, jsou lékařem naordinovány léky. V obou případech je ale důležité pravidelné vyšetření pacientů kvůli možnému zhoršení průběhu nemoci. Při orgánové formě onemocnění je nutné také opakované oční vyšetření pro případné včasné zjištění výskytu larev škrkavek v oku.

K nakažení dochází pouze požitím infekčních vajíček. K tomu v praxi dochází např. u malých dětí při tzv. geofágii (pořádání hlíny, písku apod.). Plnění si úst pískem, hlínou, kamením a jiným i rostlinným substrátem je běžným jevem u dětí do 4 let věku. Při geofágii může dojít k požití většího množství vajíček, případně i kousků trusu zvířat, a proto i klinické projevy nemoci bývají výrazné. Jiný způsob nakažení souvisí se sníženou hygienou, konkrétně s olizováním prstů, předmětů znečištěných půdou nebo konzumací potravy neumytými rukama. I nedostatečně omytá zelenina a ovoce může být zdrojem nákazy. Také při kopání na zahradě nebo při výkopových pracích může hlína nechtěně vletět do úst. K infekci může dojít i u kuřáků, kteří si málokdy umyjí ruce před tím, než si zapálí cigaretu. Je tedy zřejmé, že nakazit se člověk může kdekoliv a kdykoliv a hlavně vůbec nemusí být chovatelem domácího zvířete.

V pozdějším věku se procento zamoření různí vlivem prostředí, hygieny chovu a pre-

ventivních opatření. Asi 11–30 % starších psů a koček vylučuje vajíčka parazitů. Pražská studie České zemědělské univerzity popisuje až u 41 % psů s nízkou péčí chovatelů pozitivní parazitologický nález. Dále tato studie popisuje vyšetření 2 223 pražských psů, z toho zjištěno 259 pozitivních na vnitřní parazity (11,65 %). Nejčastěji zastoupeným parazitem byla právě škrkavka *Toxocara canis*. Kočky pohybující se venku se opakovaně nakazí různými parazity zejména při lovu myši. Ale i kočka chovaná celý život v bytě se může nakazit parazity (chytí-li doma myš; zdrojem nákazy může být i obuv členů domácnosti). Prostředí je zamořeno v závislosti na tom, jak často mají neodčervení psi a kočky možnost volně kálet na různá místa. Studie vyšetřující půdní vzorky z dětských hřišť a pískovišť, provedené v 80. letech, zjistily zamoření těchto míst vajíčky škrkavek v rozmezí 2–30 %.

■ Onemocnění oční formou larvální toxokarózy

Postižení oka je jednou z klinických forem nákazy larvální toxokarózou, která vzniká působením migrujících larev zvířecích škrkavek, především *Toxocara canis* a *Toxocara cati*, u paratenického hostitele – v našem pojednání u člověka. Symptomy očního postižení jsou různé, od alergických projevů, působených převážně metabolity uvolňovanými živými larvami nebo zbytky odumírajících a rozpadajících se larev, až po mechanické poškození očních tkání migrujícími larvami. Vzácně je v oku nalezena živá larva, která může být pozorována různě dlouhou dobu. Příčina a způsob očního postižení nejsou dosud zcela objasněny. Domněnka, že oční forma larvální toxokarózy vzniká v případě nákazy hostitele ojedinělými larvami, které nevytvoří dostatečně účinnou imunitu, čímž je umožněno larvám migrovat z viscerálních orgánů do oka, není dosud spolehlivě podložena. Oční forma vzniká i u lidí infikovaných vysokým počtem larev. Obraz oční toxokarózy závisí na tom, kudy larvy vstupují do oka, zda retinálními, či chorioidálními cévami. Kvalitní sérologická diagnostika s použitím rodově specifického larválního metabolického antigenu v ELISA reakci či Western blotu uchrání pacienta před zbytečnou enukleací očního bulbu v případě diagnostických rozpaků a podezření na retinoblastom (obr. 1). Vyšetření očních tekutin na přítomnost specifických toxokarových protilátek podpoří výsledky sérologického

vyšetření. Ne všichni oftalmologové však jsou ochotni provádět tento zákrok, zvláště u dětí, a proto počet případů, kdy jsme měli možnost porovnat výsledky vyšetření séra a oční tekutiny, je dosud velmi nízký. Rozlišení akutního postižení od chronického průběhu nákazy do značné míry umožní zjištění indexu avidity IgG imunoglobulinů.⁶

Obrázek 1 Retinoblastom⁷



■ Důležité doporučení

Jako prevence je nutné zachovávat hygieny, zvláště u dětí, které si hrají na veřejných pískovištích a v parcích, pravidelné odčervování domácích psů i koček, sbírání exkrementů po psech, pravidelné odblesnění psů a koček (blechy jsou meziphostiteli tasemnic). Na zahradkách lze snížit zamoření přerýtím země (vajíčka škrkavek na povrchu půdy zničí sluneční záření). Důležité je zakrývání pískovišť a tím zabránění defekaci psů a koček.

- 1) Parazitě od A do Ž. <http://21stoleti.cz/2009/02/20/parazite-od-a-do-z/> [on-line, cit. 2017-09-10].
- 2) Hampel V. Diverzita parazitů. <http://ziva.avcr.cz/files/ziva/pdf/diverzita-parazitu.pdf> [on-line, cit. 2017-09-10].
- 3) Holcová V. Parazitizmus. botanika.bf.jcu.cz/suspa/vyuka/materialy/populac/PARAZITIZMUS.doc [on-line, cit. 2017-09-10].
- 4) Hrubá K. Endoparaziti domácích mazlíčků. https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/24288/1/katerina_hruba_diplomova_prace.pdf [on-line, cit. 2017-09-10].
- 5) Veterinární klinika Vetmedika. <http://www.vetmedika.cz/poradna/parazite.html> [on-line, cit. 2017-09-11].
- 6) http://www.prolekare.cz/ceska-slovenska-oftalmologie-clanek/ocni-forma-larvalni-toxokarozy-v-ceske-republice-27803?confirm_rules=1 [on-line, cit. 2017-09-08].
- 7) <https://www.aao.org/topic-detail/ocular-toxocariasis--europe> [on-line, cit. 2017-09-08].



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

1.4.9 Rhinosinusitida

Při běžné virové (nebo alergické) rýmě jsou vždy více či méně zasaženy také paranazální dutiny. Místo rhinitida bychom měli správně používat termín rhinosinusitida pro každou rýmu. U malé části virových rhinosinusitid dojde k bakteriální superinfekci dutin, vyvine se bakteriální rhinosinusitida, při delším trvání pak dominuje zánět dutin, sinusitida. Často je proto užíván také termín bakteriální sinusitida nebo pouze sinusitida.

Virová rhinosinusitida je projevem běžného nachlazení a může být počátečním stadiem mnoha respiračních infekcí, které se postupně rozšíří do dalších etází dýchacích cest a v klinickém obraze potom dominuje symptomatologie jejich postižení. Léčba samotné virové rýmy je pouze symptomatická, stejně jako u nachlazení.

Bakteriální sinusitida je bakteriální zánět jedné nebo všech paranazálních dutin.

Paranazální dutiny vznikají jako laterální výchlipky *cavum nasi*. Ve středním nosním průchodu ústí maxilární, přední ethmoidální a frontální dutiny. V nosní klenbě potom zadní ethmoidy a sfenoidální dutina.

Při narození jsou vzdušné etmoidální a maxilární dutiny, ale jsou malé, mezi 1.–2. rokem se začíná provzdušňovat dutina sfenoidální a od 5.–7. roku dutiny frontální, které se do konečné podoby vyvíjejí až do 20 let. Vývojově ještě neprovzdušněné dutiny je obtížné na rentgenovém snímku odlišit od zastření při zánětu nebo hyperplazii sliznice. Stejně jako ostatní části dýchacích cest jsou dutiny vystlány respiračním řasinkovým epitelem s pohárkovými buňkami, produkujícími hlen, který je posouván pohybem řasinek směrem k ústí dutin a potom do nosohltanu. Za normálních okolností je hlen v dutinách sterilní.

Při poruše ciliární motility (primární nebo sekundární ciliární dysmotilita) nebo překážce pohybu hlenu při ucpání ústí dutin nebo při

zvýšeném tlaku vzduchu v nose (při smrkání, nikoliv při kýchání a kašlání, při potápění, při letu letadlem) je oslabena očista dutin od bakterií, což usnadní infekci.

Patogeneze bakteriální sinusitidy je stejná jako u otitidy. Většinou předchází virová rhinosinusitida, nachlazení. Při ní je poškozen ciliární epitel, dojde k otoku a obturaci ústí dutin. Metabolickou aktivitou respiračního epitelu je z uzavřených dutin vyčerpán kyslík a vyvíjí se podtlak oproti normálnímu tlaku v nose. Bakterie z nosu jsou tak nasávány do dutin. U dětí v kolektivu je výskyt sinusitidy 2× vyšší než u dětí mimo kolektiv. K dalším predisponujícím faktorům patří alergická rýma (více než polovina pacientů s opakovanými sinusitidami má prokázanu alergii), plavání a potápění se, tlakové změny při letu letadlem a potápění do větší hloubky, vysušení sliznic v chladném vzduchu v zimě, mechanická blokáda vývodu dutin při deviaci

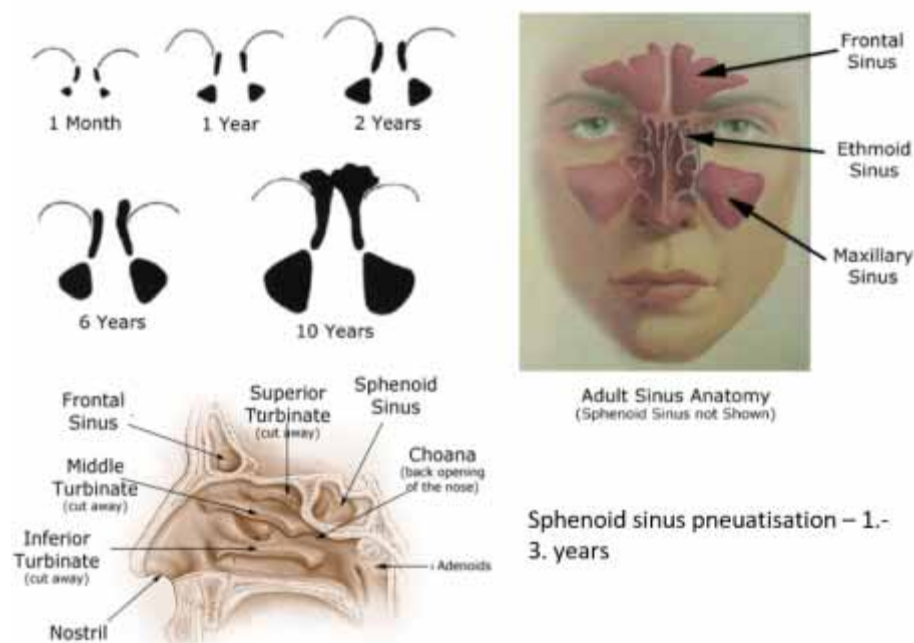
septa, hypertrofii nosní mandle, při kranio-faciálních abnormitách, nosních polypech, cizím tělese, tumoru a také odontogenní infekce nebo traumata obličejového skeletu. Chronická a recidivující sinusitida provází také imunodeficit nebo cystickou fibrózu. Akutní bakteriální rhinosinusitida trvá do 30 dní, subakutní do 12 týdnů a chronická nad 12 týdnů.

Epidemiologie

Pět až deset procent akutních virových infekcí horních cest dýchacích je komplikováno bakteriální rhinosinusitidou. Z pacientů s inhalací alergii 25–70 % prodělá aspoň jednu bakteriální rhinosinusitidu v životě.

K zánětu dutin dochází až po jejich pneumatizaci, již u kojenců a batolat se můžeme setkat s ethmoiditidou a maxilární sinusitidou, většina sinusitid se však objevuje až od předškolního věku.

Vývoj pneumotizace a anatomie paranazálních dutin



**Etiologie**

Ve 30–40 % je vyvolavatelem akutní bakteriální rhinosinuitidy *S. pneumoniae*, ve 20 % *H. influenzae*, *M. catarrhalis*, *S. pyogenes*. Role *S. aureus* je však diskutabilní, stafylokok velmi často kolonizuje nosní sliznici a jeho nálezy při sinusitidě je obtížné odlišitelný od této pouhé kolonizace.

Anaerobní bakterie a plísňe (nejčastěji *Aspergillus*) se účastní při rozvoji chronické rhinosinuitidy. *Aspergillus* může být původcem také alergické aspergilózy dutin, jejíž patogeneze je stejná jako u bronchopulmonální aspergilózy. Je provázána eosinofilií a v nosním sekretu lze nalézt Charcott-Leydenovy krystaly.

Klinické příznaky

Příznaky akutní infekce horních cest dýchacích: rýma nebo zadní rýma, +/- kašel, které trvají déle než 7–10 dní bez zlepšení, nebo recidiva těchto příznaků do 7–10 dní od počátku nachlazení, nebo horečky nad 39 °C provázené hnisavou rýmou trvající déle než 3 dny – to jsou klinické známky určující diagnózu akutní bakteriální rhinosinuitidy. K projevům dále patří subfebrilní až febrilní teploty, hnisavá, ale někdy i vodnatá rýma, kašel, zejména po ulehnutí, bolest hlavy, která se při frontální rhinosinuitidě může zhoršovat po předklonu, bolesti v krku, periorbitální otok (zejména při ethmoiditidě), kruhy pod očima, zvracení, *foetor ex ore*. Hlenohnis na zadní klenbě nosohltanu není u akutní rhinosinuitidy častý, u chronické je vzácný. Hlenohnis vytékající a patrný rhinoskopicky v ústí dutin potvrzuje diagnózu.

U poloviny případů sinusitidy je současně i otitida, buď serózní, nebo hnisavá.

Akutní rhinosinuitida je většinou jednostranná, chronická je oboustranná.

Akutní mykotická rhinosinuitida je nejčastější u dětí s hypersenzitivitou I typu, IgE mediovaného, s nosními polypy. Má charakteristický CT obraz, alergický mucin v dutinách, pozitivní nálezy plísní ve šteru. Je často jednostranná, provázána proptózou. Nejúčinnější léčba je chirurgická. Léčba antimykotiky nemá efekt, dokud není odstraněna vrstva alergického mucinu.

Chronická rhinosinuitida se projevuje nenápadnými protrahovanými příznaky respirační infekce – rýma, kašel a celková únava, subfebrilie, bolesti hlavy, které trvají déle než 12 týdnů.

Viz tabulku 2.

	frekvence výskytu			věk		
	celkově	akutní	chronická	< 5 let	5–12 let	> 12 let
Aerobní bakterie						
<i>Haemophilus influenzae</i>	++++	++++	++++	++++	++++	++++
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	++++	++++	++++	++++	++++	++++
<i>Moraxella catarrhalis</i>	+++	+++	+	+++	+	++
<i>Staphylococcus aureus</i>	++	+	++	+	++	++
<i>Streptococcus pyogenes</i>	++	++	++	+	++	++
α-hemolytické a nehemolytické streptokoky	+		+			++
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	+		+		+	++
<i>Alcaligenes</i> spp.	+		+		+	++
<i>Escherichia coli</i>	+		+			++
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	+		+			++
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	+		+			++
jiné	+		+			++
Anaerobní bakterie						
<i>Peptostreptococcus</i> spp.	++	+	+++		+	++
<i>Prevotella</i> a <i>Porphyromonas</i> spp.	++		++		+	++
<i>Fusobacterium</i> spp.	++		++			
<i>Propionibacterium</i> spp.	++		++			
<i>Bifidobacterium</i> spp.	+		+			
<i>Bacteroides fragilis</i>	+	+	+			+
<i>Veillonella</i> spp.	+	+	+			+
Plísňe						
<i>Scopularopsis</i> spp.	+		+			+
<i>Aspergillus</i> spp.	+	+	+	+	++	++
<i>Alternaria</i> spp.	+	+	+	+	+	+
<i>Penicillium</i> spp.	+		+	+	+	+
<i>Curvularia</i> spp.	+		+	+	+	+
<i>Drechslera</i> spp.	+		+	+	+	+
<i>Bipolaris</i> spp.	+		+	+	+	+
<i>Mucor</i> spp. a další <i>Zygomycety</i>	+	+		+	+	+
<i>Candida</i> spp.	+		+			+
Mycoplasma, Chlamydomphila, ostatní bakterie a viry						
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	+	+				+
<i>Chlamydomphila pneumoniae</i>			+	+	+	+
ostatní						
Smíšená aerobní a anaerobní flora	++	+	++			++
<i>Hemophilus influenzae</i> s dalšími bakteriemi	++	+	++		+	++
<i>Rhinovirus</i> , <i>adenovirus</i> , <i>cytomegalovirus</i>	+	+	+		+	

Tab 1. Etiologie akutní a chronické rhinosinuitidy dle četnosti a dle věku



sinusitida	výskyt v %	
	akutní	chronická
Symptomy		
Horečka	50	20
Rýma	80	80
Kašel	50	90
Bolest hlavy	30	30
Bolest v krku	20	20
Priorbitální otok	30	0
Zvracení	20	10
Alergie v anamnéze	20	40
Foetor ex ore	20	20
nález		
Rýma	80	80
Teplota nad 38,3 °C	20	0
Citlivost nad dutinami	20	10
Otitis media	40	60
Hlenohnis v zadní klenbě nosohltanu	0	10
Pozitivní transiluminace	30	10
Periorbitální otok	30	0
Foetor ex ore	20	20
Laboratorní nálezy		
Abnormální RTG	100	100
Maxilární	90	90
Ethmoidální	40	40
Frontální a sphenoidální	10	10
Jednostranný	70	10
Oboustranný	30	90
FW	50	10
Leukocytóza se zvýšením počtu tyčů	40	10

Tab 2. Klinické a laboratorní příznaky akutní a chronické rhinosinusitidy

Diagnóza

Při typickém klinickém obrazu není další vyšetření nutné. Diagnózu potvrdí rhinoskopický náález. Etiologii lze prokázat kultivací výtěru přímo z ústí nosní dutiny, po předchozí anemizaci adrenalinem. Výtěr z nosu nebo nosohltanu je nespecifický. Zánětlivé parametry jsou zvýšené pouze u cca poloviny pacientů.

Prosté rentgenové zobrazení dutin je pro diagnózu bakteriální rhinosinusitidy vyšetření málo senzitivní i málo specifické. Zastření dutin je patrné při většině akutních virových rhinosinusitid a RTG tak neodliší, zde se jedná o virovou, nebo bakteriální infekci. Vyšetření má proto smysl, teprve

pokud problém přetrvává 7–10 dní a déle. Ultrazvukové vyšetření je spolehlivé, pouze pokud je možné porovnání s druhou, normálně provzdušněnou dutinou. Největší senzitivitu má CT vyšetření, specifita je ale malá. Vzhledem k vysoké radiační zátěži a nutnosti ev. sedace je u dětí CT indikováno pouze při podezření na komplikace nebo před plánovaným chirurgickým výkonem. MRI může být přínosné při podezření na intraorbitální nebo intrakraniální komplikaci. Zastření dutin při CT nebo MRI hlavy je častým náhodným nálezem i u dětí bez klinických příznaků sinusitidy. Vysvětlením může být i jen subklinicky probíhající rýma nebo alergie.

U chronické rhinosinusitidy neodpovídající na léčbu je kromě klinického a ORL vyšetření nutné provést CT a také vyšetření imunoalergologické, stomatologické, chloridů v potu, motility řasinek, ev. 24hodinová jícnová pH-metrie/impedance při dalších příznacích GERD.

Diferenciální diagnostika sinusitidy

Akutní sinusitidu může napodobit cizí těleso v nose, zánět adenoidní vegetace – adenitida, rýmou a následným úporným kašlem se může podobat i pertuse, otokem oka se projeví jak sinusitida, tak primární oční afekce.

U chronické rhinosinusitidy přicházejí v úvahu všechny predisponující faktory: alergie, cizí těleso v nose, cysty v maxilárních dutinách, anatomické anomálie nosu a patra, nádor, zubní infekce, infekce adenoidní vegetace, imunodeficit, cystická fibróza, gastroezofageální reflux, primární ciliární dyskineze.

Léčba akutní bakteriální rhinosinusitidy

Antibiotikem volby pro léčbu nekomplikované akutní rhinosinusitidy je amoxicilin v dávce 40–90 mg/kg/den ve třech denních dávkách. Odezvu na léčbu lze očekávat 3.–4. den. Potom lze léčbu ukončit 10. den. Dalšími alternativami jsou amoxicilin klavulanát (40–90 mg amoxicilinu/kg/den ve třech dávkách) nebo cefuroxim axetil v dávce 40 mg/kg/den ve dvou denních dávkách.

Při těžkém průběhu je doporučován vankomycin 40 mg/kg/den ve čtyřech dávkách společně s cefotaximem 100–200 mg/kg/den ve čtyřech dávkách nebo ceftriaxonem 100 mg/kg/den ve dvou dávkách i.v.

Lokální vazokonstrikce je indikována pouze krátkodobě, pro zmírnění bolesti. Při použití

vání více než 7 dní může vzniknout rebound fenomén a otok sliznic se naopak zhorší.

Důležité je časté smrkání (bez zvyšování tlaku v nose) nebo odsávání sekretů z nosu. Příznivý efekt byl prokázán při kombinaci lokálních nazálních steroidů s antibiotickou léčbou, a to zejména u alergiků. Negativem užití nazálních steroidů je možná kolonizace pseudomonádami nebo G⁺ bakteriemi.

Oplachy sliznice izo- nebo hypertonickým solným roztokem pomohou evakuovat hlen a bakterie. Ke zmírnění bolesti a horeček jsou vhodná analgetika/antipyretika.

Celkově podávaná antihistaminika jsou indikována pouze u alergiků.

Antibiotická léčba chronické rhinosinusitidy trvá většinou 2–6 týdnů. Volba antibiotika je stejná jako u akutní bakteriální rhinosinusitidy. Při komplikacích je doporučována intravenózní léčba cefotaximem 100–200 mg/kg/den ve 4 dávkách nebo ceftriaxonem 100 mg/kg/den ve 2 dávkách i.v. nebo cefuroximem 100 mg/kg/den ve 3 dávkách v kombinaci s oxacilinem nebo vankomycinem, pokud je podezření na stafylokokovou infekci. Chirurgická léčba je u dětí nutná vzácně, je indikována při selhání antibiotické léčby nebo ve specifických situacích (nosní polypóza, mukokély, intrakraniální komplikace, plísňová infekce, alergická aspergilóza, chronická rhinosinusitida neodpovídající na léčbu). Preferována je endoskopická intranazální cesta.

Při hypertrofii adenoidní vegetace je vhodná adenotomie.

Při alergické aspergilóze dutin je kromě chirurgického ošetření indikována léčba topickými i celkovými kortikoidy.

Průběh a prognóza

Při adekvátní léčbě je prognóza příznivá, komplikace nejsou časté. Nejčastější z nich jsou orbitální – preseptální celulitis, subperiostální absces, orbitocelulitis a absces orbity, neuritida *n. opticus*. Intrakraniální – epidurální a subdurální absces, trombóza kavernózních splavů, meningitida, mozkový absces. Vzácnější jsou frontální nebo maxilární osteomyelitida, sepse.

Při jejich výskytu je nutná agresivní antibiotická a chirurgická léčba a multioborová spolupráce.

Prevence sinusitidy je prevence infekcí, očkování, léčba a odstranění predisponujících stavů, při plavání a potápění lze použít nosní ucpávky.



Ze světa odborné literatury...

■ Patofyziologie monosymptomatické noční enurézy se speciálním důrazem na cirkadiánní rytmus

MNE (monosymptomatická noční enuréza) byla většinou přisuzována narušenému rytmu vody. Nízká hladina vasopresinu v nočních hodinách koreluje s narušením maximální koncentrační aktivity a rezultuje ve zvýšení noční enurézy s nízkou osmolalitou moče. Léčba vasopresinem je racionálním výběrem. Bohužel 20–60 % dětí je desmopresin rezistentních. Další články hledající vazbu mezi narušeným cirkadiánním rytmem a enurézou se ji pokusily shrnout, ale bez směřovacího závěru. Jsou zde další faktory jako funkční kapacita měchýře, očekávaná kapacita měchýře, maximální volum a další. Za věkovou hranici pro MNE se dnes považuje pět let věku. Ve věku 7 let má MNE 5–10 % dětí a kolem dospívání se jedná ještě o 1 % dětí, více chlapci než děvčata. Původně se myslelo, že vše vymizí v raném věku. Ale u mnoha dětí MNE zůstává, narušuje a poškozuje sociální život jedince a narušuje i život rodiny. Dysfunkce útrobu, psychosociální nepořádek a spánková problematika, spánková fragmentace, neklid údů i abnormální spánková architektura hrají svoji roli, a také časté vyprázdňování měchýře.

Role měchýře: nejsou schopni se vzbudit při plném měchýři. Očekávaná močová kapacita se zvyšuje s věkem, a to pod 30 ml za rok podle Hjalmasovy formule $(\text{věk} + 1) \times 30$. Dosahuje maxima ve věku 12 let. Redukovaná funkční noční kapacita měchýře může být jednou z příčin. MNE se u některých dětí projevuje jako abnormálně frekventní noční vyprázdňování měchýře.

Popisuje se izolovaně redukovaná noční rezerva měchýře, která by mohla být spojena s novým typem noční enurézy.

Role probouzení: rodiče mnohdy udávají, že děti mají hluboký spánek, mají absenci fáze probouzení. Spánkové EEG však selhává. Někteří se až zmiňují o „kortikální probouzení“.

Specifická role CNS však není jasná. Objevila se i práce, která ale nebyla potvrzena, že desmopresin zlepšuje neuropsychické funkce a ev. i spánek.

Noční polyurie: znamená více než 130 % kapacity měchýře. Zvýšení noční enurézy bylo údajně zapříčiněno narušením sekrece vasopresinu, vedoucím k poklesu jeho plazmatické

hladiny v nočních hodinách. Léčba vasopresinem byla navržena pro účinek na V2 receptory v ledvinných kanálcích. Tak to bylo také schváleno mezinárodní společností. Ale nyní se stále více ukazuje, že fyziologický mechanismus sekrece u lidí je dobře stabilizovaným fenoménem včetně spánku a 24hodinového cyklu. Tento rytmus je určován centrálním pacemakerem (centrálním krokoměrem), který je lokalizován v jádrech hypothalamu. Vedle centrálního krokoměru ještě existuje periferní krokoměr, lokalizovaný blíže každé buňky těla. Autonomní nervový systém a systém humorální (melatonin/kortisol) hrají důležitou roli. Za udržování vodního hospodářství zodpovídají nejen vasopresin, aldosteron a mnohé další hormony. Může hrát roli i zvýšení sodíkové retence během dne. Možná, že tyto děti jsou rezistentní na desmopresin.

Vasopresinová teorie: je zde několik nepřesností. Velká studie ukazuje, že tato teorie o noční polyurii platí jen pro věk 7–8 let, nikoliv u mladších ani u starších. Dále se ukazuje, že defekt cirkadiánního rytmu adiuretinu bude spíše sekundárním defektem abnormální homeostázy, vazoaktivních hormonů, homeostázy, TK a dalších.

Desmopresin rezistentní monosymptomatická enuréza: jeví 3 podtypy podle maximální koncentrace moče. Je zde dysfunkce měchýře nebo jeho hyperaktivita.

Desmopresin rezistentní noční polyurie: je neznámá. Insuficientní koncentrace moče nemůže vysvětlit změny vasopresinu. Aplikace desmopresinu hodinu před spánkem a vyhýbání se tekutinám již hodinu až dvě před usnutím nevysvětlují % selhávání.

Noční polyurie – ne-vasopresinová teorie: zjistilo se, že děti s narušeným cirkadiánním rytmem mají vyšší sekreci prostaglandinu E2. Děti s noční polyurií mají vyšší sodíkovou exkreci. Možná, že zvýšená sodíková retence během dne by mohla zapříčinit hypervolemii v noci a vést k supresi vazoaktivních hormonů vedoucích k vyšší sodíkové exkreci. V minulosti se využíval imipramin tj. ke zvýšení sodíkové exkrece. Také diclofenac stejným mechanismem vede k poklesu noční polyurie.

Vazoaktivní hormony a prostaglandiny: renin, aldosteron, angiotensin II a atrální natriuretický peptid mohou hrát zcela nepochybnou roli v noční polyurii. U dětí s MNE byla také prokázána parasympatická hyperaktivita.

Glomerulární filtrace: klesá o 20–30 % v noč-

ních hodinách, nezávisle na cirkulujících vazoaktivních hormonech. Je zajímavé, že furosemid podávaný u MNE u desmopresin rezistentních dětí signifikantně vedl k nižší noční diuréze.

Závěrem autoři potvrzují, že noční polyurie může být jen částečně vysvětlena vasopresinovou sekrecí.

Eur J Pediatr. 2016;175:747–754

■ Efekt transfuze červených krvinek na mikrocirkulaci anemických dětí

Transfuze červených krvinek může zlepšovat, ale i dočasně redukovat mikrocirkulaci. Bukální mikrocirkulace byla vizualizována a totální cévní denzita byla určena u pacientů s Hb 7,2 g/dl. Šlo o hematologické nebo onkologické pacienty, kteří dostali krevní transfuzi. Po transfuzi se zlepšil Hb o 1 g/dl, totální cévní denzita zůstala výrazně nezměněna, s odchylkami ke zlepšení i ke zhoršení. Se zvýšením Hb po transfuzi bylo prezentováno signifikantní zlepšení tkáňové perfuze, ale přetrvávaly rozdíly. Mikrocirkulace se zlepšovala především u onkologických pacientů po transfuzích. U novorozenců transfuze zvyšuje cévní denzitu. Kapilární povrchová oblast potřebná pro oxygenovou perfuzi je pak po transfuzi zvětšena a tkáňové sytění zvýšeno. Zvýšená viskozita má přímý pozitivní efekt na periferní perfuzi. Anemické děti s infekcí profitují ze včasného podání transfuze.

Eur J Pediatr. 2016;175:793–798

■ Rizikové faktory pro otitis media (OM)

Pro asociaci mezi genetickým polymorfismem a otitis media vyšetřovali TNF α (tumor necrosis factor alfa), interleukin 10, IL-6, IL-2 a CD14 u 58 dětí s recidivujícími otitidami a 85 zdravých kontrol. Pacienti produkující zvýšené IL-10 mají i zvýšená rizika pro OM. Mezi cytokiny nebyla nalezena zvýšená rizika pro OM. Jako důležitější faktory se jeví pohlaví (častěji postižení chlapci), kouření, respirační infekty v RA a atopická manifestace.

Eur J Pediatr. 2016;175:809–815

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



INZERCE

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, e-mail: 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

482 6-17

Hledám nástupce do ordinace PLDD v **Praze 5-Radotíně**. Zpočátku zaměstnám na částečný úvazek. Kontakt: jitkasiegljova@seznam.cz

483 6-17

Nabízím zástup v době dovolených nebo pravidelně 1 nebo 2 dny v týdnu v Brně a okolí, okolí Boskovic, Nového Města na Moravě, okolí Žďáru nad Sázavou. Telefon: 604 936 912.

484 6-17

Prodám notebook Dell Inspiron 15, zakoupen v 9/2016. Nepoužívaný. Plná záruka ještě 1,5 roku. Původní cena 17 000 Kč, nabízím za 13 000 Kč. Tel.: 602 254 177.

485 6-17

Prodám levně zavedenou prosperující **ordinaci** PLPD **Praha 4-Pankrác** od Ledna 2018. Tel. 733 347 462.

486 6-17

Pro ordinaci PLDD v **Praze hledáme lékaře/lékařku** s atestací v pediatrii, plný úvazek, možno i zkrácený úvazek či DPP. Ordinování v ambulanci. Nutná znalost AJ a praxe v oboru. Nástup ihned nebo dle dohody. Kontakt: info@pediatrie.cz, telefon 724 894 264.

487 6-17

Prodám dobře zavedenou **praxi** PLDD (1 300 dětí) v okrese **Beroun – město Žebrák**. Kontakt telefon: 606 358 681 e-mail hana.duchanova@email.cz

488 7-17

Přenechám pediatrickou **praxi** k 1. 1. 2018 v okrese **Přerov**, vhodné na poloviční úvazek. Současně nabízím k levnému prodeji lékařské skříně vyšetřovací stoly, miskové kojenecké váhy-funkční. Informace na telefonu: 603 868 408. Spěchá. jitkazou@centrum.cz

489 7-17

Předám ordinaci PLDD, **Praha 3.**, VI. Poláková, mobil: 721 575 876, e-mail: vladkapol@seznam.cz

490 7-17

V rámci likvidace pediatrické praxe **nabízím Spirometr ZAN** s náhradními náústky, **Resuscitační kit** v kufříku (obsahuje i dětský ambuvak). **Analýzátory: Hb** Hemoglobin testing sytem firmy Acon Laboratories Inc. USA a **Hand U reader Urine Analyzer** manufact. Hungary a úplně nový **otoskop** zn. Riester. Prosím volejte 737 457 148

491 7-17

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

493 8-17

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

494 8-17

Přenechám standartně velký pediatrický **obvod v Českém Dubu u Liberce**. Skvěle pracující sestra k dispozici. Byt 2 + 1 ve městě. Kontakt: 607 683 935.

495 9-17

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

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

Autodidaktický test 8/2017

KOŽNÍ

1. Do ordinace PLDD přichází 4 letý chlapec s papulopustulosní formou akné. Při celkovém vyšetření lékař zjišťuje objem varlat 4 ml oboustranně. Jak by měl PLDD v tomto případě ideálně postupovat?

- a) zahájí léčbu akné kombinovaným topickým přípravkem s obsahem antibiotika a benzoylperoxidu
- b) zahájí několikátýdenní p.o. léčbu nízkými dávkami tetracyklinového antibiotika
- c) odešle pacienta k endokrinologovi
- d) vyšetří hladinu FSH, LH a testosteronu a v případě elevace neadekvátní věku odešle ihned na endokrinologii ev. přímo na onkologii

2. Seborrhoická dermatitida postihuje až 2/3 kojenců a to s počátečními projevy typicky ve věku:

- a) 0–1 měsíce
- b) 1–3 měsíců
- c) 3–6 měsíců
- d) 6–12 měsíců

3. Seborrhoická dermatitida je podmíněna pěti na sobě závislými faktory. Prvním predisponujícím faktorem je zvýšená aktivita mazových žláz. Ke zvýšení aktivity mazových žláz u malých kojenců dochází z důvodu:

- a) transplacentárního přenosu androgenů, které stimulují mazové žlázy
- b) zvýšeného příjmu lipidů mlékem (odtud pramení též označení crusta lactea)
- c) relativně zvýšené vlastní produkce androgenů kůrou nadledvin
- d) nízkého pH pokožky

4. Při nálezů orální kandidózy (soor) u pacienta staršího cca 2 let bychom v rámci diferenciální diagnostiky neměli opomenout provést

- a) chemický rozbor moče
- b) imunologické vyšetření
- c) vyšetření stolice na parazity
- d) vyšetření glykémie

5. U pacienta s tuhými tečkovitými polokulovitými žlutobělavými epidermálními cystičkami vyplněnými rohovinou, které nemají komunikaci s kožním povrchem, bez zarudnutí v okolí, lokalizovanými v obličeji periorbitálně a temporálně se bude jednat o:

- a) milia
- b) miliaria
- c) lupus erythematosus
- d) dermatitis solaris

6. Do ordinace přichází dítě školního věku s tím, že má na kůži trupu několik oválných ostře ohraničených narůžovělých až světle červených ložisek o průměru 1–1,5 cm. Okraje ložisek jsou lehce vyvýšeny. Plocha je pokryta drobnými šupinkami, zachována je linie štěpitelnosti kůže. Morfy se nevyskytují na extenzorových plochách končetin. Kožní adnexa jsou bez postižení. Po 2 měsících ložiska spontánně vymizela i bez terapie. O jaké kožní onemocnění se jednalo?

- a) lupus erythematosus
- b) pityriasis rosea
- c) erythema chronicum migrans při lymeské borrelióze
- d) psoriasis vulgaris



BEXSERO

**vakcína proti meningokokům skupiny B
(rDNA, komponentní, adsorbovaná)**

Od PRVNÍCH KRŮČKŮ k PRVNÍM SCHŮZKÁM

Pomozte ochránit své pacienty proti MenB!

**Vakcína BEXSERO je indikována k imunizaci
proti MenB již od 2 měsíců věku.²**

Nejvyšší
riziko MenB*
je u dětí do
1 roku.¹

V běžné praxi nemusí vakcína garantovat výsledky dosažené v klinických studiích. Neočekává se, že přípravek Bexsero zajistí ochranu proti všem kolujícími meningokokovým kmenům skupiny B.

1. Zprávy CEM (SZÚ, Praha) 2017; 26(2): 60-66. 2. SPC Bexsero 8. 2. 2017.

*Meningokokové onemocnění séro skupiny B.

▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky. **Název přípravku:** Bexsero injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Vakcína proti meningokokům skupiny B (rDNA, komponentní, adsorbovaná) **Složení:** Jedna dávka (0,5 ml) obsahuje rekombinantní fúzní protein NHBA *N. meningitidis* B 50 µg; rekombinantní fúzní protein NHBA *N. meningitidis* B 50 µg; rekombinantní fúzní protein Hbp *N. meningitidis* B 50 µg; vnější membránové vesikuly (OMV) *N. meningitidis* B kmeny NZ98/254 měřené jako množství alkalické bílkoviny obsahující Poř.č. P1.4 25 µg. **Indikace:** Vakcína Bexsero je indikována k aktivní imunizaci jedinců od 2 měsíců věku a starších proti invazivnímu meningokokovému onemocnění způsobenému kmeny *N. meningitidis* skupiny B. **Dávkování a způsob podání:** Kojení (2-5 měsíců) tři dávky po 0,5 ml s prodlevou minimálně 1 měsíc mezi dávkami a s první dávkou podanou ve 2 měsících věku; booster mezi 12 a 15 měsíci věku. Neočkovaní kojení (6-11 měsíců) dvě dávky po 0,5 ml s prodlevou minimálně 2 měsíce mezi dávkami; booster v druhém roce života s prodlevou nejméně 2 měsíce od primární série. Neočkované děti (12 až 23 měsíců) dvě dávky po 0,5 ml s prodlevou minimálně 2 měsíce mezi dávkami; booster s prodlevou 12 až 23 měsíců od primární série. Děti (2 roky až 10 let) dvě dávky po 0,5 ml s prodlevou minimálně 2 měsíce mezi dávkami; potřeba boosteru nebyla stanovena. Dospívající (starší 11 let) a dospělí – dvě dávky po 0,5 ml s prodlevou minimálně 1 měsíc mezi dávkami; potřeba boosteru nebyla stanovena. Vakcína se podává hlubokou intramuskulární injekcí, ideálně v anterolaterálním směru do stehna u kojení nebo do oblasti m. deltoidus horní části ramene u starších subjektů. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Podání vakcíny je vhodné odložit u subjektů s akutním závažným febrilním onemocněním. Je nutné mít vždy k dispozici odpovídající lékařskou péči pro případ anafylaktické reakce. Vakcínu není vhodné podávat jedincům s trombocytopenií nebo s poruchami srážlivosti krve, pokud potencionální přínos jednoznačně nepřevládá riziko podání. Podobně jako jiné vakcíny nemusí přípravek Bexsero chránit všechny osoby, které byly vakcinovány. Neočekává se, že Bexsero zajistí ochranu proti všem kolujícím meningokokovým kmenům skupiny B. Jedinci s narušenou schopností imunitní odpovědi, ať už z důvodu imunosupresivní léčby, genetické poruchy nebo jiných příčin, mohou mít sníženou protiděložkovou odpověď na aktivní imunizaci. Údaje o imunogenicitě jsou k dispozici u jedinců s deficitem komplementu, asplenií nebo s poruchou funkce sleziny. Nejsou k dispozici žádné údaje o použití vakcíny u subjektů starších 50 let. Lékaři by měli před podáním této vakcíny pacientům s hypersenzitivitou na latex v anamnéze zvážit poměr prospěchu a rizika. **Interakce:** Bexsero lze podávat současně s následujícími vakcinačními antigeny ve formě monovalentních i kombinovaných vakcín: difterie, tetanus, osolulární pertusis, *H. influenzae* typu b, inaktivovaná poliomyelitida, hepatitida B, heptavalentní pneumokoková konjugovaná vakcína, spalničky, příušnice, zarděnky, varicela a GRM konjugovaná vakcína proti meningokokům skupiny C. **Profylaktické použití paracetamolu** snižuje výskyt a závažnost horečky, neovlivňuje však imunogenitu přípravku Bexsero ani běžných vakcín. Při současném podání s jinými vakcínami musí být Bexsero podáno o jiného místa injekce. **Těhotenství a kojení:** Nejsou k dispozici dostatečné údaje o expozici v těhotenství i bezpečnosti v době kojení. Pokud jsou rizika expozice meningokokové infekci, je nutné zvážit poměr prospěchu a rizika. **Nežádoucí účinky:** děti mladších 2 let byly nejčastěji místní a systémové nežádoucí účinky: otok v místě injekce, horečka a podrážděnost. U dospívajících a dospělých byly nejčastěji pozorované místní a systémové nežádoucí účinky: bolest v místě injekce, malátnost a bolest hlavy. Velmi zřídka: poruchy příjmu potravy, ospalost, neobvyklý pláč, průjem, zvracení, vyrážka, horečka (≥38 °C), podrážděnost, bolest hlavy, nevolnost, malátnost, myalgie, artralgie, otok, otok, otok, otok a bolest v místě injekce. **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Uchovávejte v chladničce od 2 °C do 8 °C. Chraňte před mrazem a světlem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** GSK Vaccines S.r.l., Via Fiorentina 1, 53100 Siena I, Itálie. **Datum revize textu:** 8. 2. 2017. **Registrační číslo:** EU/1/12/812/001-004. Přípravek Bexsero je v zájmu lékařské praxe a není hrazen prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek aplikuje lékař intramuskulární injekcí. Před předepsáním léku se prosím seznáme s úplnou informací o přípravku, kterou najdete v Souhrnu údajů o přípravku na: www.gskkompendiuni.cz nebo se obraťte na společnost GlaxoSmithKline, s.r.o., Hvězdova 1734/2c, 140 00 Praha 4; e-mail: cz.info@gsk.com; www.gsk.cz. Případné nežádoucí účinky prosím hláste také na cz.safety@gsk.com. Verze SPC platná ke dni 11. 8. 2017. *Prosíme, všimněte si změny SPC.



GSK s.r.o., Hvězdova 1734/2c, 140 00, Praha 4,
tel.: +420 222 001 422, fax: +420 222 001 444, www.gsk.cz.

CZ/BEX/0011/17
schváleno 9/2017

Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13-valentní, adsorbovaná)

POTVRZENÁ ÚČINNOST V REÁLNÉ PRAXI¹

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

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

Zjednodušená tabuľka o pŕijemoch. Právnyctvo 13 lektŕiŕskych hodín. Právnicko-košovi polysedmirovi konjugovanŕi vŕoŕa (13-valetni, adarbovni).

[illegible]

References: 1. SPC Prevents 19, 2. SPC Simplifies.

PAW-SUTTIDOLVSA

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



Prozaktone společnosti jsou zdivošího světa