

téma čísla

Časté i méně časté úrazy



- Usnesení/prohlášení Sněmu
- Syndrom týraného dítěte z pohledu dětského chirurga
- Moderní materiály a metody ošetřování a hojení ran
- Popáleniny z pohledu praktické medicíny dětí a dospělých
- Pozdní diagnóza avulzní fraktury pánve u adolescenta
- Akutní myeloidní leukémie
- Novorozenecká podpora života, ERC guidelines 2015
- Racionální léčba nejčastějších respiračních nemocí u dětí
- Příloha č. 3 vyhlášky č. 277/2004 Sb.



Pracujeme pro zdravější svět™

NUTRICIA
BABY NUTRITION



do more
feel better
live longer



ADACEL®

vakcína proti difterii, tetanu a pertusi



- vakcína proti difterii, tetanu a pertusi (acelulární, 5komponentní), se sníženým obsahem antigenů
- injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce se dvěma jehlami
- podává se v dávce 0,5 ml dětem od 4 let a dospívajícím
- jako posilující dávka (booster) po základním očkování¹
- příznivý bezpečnostní profil
- účinnost prověřená ve studiích²

Reference:

1. SPC přípravku Adacel injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce, datum revize textu 31. 10. 2017. 2. Adacel Product Monograph [online] [cit.03-01-2018]; http://www.vaccineshopcanada.com/document.cfm?file=adacel_e.pdf

ZKŘÁCENÉ INFORMACE O LÉČIVÉM PŘÍPRAVKU

ADACEL injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Vakcína proti difterii, tetanu a pertusi (acelulární), adsorbovaná se sníženým obsahem antigenů. **Léčivá látka:** Jedna dávka (0,5 ml) obsahuje: Diphtheriae anatoxinum: minimálně 2 IU (2 U); Tetani anatoxinum: minimálně 20 IU (5 U); Pertusové antigeny: Pertussis anatoxinum 2,5 mikrogramu; Haemagglutinin filamentosum 5 mikrogramů; Pertactinum 3 mikrogramy; Fimbriae, typ 2 et 3 – 5 mikrogramů. Adsorbováno na fosforečnan hlinitý 1,5 mg (0,33 mg hlínku). Vakcína může obsahovat stopy formaldehydu a glutaraldehydu, použité během výrobního procesu. **Terapeutická indikace:** Vakcína ADACEL je indikována k aktivní imunizaci proti tetanu, difterii a pertusi u osob od 4 let věku jako posilovací dávka (booster) po základním očkování v souladu s oficiálními doporučeními. **Dávkování a způsob podání:** Jedna dávka 0,5 ml je doporučena pro všechny indikované věkové skupiny. Osoby s nekompletním/chybějícím základním očkováním difterickým nebo tetanovým toxidem nemají být vakcínou ADACEL očkovány. Lze použít u osob s nekompletní nebo chybějící základní vakcinací proti pertusi, odpověď však bude vyvolána pouze u osob, které podstoupily základní očkování nebo prodělaly příznovou infekci. Vakcína ADACEL se má podávat intramuskulárně, přednostně do deltového svalu (ve výjimečných případech lze zvážit subkutánní podání). **Kontraindikace:** ADACEL se nesmí podávat osobám se známou hypersenzitivitou na vakcínu proti difterii, tetanu nebo pertusi, na další složky této vakcíny nebo na reziduální látky pocházející z výrobního procesu. Nepodávat osobám, u nichž se vyskytla encefalopatie neznámého původu do 7 dnů po imunizaci vakcínou s pertusovou složkou. Očkování se má odložit u osob s akutním závažným horečnatým onemocněním, mírné infekční onemocnění není kontraindikací. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** ADACEL se nesmí používat k základnímu očkování. Vakcinaci má předcházet anamnéza pacienta (zaměřená na předchozí očkování a možné NÚ). Podání pečlivě zvážit u osob, u nichž se v minulosti vyskytla závažná nebo těžká reakce do 48 hodin po předchozí injekci vakcíny obsahující podobné komponenty. Pro případ vzniku anafylaktické reakce musí být okamžitě dostupná odpovídající lékařská péče a dohled. Dolož-li po podání vakcíny obsahující tetanový toxoid ke vzniku syndromu Guillain-Barré nebo brachiální neuritidy, o dalším podání vakcíny s obsahem tetanového toxoidu rozhodnout po posouzení přínosů a rizik. ADACEL se nemá podávat osobám s progresivní neurologickou poruchou, epilepsi nedostatečně kontrolovanou léčbou nebo progresivní encefalopatií, není-li stanoven léčebný režim a dosaženo stabilizace onemocnění. Imunogenita vakcíny může být snížena imunosupresivní léčbou nebo imunodeficiencí. Nepodávat intravaskulárně nebo intradermálně. Se zvýšenou opatrností podávat u pacientů na antikoagulační terapii a postihlých poruchami krevní srážlivosti (riziko krvácení). V této situaci zvážit podání hlubokou subkutánní injekcí. Očkování vakcínou ADACEL nemusí chránit 100 % vnímavých osob. **Interakce:** Vakcína ADACEL může být podána současně s: inaktivovanou vakcínou proti chřipce, vakcínou proti hepatitidě B, inaktivovanou nebo perorální vakcínou proti poliovirytidě a rekombinantní vakcínou proti lidskému papilomaviru, současně podání musí být provedeno do karmalaterálních končetin. Nebyly provedeny studie hodnotící interakce s jinými vakcínami, biologickými přípravky nebo léčivými přípravky. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Údaje o podávání těhotným ženám jsou omezené a nenasvědčují žádné nežádoucí účinky vakcíny ADACEL na těhotenství nebo na zdraví plodu/novorozenceho dítěte. Vakcína má být podána těhotným ženám pouze v nezbytných případech na základě posouzení přínosů a rizik. Vliv vakcíny ADACEL na kojené děti po podání vakcíny jejich matkám nebyl studován, před rozhodnutím o očkování kojící matky pečlivě zvážit rizika a přínosy vakcinace. **Nežádoucí účinky:** Anorexie (snížená chuť k jídlu), bolest hlavy, průjem, nauzea, únava/astenie, zimnice, generalizovaná bolest nebo svalová slabost, srdeční nebo otok kloubu, bolesti/erytém/otok v místě injekce, zvracení, vyrážka, pyrexie, zimnice, zvláštní adenopatie. **Uchování:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C) v krabičce, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Chraňte před mrazem.** Pokud vakcína zmrzla, zlikvidujte ji. **Druh obalu a obsah balení:** 0,5 ml injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce (sklo) s pístovou zátkou (brombutylový elastomer), bez jehly, s tip-cap uzavěrem (průhledná směs) – balení po 1 nebo 10, 0,5 ml injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce (sklo) s pístovou zátkou (brombutylový elastomer), s tip-cap uzavěrem (průhledná směs) s 1 nebo 2 samostatnými jehlami – balení po 1 nebo 10. **Ořízlité rozhodnutí o registraci:** Sanofi Pasteur, 14 Espace Henry Vallée, 69007 Lyon, Francie. **Registrační číslo:** 59/253/76-C. **Datum poslední revize textu:** 31. 10. 2017.

Všechny léčivé přípravky vložte na lékařský předpis. Před použitím si, prosím, pečlivě přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravek je určen k předočkování osob od 4 let věku. Hrazen z veřejného zdravotního pojištění.

Sanofi Pasteur, odd. vakcín sano®-aventis, s.r.o.,
Evropská 846/176a, 160 00 Praha 6, tel.: 233 086 111, fax: 233 086 222, www.sanofi-pasteur.cz

Více než 100 let vývoje vakcín

SANOFI PASTEUR 

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Informace SPLDD	6
	Usnesení regionálních konferencí	
	- Usnesení regionální konference regionu Severní Morava a Slezsko	8
	- Usnesení konference západočeského regionu SPLDD	
	Usnesení Sněmu	10
	Informace OSPDL ČLS JEP	12
	MUDr. Jakub Turek	13
	Syndrom týraného dítěte z pohledu dětského chirurga	
	MUDr. Radovan Fiala	16
	Moderní materiály a metody ošetřování a hojení ran	
	MUDr. Blanka Kocmichová	20
	Popáleniny z pohledu praktické medicíny dětí a dospělých	
	MUDr. Marie Micháliková	24
	Pozdní diagnóza avulzní fraktury pánve u adolescenta	
	MUDr. Anna Vydrová	27
	Akutní myeloidní leukémie	
	MUDr. Roman Sviták, Ph.D.	29
	Novorozenecká podpora života, ERC guidelines 2015	
	MUDr. Zuzana Vančíková, CSc.	33
	Racionální léčba nejčastějších respiračních nemocí u dětí, část 6.	
	Ze světa odborné literatury	37
	Aktuality	38
	Řádková inzerce	42
	Autodidaktický test, Plísňová a virová kožní onemocnění	43
	Příloha č. 3 vyhlášky č. 277/2004 Sb., o stanovení zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

GSK
KONRÁD PHARMA
MSD
OLIVOVA DĚTSKÁ
LÉČEBNA
SANOFI PASTEUR

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

Obrázek na titulní straně namaloval Kryštof Buchtele, 3. ročník

Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům. Distribuce členům SPLDD ČR zdarma. Vychází 10× ročně v nákladu 2 200 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,

při psaní editorialem na další měsíc roku 2018 jsem dlouho přemýšlela, o jaký problém bych se s vámi chtěla podělit. Protože problémů máme i v letošním roce stále dost. Trvale bojujeme na mnoha úrovních o vlastní existenci, byť by naším přáním bylo spíše se dále rozvíjet na poli vědomostí, technického vybavení našich ordinací a jejich využití ve prospěch našich malých pacientů. Stále neúspěšně řešíme problematiku dalšího vzdělávání našich budoucích kolegů a nástupců, aby při přechodu do privátních praxí PLDD nebyli zaskočení nemedicínskými problémy, se kterými se v nemocnicích nesetkávají. Dozvídáme se, že na dětských odděleních nemají dostatek míst pro budoucí dětské lékaře jedné PEDIATRIE, přitom víme, že již nyní nemáme obsazeny všechny ordinace PLDD a některé děti v ČR již nemohou svého pediatra v terénu najít.

Potýkáme se s nedokonalostí eReceptů, stále čekáme na další slibované moduly, které ale stále nejsou připraveny. Zjišťujeme, co nám za další starosti a práci přinese GDPR, EET a „protipadělkový zákon“.

Účastníme se jednání nad koncepcí primární péče – vždyť kdo jiný by měl předat poznatky z této oblasti než ti, kdo ji dnes a denně již dlouhodobě poskytují.

Snažíme se připravit další možné výkony ke zkvalitnění naší péče přímo v našich ordinacích a zároveň rozšířit portfolio námi předepisovaných léků. Chceme se o své pacienty starat a ne jen předepisovat léky doporučené specialisty.

Když ale pročítám jednotlivá usnesení regionálních konferencí, trochu mě mrazí...

KONFERENCE...

... ukládá VV SPLDD pokračovat v tlaku na SÚKL a MZ k dopracování všech modulů eReceptu

... ukládá VV SPLDD podniknout kroky k omezení administrativní zátěže PLDD

... ukládá VV SPLDD pokračovat v jednáních se ZP o úhradách, výkonech atd.

Uvědomujeme si vždy, kolik členů čítá VV SPLDD? Víme přece všichni, že i oni mají své praxe a povinnosti v nich, k tomu se účastní veškerých nutných jednání na všech institucích za nás všechny, často ve volném čase a s dojezdem i stovky km.

Trochu mě pak trápí, že na akcích potkávám stále stejné tváře většinou vyššího věkového průměru. To naše mladší kolegy a kolegyně problémy tak netrápí, či čekají, až to za ně někdo vyřeší? Jenže si myslím, že právě oni by měli být nejvíce aktivní. Jde přece o jejich budoucnost. Možná nejsou úplně spokojeni se způsobem a rychlostí, jak se věci mění, ale pokud se nezapojí nebo neprojeví svůj názor, pak si nemohou stěžovat. Proto bych chtěla apelovat hlavně na mladší kolegy a kolegyně. Pokud se dění nebudete účastnit, můžete být jednou nepříjemně překvapeni výsledkem, který jste si nepředstavovali.

Všichni bychom měli nejprve přemýšlet, co můžeme udělat sami, a nečekat, že to někdo udělá za nás.

A že to jde, jsem se přesvědčila nedávno. Při vyplňování statistiky pro ÚZIS narazila kolegyně na problém, který s pomocí pracovníka ÚZIS vyřešila, ale nenechala si řešení pro sebe a podělila se se všemi kolegy v okrese. Tím jim nejen jistě ulehčila práci, ale dodala i dobrý pocit, že v té nepříjemné administrativní práci nejsou sami. To jsou situace, které vždy člověka potěší.

Teď už ale nám všem přeji převážně pozitivní okamžiky v naší práci a krásné zážitky na našich budoucích dovolených.

MUDr. Eva Svobodová, člen výboru OSPDL

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

a OSPDL ČLS JEP si vás dovoluji pozvat na odborné semináře v roce 2018. Semináře se konají vždy první čtvrtky v měsíci v Lékařském domě, Sokolská 31, Praha 2, stanice metra „C“ I. P. Pavlova, od 16:30. Vzdělávací akce mají charakter postgraduálního vzdělávání a jsou garantovány ČLS JEP ve spolupráci s ČLK (ohodnoceny kredity) jako akce kontinuálního vzdělávání.

Odborný garant: MUDr. Alena Hanzlová, MUDr. Bohuslav Procházka

6. září 2018

Pohlavně přenosné choroby – pohled PLDD

MUDr. Martina Kojanová, Ph.D.

Dermatovenerologická klinika VFN



OSPDL ČLS JEP



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

Teplé a téměř letní počasí v měsíci dubnu způsobilo, že velká část našich pacientů v ordinacích přicházela s alergickými problémy. Koncentrace pylů byla neobvykle vysoká, a tak měly potíže typické pro alergiky i děti, které na alergii netrpí. O to více jsme si uvědomovali, jak nás trápí omezená preskripce léků pro tyto diagnózy. Nadále se během dubna pracovalo na podkladech pro reformu primární péče. Bedlivě jsme sledovali proběhlá politická jednání o vzniku možné koalice, která by podpořila jmenování vlády. Ještě pozorněji jsme sledovali dění kolem současného ministra v demisi, který je pro nás určitou zárukou možných systémových změn a změn podporujících primární péči. Pan ministr má podporu celé Koalice soukromých lékařů. Intenzivně se jednalo o úhradách pro segment praktických lékařů v roce 2019. Jako obvykle jsme zaznamenali rostoucí tlaky na navýšení financí pro nemocnice, zejména k úhradě slíbeného 10 % navýšení platů.

18. 4. 2018 se uskutečnilo na půdě VZP jednání o úhradách PLDD pro rok 2019. Diskutovali jsme zejména možnosti navýšení koeficientů některých věkových segmentů, neboť není obecně vůle plošně a skokově navyšovat kapitační sazbu. Tyto změny umožní navýšení kapitace všem PLDD, nejen skupině s vyšším pásmem kapitační platby.

25. 4. 2018 jsme diskutovali na půdě MZ o plánovaných možnostech elektronizace zdravotnictví. Nebráníme se smysluplné a dobrovolné aktivitě, která bude pro lékaře přínosná a omezí zejména stále narůstající administrativu. Počítač však musí být pomocníkem, a ne přítěží pro lékaře. Ukazuje se, že bez řádné diskuse se zástupci praktických lékařů mohou vzniknout neuvěřitelné aktivity v elektronizaci zdravotnictví, které rozhodně neřeší to, co bychom opravdu potřebovali a co by nám usnadnilo naši práci. Nemůžeme souhlasit s tím, že vzniknou nereálné projekty, které by nám ukrojily další minuty z času, který máme na léčbu a péči o pacienty.

26. 4. 2018 se sešli zástupci VPL a PLDD se zástupci ZP k dalšímu jednání nad úhradami pro rok 2019. Jednání probíhalo velmi korektně a jednotlivé možnosti úhrad v rámci KKVP byly podloženy konkrétními čísly. Zdá se, že bychom mohli dojít k dohodě.

28. 4. 2018 se konala poslední regionální konference, na které se sešli členové regionu severní Morava. Usnesení konference najdete na stránkách časopisu VOX.

9. 5. 2019 jsme se urgentně sešli s ministrem zdravotnictví v demisi Adamem Vojtěchem. Společně s MUDr. Šebkovou jsme měly možnost projednat aktuální problémy, které nás trápí. Požádaly jsme pana ministra o schůzku zejména ze dvou důvodů. Prvním důvodem je kritický stav v oblasti vzdělávání v oboru pediatrie. Doposud stále není definitivně stanovena náplň vzdělávání, nebyla obsazena vypsaná rezidenční místa pro obor pediatrie, není definován kvalifikační kurs, je problém s akreditací pracovišť pro obor pediatrie. Čas letí a přes opakovaná jednání je problematika stále nedořešena, návrhy a projednávané materiály se i přes opakované dohody na jednáních mění. Druhým důvodem je nejasná situace v úhradách povinného očkování dětí, které jsou na žádost rodičů očkované později, než ukládá

očkovací vyhláška. ZP takovéto očkování považují za očkování nehrazené z veřejného zdravotního pojištění a přistupují k revizím vykázaných kódů očkování. Výsledkem je, že očkování není lékaři uhrazeno. Stanovisko MZ ČR z loňského roku je v rozporu s tímto stanoviskem ZP a naopak považuje povinné očkování dětí za očkování hrazené z veřejného zdravotního pojištění nezávisle na věku dítěte, neboť prioritou je, aby v ČR byla co nejvyšší proočkovanost a děti byly naočkovány. Požádala jsem pana ministra o rychlé a jasné stanovisko MZ, jak v této věci postupovat dále. Lékař nemůže být tím, kdo bude hradit dítěti očkování z vlastní kapsy a navíc se dostávat do konfliktu s rodiči. Stanovisko ZP a MZ musí být jednotné a pro lékaře a zejména rodiče dětí srozumitelné.



Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost si vás dovoluje pozvat na cyklus seminářů

Komunikace v ordinaci PLDD

Odborný garant:

MUDr. Ilona Hülleová, předsedkyně SPLDD

Pořadatel:

MUDr. Jiřina Dvořáková, místopředsedkyně SPLDD

Organizace seminářů:

SPLDD ČR, U Hranic 16, Praha 10

Odborný program seminářů:

ViaLain Events, s.r.o., www.vialain.com

Protipadělková vyhláška

Distribuce vakcín a jejich cenotvorba v ordinaci

Psychosomatická onemocnění

Použití mukolytik při léčbě respiračních infekcí

Přihlášky a podrobnější informace na www.detskylekar.cz a www.vialain.com



Informace SPLDD

■ Zápis z jednání Koalice soukromých lékařů 11. 4. 2018

Přítomni: doc. Šmucler, dr. Jojko, dr. Kostka, dr. Kudyn, dr. Šmatlák
Omluveni: dr. Hülleová, dr. Houba, dr. Šonka

1. DŘ k úhradám na rok 2019

- Dohodovací řízení o cenách zdravotní péče na rok 2019, pokračuje individuálními jednáními jednotlivých poskytovatelů se zdravotními pojišťovnami.
- Zástupci KSL se shodli na tom, že za současné nejasné politické situace by byla příprava dalších společných protestních akcí kontraproduktivní a k jednání o případných protestech se vrátí po ukončení vyjednávání o složení vlády.

2. DŘ k rámcovým smlouvám

- Dr. Jojko přislíbil zaslat ostatním organizacím KSL návrh rámcové smlouvy SAS.

3. Jednání Rady poskytovatelů

- Zástupci KSL diskutovali o projektu „Zvláštní postupy pro vysoce kvalifikované zaměstnance z Ukrajiny“, který byl původně zaměřen na odborníky v oblasti výroby a služeb. Vzhledem k nedostatku některých zdravotnických pracovníků v ČR se v květnu 2016 do tohoto projektu zapojilo i Ministerstvo zdravotnictví. Projekt spočívá v přijímání ukrajinských uchazečů o zaměstnání, kteří by měli na území ČR vykonávat kvalifikovanou práci lékařů, zubních lékařů a farmaceutů s odloženým termínem aprobačního řízení.
- Zástupci Koalice se shodli na tom, že takové řešení nedostatku pracovníků ve zdravotnictví snižuje kvalitu poskytované péče a ohrožuje zdraví pacientů, a přijali společné stanovisko k projektu v následujícím znění: „Koalice soukromých lékařů nic nenamítá proti řádnému příchodu lékařů ze zahraničí, pokud projdou aprobačním řízením, které prověří jejich znalosti. Zásadně ale protestuje proti Projektu Ukrajina, který řízení obchází a umožňuje lékařům, zubním lékařům a farmaceutům pracovat u vybraných firem v rozporu s českým zákonem a zvyklostmi EU bez absolvované zkoušky, a tedy nezřídka bez znalostí, což ohrožuje pacienty. Nelze zlepšovat ekonomiku některých poskyto-

vatelů zdravotních služeb na úkor bezpečí pacienta.“

4. Různé

- V sobotu 14. 4. se koná celorepubliková konference SPL ČR (pokud jsem to správně pochopila).

Termíny dalších jednání KSL v Apolence
14. 5. 2018 v 18.15 hodin
V Praze dne 17. 4. 2018
Zapsala: Mgr. Zina Sladkovská

■ Koalice soukromých lékařů

V Praze dne 18. 5. 2018

Vážený pane premiére, vážený pane ministře zdravotnictví,

Koalice soukromých lékařů (KSL) podporuje stanovisko ministra zdravotnictví, že dohodovací řízení o cenách za zdravotní péči z prostředků zdravotního pojištění musí být v maximálním možném rozsahu svobodnou dohodou mezi zdravotnickými zařízeními a pojišťovnami. Rádi bychom se s Vámi oběma potkali, abychom Vám vysvětlili postoje velké části českého zdravotnictví, které se liší od výstupů z jiných Vašich jednání, která jste v poslední době ve zdravotnictví vedli.

Úhradová vyhláška roky poškozovala hlavně pacienty na jejich ústavních právech ve smyslu svobodné volby lékaře, volby léčebného postupu a místa léčby. KSL vítá, že se zdravotní pojišťovny mají vrátit ke své zákonné roli a budou kontrahovat péči pro své pojištěnce. Soutěžit mají kvalitou své sítě a ne poukázkami do bazénů či celebritami na plakátech. Mzdy a jiné požitky pro zaměstnance či spolupracovníky si musí každé zdravotnické zařízení vyřešit uvnitř svojí organizace. Pacienti chtějí slyšet, kde a jak kvalitně je kdo ošetřít. Chtějí mít možnost zajít si do nejbližší lékárny a rovněž vědět, kolik zde budou za svůj lék doplácet. Nezajímá je, o kolik stoupnou mzdy či zda se zavedou například výsluhy. To, že zdravotnictví neřídila dohoda zdravotnických zařízení a pojišťoven, jak je to zvykem ve vyspělých demokraciích, ale náhodné dekrety podle aktuální politické situace a nátlaku různých skupin (zdravotnické poplatky, mzdy, ta či ona léčebná metoda), přivedlo naše zdra-

votnictví do chaosu s odrazem politického tlaku v protežování lůžkových zařízení bez jakékoli analýzy jejich kvality a potřebnosti, s upozaďováním finančních potřeb péče o pacienty, kterým lze vzhledem k jejich zdravotnímu stavu pomoci ambulantně a kterých je v systému (stále ještě) nejvíce.

V dohodovacím řízení na rok 2019 ministerstvo i pojišťovny deklarují všem segmentům poskytovatelů stejné navýšení úhrad ve výši 5 %. Přestože ambulantní segment byl léta v úhradách diskriminován a právem mohl očekávat vyšší růst, přistoupil na tuto myšlenku. Nyní s obavami sledujeme, jak se lůžkový sektor prostřednictvím i odborářů snaží vymoci větší navýšení. Jsme přesvědčeni, že všechna zdravotnická zařízení, bez ohledu na jejich typ a formu vlastnictví, mají hledat finanční prostředky pro oprávněné požadavky na růst platů svých zaměstnanců ve svých rozpočtech. Letošní pětiprocentní nárůst pokryje náklady nemocnic na deseti procentní navýšení platů jejich zaměstnanců. Jakýkoliv zásah zvenčí do probíhajících dohodovacích řízení torpéduje snahy o systémové řešení a zavedení pravidel spravedlivých pro všechny složky zdravotního systému. Ukončeme destrukci zdravotnické sítě na venkově soustředěním lékařů a sester pomocí mezd ve státních a krajských nemocnicích. Ambulantní pacient na venkově má stejná práva jako ambulantní pacient v nemocnici!

Vážení pánové, předem děkujeme za návrh termínu, kdy bychom se mohli s Vámi oběma setkat.

S pozdravem

doc. MUDr. Roman Šmucler, CSc., prezident České stomatologické komory, mluvčí Koalice,
MUDr. Zorjan Jojko, předseda Sdružení ambulantních specialistů ČR,
MUDr. Petr Šonka, předseda Sdružení praktických lékařů ČR
MUDr. Ilona Hülleová, předsedkyně Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR
MUDr. Vladimír Dvořák, Ph.D., předseda Sdružení soukromých gynekologů ČR



■ Prohlášení XXVIII. konference SPL ČR

14. 4. 2018 – centrum Floret Průhonice

Delegáti celostátní konference Sdružení praktických lékařů (SPL) ČR na závěr svého jednání přijali usnesení, ve kterém:

Oceňují práci současného ministra zdravotnictví a jeho snahu o prosazení systémových změn v českém zdravotnictví.

Podporují připravovanou reformu primární péče, která posílí roli praktických lékařů (PL) ve zdravotním systému a jejich kompetence.

Vyzývají své zástupce v pracovní skupině pro reformu primární péče, aby se i nadále aktivně podíleli na její přípravě a zaměřili se zejména na zrušení preskripčních omezení, změnu systému lékařské pohotovostní služby, rozšíření kompetencí praktických lékařů, přípravu nových zdravotních výkonů pro praktické lékaře, udržení dostupnosti primární péče a zajištění generační obměny praktických lékařů.

Vyjádřili obavy nad snahami změnit systém screeningu kolorektálního karcinomu. Shodli se na tom, že kolorektální screening v ČR je postaven na zásadní roli praktického lékaře, což se za léta existence screeningu jednoznačně potvrdilo. Tuto roli je třeba zachovat, a naopak úlohu PL posílit vznikem nových výkonů. Je nutno zachovat analýzu FIT jako POCT vyšetření v ordinaci PL.

Ztotožňují se s doporučením Rady poskytovatelů, které odmítá plošné navyšování platů a mezd ve zdravotnictví jako nesystémový krok.

Vyzývají k posílení role zdravotních pojišťoven a požadují nově definovat vztah mezi pojištěncem a pojišťovnou. Je potřeba vytvořit mechanismy k posílení odpovědnosti pacienta a racionalizaci jeho pohybu zdravotním systémem.

Upozorňují na to, že nedostatek lékařů nelze řešit projektem, který by v ČR umožnil pracovat zahraničním lékařům, stomatologům a farmaceutům v rozporu s českými zákony, zvyklostmi EU a bez řádně absolvované zkoušky. Nenamítají nic proti řádnému příchodu lékařů ze zahraničí, pokud projdou aprobačním řízením, které prověří jejich odborné a jazykové znalosti.

Podporují smysluplnou elektronizaci zdravotnictví s důrazem na zavádění e-Zpráv a trojcestné elektronické žádanky, která přinese nemalé úspory redukcí zbytečně poskytované zdravotní péče.

Privítali ujištění zástupců zdravotních pojišťoven, že v budoucnu nebudou protežovat žádný segment zdravotní péče.

■ Výpis, nebo kopie zdravotnické dokumentace pro nově zvoleného lékaře?

Je aktuálně v platné legislativě uvedeno, jakou formou má být zajištěno předání informací mezi lékaři, ať už mezi PLDD a praktickým lékařem pro dospělé (VPL), nebo mezi „starým“ a nově registrujícím VPL? Zajímá mě, zda je správně nutné vytvořit výpis ze zdravotnické dokumentace se všemi náležitostmi, jak je tomu třeba u výpisu pro potřeby pracovnělékařských služeb, anebo mohou být poskytnuty pouze kopie z dokumentace vedené po dobu registrace pacienta. Jsem zvyklá tvořit výpisy plus k výpisu doložit i kopie relevantních zpráv, ale opakovaně se mi stává, že původní registrující lékař mi pošle celou kartu, podobně se mi toto stalo u žádosti o předání informací od PLDD, který dokumentaci celou okopíroval a bez výpisu poslal s tvrzením, že má na výběr udělat výpis, nebo kopii. Ráda bych věděla, jaké je platné znění předpisu pro tyto účely.

Zákonem ani jiným právním předpisem není výslovně stanoveno, zda je stávající lékař povinen v daném případě předat kopii celé zdravotnické dokumentace, nebo vyhotovit výpis. Ustanovení § 45 odst. 2 písm. g) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění, uvádí toliko, že poskytovatel je povinen předat jiným poskytovatelům zdravotních služeb nebo poskytovatelům sociálních služeb *potřebné informace o zdravotním stavu pacienta nezbytné k zajištění návaznosti dalších zdravotních a sociálních služeb poskytovaných pacientovi*.

Pod sousloví „potřebné informace“ tedy lze zařadit jak kopii, tak výpis. Částečně lze proto dát lékaři za pravdu, že má na výběr. Z našeho pohledu bychom to však upřesnili tak, že volba formy by se měla řídit jednak tím, aby tato forma předání informací co nejlépe plnila zamýšlený účel (zajištění návaznosti péče), a jednak by měla být také věcí oboustranné domluvy mezi lékaři, co je pro oba výhodnější.

V žádném případě však nelze ve vámi popsané situaci předávat nově zvolenému lékaři originál zdravotnické dokumen-

tace! Před touto nezákonnou a zároveň i pro právní ochranu lékaře nežádoucí praxí se snažíme všemožně varovat. Jednak tím předávající lékař porušuje přílohu č. 3 vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, v platném znění, podle které je u primární péče nutno archivovat originál zdravotnické dokumentace nejméně 10 let od přeregistrování pacienta (u ambulantních specialistů je obecná lhůta nejméně 5 let, v obou případech začíná běžet až od 1. ledna následujícího roku), jednak se lékař takto neuváženě a nezodpovědně zbavuje svého nejcennějšího důkazního materiálu pro případné budoucí forenzní účely. Nikdy totiž lékař nemůže vyloučit potenciální situaci, že se pacient až po svém odchodu rozhodne podniknout vůči lékaři právní kroky např. pro domnělé zanedbání lékařské péče.

■ Výpis z dokumentace pro poskytovatele pracovnělékařských služeb

Obrátil se na mě poskytovatel pracovnělékařských služeb s žádostí o výpis ze zdravotnické dokumentace mnou registrovaného pacienta. Jsem praktickým lékařem pacienta, avšak jeho souhlas s takovým poskytnutím výpisu nemám. Proto bych se rád zeptal, zda lze výpis z dokumentace zaslat, anebo si mám vyžádat souhlas pacienta.

Poskytovateli pracovnělékařských služeb výpis ze zdravotnické dokumentace poskytněte, jde o povinnost předat údaje k návaznosti zdravotních služeb [§ 45 odst. 2 písm. g) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění]. Za návaznost zdravotních služeb je samozřejmě potřeba považovat i poskytování pracovnělékařských služeb. Souhlas pacienta není nutné vyžadovat, i případné jeho negativní stanovisko by nemělo na splnění vaší povinnosti vliv. Nemusíte se obávat vaší povinné mlčenlivosti, zákon výslovně tento postup za porušení mlčenlivosti nepovažuje [§ 51 odst. 2 písm. a) stejného zákona].

Mgr. Bc. Miloš Máca, právník-specialista, právní kancelář ČLK

Převzato z Tempus medicorum květen 2018



Usnesení regionálních konferencí

■ Usnesení regionální konference regionu Severní Morava a Slezsko ze dne 28. 4. 2018 v Opavě

Konference konstatovala, že není usnášeníschopná, a proto zvolila jako náhradní termín konání konference sobotu 28. 4. 2018 od 13:15 h.

Konference vyslechla opětovné zahájení a schválila původní program.

Zvolila:

mandátovou komisi ve složení: Veronika Halašková, Radka Olšřová, Ludmila Nováková,
návrhovou komisi ve složení: Ivana Koleč, Pavla Tvrdonová, Milada Saxová

Konference konstatovala, že je přítomno 49 členů a je usnášeníschopná

Konference vyslechla

- zprávu o činnosti regionu Severní Morava a Slezsko Michala Pukovce
- zprávu o hospodaření regionu za rok 2017 Radmily Olšřové. Konference bere na vědomí informaci o hospodaření regionu za rok 2017.
- zprávu kontrolní komise Ivany Vašíčkové. Konference bere na vědomí na základě přednesené zprávy, že nebyly zjištěny nesrovnalosti v hospodaření
- vystoupení předsedkyně SPLDD ČR Ilony Hülleové (smlouvy se ZP a dodatky ZP, aktualizace seznamu výkonů, očkování a aktuální informace, obor PLDD, protipadělková směrnice)
- vystoupení místopředsedkyně SPLDD ČR Jiřiny Dvořákové o jednání na MŠMT ohledně omlouvání nepřítomnosti žáků. Konference konstatovala, že omlouvat nepřítomnost žáka náleží pouze zákonným zástupcům dítěte či zletilým žákům, a proto doporučuje členům SPLDD nevystavovat omluvenky, pouze v odůvodněných případech na základě písemné žádosti pří-

slušné školy. (Poznámka redakce: Škola může výjimečně v odůvodněných případech žádat lékaře o potvrzení o ošetření žáka jako součást omluvenky zdůvodňující jeho absenci ve škole, kterou vždy vystavuje zákonný zástupce. Škola písemnou žádost předává lékaři prostřednictvím zákonného zástupce nezletilého.)

- vystoupení místopředsedy OSPDL ČLS JEP Zdeňka Zímy o činnosti OSPDL.

Konference schválila návrh rozpočtu regionu Severní Morava a Slezsko na rok 2018

Konference doporučuje svým členům nevybírat platby od rodičů za očkování off label do upřesnění stavu Ministerstvem zdravotnictví.

Konference konstatuje, že mnozí absolventi se zájmem o práci v primární péči jsou odmítáni primární dětských oddělení z důvodu nedostatku míst, i když by měli přijímat k pokrytí primární péče 2× více absolventů.

Konference konstatuje, že administrativní činnosti PLDD nadměrně stoupají, mnohé projekty jsou doposud nedořešené (eRecept).

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

Konference podporuje návrhy k nutné změně zákona o vzdělávání, včetně zpětného zařazení oboru PLDD mezi základní obory primární péče.

Konference znovu diskutovala nad problémy generační výměny a doporučuje výkonnému výboru SPLDD ČR řešit problematiku přípravy nových absolventů pro primární sféru a ordinace PLDD

Konference doporučuje VV SPLDD aktivně připomínkovat přípravu tzv. protipadělkové směrnice a nedopustit, aby lékárenská lobby v čele s řetězcem Dr. Max uplatnila své aktivity a narušila svým konáním celý systém očkování u dětí.

Konference diskutovala nad primární péčí s Ing. Janou Karpetovou, divizní ředitelkou

ČPZP (proplácení očkování „po termínu“, výběrová řízení na ordinace PLDD).

Konference jako každoročně **vyzývá** členskou základnu k vyšší účasti na akcích SPLDD.

Konference bere na vědomí, že příští regionální konference se bude konat během března až dubna 2019, termín bude upřesněn. Místo konání bude v Olomouci, pravděpodobně v BEA Centru.

Konference schválila, že i v roce 2019 bude konference jednodenní.

V Opavě 28. 4. LP 2018

MUDr. Michal Pukovec

MUDr. Ivana Koleč

■ Usnesení konference západočeského regionu SPLDD, konané dne 21. 4. 2018 v Plzni

Konference byla zahájena v 14:50 hod., konstatovala, že je přítomno 36 členů ze 175 – není usnášeníschopná a ve 14:58 byla konference zrušena. Byla svolána náhradní konference – 21. 4. 2018 v 14:59 hod.

Konference:

I. schválila:

- program konference
- volbu pracovních komisí ve složení:
Mandátová komise: MUDr. Brožová, MUDr. Kremová, MUDr. Osičková;
Návrhová komise: MUDr. Galeková, MUDr. Jirků, MUDr. Majkusová
- rozpočet na rok 2018

II. bere na vědomí:

- zprávu o činnosti regionu za rok 2017 přednesenou regionální předsedkyní MUDr. Zdeňkou Růžičkovou
- zprávu o hospodaření regionu za rok 2017 přednesenou regionálním pokladníkem MUDr. Ivou Kubiasovou
- zprávu člena kontrolní komise MUDr. Jarmily Aronové



www.detskylekar.cz

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost České republiky





III. vyslechla:

- informace místopředsedy VV SPLDD ČR MUDr. Ctirada Kozderky
- informace předsedkyně OSPDL ČLS JEP MUDr. Aleny Šebkové
- příspěvek Ing. Jaroslava Bradáče, člena Rady Karlovarského kraje pro oblast školství a tělovýchovy

IV. ukládá:

- všem členům regionu zvýšit svoji aktivitu ve společný prospěch SPLDD (pomoc při přípravě materiálů profesního i odborného charakteru, aktivní i pasivní účast na akcích SPLDD...) za účelem dalšího rozvoje sdružení
- VV SPLDD dojednat se ZP dopracování Metodiky provádění a vykazování očkování platné od 1. 1. 2018, zejména jednoznačné stanovení plátce očkování provedeného mimo termín stanovený vyhláškou
- VV SPLDD jednat o rozšiřování spektra nasmlouvaných výkonů pro PLDD a o minimalizaci preskripčních omezení

- všem členům SPLDD podílet se adekvátním podílem na zajištění dětské LPS ve své spádové oblasti
- všem členům SPLDD dodržovat metodiku omlouvání absence žáků
- všem členům SPLDD dodržovat Metodiku interního předoperačního vyšetření

V. vyzývá:

- členy SPLDD k vyhledání mladších členů jako vhodných kandidátů na převzetí výkonu funkce ve složkách sdružení na další volební období

VI. podporuje

- všechna jednání vedoucí k znovuzřízení oboru PLDD jako samostatného základního oboru do zákona o vzdělávání lékařů

VII. konstatuje

- opět se zvyšující věkový průměr PLDD, což může vést záhy k rozpadu péče o děti a dorost v ČR z důvodu personální devastace v primární pediatrické péči

VIII. žádá

- MZ ČR, aby urychleně vyřešilo vzdělávací program zajišťující přirozenou generační obměnu PLDD i pediatriů v sekundární pediatrické péči, a to včetně zajištění dostatečného počtu rezidenčních míst a dostatečné kapacity akreditovaných pracovišť. Pokud se to MZ nepodaří realizovat do pololetí r. 2018, považujeme za nutné, aby vypracovalo nouzový režim pro personální zajištění primární pediatrické péče v problémových lokalitách.

IX. vyjadřuje

- poděkování Mgr. Uhrovi za zpracování materiálů k GDPR

X. navrhuje

- uspořádání protestních akcí proti nesmyslné a neúměrně narůstající administrativní zátěži PLDD, která významně omezuje kvalitu poskytování odborných lékařských služeb v jejich praxích.

Usnesení schváleno všemi přítomnými členy.



122 let
historie léčby
a péče
o děti

Vraťme spolu dětem zdraví!

- Poskytujeme odbornou zdravotní péči dětem od 1 do 18 let věku s opakovanými či chronickými onemocněními **dýchacích cest**, dětem s **obezitou**, s **poruchami výživy** a s **ortopedickými vadami**.
- Máme rozvinutý program komplexní ústavní péče dětem s **chronickými respiračními stavy spojenými s refluxní chorobou jícnu (RCHJ)**. Program představuje zavedenou metodu **rehabilitace bránice** vycházející z konceptu tzv. „dynamické neuromuskulární stabilizace“ (DNS). Je to neinvazivní účinná metoda zaměřená na zlepšení motoriky bránice (hlavního dýchacího svalu s významnou rolí v regulaci gastroesofageálního refluxu), která účinně zlepšuje antirefluxní roli bránice a zlepšuje koordinaci mezi bránicí, svalovým a skeletovým systémem hrudníku s orgány horní části zažívacího traktu.
- Léčebný pobyt je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Dětem do 6 let hradí zdravotní pojišťovna také doprovod rodiče.

Ambulantní lékař často mívá pro svého pacienta pouze několik minut; nemocniční lékař možná pár dnů. V Olivovně se mu (případně i jeho rodičům) věnujeme denně po dobu 5 týdnů!

V Olivovně pravidelně pořádáme odborné lékařské semináře, kulturní a společenské akce, jste zváni!



www.olivovna.cz



Olivovalská dětská léčebna



323 619 103 (105), 736 754 332



Usnesení Sněmu

■ Usnesení Sněmu v Karlových Varech dne 19.–20. 5. 2018

• Sněm zvolil komise:

Mandátovou ve složení: Sudková, Pálová, Aronová

Návrhovou ve složení: Cabrnachová, Balatková, Beneš, Pukovec, Kudyn, Valentová, Verdánová, Zemánková

Sněm konstatuje dle výstupů z regionálních konferencí, že:

Byla diskutována témata

- **Očkování:** výpadky vakcín, metodika vykazování, cenotvorba, řešení úhrady za očkování mimo termíny dané vyhláškou, **SÚKL:** eRp, protipadělková směrnice, **ZP:** revizní činnost – očkování, příkaz k transportu, preskripce, **MŠMT:** omluvenky, posudky, různá jiná potvrzení, **Administrativa, elektronizace:** eRp, potvrzení pro školy, GDPR, EET, obor PLDD
- **Úkoly pro VV SPLDD:** dopracování Metodiky očkování 2018 – očkování mimo termín a úhrada, rozšíření spektra výkonů pro PLDD, minimalizovat preskripční omezení, jednat se ZP o navýšení úhrad v r. 2019, zamezit prohlubování rozdílu v úhradách do nemocnic a do ambulantního sektoru, **e-Rp** – požadovat zprovoznění slibovaných funkcionalit ČÚER (lékový záznam, duplicity, léková interakce), **protipadělková směrnice** – výjimka pro očkovací látky, **MF:** vyjednat výjimku z EET pro PLDD (maximum obrátu je ve vazbě na očkování – zájem státu na ochraně veřejného zdraví)
- **znovuzřízení oboru PLDD** mezi základní obory specializačního vzdělávání, vyřešit **curriculum** do konce školního roku 2017/2018, min. 6 měsíců praxe ve specializačním vzdělávání na akreditovaném pracovišti PLDD, navrátit **rezidenční místa** pro akreditované ordinace PLDD
- Sněm vyslechl úvodní zprávu zástupců krajské samosprávy, pana primátora Ing. Petra Kulhánky, radního pro zdravotnictví Ing. Jana Bureše a primáře dětské lázeňské léčebny MUDr. Mrázka. Karlovarský kraj jako jeden z mála finančně podporuje přípravu budoucích PLDD, pomohl zaváděné elektronizaci praxí PLDD. Účastníci sněmu děkují zá-

stupcům kraje za podporu včetně pořádaného celostátního Sněmu.

- Sněm vyslechl úvodní zprávu předsedkyně SPLDD Ilony Hülleové včetně podrobné informace o práci na reformě primární péče iniciované vedením MZČR, možnosti rozšíření kompetencí PLDD včetně preskripčních, informace o výsledcích jednání se zdravotními pojišťovnami a možnosti navýšení úhrad na rok 2019.
- Sněm podporuje aktivity ministra zdravotnictví směřující k podpoře primární péče a rozšíření kompetencí VPL a PLDD.
- Sněm vyslechl zprávu o sdružených praxích ve Švýcarsku přednesenou našim kolegou MUDr. T. Soukupem.
- Sněm vyslechl prezentaci zástupce ÚZIS Ing. Mužíka – lékaři PLDD patří mezi nejstarší věkovou skupinu lékařů, téma široce diskutováno i s ohledem na skutečnost, že se jedná většinou o OSVČ, kde nedochází k odchodu do důchodu jako u zaměstnanců, diskutována i potřeba správné interpretace zjištěných dat z hlediska pracovních úvazků lékařů.
- Sněm nesouhlasí se zjišťováním ekonomických parametrů praxí a rozšiřováním hlášení ÚZIS.
- Sněm vyslechl informace předsedkyně OSPDL MUDr. A. Šebkové a zástupce Katedry IPVZ MUDr. Hany Cabrnachové o vývoji legislativy v oblasti vzdělávání, aktuální situaci ve vyjednávání o náplni kvalifikačního kurzu, oboru Pediatrie, naznačené možnosti znovuzavedení oboru PLDD.
- Sněm vyzývá volené zástupce SPLDD k pokračování v jednání na téma oboru PLDD, pokusu o navrácení oboru do legislativy, podporuje zástupce SPLDD a OSPDL v jednání na téma náplně vzdělávání, kvalifikační kurs.
- Sněm i nadále jednoznačně podporuje navrácení oboru PLDD jako základního oboru primární péče.**
- Sněm vyzývá VV SPLDD, aby byly podniknuty kroky k zachování podmínek pro vstup do primární péče pro lékaře, kteří neatestovali v oboru PLDD.
- Sněm vyzývá volené funkcionáře, aby v jednáních se ZP a zástupci krajských úřadů trvali na zachování stávající sítě ordinací PLDD, případné výjimky reagující na potřebu v regionu musejí být projednány

s volenými zástupci SPLDD, VV (centrum) připraví podklady pro tato jednání.

- Sněm podporuje myšlenku zřízení sekce mladých dětských praktiků při SPLDD a pověřuje MUDr. Milana Kudyna, člena VV SPLDD, aby se tohoto úkolu ujal.
- Sněm podporuje, aby v oblasti dalších nástrojů zaváděné elektronizace ve zdravotnictví bylo trváno na jednotné identifikaci zdravotnického pracovníka.
- Sněm podporuje další jednání zástupců VV SPLDD v rámci Koalice soukromých lékařů, doporučuje hledat společná témata a prosazovat je společně.
- Sněm doporučuje mapovat situaci v regionech v rámci problematiky omlouvání žáků, posudkové problematiky, přihlášek do škol a v nejbližším možném termínu projednat podněty s MŠMT.
- Sněm podporuje jednání zástupců VV SPLDD směřující k navýšení úhrad na rok 2019. Podporujeme dohodu dosaženou v rámci DŘ.
- Sněm podporuje přípravu nových výkonů hrazených ze zdravotního pojištění ve smyslu rozšiřování kompetencí PLDD, návrh na zvýšení úhrady aplikace nepovinného očkování 02125, a to i s ohledem na nemožnost v případě doplatku u vakcín zohlednit přiměřenou míru zisku na ZÚLP očkovací látky.
- Součástí usnesení je i Prohlášení Sněmu směrem k ČPS reagující na zveřejněné nepravdivé informace a Tiskové prohlášení Sněmu pro media.
- VV vstoupí do jednání s MPSV na téma rodičů odkládajících očkování a jejich možných sankcí v případě neplnění i dalších povinností z hlediska prevence (zákon o sociálně-právní ochraně dětí).

Datum příštího sněmu: 18.–19. 5. 2019, případně 25.–26. 5. 2019

Místo konání – Skalský dvůr, bude-li možné (případně SM region)
Karlov Vary 20. 5. 2018

■ Prohlášení Sněmu

Účastníci Sněmu pověřených okresních zástupců SPLDD ČR, zástupci krajských výborů SPLDD a členové výboru OSPDL konstatují, že stávající počty akreditovaných pracovišť praktických lékařů pro děti a do-



rost (PLDD) jsou schopny personálně pokrýt nároky na zajištění vzdělávání mladých lékařů – pediatriů. Každý okres až na výjimky má alespoň jedno akreditované pracoviště PLDD a máme zájem na jejich navyšování, tomuto procesu je ale nyní bohužel bráněno s ohledem na skutečnost, že nejsou definovány podmínky pro akreditace.

S překvapením reagujeme na informaci zveřejněnou v bulletinu ČPS a veřejně prezentovanou jejím předsedou prof. Zemanem, že nedostatek praktických dětských lékařů (PLDD) je způsoben nedostatečným počtem a kapacitou akreditovaných pracovišť PLDD. Vzhledem k tomu, že toto tvrzení je v rozporu se skutečností, nemůžeme s ním tedy souhlasit. Na základě statistických údajů ÚZIS a údajů IPVZ o počtu zájemců o samostatný obor jsme přesvědčeni, že nedostatek PLDD lze v dlouhodobém horizontu vyřešit jedině znovuzavedením samostatného oboru PLDD. Prodlužování stávající situace, kdy výrazně poklesl zájem všech lékařů o pediatrii, ohrožuje nejen náš obor, ale i počty dětských lékařů v nemocnicích.

Účastníci sněmu apelují na ministra zdravotnictví a poslance PSP, aby se zasadili o spuštění legislativního procesu, který by

zajistil znovuzřízení oboru PLDD mezi základními obory. Jedině tak bude v budoucnu zajištěn dostatek kvalifikovaných PLDD zajišťujících dostupnou a kvalitní primární péči o děti v České republice.

■ Tiskové prohlášení Sněmu SPLDD 2018

Ve dnech 18.–20. 5. 2018 se uskutečnil celostátní Sněm Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR (SPLDD) v Karlových Varech, na němž se setkali zástupci praktických lékařů pro děti a dorost (PLDD) ze všech okresů a krajů.

Účastníci Sněmu podporují ministra zdravotnictví Mgr. et Mgr. A. Vojtěcha a jeho aktivity směřující k podpoře primární péče a rozšíření odborných kompetencí PLDD a VPL. Vnímají dosavadní kroky ministra jako zahájení možných systémových změn ve zdravotnictví, aby nedocházelo k protěžování jen vybraných segmentů zdravotnictví, zejména nemocnic. Mělo by dojít k takové podpoře primární péče, aby byla zajištěna dostupnost zdravotní péče na venkově i v odlehlých oblastech.

Účastníci Sněmu i nadále jednoznačně podporují navrácení oboru PLDD jako základního oboru primární péče. Jeho navrácení mezi základní obory je jedinou možností, jak zajistit v budoucnu dostupnost zdravotní péče o děti a dorost ve stávajícím rozsahu.

Necitlivým zásahem do systému vzdělávání lékařů v roce 2017, kdy byl zrušen obor PLDD, došlo v loňském roce k výraznému poklesu lékařů se zájmem o obor PLDD a pediatrii jako takovou. V tomto roce byl zcela zastaven vstup mladých lékařů do tohoto oboru. Dochází tak k prohlubování nedostatku PLDD a postupnému rozpadu stávající primární péče o děti v ČR.

Proto podporujeme nastartované analytické procesy a snahu současného ministra zdravotnictví o hledání rychlého řešení neutěšené situace v našem oboru.

SPLDD je připraveno ve spolupráci s OSPDL se aktivně zapojit do záchran praktického lékařství pro děti a dorost v zájmu udržení a dalšího zlepšování zdravotní péče poskytované mladé generaci.

20. ročník léčebných klimatických pobytů

Klimatické pobyty pro rodiče s dětmi trpícími onemocněním dýchacích cest, astmatem a ekzémy

Termín: 17.–27. 8. 2018

Pořadatel pobytů: Dětské klimatické pobyty, o.p.s., ve spolupráci s Čedokem, ÚMO 3, KÚ Plzeňského kraje.

Pobyty ve Slovenské republice se realizují v oblasti Liptovského Jána u Liptovského Mikuláše v Nízkých Tatrách pro děti od 4 let věku. Případné výjimky z věku jsou možné jen po dohodě s lékařskou radou. Nejedná se jen o ozdravné, ale především léčebné pobyty s lékaři. Lékaři se zúčastní celého pobytu včetně výstupů. Pořádáme fakultativní zájezdy do okolí Nízkých Tater a protilehlých Roháčů (Vysokých Tater), které jsou v ceně a jako každoročně jsou spojeny s výstupy dle individuálních možností. Základem léčby je frakcionovaná zátěž při výstupech, následná relaxace na termálním koupališti v Liptovském Jáně, sportovní aktivity, pobyt v jeskyni + rehabilitace pro děti a dospělé. Doporučujeme dětem vzít si s sebou flétny, další flétny zapůjčí nadace, stejně jako karimatky. Každé dítě dostane lékařskou zprávu s hodnotami funkčního vyšetření před pobytem a po něm + diplomy a ceny po výstupech.

Kontaktní adresa pro přihlášky

J. Kučerková, Čedok Plzeň, Přešovská 10, Plzeň,
tel. 377 222 609, e-mail jana.kucerkova@cedok.cz

Kontaktní adresa pro lékařské informace

MUDr. J. Liška, CSc., Mulačova nemocnice, Dvořákova 17, Plzeň,
tel. 377 677 191, e-mail: mudr.jiri.liska@seznam.cz





Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Alena Šebková

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

Vážené kolegyně, vážení kolegové, předkládám vám vybrané informace z činnosti OSPDL ČLS JEP.

18. 4. – ministerstvo zdravotnictví:

Dr. Šebková – setkání s pověřenými zástupci MZ – pokračuje spolupráce na novelizaci **manuálu krátké intervence** u návykových látek, vznikl požadavek více rozpracovat kouření. Materiál musí být uchopitelný pro praktické využití. Na základě odborných textů a důrazu MZ na primární prevenci v oblasti návykových látek by měl být vytvořen systém hrazení edukace z v.z.p.

Dr. Šebková, dr. Cabrnachová – **odbor hlavního hygienika** – dr. Kvášová – probíráno několik témat. Spalničky – na stránkách MZ k dispozici informační leták k použití do našich ordinací, bude převeden i na náš web ke snadnější dostupnosti. Problematika hlášení některých rodičů odmítajících očkování OSPD – kolegy opět budeme edukovat – správný postup, je třeba dodržovat legislativu. Hlášení infekčních nemocí praktiky – ujasněny požadavky – dr. Cabrnachová vypracuje materiál, který bude k dispozici kolegům tak, aby další činnost nadměrně nezatěžovala PLDD, ale dostalo se povinností ze zákona. Ze strany PLDD upozornění na lokální problémy s očkovaním BCG – zbytečné oddalování termínů ze strany kalmetizačních ordinací, údaje o nedostatku vakcín apod., dále upozornění na požadavky některých hygieniků provádět hlášení očkovaní mimo legislativní povinnosti PLDD, v této souvislosti i zpochybnování práce PLDD. Účastnice se shodly na potřebě užší spolupráce PLDD a epidemiologů, resp. hygieniků. Zástupkyně OSPDL budou pozvány na jednání kolegů na MZ.

20. 4. – Tisková konference ministra zdravotnictví k podpoře protikuřáckého zákona – dr. Šebková byla pozvána k účasti. Dojem z konference – stejně jako u očkovaní mnozí nepřemýšlejí v intencích dopadu kouření jako návyku na zdraví lidí, ale zájem byl především o to, co mají dělat drobní hospodští. Za OSPDL – cigareta je stejná „návyková látka“ jako všechny ostatní. Pokud dětem a dospělým dáváme signál, že tento návyk tolerujeme, omlouváme, mladí mají jednoduchý přístup ke kouření, nemůžeme se divit, že

se umísťují na předních místech evropských statistik v této „disciplíně“. Chápeme, že represe nejsou populární, lepší by byly pozitivní pobídky – bonusy pojišťoven, daňové úlevy... Dokud ale nebudou lidé „zdravotně gramotní“, aby v drtivé většině měli starost o své zdraví, nepopulárním opatřením se nemůžeme vyhnout.

2. 5. – ministerstvo zdravotnictví – dr. Šebková – náměstek MZ prof. Roman Prymula – probírána témata: Spalničky – současná situace pramenící z poklesu proočkovanosti dopadá ve finále na zdravotníky. Některými epidemiology doporučené náběry protilátek u PLDD – lékařů prvního kontaktu – a případně doporučená přeočkování jdou kromě případů doloženého kontaktu plně na vrub zdravotníků. Laboratoř ve formě regulací, vakcíny si PLDD zaplatí. Na druhé straně očkování odkládající či odmítající rodiče nenesou za své jednání žádnou odpovědnost. Dále je akutně nutné dořešit proplácení odloženého očkování mimo kalendář, které pojišťovny odmítají na základě novely vyhlášky PLDD platit, oproti tomu existuje stanovisko MZ, že platit mají. Vyřešení tohoto problému je urgentní, opakovaně jsme na něj upozorňovali jak my, tak profesní organizace! Vzdělávání – akreditační komise Pediatrie schválila pediatrický kmen se zpracovanými připomínkami PLDD, včetně terminologie. Obě společnosti, ČPS ČLS JEP i OSPDL ČLS JEP, mají zásadní výhradu k ponechání dvou měsíců interny i v pediatrickém kmeni. Výměnu za dva měsíce pediatrie schválili na svém jednání i předsedové akreditačních komisí. Ponechání interny je zcela nelogický krok, který lékařům s budoucím pediatrickým zaměřením nic nepřinese. Žádáme o přenesení do vzdělávací rady, stejně jako dohodu nad délkou kursů „očkování“ a „atb terapie“ – zde původně požadované 4 hodiny – oba kurzy byly AK Pediatrie schváleny v rozsahu 8 hodin. Obecně jsme názoru, že vzdělávací rada, jež není rozhodovacím, ale poradním orgánem ministerstva, by měla ctít dohodu akreditační komise. (V tomto duchu odeslán předsedkyní OSPDL informační dopis předsedovi rady prof. Škrhovi i panu náměstkovi MZ.) Problematika rezidenčních míst: Je velmi tristní, a byl to jeden z našich argumentů proti zrušení oboru, že „společné vzdělávání“ na

základě chybějící legislativy, ale i na základě změny systému nezaručí minimálně v letošním roce dostatečný příliv mladých lékařů. Vinou nezájmu dětských oddělení o rezidenční místa „vyletí oknem“ dotace pro 21 možných budoucích pediatriů obecně, přístupem primářů dětských oddělení je velmi málo pravděpodobné, že budou přijati lékaři se zájmem o vstup do primární péče. Jako další velký problém vnímáme pozdní zaslání dotací na rezidenty akreditovaným pracovištím dětských praktiků – dotace na první polovinu roku 2018 jsme obdrželi 23. 4.!!!! Pro mnohé kolegy to znamená, především v době odvodů daní, velkou finanční náročnost včetně druhotné platební neschopnosti. Považujeme tento postup za nepřijatelný. V souvislosti s RM žádáme i o pomoc při řešení odmítání již nasmouvaných vzdělávání rezidentů PLDD, např. po návratu z mateřské – zatím se objevuje lokálně. Kvalifikační kurs z DL na PLDD – předpokládáme již dohodu, délka kursů bude odpovídat kursům předatestačním, nebylo by šťastné tvořit více druhů. Kvalifikační kurs ale považujeme za prostředek řešení krizové situace v nedostatku lékařů primární péče, nikoli systémové řešení vzdělávání pro primární pediatrickou péči.

3. 5. – dr. Šebková – jednání se zástupcem firmy Nestlé – budoucnost spolupráce. Kromě jiného se rýsuje zajímavý modul elektronického vzdělávání pro rezidenty, nicméně nejen pro ně, s tématem výživy.

9. 5. schůzka dr. Šebková, dr. Hülleová s ministrem zdravotnictví:

Pana ministra jsme informovaly o všech akutních problémech vzniklých v souvislosti – v podstatě výše uvedené, včetně toho, že zástupci PLDD jsou opakovaně opomíjeni v pozvání na některá jednání, která se týkají PLDD. Činnost některých nově zřízených orgánů neodpovídá požadavkům reformy primární péče, jejímž je pan ministr iniciátorem. Na druhé straně činnost této pracovní skupiny funguje, jak díky jejímu vedení, tak díky vysokému pracovnímu nasazení praktických lékařů.

11. 5. – ministerstvo zdravotnictví – dr. Šebková, dr. Cabrnachová – schůzka k vypořádání připomínek ke kvalifikačnímu kursu z DL na PLDD.



Syndrom týraného dítěte z pohledu dětského chirurga

MUDr. Jakub Turek¹, MUDr. Ondřej Marek¹, MUDr. Anna Seehofnerová²,
prof. MUDr. Ladislav Plánka, Ph.D.¹

¹ Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, Fakultní nemocnice Brno

² Klinika dětské radiologie, Fakultní nemocnice Brno

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, neboli CAN (Child Abuse and Neglect) syndrom a NAI (non-accidental injury), je nozologická jednotka zahrnující poškození tělesného, duševního i společenského stavu dítěte. Diagnostika tohoto závažného syndromu může být velice obtížná a měla by vycházet z mezioborové spolupráce pediatra, psychologa, dětského radiologa a dětského chirurga/traumatologa. Cílem článku je seznámit s CAN syndromem a následně prezentovat kazuistiku pacienta na dané téma.

■ Definice

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, označovaný jako CAN syndrom (child abuse and neglect syndrome), je obecně definován jako poškození tělesného, duševního i společenského stavu a vývoje dítěte, které vznikne v důsledku jakéhokoli nenáhodného jednání rodičů nebo jiné dospělé osoby. Povědomí o této náročné problematice bylo veřejně prezentováno již ve druhé polovině 19. století, kdy Tardieu popsal typické mechanismy úrazů v případě CAN syndromu.

Nyní Světová zdravotnická organizace (WHO) užívá obecnou definici a popisuje CAN syndrom jako zneužívání dětí, někdy nazývané zneužívání a zanedbávání dětí, zahrnující všechny formy fyzického a emocionálního zlovolného zacházení, sexuální zneužívání, zanedbávání, vykořisťování, které vedou ke skutečnému nebo potenciálnímu poškození zdraví, vývoje nebo důstojnosti dítěte. V rámci této široké definice se rozlišuje pět typů týrání a zneužívání, a to fyzické zneužívání, sexuální zneužívání, zanedbávání a lhostejné zacházení, emocionální zneužívání a vykořisťování.

Jinak WHO definuje zneužívání dětí jako každé úmyslné nebo neúmyslné konání dospělých lidí nebo společnosti, které má škodlivý vliv na zdraví dítěte a jeho fyzický a psychosociální rozvoj.

■ Epidemiologie

Výskyt CAN syndromu z hlediska incidence se dá jenom odhadnout z důvodu nedostatku relevantní literatury a obtížné diagnostiky nebo poddiagnostikování problému. Dle starší literatury, která byla shrnuta v review v roce 1983, prevalence CAN syndromu u dětí ve Švédsku byla 2 %, ve Finsku 7,7 %

a v Německu mezi 10–15 %. Další zdroje uvádějí, že v Severní Americe je 225 dětí z jednoho milionu obyvatel fyzicky týráno. WHO dle odhadů z roku 2000 uvádí, že asi 57 000 dětí pod patnáctým rokem věku zemřelo na následky CAN syndromu, z čehož nejvíc rizikovou skupinou byly děti do 4 let. Podezření na CAN syndrom je nejvyšší ve skupině do 18 měsíců věku (asi 80 % případů), poté se incidence snižuje, přičemž akcidentální poranění jsou přítomná u dětí nad 5 let věku v přibližně 85 % případů. Podle údajů Ministerstva práce a sociálních věcí bylo v roce 2015 v ČR zjištěno 686 případů fyzického týrání, 745 případů sexuálního zneužívání a 6 862 případů zanedbávání. V souvislosti s tímto zacházením bylo hospitalizováno 187 dětí. Šest dětí na následky tohoto zacházení zemřelo.

■ Diagnostika

Pečlivá anamnéza je základem ke stanovení podezření na CAN syndrom. Prvním a snad i nejdůležitějším faktorem je věk dítěte. Nejvíc postiženy bývají děti mladší dvou let. Po čtvrtém roce věku má incidence CAN syndromu v populaci sestupnou tendenci. Rodičům je potřeba klást cílené otázky, které lékaře mohou upozornit na případné týrání dítěte. Při podezření by se měl zaměřit na následující okolnosti:

- dítě, které bylo poškozené fyzickým násilím, zpravidla není vzato k vyšetření záhy po úrazu, ale až s jistým časovým odstupem;
- popis úrazu neodpovídá předpokládanému mechanismu poranění dítěte;
- nekonstantní vypovídání o mechanismu úrazu při opakovaném dotazování nebo nesoulad v odpovědích mezi jednotlivými rodiči;

- úraz popisován v důsledku zavinění jiného sourozence, eventuálně v důsledku vlastního zavinění dítěte (zaklínění končetiny v postýlce, pád při chůzi apod.);
- defenzivní reakce rodiče při dotazování místo empatie a lítosti.

Fyzikální vyšetření

Při vyšetření by mělo být dítě kompletně svléknuto a celé tělo, včetně anorektální oblasti, by mělo být pečlivě vyšetřeno. Nalezené známky úrazů by měly být precizně zaznamenány, tj. včetně lokalizace, velikosti, barvy, tvaru a případného předpokládaného mechanismu úrazu. Kde je to vhodné, měly by být zaznamenány další parametry, jako například otisky po poranění holí, páskem atd. Vhodné je pořízení fotodokumentace.

Tupá poranění (hematomy, kontuzní poranění, periorální poranění) jsou nejčastějším příznakem při podezření na fyzické týrání dítěte. Ostrá poranění v důsledku řezného nebo penetrujícího traumatu mají minimální zastoupení u této populace pacientů. Úrazy v důsledku CAN syndromu musejí být vždy odlišeny od náhodného poranění, které bývá zpravidla solitární. Hematomy a pohmožděniný mohou poukázat na týrání dítěte v závislosti na jejich lokalizaci, tvaru a mechanismu vzniku. Častěji se jedná o mnohočetná poranění, hematomy různého stáří dle odbarvení nebo poranění neodpovídající věku dítěte a popisovanému mechanismu. Zhmožděniný při CAN syndromu mohou vzniknout v důsledku násilného uchopení dítěte, proto jsou častokrát nalezeny na končetinách u starších dětí nebo v oblasti hrudníku u novorozenců a batolat. Další typické lokality výskytu poranění při fyzické formě CAN syndromu jsou oči, ústa, záda, zadní část stehna a lýtek nebo extenzorová část předloktí (poranění v sebeobraně).



Údery způsobené cizím objektem (hůl, pásek) zanechávají typický tvar poranění se zdvojenou konturou u okrajů rány.

Popáleninové poranění

Popáleninové poranění u CAN syndromu vzniká v důsledku přímého kontaktu horkého objektu, elektrického zařízení nebo cigarety s kůží dítěte. Zpravidla se vyskytuje v oblasti ramen, zad, předloktí, dorzální části rukou nebo v oblasti gluteální. Náhodná poranění jsou častější v oblasti rukou a prstů palmárně v důsledku uchopení horkého předmětu.

Zobrazovací metody

Modality využití k vyšetření pacientů s podezřením na CAN syndrom jsou dány několika faktory a vychází z klinického stavu pacienta, přítomných klinických příznaků a závisí na věku dítěte.

Metodou první volby obvykle bývá prostý rentgenový snímek. Ten je u dětí do dvou let věku indikován v tzv. kostním protokolu z důvodu zobrazení i klinicky němých fraktur. U starších dětí, které jsou schopny specifikovat místa poranění, jsou obvykle zhotoveny jen cílené snímky postižených oblastí. Dříve používaný celotělový snímek, tzv. babygram, je zcela obsoletní a neměl by být v této indikaci zhotovován. V případě nejasného nálezu lze doplnit kontrolní vyšetření kostního protokolu či cílených rtg snímků s odstupem přibližně 14 dnů, kdy dojde k dekalcinaci lomné linie a vizualizaci reparačních změn.

Pro diagnózu CAN syndromu svědčí obvykle mnohočetné fraktury různého stáří a stupně hojení (osifikace periostálního svalku může

být diferencovatelná přibližně 8.–12. den po úrazu). Bývají popisovány i typické zlomeniny, které mají vysokou pravděpodobnost výskytu u syndromu CAN:

- metafyzární, tzv. corner nebo bucket handle, fraktury
- epifyseolýzy a spirální fraktury dlouhých kostí (zejména u imobilních kojenců)
- zlomeniny dorzální části žeber nebo laterální části klíční kosti
- fraktury sternu či lopatky

V případě špatného klinického stavu dítěte, např. u pacientů přijímaných pro poruchu vědomí či jiné neurologické deficity, zobrazení skeletu obvykle následuje až po vyšetření CNS na CT či MR, kde by nález suspektní pro CAN syndrom (např. subdurální kolekce, kontuze mozkové tkáně, ischemie atp.) měl vést k dalšímu došetření dle kostního protokolu. A vice versa, dítě s postižením skeletu v rámci suspektního syndromu CAN a neurologickými příznaky nebo hemoragiemi retiny by mělo podstoupit i vyšetření CNS. Zároveň u dětí do jednoho roku věku je MR vyšetření mozku doporučeno při podezření na CAN syndrom vždy.

U dětí s poraněním břicha se postupuje obdobně jako u úrazových stavů, tedy obvykle modalitou první volby je ultrazvuk, v případě potřeby následovaný CT či MR vyšetřením.

V ojediněle indikovaných případech lze provést kostní scintigrafii, které může být primárně využito pro její vysokou senzitivitu. Nicméně vzhledem k nižší specifitě je nutné případný pozitivní nález při scintigrafii verifikovat jinou zobrazovací metodou.

Radiologické postupy, algoritmy vyšetření a bližší informace ohledně zobrazování dětí s podezřením na syndrom CAN lze dohledat v doporučení České radiologické společnosti.

Diferenciální diagnostika

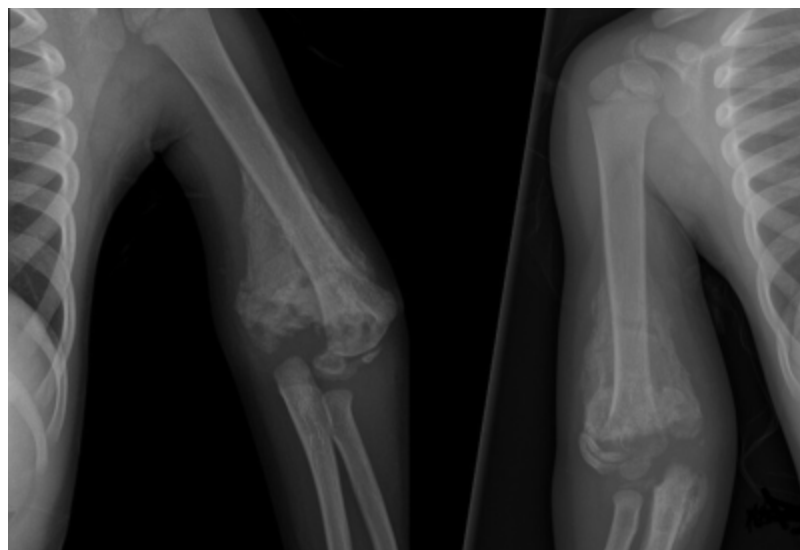
Diagnostika CAN syndromu je obtížná a možné důsledky mohou nevratně poškodit psychiku dítěte i jeho opatrovníků, proto by měl být lékař obezřetný s vyslovením podezření právě na tento syndrom. Před stanovením diagnózy CAN by měl lékař vyloučit systémová onemocnění dítěte, která mohou imitovat projevy CAN syndromu, a to například osteogenesis imperfecta, Ehlersův-Danlosův syndrom, rachitis, skrbut, infantilní kortikální hyperostózu, fibrózní dysplazii, vrozenou insenzitivitu k bolesti a jiné.

Kazuistika

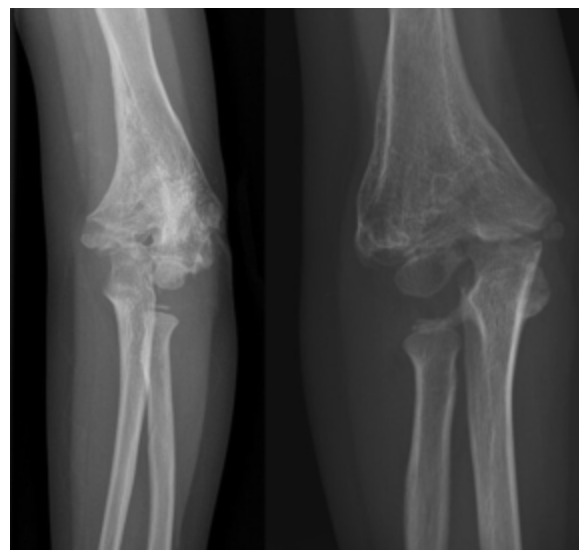
V prosinci 2016 byla do okresní nemocnice odeslána od praktického lékaře pro děti a dorost tříletá pacientka narozená v listopadu 2013 s podezřením na syndrom týraného dítěte. Ze vstupního vyšetření byla zřejmá velmi složitá rodinná situace již od narození.

Pacientka se narodila v termínu, porod byl bez komplikací, ale matka opustila porodnici i s dítětem předčasně. O dítě se nestarala, ani otec nejevil zájem, nakonec oba pacientku opustili. Přečasně byla v péči tety. Od února 2015 do května 2016 byla umístěna postupně ve dvou dětských

Obr. 1 Tvorba masivního svalku v důsledku zlomenin pažních kostí u pacientky z kazuistiky. Zde je taky nápadné luxační postavení v loketních kloubech



Obr. 2 Na snímcích patrná remodelace, postavení kostních členů v kloubech bez známek dislokace a úbytek svalku v porovnání s předchozím snímkem





domovech. Následně od června 2016 v pěstounské péči. V době příjmu pacientky do nemocnice se matka nacházela v zahraničí, otec byl ve výkonu trestu.

K příjmu se dostavila tříletá holčička, bledá, zakřivená, s prořídými vlasy, na hlavě s hojící se tržnou ránou a dysmorfii kožního septa nosu s jizvami. Patrné byly jizvy po starším poranění na dolním rtu a levém boltci, jizevnaté změny v oblasti genitálu a hráze, chyběla dentice. Na kraniální části zad, dlaních horních končetin, bérkách a dorzálních částech obou nohou se nacházely drobné hematomy staršího data. Na břišní stěně byla dvě drobná hyperpigmentovaná ložiska, suspektně hojící se popáleniny po cigaretových nedopalcích. V akromiální části levé klíční kosti a distálních částech obou pažních kostí byly hmatné tuhé rezistence, vs. hojící se svalky po předchozích zlomeninách (obr. 1). Na radiální straně levého lokte se nacházelo abscesové ložisko pravděpodobně vytvořené chronickým drážděním prominující kostí. To vše pěstounka vysvětlila jako nepřiměřenou manipulaci starší sestrou. Na cílený dotaz si pěstounka na stav pacientky při převzetí nevzpomíná. Z dalšího vyšetření byla zjištěna anémie pravděpodobně z chronických ztrát a podílem i karencí, s minimální hodnotou hemoglobinu 39 g/l vyžadující podání krevních derivátů. MRI mozku neprokázalo patologii. Na rentgenovém vyšetření bylo vysloveno podezření na hojící se starší impresivní zlomeninu temporoparietálně vlevo a byla potvrzena hojící se zlomenina akromiálního konce levého klíčku v malé dislokaci. Dále byl popsán stav po opakovaných zlomeninách v oblasti proximálního a distálního humeru bilaterálně s mohutnými osifikáty v distálních částech, výrazněji vlevo. Na prostých rentgenových snímcích byly zobrazeny reparační změny po četných zlomeninách kostí obou předloktí. Gynekologické vyšetření prokázalo stav po protržení hymenu, jizevnaté změny na perineu, v oblasti konečníku obraz zhojených drobných tržných poranění se sliznicí rekta vyhrézávající až do oblasti análních řas. Sliznice pochvy bez akutního poranění.

Celá záležitost byla paralelně řešena s Policií ČR, došlo k zajištění soudního rozhodnutí o odebrání pacientky z péče dosavadní pěstounky a byla ustanovena nová pěstounka. Po domluvě byla pacientka přeložena na vyšší pracoviště k došetření stavu a případnému řešení komplikací.

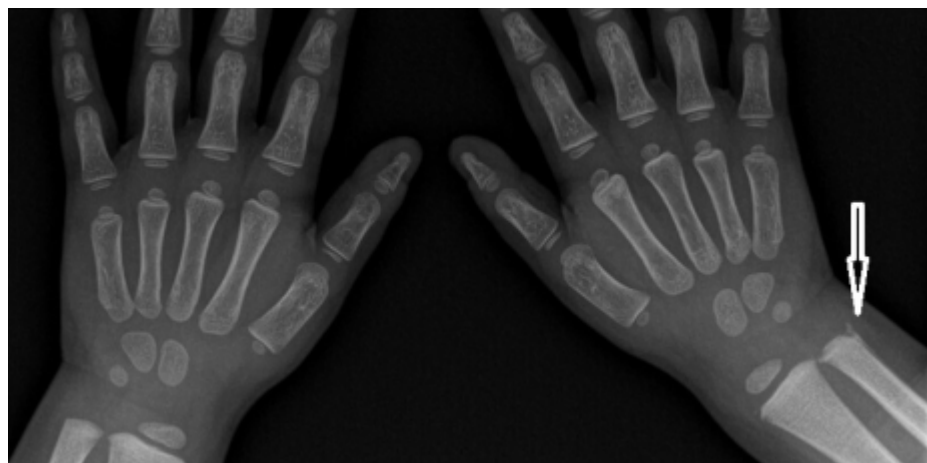
Pacientka byla v období od ledna do října 2017 opakovaně hospitalizována na vyšším pracovišti, kde proběhla další vyšetření pro téměř nemožnou hybnost v obou loketních kloubech horních končetin a eventuální možnost korekcí jizev v obličejové části hlavy.

CT i MRI vyšetření obou loketních kloubů zobrazilo stav po inveterované separaci distálních epifýz humeru bilaterálně s masivními paraosálními kalcifikacemi s výraznějším nálezem vlevo. V celkové anestezii byl proveden redres obou loketních kloubů s pohybem S 0–20–90 a přiložení sádrové fixace na tři týdny. Poté následovala intenzivní rehabilitace. Pro nehojící se chronický defekt na radiální straně levého lokte byl ve spolupráci s plastickými chirurgy nasazen VAC systém a po vyhojení provedena plastika translačním kožním lalokem.

ORL vyšetření prokázalo deformitu levého boltce s hematomem staršího data a deformací chrupavky, deformitu a rozšíření dorsa nosu s jizvou táhnoucí se přes apex nosu až na collumelu. Tato jizva způsobuje asymetrii nosních vchodů, septum přetahuje doleva. Plastický chirurg v současné době neuvažuje o operačním řešení. Ke zvážení je možná šetrná osteotomie a septoplastika kolem pátého roku věku.

Při poslední kontrole v listopadu 2017 byla pacientka v dobrém stavu, vyšetřený rozsah pohybu v obou loktech dosahoval flexe do 110° a omezení extenze o 20°. Rána po plastickém výkonu byla klidná. V plánu je kontrola plastickým chirurgem s odstupem jednoho roku. Eventuální osteotomie přichází pro tuto pacientku v úvahu až kolem 12–14 let věku. Prozatím jsou naplánovány jen kontroly hybnosti s ohledem na remodelační schopnosti dětského skeletu (obr. 2).

Obr. 3 Šipkou je naznačená „corner“ nebo „bucket handle“ zlomenina v oblasti distálního předloktí.



■ Závěr

Pečlivá anamnéza a důkladné klinické vyšetření jsou základními předpoklady k diagnostice CAN syndromu. Ten se z pohledu dětského chirurga/traumatologa projevuje určitými charakteristickými znaky, které by v základu měl znát každý pediatr, aby mohl vyslovit podezření na fyzickou formu CAN syndromu. Mezioborová spolupráce je v tomto případě nezbytná, a to jak v rámci lékařských profesí, tak v komunikaci s příslušnými orgány, jako je policie a sociální pracovníci. Při včasné rozpoznání CAN syndromu můžeme zabránit dalšímu fyzickému a psychickému poškození dítěte a možným fatálním následkům.

■ Použitá literatura

1. Havránek P. Dětské zlomeniny. Druhé, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, 2013, s. 55–58
2. Jacobi G, Dettmeyer R, Banaschak S et al. Child Abuse and Neglect: Diagnosis and Management. Dtsch Arztebl Int. 2010 Apr;107(13):231–239; quiz 240. doi: 10.3238/arztebl.2010.0231. Epub 2010 Apr 2
3. Zetterström R. Die Abschaffung des elterlichen Züchtigungsrechts in Schweden. In: Pernhaupt G (ed.) Gewalt am Kind. Wien, München: Jugend- und Volk Verlagsgesellschaft, 1983, s. 83–91
4. Balci E, Gün I, Mutlu Şarlı Ş et al. Still an unknown topic: child abuse and „shaken baby syndrome“. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2011 Sep;17(5):430–434
5. Popelová E. Doporučení pro využití zobrazovacích metod při podezření na syndrom týraného dítěte. Ces Radiol 2017;71(1):79–90



Moderní materiály a metody ošetřování a hojení ran

MUDr. Radovan Fiala

Klinika kardiovaskulární chirurgie 2. LF UK a FN Motol

Kůže je největším orgánem lidského těla. Kromě estetické a ochranné zastává řadu dalších, pro fungování organismu zásadních úloh. Poškození její integrity je spojeno s narušením nejen anatomických, ale i těchto fyziologických funkcí. Kůže vykazuje unikátní schopnost regenerace. Obnova tkáně je velmi komplexní a přitom základní fyziologický děj zajišťující přežití.

Hojení se klasicky popisuje jako proces probíhající v několika na sebe navazujících a zároveň se i překrývajících fázích. Iniciální čistící, zánětlivá nebo také exsudativní fáze začíná v okamžiku vzniku poranění. Krvácení z poškozených tkání je stavěno vazokonstrikcí a aktivací kaskády krevní srážlivosti. Z poškozených buněk se uvolňují cytokiny, prostaglandiny a další působky atrahující do místa postižení imunitní buňky, dochází k aktivaci nespecifické imunitní odpovědi. Cílem je omezit působení škodlivých vlivů a vyčištění rány. Při zdárném průběhu startuje proliferační nebo také granulační fáze. Pro tu je charakteristická zvýšená aktivita fibroblastů produkujících kolagen, neoangiogeneze a tvorba nové, granulační tkáně. Navazuje epitelizační (diferenciační) fáze s kontrakcí okrajů rány a přerůstáním kožním epitelem z okolí. Hojení dokončuje utlumení aktivity fibroblastů a remodelace tkáně – fáze označovaná jako tvorba nebo dozrávání jizvy.

V případě správného průběhu hojení dojde k vyčištění spodiny, likvidaci patogenů, dotvoření chybějící tkáně a obnovení integrity kůže. Narušení tohoto procesu – ať už se jedná o stagnaci zánětlivé (čisticí) fáze,

zpomalení granulace, chybějící epitelizaci nebo poruchu dozrávání jizvy – vede vždy k dyskomfortu a snížení kvality života, v nejtěžších případech k rozvoji sepse, nutnosti amputace postižené končetiny nebo ohrožení života postiženého.

K nejčastějším typům problematicky se hojících ran patří bérkové vředy, dekubity, defekty provázející syndrom diabetické nohy a komplikované operační rány. Chronické rány však nejsou jen problémem vyšších věkových skupin, ve zvláštních případech se mohou týkat i mladé populace a pediatrických pacientů. Příčin poruch hojení, ať už na jakékoliv úrovni, existuje celá řada. Přes probíhající podrobné studium fyziologických i patologických dějů a nesporný posun v objevení a pochopení některých enzymatických procesů probíhajících v ráně ještě nebyly všechny objasněny. Na složitý proces hojení mají vliv nejen faktory působící lokálně přímo v ráně a jejím okolí, ale důležitou, i když často opomíjenou součástí jsou i podmínky celkové (tabulka 1).

■ Ošetřování ran v průběhu staletí – od vlhkého k suchému a zase zpátky

Historie hojení ran je stará jako lidstvo samo. Již v záznamech pocházejících z období starověkého Egypta, Mezopotámie a Řecka lze nalézt základní zásady hojení – omytí rány, léčivý obklad a krytí. Léčivé obklady tehdy často představovaly směsi tvořené bahnem nebo jílem, rostlinami a bylinami. Důležitými ingrediencemi byly olivový olej, sádlo nebo

med. Velmi zajímavé je právě použití medu, u kterého dnes známe antibakteriální účinky. Historiky bylo doloženo již v tisíce let starých civilizacích různých částí světa (např. Egypt, Indie). Dokumentuje to fakt, že různé kultury dospěly empiricky a přitom nezávisle na sobě ke stejnému úspěšnému způsobu léčení ran. Dnešní optikou lze na některé tyto návody nahlížet jako na ideální způsob absorpce exsudátu a udržení vlhkého prostředí v ráně. Antibakteriální působení nejen medu, ale i koupelí a oplachů ran vínem, pívem nebo octem lze považovat za počátky technik ke kontrole infekce. Dodnes platné charakteristiky zánětu – rubor, tumor, calor a dolor – pocházejí ze starého Říma.

Středověké lékařství, používající jako základní terapeutický postup venepunkci, si kromě systému základních tělesných šťáv mnoho inspirace nepřevzalo. Teprve od konce 16. století se postupně začíná z nekoordinovaného ranhojičství a lazebnictví rozvíjet chirurgie, která se však uznání jako lékařského oboru dočkává až za dalších 200 let. Vrcholný novověk je spojen s ošetřováním ran suchými bavlňnými obvazy a tylem. Významný milník představovalo 19. století a zavedení antisepse. Vedle Ignáce Semmelweise (1818–1865) je další velkou postavou dějin medicíny Florence Nightingale (1820–1910), zakladatelka moderního ošetřovatelství. Základním způsobem ošetřování ran v průběhu obou světových válek byla dezinfekce a krytí sterilním obvazem (gázou), tedy udržování ran v suchém prostředí, postupně doplněné o podávání nově objevených zázračně působících antibiotik. Od 50. a především 70. let 20. století začínají stávající přístupy narušovat nové teorie tzv. vlhkého hojení, bořící základní dogma, že co je vlhké, to je infikované. Posun způsobu ošetřování ran od oplachu peroxidem vodíku nebo dalšími, sice účinně dezinfekčními, ale současně také cytotoxickými, okolí rány iritujícími, nebo dokonce karcinogenními roztoky a krytí sterilní gázou k aplikaci moderních materiálů a metod vlhkého hojení byl přes rozsáhlou osvětu jen pozvolný. Na některých pracovištích nebyl ještě zcela dokončen

Tabulka 1 Vybrané lokální a celkové faktory ovlivňující hojení

LOKÁLNÍ	CELKOVÉ
stav krevního zásobení (arteriální i venózní)	věk
stav okolních tkání	komorbidita
působení tlaku	stav imunitního systému
přítomnost infekce	renální funkce
pohyb v ráně	nutrice
teplota a pH	farmakoterapie
hydratace a otok	mobilita
technika šití	psychický stav



ani na počátku 21. století. I po zavedení moderních ošetrovatelských materiálů dále pokračuje podrobnější studium procesů probíhajících při hojení rány, regulačních mechanismů a pozitivních i negativních faktorů na enzymatické a molekulární úrovni.

■ Proč vlhko

Principem vlhkého hojení ran je poznatek, že vlhkost nezvyšuje riziko infekce, ale naopak vytváří optimální podmínky pro všechny procesy hojení, a tím je výrazně zrychluje. Ve fázi čištění podporuje autolýzu a umožňuje ošetření bez poškození vitální tkáně. Ve fázi granulace podporuje růst a dělení buněk, ve fázi epitelizace usnadňuje přerůstání kožních buněk. V průběhu celého hojení zabraňuje vytváření krust na spodině rány, a tím ve výsledku zlepšuje i vzhled jizvy.

■ Moderní krytí ran

Na domácím i na světových trzích jsou dostupné stovky, možná tisíce různých produktů určených k ošetřování ran. Podle způsobu jejich použití nebo principu působení je lze rozdělit do několika základních skupin:

Dezinfekční a oplachové roztoky

Moderní roztoky používané k ošetření rány nezpomalují hojení, nejsou toxické, neiritují a nealergizují. Jejich účelem je zvlhčení rány, které může napomoci k bezbolestnému odstranění předchozího krytí, ale především vede k mechanické očištění spodiny rány a její dekontaminaci. Použití na začátku převazu přispívá k odstranění tzv. biofilmu – nekrotických buněk a tkáně, fibrinového povlaku a bakterií. Principy působení dezinfekčních a oplachových roztoků mohou být různé, u dnes nejčastěji používaných přípravků vycházejí z účinku polyhexanidu, chloridu sodného, undecylenamidopropylbetainu nebo superoxidovaných roztoků. Roztoky jsou dostupné v různých transportních i aplikačních formách pro domácí i nemocniční použití.

Hydrogely

K základním způsobům, jak udržet ránu v optimálním vlhkém prostředí, patří použití hydrogelů. Jsou tvořeny polymery s vysokým obsahem vody a schopností absorbovat tekutiny. Po aplikaci do rány prolnou se sekrety produkovanými její spodinou, zabraňují vysoušení a zároveň vytvářejí krycí vrstvu chránící před vnějším prostředím. Nelepí se na ránu a usnadňují tím další převazy.

Antiseptické mřížky

Neadhezivní mřížky z bavlny, acetátu, viskózy nebo polyesteru napuštěné dezinfekčně působící látkou – jodovaným povidolem, chlorhexidinem, solemi bismutu nebo manuka medem – po aplikaci na ránu kromě svého antibakteriálního účinku ochraňují nově vzniklé granulace a umožňují prostup exsudátu do sekundárního krytí. K dispozici jsou různé velikosti materiálů, které lze jednoduše upravit tak, aby vyhovovaly rozsahu nebo tvaru defektu.

Absorpční krytí

Pro ošetření defektů produkujících velké množství exsudátu je k regulaci vlhkosti vhodné použít materiály schopné absorbovat tekutiny a současně redukovat bakteriální osídlení. Právě infekce je častou příčinou nadměrné sekrece. Materiály na bázi aktivního uhlí, alginátů, polymerů, silikonové pěny nebo tzv. biokeramického krytí umožňují fyzikální čištění rány a zároveň uvolňují antiseptické látky v podobě solí stříbra nebo jódu. Jsou vhodné i k vyplnění hlubokých defektů. Kromě absorpce exsudátu mají schopnost pohlcovat zápach.

Manuka med

Použití medu k ošetřování ran, dokumentované již před několika tisíci lety, vychází z jeho přirozeného působení jako lokálního antiseptika. Po aplikaci medu do rány dochází k chemickým reakcím, jejichž produktem je peroxid vodíku. Nízké koncentrace této klasické antiseptické látky (přibližně tisícinásobně menší než v běžném 3% roztoku H_2O_2) ničí bakterie bez negativního účinku na vlastní tkáň. Současně byly popsány schopnosti enzymatického débridementu a osmoticky podmíněné lokální protizánětlivé a protiedematózní působení. Komerčně vyráběné zdravotní přípravky jsou založeny na manuka medu. Tento specifický druh medu z keřů *Leptospermum scoparium* rostoucích na Novém Zélandu a v jižní Austrálii vykazuje vysokou koncentraci methylglyoxalu, kterou se vysvětluje jeho účinnější antibakteriální působení. Přípravky s obsahem manuka medu jsou dostupné ve formě polotekutého 100% medu, napuštěné neadhezivní mřížky a alginátu s medem.

Sekundární krytí

K fixaci a ochraně vlastního terapeutického materiálu slouží celá řada sekundárních krytí. Některá z nich jsou uzpůsobena i absorpci nadměrného množství exsudátu.

Základním typem krytí bez vlastního terapeutického účinku je tradiční sterilní gáza. Ke speciálním krycím materiálům patří samolepící absorpční krytí, transparentní paropropustné fólie nebo polyuretanové pěny.

■ Zásady ošetření rány

Základní principy moderního ošetřování chronických ran shrnuje systém TIME, publikovaný v roce 2003 European Wound Management Association. Zkratka je akronymem prvních písmen anglických termínů pro jednotlivé složky, které je nutné ovlivnit při péči o ránu (tabulka 2).

Tabulka: TIME systém (Schultz et al., 2003)

T	= Tissue (tkáň)
I	= Inflammation/Infection (zánět/infekce)
	– kontrola zánětu a infekce
M	= Moisture (vlhkost)
	– zajištění adekvátní vlhkosti
E	= Edge (okraje)
	– débridement, odstranění nekrotické tkáně
	– podpora granulace a epitelizace

Pochopení souvislostí mezi jednotlivými složkami TIME systému a jejich adekvátní řešení vede k optimalizaci spodiny rány a je základní podmínkou úspěšného hojení. K systému se aktuálně v některých doporučeních přidává další složka – S = Skin (kůže). Odráží to fakt, že kromě spodiny rány je důležitým předpokladem hojení i stav okolní kůže a péče o ni.

Klasické dělení ran podle charakteru jejich spodiny, resp. v ní převažující tkáně (nekrotická, povleklá, granulující, epitelizující) bývá nahrazováno barevným škálováním tzv. kontinua hojení rány (WHC – Wound Healing Continuum). Dominantními barvami na stupnici zleva doprava jsou černá, žlutá, červená a růžová. Základní odstíny do sebe plynule přecházejí se všemi barevnými mezistupni. Černá barva odpovídá nekrotické tkáni, žlutá hnisu nebo fibrinovým povlakům, červená typicky již zdravé granulační tkáni a konečně růžová novotvořenému epitelu. WHC nabízí jednoduchý návod pro ošetřování – snažíme se vždy posunout vzhled spodiny rány od tmavých černých, zelených a žlutých odstínů k červené a růžové. Červená rána vyžaduje již jen stabilní vlhké prostředí.

K odstranění nežádoucích okrsků tkáně slouží v moderním pojetí ošetřování ran různé techniky, z nichž v našich podmínkách



používáme tradiční chirurgické metody doplněné o některé nově vyvinuté nebo znovobjevené.

■ Moderní techniky optimalizace spodiny rány

Nekrektomie/Débridement

Klasické chirurgické techniky, jejichž principem je odstranění „nezdravé“ složky rány, tzv. buněčné zátěže – tj. nevaskularizované nekrotické tkáně, bakteriálního filmu a fibrinových povlaků. Základní mechanický débridement lze provádět proudem vody při sprchování rány, typicky pak v chirurgické ambulanci pomocí skalpelu, chirurgické lžičky nebo nůžek. Vedle mechanické očisty lze využít i schopnosti autolýzy, kterou podporuje opět udržování rány ve vlhkém prostředí. Débridement přispívá ke zmenšení zánětlivé reakce okolí a redukcí bakteriálního osídlení i k odstranění zápachu.

Podtlaková drenáž

Působení negativního tlaku na spodinu rány (NPWT – Negative Pressure Wound Therapy) je relativně novou technikou. Počátky metody, tak jak ji známe v dnešní podobě, se datují do počátku 90. let 20. století, širšího rozšíření se dočkává v posledních letech (v České republice zavedena v roce 2005). Při NPWT je na spodinu rány aplikována speciální porézní hmota (pěna, „houba“), jejíž tvar je možné nůžkami upravit do požadovaného tvaru dle rozsahu defektu. Po fixaci a utěsnění pěny v ráně sterilní průhlednou fólií je celý systém napojen hadicí opatřenou terčem a konektorem k odsávacímu připojeným sběrným kontejnerem. Spuštěním odsávacího dojde při správné aplikaci k odsátí vzduchu z hadic a porézní hmoty a jejímu přilnutí ke spodině rány. Systém lze nastavit na požadovanou hodnotu podtlaku a jeho kontinuální nebo přerušované působení. Pěna v ráně absorbuje sekrety produkované ranou a udržuje uzavřené vlhké prostředí, nadbytečný exsudát je odváděn hadicí do sběrného kontejneru.

Podtlak působící na spodinu rány zvyšuje lokální perfuzi a podporuje granulaci. Několikadenním odsáváním dochází k redukcí otoku, zmenšení objemu rány a přiblížování jejích okrajů. Terapie podporuje autolytický débridement.

Moderní odsávací systémy jsou přenosné, neomezují pohyb pacienta a lze je zapůjčit i pro použití v ambulantních a domácích podmínkách. Terapii lze použít u široké

škály akutních i chronických ran, traumat, popálenin a sekundárně se hojících chirurgických ran. Na našem pracovišti jde typicky o problematiku se hojící sternotomie, rány v tříselech, fasciotomie, syndrom diabetické nohy a bérkové defekty.

Hydrochirurgie

Šetrného mechanického débridementu lze dosáhnout i působením vysokotlakého vodního proudu. Metoda je založena na tangenciálním působení tenkého vodního paprsku na spodinu rány a postupném odstraňování nekrotické tkáně. Některé systémy kombinují proud sterilní tekutiny s ultrazvukovými vlnami.

Larvoterapie

Larvoterapie je způsob biologického débridementu pomocí nedospělých stádií mouchy bzučivky zelené (*Lucilia sericata*). Larvy tohoto hmyzu jsou schopny se živit pouze mrtvou tkání. Jejich specifické vlastnosti se využívá k čištění nehojících se ran.

Ve speciálním laboratorním chovu množené a sterilně chované larvy se po vyplavení z přepravního kontejneru aplikují do defektu, kde se ponechají 3 až 4 dny působit. V průběhu tohoto času precizně oddělují nekrotické tkáně od vitálních a požitou stravu enzymaticky zkapaňují. Přitom dokáží likvidovat patogenní bakterie včetně multirezistentních kmenů. Svým pohybem mechanicky stimulují spodinu rány, a tím zvyšují prokrvení. Vylučují výměšky obsahující ureu, alantoin a další aktivní látky, které jsou součástí jejich trávicích šťáv. Tím přispívají k alkalizaci rány.

Během několika dnů se z původně titěrných larev stávají přibližně centimetroví jedinci. Ukončení larvoterapie spočívá v sejmutí obvazu a opláchnutí defektu fyziologickým roztokem. Larvy jsou poté zlikvidovány jako běžný biologický odpad. Aplikaci lze provádět dle potřeby i opakovaně.

Larvoterapie pomáhá předejít zbytečné agresivitě chirurgického débridementu. K hlavním indikacím patří syndrom diabetické nohy, bérkové vředy a dekubity. Lze ji ale využít obecně do všech druhů nekrotických nebo infikovaných defektů nekomunikujících s tělními dutinami.

Použití larev provází vlna publicity, která je mnohdy založena na hororových scénářích a v opačných případech spojena s přehnaným očekáváním. Navzdory některým mylným představám a mýtům se nejedná o „červy“ požírající lidské maso ani o vše-

spásný způsob léčby. Larvy jsou schopny trávit pouze mrtvou tkáň, k vitálním částem spodiny proto nejsou agresivní. Nabízejí šetrný débridement, kterému ale pro úspěšné zahojení defektu musí (stejně jako u všech jiných metod) předcházet účinné ovlivnění příčiny (např. provedení revaskularizace končetiny). Přes možný odpor způsobený estetickým vzhledem a potencovaný čichovými vjemy specifického zápachu močoviny je larvoterapie pacienty velmi dobře tolerována a často i vyhledávána.

V České republice zažívá larvoterapie renesanci od roku 2002, po experimentálním použití byla v roce 2003 schválena Vědeckou radou Ministerstva zdravotnictví ČR jako léčebná metoda. O její rozšíření se zasloužil cévní chirurg MUDr. Karel Novotný.

■ Závěr

Použití všech technik sanace a optimalizace spodiny rány a široké škály moderních materiálů založených na principu vlhkého hojení ran je komplementární. Podmínkou úspěšné léčby je vždy pochopení procesů, které se v defektu právě odehrávají, a vytvoření podmínek pro vyčištění, granulaci a uzavření rány. Tomu odpovídá i kombinace léčebných postupů a krytí.

Univerzální návod, jak úspěšně zahojit každou chronickou ránu, neexistuje. Moderní ošetřovatelské postupy vycházející z principů ovlivnění spodiny rány a vlhkého hojení mají svá základní pravidla, jejich aplikaci je však nutno přizpůsobit individuální situaci. Stanovení léčebného plánu musí vždy vycházet z etiologie rány, tedy určení příčiny patologického terénu, ve kterém chronický defekt vznikl. Teprve po jejím odstranění, nebo přesněji ovlivnění co největšího množství jak lokálních, tak celkových faktorů lze očekávat pozitivní efekt a zhojení. V tomto „holistickém“ přístupu nebo lépe komplexní péči je velmi důležitá spolupráce lékaře první volby (praktického lékaře) s dalšími specializacemi – dermatologem, chirurgem, angiologem, cévním chirurgem, plastickým chirurgem, geriatrem, diabetologem, nefrologem nebo nutričním specialistou. V multidisciplinárním pojetí péče je však zásadní zachování konzistentního postupu a především trpělivost.

■ Kazuistika komplikovaně se hojící rány u dítěte

13letá dívka, při jízdě na snowboardu střet s kovovým hrazením sjezdovky – disloko-

vaná fraktura levého femuru, řešená repozicí a osteosyntézou (obr. 1, 2).

Druhý pooperační den rozvíjející se známky ischémie LDK, sensomotorický deficit periferie, otok bérce, compartment syndrom.

Po transportu do FNM provedena urgentně fasciotomie, DSA s průkazem uzavěru *a. poplitea*, v.s. disekce po tupém poranění dislokovaným kostním fragmentem (obr. 3), řešeno cévně-chirurgickou rekonstrukcí (žilním interponátem) (obr. 4).

Přes obnovu perfuze vitalita svalů předního tibiálního compartmentu sporná, v.s. již irreverzibilní poškození, postupný rozvoj nekrózy (obr. 5).

Zahájena intenzivní lokální terapie, opakovaně limitovaná nekrektomie s cílem zachování krytu tibie, podpora granulace a fibrotizace zbývajících nekrotických svalových skupin (obr. 6).

Postupné uzavírání defektu (obr. 7, 8).

Po extrakci stehů částečná dehiscence kůže (obr. 9), zhojena sekundárně, jizva následně korigována plastickým chirurgem (obr. 10).

Celková doba hojení a uzavírání rány 5 měsíců, použity techniky chirurgického ošetření (débridement, nekrektomie), vlhké hojení ran (gelové krytí) + lymfomasáže, enzymoterapie, laser.

Končetina zachována, přes chybějící přední svalový compartment (absence dorsální flexe) s nutností korekce kontraktury Achillovy šlachy končetina funkčně dostačující, bez limitace v pohybu a sportovních aktivitách (taneční, jízda na snowboardu...). Stav před (obr. 5) a po (obr. 10).

Literatura k dispozici u autora



Obr. 1



Obr. 2



Obr. 3



Obr. 4



Obr. 5

Obr. 6



Obr. 7



Obr. 8



Obr. 9



Obr. 10





Popáleniny z pohledu praktické medicíny dětí a dospělých

MUDr. Blanka Kocmichová

Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN Motol

Na Klinice dětské chirurgie v Motole ošetřujeme termické a ztrátové úrazy dlouhodobě od jejího založení v roce 1953, od vzniku samostatného oboru popáleninové medicíny jsme se soustředili především na ambulantní ošetřování méně rozsáhlých poranění, která ale vyžadují vždy odborný dohled, zvláště v nejnižších věkových kategoriích (kojenci a batolata do 3 let věku). Cílem tohoto sdělení je představit dlouholeté zkušenosti s léčbou termických a ztrátových poranění na ambulanci dětské chirurgie při základní skladbě pacientů ve věkové kategorii 0–20 let a některých dalších dospělých.

Během posledního čtvrtstoletí (od roku 1993) jsou k léčbě termických úrazů a ztrátových poranění na naší klinice užívány především hydrogelové obvazy v kombinaci s enzymatickou nekrektomií (užití prostředků obsahujících enzymatické systémy), od roku 2000 užíváme k léčbě hlavně alginogely, ať už hydrokoloidní (obsah L-argininu, alginátu a hydroxybenzoátu), nebo enzymatické (enzymatický systém glukózoxydázy a peroxidázy). V posledním roce jsme se vrátili rovněž k aplikaci kolagenázy pro její snadnější dostupnost na trhu a dobré zkušenosti z minulých let, nebráníme se rovněž aplikaci všech novinek (nyní např. preparáty s obsahem mořské soli) a dalšího spektra gelů ve všech podobách. Výhodou alginogelů a dalších hydrokoloidů je jednoduchá a téměř bezbolestná aplikace (téměř okamžitý analgetický efekt), vysoká antimikrobiální (baktericidní) aktivita, velká absorpční kapacita při sekreci z rány, schopnost udržení vlhkého prostředí v ráně a tím podpora nekrolýzy, růstu granulací a vzniku nové tkáně a podpora epitelizace hojících se defektů.

Důležitým faktorem v užití alginogelů je i jejich funkce při prevenci vzniku hypertrofických jizev a tím zajištění uspokojivého kosmetického efektu hojení.

Významně se projevuje i omezení až nulová aplikace antibiotik v průběhu léčení s výjimkou komplikovaných septických stavů.

Pacienty je současně velmi kladně přijímána skutečnost maximálního snížení frekvence převazů (1× za 3–5 dnů) při možnosti plného využití ambulantního léčení, zvláště ve vyšších věkových kategoriích, jako jsou studenti a mladí dospělí.

Na ambulanci KDCH FNM je během roku ošetřeno několik desítek pacientů s termickým a ztrátovým poraněním. Užití alginogelů a jim podobných prostředků v kombinaci s další terapií (laserterapie, fyzioterapie) je dle našich zkušeností jednou z nejjednodušších, poměrně málo invazivních, ale současně velmi efektivních metod, umožňující vyléčení postižené tkáně s minimálními následky.

Léčba popálenin a kožních defektů nespádá pouze do oblasti dětské chirurgie a traumatologie, ale naše léčba je intenzivně využívána v pediatrii, neonatologii, u neurologických a v neposlední řadě především hematologických pacientů a pacientů na KAR (Klinika anesteziologie a resuscitace), kde se podílíme na léčení i velmi komplikovaných stavů, jako je například Stevenův-Johnsonův a Lyellův syndrom a mnohé další.

Cílem našeho léčení jsou termická a ztrátová poranění, komplikace primárně znečištěných ran, rány primárně infikované (kousnutí, štípnutí, uštknutí) a rovněž komplikace vzniklé léčením (nekrózy, dekubity). Kromě vyléčení pacienta se snažíme především o snížení dopadu následků jak na pacienta, tak na celou jeho rodinu.

Na Klinice dětské chirurgie je ročně v průměru hospitalizováno 3 000 pacientů, 17 800 pacientů je v průměru léčeno ambulantně. Počet pacientů se každým rokem zvyšuje, v roce 2017 jsme ošetřili již 18 640 pacientů. 33 % ambulantních pacientů je léčeno pro některý typ kožního defektu, průměrná doba dekontaminace defektu se pohybuje kolem 7 dnů. Užití enzymatické nekrektomie a hydrokoloidních obvazů v kombinaci s dalšími prostředky znamenalo rovněž významný pokles vzniku hypertrofických jizev, z 29,9 % v roce 1983 na 3,1 % v roce 2010.

Vlastní ošetření je u méně rozsáhlých poranění (do rozsahu 1–2 % ztráty kožního povrchu) jednoduché, je ale nutné dodržovat určité zásady. Vždy musíme odstranit puchýře, jejichž ponechání zabraňuje hojení, plochu ošetřit libovolným antiseptickým prostředkem (na ambulancích KDCH FNM používáme zásadně Betadine a Prontosan), a následně aplikovat v tenké vrstvě gelový obvaz (např. Flamigel, Hemagel, Flaminal, Iruxol mono v kombinaci s Flamigelem) a defekt překrýt dostatečnou vrstvou gázy a kompresivního krytí. Nedoporučujeme kombinovat krytí s aplikací mastného tylu, granulace prorůstají oky tylu; odstraňování obvazu je potom obtížnější a současně poškozují již zahojenou tkáň.

Obvaz můžeme ponechat bez výměny až 5 dní, pokud je pacient bez obtíží a obvaz zůstává suchý. Při výměně obvazu je nutné jeho důkladné zvlhčení (fyziologickým roztokem, Prontosanem, nejlépe se nyní osvědčuje Aquitox spray) a opakování celého postupu do úplného zhojení defektu. Zvýšený důraz klademe na efektivní kompresi obvazu a jeho dostatečný přesah přes okraje rány. Po zhojení aplikujeme na plochy libovolnou masážní emulzi nebo mast, osvědčují se nám masti konopné a měsíčkové, olivové a s aloe vera, současný trh rovněž nabízí množství různých masážních gelů na jizvy, počínaje osvědčeným Contractubexem, dále se osvědčuje Stratamed a Strataderm, Dermatrix a mnohé další.

Na základě dlouholetých zkušeností (2000–2018) můžeme tvrdit, že gely (hydrogely, alginogely, hydrokoloidy) mají dostatečnou nekrolýtickou a antimikrobiální aktivitu, jejich aplikace je jednoduchá a příjemná pro pacienta, takže nacházejí plné využití v ambulantní i nemocniční praxi. Současným trendem je i uspokojivý kosmetický efekt.

Výsledkem našeho snažení s pomocí kombinované terapie, individuálního přístupu a mezioborové spolupráce zůstává spokojený pacient a jeho rodina.



Kazuistika 1a-f: opaření pravé ruky horkou polévkou při vaření u osmnáctiměsíčního batolete, stav po úrazu 1a, 1b; průběh hojení 1c, 1d; výsledný stav po dvou měsících 1e a 1f.



1a)



1b)



1c)



1d)



1e)



1f)

Kazuistika 2a-d: vtažení ruky do běžecového pásu u čtyřletého dítěte; 2a – stav po úrazu, ztrátové poranění v kombinaci s otevřenou zlomeninou II., III. a IV. prstu pravé ruky; 2b a 2c – průběh hojení; 2d – stav po dvou měsících



2a)



2b)



2c)



2d)



Kazuistika 3a-c: opaření tváře horkým čajem z termosky u sedmileté dívky, stav po úrazu 3a, průběh hojení 3b, výsledný stav po třech týdnech 3c.



3a)



3b)



3c)

Kazuistika 4a-b: opaření horkým čajem u desetiměsíčního kojence, stav 3 dny po úrazu (původně ošetřen na jiném pracovišti) 4a, stav 3 týdny po úrazu 4b



4a)



4b)

Kazuistika 5a-b: dotyková popálenina pravé ruky pětiletého dítěte o sklokera-mickou varnou desku, stav po úrazu a primárním ošetření, snesení puchýře a aplikace algínogelu před přiložením kompresivního obvazu 5a, stav po dvou týdnech 5b



5a)



5b)



Kazuistika 6a–c: defekt po odstranění opakovaně recidivující dermoidní cysty nosu u sedmiletého chlapce 6a, průběh hojení, laserterapie + alginogely 6b, výsledný stav za 10 týdnů 6c



6a)



6b)



6c)

Kazuistika 7a–g: vzplanutí ředidla na ochranném pracovním oděvu u sedmnáctiletého chlapce, stav po úrazu 7a, 7b, průběh hojení 7c–f, výsledný stav po čtyřech týdnech 7g



7a)



7b)



7c)



7d)



7e)



7f)



7g)

Kazuistika

Pozdní diagnóza avulzní fraktury pánve u adolescenta

MUDr. Marie Michálková

Oddělení úrazové chirurgie, Pardubická nemocnice, Nemocnice Pardubického kraje a.s.

Čtrnáctiletý chlapec přichází do ambulance úrazové chirurgie pro bolesti v oblasti pravého třísla. Potíže má již několik týdnů, ne-li měsíců, přesně si nevzpomíná, kdy obtíže začaly a co jim předcházelo. Z jeho osobní anamnézy je sledován pro intoleranci lepku, dodržuje dietu, v této diagnóze má i rodinnou zátěž ze strany otce. Jinak je zcela zdravý. Je aktivním sportovcem, prakticky denně hraje fotbal a závodně lyžuje.

Po odebrání podrobnější anamnézy, cílené na úrazový mechanismus, si chlapec vzpomíná, že asi před třemi měsíci při fotbalovém zápase při souboji s protihráčem upadl. Zápas pro bolesti v pravém třísle nedohrál. Nicméně po několika dnech relativního klidového režimu došlo k částečnému ústupu obtíží, a tak on ani rodiče poranění nevěnovali další pozornost. Pacient pokračoval

v trénincích, jak fotbalových, tak lyžařských. Bolesti při zátěži měl intermitentní, nebyly ale takové intenzity, aby ho při sportu výrazněji omezovaly, resp. omezovaly ho pouze při max. zatížení končetiny. Rodičům si poté již nepostěžoval. Tento stav trval necelé tři měsíce, do doby, kdy chlapec absolvoval fyzicky náročné lyžařské závody, po nichž bolesti progredovaly.

Přichází tedy k ošetření v doprovodu rodičů. Jediným subjektivním steskem je bolest v oblasti pravého třísla při zátěži (např. při kopnutí do fotbalového míče, při běhu...). Klidové bolesti neudává. Otoky nepozoruje. Parestezie či hypostezie končetiny neguje. Objektivní klinický náález je poměrně chudý. Pánev je pevná, není zřejmý otok ani hematoma, komprese na pánev nebolestivá, SI skloubení a symfýza nebolestivé, přítomna

je prostá palpační bolestivost supraacetabulárně vpravo a pozitivní stress test na *musculus quadriceps femoris* vpravo. Třísla bez hmatné rezistence. Dolní končetiny bez zkratu či rotace, bez nervově-cévních poruch na periférii. Hybnost pravého kyčelního kloubu je s minimálním algickým omezením flexe.

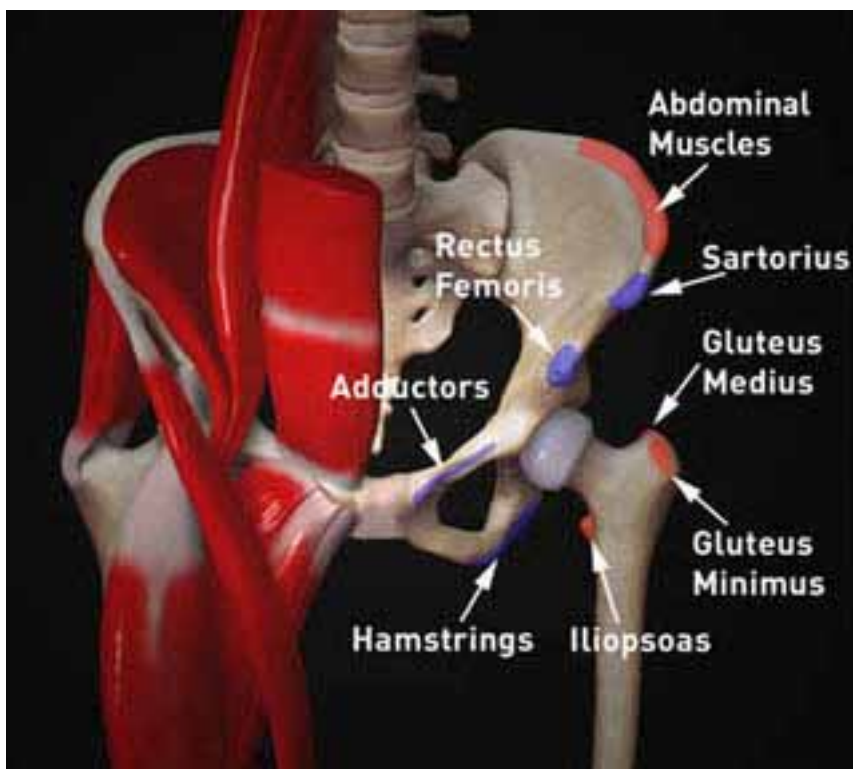
Pacient je odeslán na rentgenové vyšetření pánve a pravé kyčle (AP a axiální projekce) a UZ vyšetření měkkých tkání pravého třísla. Na RTG snímku nejsou popsány čerstvé traumatické změny, nefyziologický je však náález asymetrické skleroticky lemované osifikace / fragmentu o velikosti 30 × 11 mm laterokaudálně od *spina iliaca anterior inferior* (dále SIAI), která se SIAI vytváří v.s. pseudoartikulaci. Ultrasonograficky měkké tkáně pravého třísla s normálním nálezem.

Vzhledem k nejasnému nálezu a časovému odstupu od traumatu (pokud byl opravdu příčinou současných obtíží) indikujeme vyšetření magnetickou rezonancí, které jednoznačně prokazuje starší avulzní zlomeninu SIAI vpravo s úponem *musculus rectus femoris*. Jsou přítomny přilehlé osifikace a produktivní reparativní změny, úpon *m. rectus femoris* je nehomogenní, prosáklý, vlastní šlacha svalu je však intaktní.

Po zhodnocení anamnézy, klinického nálezu a výsledku zobrazovacích metod tak byla stanovena diagnóza: Prodloužené hojení (resp. počínající pakloub) po avulzi *spina iliaca anterior inferior* vpravo. Chlapec a jeho rodiče jsou poučeni o charakteru poranění a vzhledem k minimální dislokaci fragmentu je indikována konzervativní léčba, tedy dodržování klidového režimu bez sportu a zátěže, dle možností udržování pasivní flexe v kyčli a koleni a chůze o francouzských holích s odlehčením končetiny minimálně po dobu 6 týdnů.

Po 6 týdnech chlapec přichází ke kontrolnímu vyšetření. Subjektivně bolesti mírnější intenzity, končetinu šetří. Objektivně stacio-

Obr. 1 Jednotlivá origa svalů na skeletu pánve





Obr. 2 RTG pánve, vstupní vyšetření, šipkou označena PSA SIAI vpravo

nární nález. Na RTG snímku přetrvává obraz pseudoartrózy SIAI, reparativní změny příliš nepokročily. Následné kontroly naplánovány v intervalech 3, 6 a 12 měsíců. Díky dodržování léčebného režimu pozorujeme pokroky v tvorbě kosterního svalku a zánik lomné linie. Tomu odpovídá i subjektivní a objektivní nález. Šest měsíců od primárního ošetření je chlapci povoleno postupné odkládání francouzských holí a postupná zátěž striktně

do bolesti, doporučujeme lehké kondiční běhání, plavání a jízdu na kole. Na RTG je zlomenina kompletně prohojena a přestavba dokončena, v místě příhojení SIAI je přítomna laterálně prominující apozice o velikosti 35 × 25 mm, klinicky však nepůsobí obtíže či funkční omezení kyčelního kloubu. Rok od primárního ošetření chlapec končetinu plně zatěžuje, nadále aktivně hraje fotbal a závodně lyžuje bez omezení. Bolesti

neudává, klidově ani po zátěži. Objektivně konfigurace a hybnost kyčle v normě, stress test na *m. quadriceps femoris* negativní, resp. nebolestivý. Rentgenový snímek prokazuje plné prohojení.

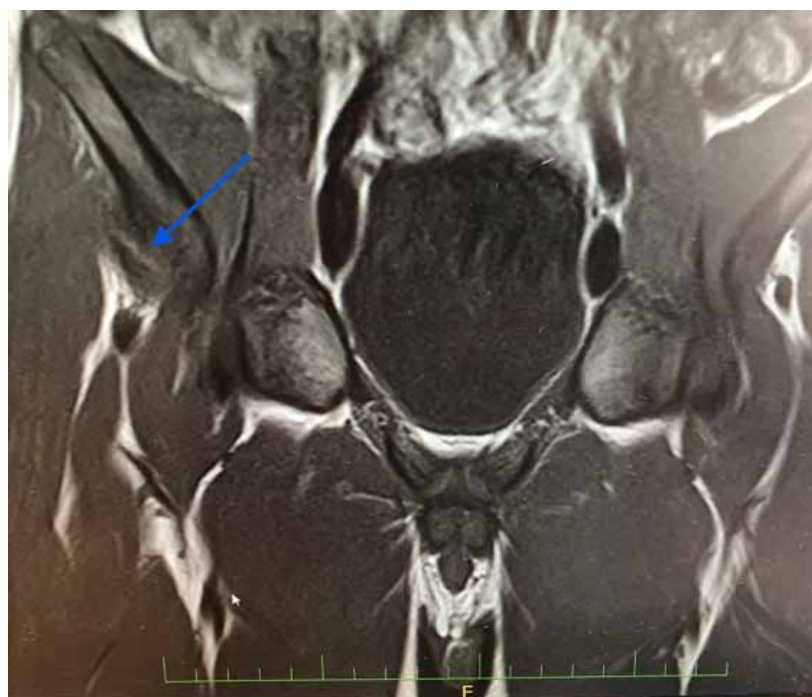
Medicínsky nevýznamným, nicméně pro aktivního mladého sportovce neopomenutelným následkem zůstává fakt, že byl pacient téměř rok postaven mimo tréninkový režim, což mu ve sportovní „kariéře“ mohlo uškodit. Nutno ale zdůraznit, že díky zdravému rozumu chlapce a jeho rodičů a spolupráci při léčbě došlo ke zhojení *ad integrum* a není třeba řešit následky medicínsky významné.

■ Zlomeniny pánve u dětí

Zlomeniny pánve u dětí můžeme rozdělit do tří skupin: avulzní zlomeniny (naše kazuistika), zlomeniny pánevního kruhu (často nestabilní, polytraumata) a zlomeniny acetabula. Obecně jsou to poměrně vzácná poranění, která tvoří méně než 1 % dětských zlomenin.

Zlomeniny pánevního kruhu a zlomeniny acetabula vznikající vysokoenergetickými

Obr. 3 MRI pánve, šipkou označena PSA SIAI vpravo



Obr. 4 RTG P kyčle v AP projekci, kontrola po 3 měsících





Obr. 5 RTG pánve, kontrola po 6 měsících



Obr. 6 RTG P kyčle v AP projekci, kontrola po roce, prohojeno a remodelováno

mechanismy (dopravní nehody, pády z výšky apod.) jsou v dětském věku naštěstí velmi vzácné.

Nejvíce zlomenin pánve se vyskytuje u adolescentů a jedná se právě o avulzní fraktury. Ty vznikají nízkooenergetickými mechanismy, nejčastěji při sportech jako např. hokej, fotbal či gymnastika. K avulzi dochází při náhlé svalové kontrakci v počáteční fázi pohybu, během běhu či výskoku.

U fotbalistů se nejčastěji setkáme s avulzí SIAS nebo SIAI, které jsou způsobeny kontrakcí a tahem *m. sartorius* nebo *m. rectus femoris* při aktivní, dynamické flexi kyčelního kloubu. Pro úplnost – dalším typem je avulze ischiadické tuberozity tahem hamstringů. Kromě anamnézy a klinického nálezu (lokalizovaná bolestivost, otok a omezení hybnosti kyčle) je zlatým diagnostickým standardem rentgenové vyšetření pánve a/nebo kyčle v AP a axiální projekci. Pokud provedená vyšetření nevedou ke stanovení jasné diagnózy, indikujeme vyšetření magnetickou rezonancí, které nám zároveň poskytne informaci o míře poranění měkkých tkání kyčle a třísla. Význam má MRI i v diferenciální diagnostice kostních nádorových onemocnění. U pacientů s nedokončeným kostním vývojem volíme ve většině případů konzervativní terapii, tedy neoperační. Spočívá v dodržování klidového režimu s pasivní flexí ky-

čelního a kolenního kloubu, bez zátěže postižené končetiny, a omezení vertikalizace. Tento režim by pacient s čerstvou avulzní zlomeninou měl dodržovat 3–5 týdnů. Pokud jsou na kontrolním RTG snímku patrné známky hojení, může mu být povolena vertikalizace, nadále však bez zátěže postižené končetiny. K plné zátěži a aktivnímu sportu se pacient obvykle může vrátit po 3–6 měsících od úrazu.

Operační léčba je indikována u pacientů se signifikantně dislokovanou avulzí (>2 cm) a v případech příznaků nervové léze (*n. cutaneus femoris lateralis*), může být indikována i u velmi aktivních sportovců, kde je žádoucí časná vertikalizace a rehabilitace. Osteosyntéza (otevřená repozice a vnitřní fixace – ORIF) je provedena tahovým šroubem, který může být doplněn antirotacním K-drátem. Nevýhodou je nutnost extrakce osteosyntetického materiálu a riziko perioperačních a pooperačních komplikací.

■ Závěr

Avulzní zlomeniny pánve v dětském věku jsou vzácná poranění. Nejčastěji se vyskytují u aktivních adolescentních sportovců. Pacient často přichází pro bolesti v oblasti třísla, kyčle či sedacího hrbolu, může být přítomen hematoma, algické omezení hybnosti

kyčle. Klinický obraz nemusí být výrazný. Anamnéza úrazu, klinický obraz a zhotovení rentgenového snímku pánve nám pomůže při stanovení diagnózy. Ve většině případů volíme konzervativní terapii. Operační léčba je indikována výjimečně. Při včasné diagnostice a správně vedené léčbě jsou trvalé následky vzácné.

V případech, kdy ke stanovení diagnózy dochází „pozdě“ a je vytvořen pakloub, jako v případě chlapce z kazuistiky, prodlouží se celková doba léčby, ale při dobré compliance a díky tvárnosti dětského skeletu bývá výsledek přesto dobrý.

Literatura k dispozici u autorky.





Kazuistika

Akutní myeloidní leukémie

MUDr. Anna Vydrová

Dětské oddělení Nemocnice Na Bulovce, rezident PLDD

Kazuistika

Sedmiletý chlapec přichází na ambulanci dětské chirurgie pro bolestivost, otok a zarudnutí pravého varlete trvající zhruba 24 h. Objektivně afebrilní, palpačně hmatný otok nadvarlete vpravo. Laboratorní vyšetření krve není provedeno, chlapec je odeslán na USG skrota, na kterém popsány známky epididimitidy vpravo a nasazena ATB léčba – Amoksiklav p.o. à 8 h. Na kontrole za dva dny poté subjektivní obtíže přetrvávají, na sonografii skrota je nález stacionární, pokračováno v léčbě. Jako vedlejší nález popsán makulopapulózní exantém po celém těle, který je matkou chlapce připisován možnému pokousání od blech (hoch byl v předchorobí u dědečka v kontaktu s cizím psem).

Z anamnézy: perinatální průběh bez komplikací, očkován řádně, závažně nestonal, sledován na alergologii pro *asthma bronchiale* s trvalou léčbou Budiar, Ecosal, otec chlapce pollinotik, jinak rodinná anamnéza nevýznamná.

6. den obtíží se chlapec vzhledem ke zhoršení kožního nálezu dostává na naši akutní ambulanci. Objektivně nadále afebrilní, na kůži celého těla jsou solitární okrouhlé eflorescence nad niveau velikosti do 1,5 cm (viz obrazová dokumentace), játra jsou v úrovni pravého žeberního oblouku, slezina hmatná cca 1,5 cm pod levým obloukem, jinak je somatický nález bez pozoruhodností. Konzultujeme s kolegy na kožní klinice, kteří nález hodnotí jako *erythema exsudativum multiforme* v.s. parainfekční a doporučují pouze lokální léčbu.

Za dva dny přichází pacient na kontrolu pro oboustranné zduření krčních uzlin. Objektivně je hrdlo bledé, tonzily hypertrofické bez povlaků, na krku submandibulárně oboustranně zvětšené uzliny cca 3–4 cm velikosti, nebolestivé, kožní kryt klidný. Játra i slezina stacionární velikosti. Na kůži jsou

stejná ložiska exantému, která nyní mají na dolních končetinách až lividní zbarvení. Pacient je trvale afebrilní. Na sonografii krčních uzlin jsou popsány zmnožené aktivované uzliny bez známek kolikvace. Nyní poprvé, tedy 8. den od počátku obtíží, je provedeno vyšetření krve a výsledek je jednoznačný. Sedimentace 60/100, v krevním obraze leukocytóza téměř $60 \times 10^9/l$, hluboká anémie a trombocytopenie (hemoglobin 71 g/l, trombocyty $54 \times 10^9/l$), v mikroskopickém diferenciatu je bezmála 50 % buněk blastického typu. S tímto nálezem chlapce předáváme do péče dětských hematologů ve FN Motol.

V den příjmu je na specializovaném pracovišti provedena aspirace kostní dřeně, dle které stanovena dg. **akutní myeloidní leukémie (AML) M4 WT1+**, karyotyp 46XY, je zaveden ČŽK a zahájena chemoterapie. Hospitalizace je komplikována infekcí odontogenního původu, extrahován kariézni premolár a chlapec zajištěn trojkombinací antibiotik Targocid/Amikin/Meropenem. V kontrolním aspirátu kostní dřeně přetrvává 6 % atypických buněk, po prvním bloku chemoterapie tedy není dosaženo hematologické remise a pacient je indikován k trans-

plantaci kostní dřeně. 22. den hospitalizace je propuštěn do domácí péče.

Po dvou týdnech je pacient přijat k dalšímu bloku chemoterapie, který je bez komplikací, dva dny po propuštění ale rozvoj subfebrilií, hematemazy, laboratorně vzestup CRP, zajištěn antibiotiky. Čtvrtý den hospitalizace generalizovaný epileptický záchvat tonicko-klonických křečí, na EEG hrubě abnormální záznam, MRI mozku bez patologických změn. Po konzultaci neurologa je zahájena trvalá léčba Rivotremem. Během hospitalizace dále provedeno kontrolní ultrasonografické vyšetření skrota, kde již neprokázána infiltrace. Po dalších dvou týdnech v domácí péči následuje myeloablativní blok chemoterapie a poté v 6. měsíci od stanovení diagnózy převod periferního štěpu. Průběh se komplikuje rozvojem ascitu, bolestí břicha a enteroragie, ve stolici pozitivní adenoviry, rozvíjí se refrakterní trombocytopenie, farmakorezistentní hypertenze. Následně dochází k rozvoji poruchy vědomí, tonicko-klonických spasmů a anizokorie, na urgentním CT mozku masivní hemoragie frontoparietookcipitálně vpravo s provalením do komorového systému. Pacient je překládán na resuscitační oddělení, pro maligní edém mozku je neurochirurgy provedena dekom-





Program na podporu dostupnosti zdravotních služeb praktických lékařů

Dotační program MZ ČR na podporu dostupnosti zdravotních služeb praktických lékařů

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZ ČR) – odbor dohledu nad zdravotním pojištěním vyhlašuje výběrové řízení k dotačnímu programu na podporu dostupnosti zdravotních služeb praktických lékařů.

V rámci tohoto dotačního programu mohou předložit „Žádost o poskytnutí státní dotace“ právnické nebo fyzické osoby které plánují poskytovat nebo začali poskytovat v předchozích 3 měsících před podáním Žádosti zdravotní služby v oboru všeobecného praktického lékařství a praktického lékařství pro děti a dorost v místech, kde je zajištění těchto služeb podstatně omezeno. Bližší informace a podmínky výběrového dotačního řízení, za jakých lze žádat o poskytnutí státní dotace v rámci výše zmíněného dotačního programu, jsou stanoveny v příložené Metodice.

V případě dotazů je kontaktní osobou pro dotační program:

Ing. Lenka Doischerová
MZ ČR

Odbor dohledu nad zdravotním pojištěním

tel.: 224 972 338

E-mail: lenka.doischerova@mzcr.cz

Nebo v případě nezastižení kontaktujte:

Mgr. Pavlína Žilová
MZ ČR

Odbor dohledu nad zdravotním pojištěním

tel.: 224 972 120

E-mail: pavlina.zilova@mzcr.cz

Další informace včetně metodiky naleznete zde: http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/dotacni-programy_3521_3.html



presní kraniektomie. Prognóza je velmi nepříznivá, indikována je bazální terapie. 3. den po překladi na ARO je konstatován exitus letalis bez KPR.

AML

Akutní myeloidní leukémie je onemocnění, které vzniká nekontrolovanou hemoproliferací hematopoetických prekursorů v kostní dřeni, jeho incidence je 1/100 000 dětí/rok a medián věku v době diagnózy je 10 let. V klinickém obraze dominují necharakteristické obtíže – horečky, únava, projevy anémie, u některých pacientů hemoragická diatéza. Hepatosplenomegalie není na rozdíl od akutní lymfoblastické leukémie typická. Jedním z prvních projevů může být leukemická infiltrace kůže, jako tomu bylo u našeho pacienta, kde bylo zároveň infiltrováno i skrotum. Diagnostika se opírá o změny v krevním obraze (anémie, trombocytopenie, leukocytóza/leukopenie, přítomnost blastů v diferenciálu), ty jsou poté indikací k provedení aspirace kostní dřene. AML se dělí do 8 podtypů podle takzvané francouzsko-americko-britské morfologické klasifikace (FAB), jednotlivé typy mají různou prognózu, podrobnější popis přesahuje rámec této kazuistiky. Základem léčby je

chemoterapie, která trvá zpravidla méně než rok, aplikace chemoterapeutik intratekálně slouží jako prevence leukemické infiltrace mozku. Transplantace kostní dřene je indikována při selhání iniciační léčby. 90 % pacientů dosáhne remise, 50 % EFS, celkové přežití mezi 60–65 %. K relapsu dochází u 25–35 % pacientů, ti jsou pak indikováni k transplantaci kostní dřene, vyléčí se 30–40 % z nich. Důsledkem intenzivní léčby jsou četné infekční komplikace, jak bakteriální a virové, tak mykotické.

Tato kazuistika názorně ukazuje, jak důležitý je komplexní přístup k pacientovi ve všeobecné akutní ambulanci, kam jsou často posílány děti již vyšetřené několika různými specialisty. Naším úkolem je na tyto relativně vzácnější onemocnění myslet a včas provést laboratorní vyšetření krve, což v našem případě mohlo být provedeno i o několik dnů dříve, prognózu našeho pacienta by to ale s největší pravděpodobností neovlivnilo.

Zdroje: Lebl J, Janda J, Pohunek P, Starý J. Klinická pediatrie. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7492-131-5



Novorozenecká podpora života ERC guidelines 2015

MUDr. Roman Sviták, Ph.D.

Anesteziologicko-resuscitační oddělení Nemocnice Hořovice
Neurochirurgická klinika – jednotka intenzivní péče Fakultní nemocnice Plzeň
Vysoká škola zdravotnictví a sociální práce sv. Alžběty Bratislava

■ Oběh a léky

1. Úvod

Cílem tohoto článku je vysvětlení dvou méně často požadovaných aspektů resuscitace u novorozenců: provádění hrudní komprese a podávání léků. Sdělení pokrývá některé z důležitých praktických aspektů těchto technik. Tento článek začíná problematikou kompresí hrudníku (cirkulace) a následují léky, je to pořadí, které se takto nachází v algoritmu.

2. Komprese hrudníku

Pokud jsou úspěšné manévry otevírání dýchacích cest (A) a je dosaženo dostatečného plnění plic a ventilace (B), je potřeba komprese hrudníku (C) snížena. Přibližně 0,1 % dětí vyžaduje krátkodobou kompresi hrudníku. Toto procento se zvyšuje na 2 až 10 % u předčasně narozených dětí [1].

3. Kdy jsou nutné komprese hrudníku?

Lze předpokládat, že plicní cirkulace je malá, pokud je srdeční frekvence nepřítomná nebo velmi pomalá (méně než 60 min⁻¹) a nedokáže se zrychlit, jakmile jsou plíce při narození ventilovány. Srdeční impuls může nebo nemusí být slyšitelný nebo hmatatelný, v pupečníku nedojde k pulsaci, kožní perfuze bude malá, krevní tlak bude extrémně nízký a EKG (je-li k dispozici) bude pravděpodobně vykazovat závažnou bradykardii – tzv. „pulsní elektrickou aktivitu“. Po zajištění dýchacích cest a zajištění pohybů hrudníku s dostatečnou ventilací po dobu 30 sekund, pokud je srdeční frekvence nepřítomná nebo zůstává velmi pomalá (méně než 60 min⁻¹), je logické, že v tomto okamžiku je poskytnuta komprese hrudníku, která pomůže k cirkulaci oběhu. Vzhledem k tomu, že ventilace je nejúčinnějším činitelem při novorozenecké resuscitaci a protože komprese hrudníku pravděpodobně konkurují účinné ventilaci, záchranáři musejí zajistit, aby se před zahájením kompresí hrudníku optimálně dostalo asistované ventilace.

Jediný způsob, jak si být jistý účinností ventilace, je vidět pohyb hrudníku s každým

dechem. Dítě, které nereaguje na inflaci plic při narození, je velmi vzácné, a nejpravděpodobnějším důvodem selhání srdeční frekvence po pokusu o plicní inflaci je, že se nepodařilo provzdušňovat plíce.

Pokud používáte obličejovou masku, zkontrolujte:

- zda hlava je v neutrální poloze a čelist je správně vytahována dopředu.
- zda máte správnou velikost masky a je dobře utěsněna tvář dítěte.
- zda do vašeho T-kusu jde vhodný proud plynu (nebo váš samorozpínací vak funguje správně).
- zda jste inflační dýchání a zda účinně ventilujete.

Pozor: především zkontrolujte, zda se hrudník pohybuje v reakci na ventilační dech!

4. Jak fungují komprese hrudníku?

I když se původně předpokládalo, že samotné srdce bylo vyprázdněno během komprese hrudníku, je nyní považováno za pravděpodobnější, že komprese celého hrudníku je stejně důležitá. Během kompresní fáze se z hrudníku vytlačuje krev zvýšeným tlakem v hrudní dutině. Krev proudí vpřed do arterií spíše než do žil díky žilním ventilům na hrudním vstupu a protože svalové stěny udržují světlost průchodu tepen, zatímco tenké stěny žil kolabují. Je důležité, aby v relaxační fázi bylo dostatek času, aby se hrudník mohl znovu naplnit krví [2]. Chrupavka žeber u novorozence a větší velikost srdce ve vztahu k hrudníku činí kompresi hrudníku mnohem jednodušší a efektivnější.

5. Čeho se snažíme dosáhnout?

Resuscitace novorozenců se liší od resuscitace dospělých. Při resuscitaci u dospělých se obvykle jedná o primární zástavu srdce a musíme udržet okysličenou krev tekoucí do mozku a srdce, dokud nebude problém (např. arytmie, infarkt myokardu) odstraněn. U novorozence dítěte je srdce zdravé s normálními fyziologickými limity. Snažíme se obnovit účinné čerpání srdce, ke kterému by

mělo dojít, jakmile dojde k okysličení krve. To je důležité, protože dokonce i nejlepší komprese hrudníku může dosáhnout pouze zlomku (přibližně jedné třetiny) srdečního výdeje, který je patrný při spontánní, normální srdeční činnosti [3, 4]. Preferenční perfuze srdce a mozku u hypoxického dítěte může zlepšit tok krve k těmto orgánům přibližně na 50 %, což se projevuje při normálním sinusovém rytmu za předpokladu, že jsou použity resuscitační techniky [5]. Pokud by došlo ke kompresím hrudníku, měla by být koncentrace inspirovaného kyslíku zvýšena, pokud k tomu již nedošlo. Tento doplňkový kyslík by měl být vhodně ukončen, jakmile se obnoví srdeční frekvence.

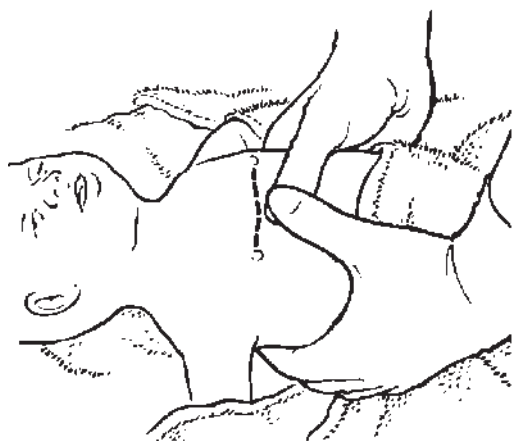
6. Optimální metoda komprese hrudníku (technika 2 palce vs. 2 prsty)

Obě metody [6] pro provádění komprese hrudníku u novorozenců byly popsány a jsou široce používány, technikou dvou palců se používají dva palce pro stlačení hrudní kosti, zatímco ruce obepínají hrudník a prsty poskytují pevnou oporu za zády (obr. 1). Technika se dvěma prsty využívá špičky středních prstů ke stlačení hrudní kosti, zatímco volná ruka slouží k zajištění pevné podpory za zády dítěte (obr. 2). Tento druhý aspekt techniky s dvěma prsty nemusí být vždy možný v resuscitačním scénáři pro jednu osobu.

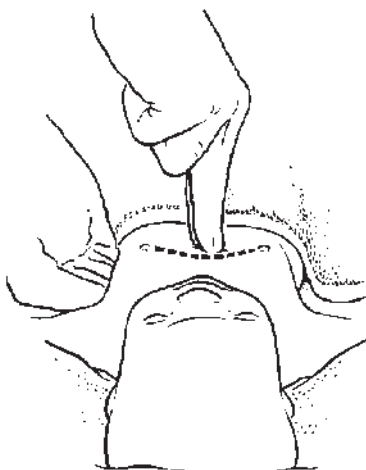
Studie naznačují, že metoda se dvěma palci je lepší než metoda s dvěma prsty; metoda dvou palců s boční kompresí hrudní stěny (v důsledku obepnutí hrudníku) poskytla významně vyšší průměrný, systolický a diastolický tlak krve než metoda s dvěma prsty [7]. Kromě toho poskytovatelé, kteří používají techniku se dvěma palci, měli větší pravděpodobnost, že na figurínách poskytnou kompresi odpovídající hloubky, a to důsledněji.

7. Kde hrudní kost tisknout?

Stlačujeme hrudní kost nad spodní třetinou [7]. Pokud stiskneme příliš vysoko na hrudní kosti, není srdce stlačeno; pokud tiskneme



Obr. 1 Komprese hrudníku se dvěma palci (dvěma rukama)



Obr. 2 Komprese hrudníku se dvěma prsty

příliš nízkou, riskujeme poškození jater. Umístíme palce na hrudní kost těsně pod pomyslnou čarou, která spojuje bradavky (obrázek 1). Nepoužíváme umístění palce o jeden prst pod tuto čáru, protože to může způsobit tlak na *processus xiphoideus*, nebo dokonce na břicho [8].

8. Technika dvou palců (dvourouční).

Uchopíme hrudník oběma rukama a položíme palce vpředu dohromady, prsty přes páteř (obráz. 1). Palce by měly být na hrudní kosti a nikoli na žebrech na obou stranách. Při provádění metody s dvěma palci se překrýváním palců místo jejich umístění vedle sebe poskytuje vyšší vnitřní nitrožilní tlak [10].

9. Technika se dvěma prsty.

Pokud jsou naše ruce příliš malé, aby obejmuly hrudník, pak méně účinnou alternativou [7] k výše uvedené metodě je stisknout ve stejném místě na hrudníku dvěma prsty, zatímco zadní strana dítěte je dobře podepřená (obráz. 2). To může být jediný způsob, který je k dispozici v případě jednoho zachránce, protože jedna ruka se používá k udržení dýchacích cest.

10. Jak hluboko máme tisknout?

Pravidelně stlačíme dolní třetinu hrudní kosti asi o třetinu hloubky hrudníku směrem k páteři [8]. Stále chybějí konkrétní údaje o ideální hloubce komprese a je důležité si uvědomit, že ačkoli je shoda, že jedna třetina hloubky hrudníku by byla vhodná, měla by být hloubka dostatečná pro vytvoření palpovatelného pulsu. Údaje u kojenců (průměrný věk 1 měsíc) podstupujících kardiokirur-

gický výkon naznačují, že může být nezbytná hloubka komprese jedné poloviny hloubky hrudníku [11], nicméně matematické modelování založené na tomografii CT hrudníku podporuje, že tato hloubka může nadměrně komprimovat srdce u dětí [12]. Ze stejné studie je zřejmé, že hloubka komprese menší než jedna třetina je nedostatečná. Komprese hrudníku u novorozenců nezpůsobuje zlomeniny žeber, pokud dítě nemá vzácné těžké kostní onemocnění, jako je *osteogenesis imperfecta*, a dokonce to není nevyhnutelný důsledek.

11. Jak rychle máme tisknout?

Jak komprese, tak zpětné působení jsou důležité. Nesnažíme se reprodukovat normální novorozeneckou srdeční frekvenci asi 140 min⁻¹. Pokud se pokusíme tak učinit, nebudeme produkovat účinný průtok krve, protože tato technika není tak mechanicky účinná jako normální srdeční funkce. Nechme po každé kompresi čas pro hrudník na nové naplnění, a to tak, že se zcela znovu rozšiřuje. Poměr komprese k uvolnění s mírně delší relaxací než kompresní fází nabízí teoretické výhody pro průtok krve u velmi malého dítěte. Nezapomeňme, že se jen snažíme přesunout okysličenou krev na krátkou vzdálenost, abychom znovu obnovili srdeční činnost. Současné směrnice doporučují synchronizované komprese a ventilace v poměru 3 : 1 pro dosažení 90 kompresí a 30 dechů (tj. 120 příhod) za jednu minutu [12]. V praxi to může být obtížné udržet. Při prodloužených resuscitacích, po 1–2 minutách srdečních kompresí by měla být věnována pozornost střídání personálu, aby se zabránilo únavě, která může snížit účinnost komprese. U novorozenců

jsou hrudní komprese dodávány v poměru tří stlačení k jedné ventilaci (poměr 3 : 1). Tento poměr je do značné míry konsenzuálním stanoviskem, založeným na fyziologické hodnověrnosti, též se objevují důkazy, které podporují jeho použití. Pokud je během resuscitace dítěte provedena tracheální intubace, pokračují synchronizované komprese a ventilace (poměr 3 : 1). Kontinuální, asynchronní komprese hrudníku se používají u dospělých zejména při intubaci, ale nedoporučují se u novorozenců. U prasečího modelu novorozenecké hypoxie, kde bylo zvíře intubováno tracheální rourkou s manžetou (čímž se minimalizuje únik), asynchronní komprese nevedly k časnějšímu návratu spontánní cirkulace než současný doporučený poměr 3 : 1 [13]. Možnost, aby asynchronní komprese zasahovaly do ventilace, se projevily v téměř třetině dechů, které byly ovlivněny stlačením, a parametry krevních plynů po návratu spontánní cirkulace byly horší než u skupiny 3 : 1. Je málo známo, jaký by asynchronní komprese měly vliv na dech u neintubovaných dětí, které jsou ventilovány obličejovou maskou.

12. Jak dlouho máme pokračovat?

Lze očekávat, že srdeční frekvence rychle reaguje na účinné komprese hrudníku, obvykle do 20–30 sekund. Nutné zkontrolovat srdeční frekvenci každých 30 sekund, aby se zjistila jakákoliv odpověď.

13. Co když nedostaneme odpověď?

Pokud nedejde k žádné odezvě na odpovídající komprese hrudníku v kombinaci s efektivní plicní ventilací, nejpravděpodobnějšími příčinami jsou dysfunkce myokardu sekundárně v důsledku laktátové acidózy, pulsni elektrická aktivita (dříve známá jako „elektromechanická disociace“) nebo případné vyčerpání myokardiálního glykogenu. Nyní budeme muset zvážit užívání léků.

14. Kdy jsou léky potřebné?

Léky by měly být zváženy pouze tehdy, když i přes ventilaci plic došlo k selhání oběhu a srdce nereaguje na účinnou ventilaci a kvalitní komprese hrudníku. Jedná se o velmi vzácnou událost [1]. I když jsou léky v této situaci po desetiletí používány, je velmi málo lidských důkazů o tom, že jsou efektivní, a ačkoli se zdá, že některé děti na počátku reagují, výhled je obecně velmi špatný [15]. Některé studie uvádějí lepší výsledky, ale pečlivé čtení naznačuje, že léky byly někdy používány předtím, než byly dý-



chací cesty zajištěny, a proto byly tyto léky zřejmě podány zbytečně [1].

Nejpravděpodobnějším důvodem, proč komprese hrudníku nedosáhly odpovědi, je to, že byly zahájeny před tím, než byly plíce účinně proventilovány. Před použitím léků zkontrolujeme, zda se hrudník účinně pohybuje v reakci na inflaci (a poté na průběžnou ventilaci), dech podáván buď obličejovou maskou, nebo tracheální trubicí, a že jsou komprese hrudníku prováděny odpovídajícím způsobem.

Pozor: léky jsou zbytečné bez účinné ventilace!

15. Jak mají být léky podávány?

U dítěte, u kterého cirkulace nefunguje, je nutné podávání léků, které musejí být podávány co nejlépe srdci. Toho lze nejlépe dosáhnout použitím pupečního žilního katetru (UVC). Injekce do periferní žíly pravděpodobně nedosáhnou srdce po úplné zástavě oběhu, dokonce i při kvalitní základní životní podpoře, která zahrnuje komprese hrudníku. Jedním z velmi významných důvodů pro vyloučení periferních žilních linií je, že pupeční katetrizace je mnohem rychlejší a snadnější u dítěte, jehož okrajová cirkulace je „vypnutá“. UVC od roku 1946 byl používán k zajištění centrálního přístupu u nemocných dětí z různých důvodů, včetně podávání inotropů, parenterální výživy nebo hypertonických roztoků, angiografie, odběru vzorků krve. První publikovaná zpráva o použití během resuscitace se objevila až v roce 1980 [16]. Alternativou k přístupu pupeční žílou je centrální žilní přístup, který se častěji používá u starších kojenců a dětí. U simulovaných resuscitací novorozenců může být centrální žilní přístup zajištěn tak rychle jako pupeční žilní katetr. Intraoseální přístup může být také užitečný ve velmi vzácné situaci, kdy dítě, které má abnormální pupeční šňůru, potřebuje léky během resuscitace [17]. Adrenalin může být podán tracheální cestou za předpokladu, že dítě je intubováno [18], i když existují vážné pochybnosti o tom, zda je účinný u novorozence. Má-li mít jakýkoliv účinek, je pravděpodobné, že požadovaná dávka je významně vyšší než dávka použitá intravenózně [19]. Žádný z dalších léků uvedených níže nemůže být podán tímto způsobem.

Pozor: léky by měly být podávány centrálně!

■ Jaké léky máme užívat?

Adrenalin (epinefrin)

- **Příprava** – 1 : 10 000 (= 1 g / 10 000 ml = 100 mg / l = 100 µg / ml)
- **Dávka** – 10 µg / kg (0,1 ml/kg 1 : 10 000)
- **Podání** – Pupeční žilní katetr nebo intraoseální jehla (může být podán pomocí tracheální rourky)

Důkazy na zvířatech naznačují, že adrenalin se nemůže vázat na jeho receptory při velmi nízkém pH [19]. Pokud nedojde k žádné odezvě na dávku 10 µg/kg, pravděpodobně stojí za to dávkovat bikarbonát (viz níže) a pak další, větší dávku adrenalinu 30 µg/kg (tj. 0,3 ml/kg roztoku 1 : 10 000).

Na rozdíl od jiných léků uvedených v této části může být adrenalin bezpečně podán do tracheální rourky [19]. Nicméně pokud je podávána standardní dávka 10–30 µg/kg touto cestou, není pravděpodobné, že by byla účinná. Je možné vzít v úvahu vyšší dávku alespoň 50 µg/kg (maximálně 100 µg/kg) touto cestou, avšak bezpečnost a účinnost těchto dávek nebyla stanovena a nedoporučuje se, pokud existuje jakákoliv jiná možnost. Podání standardních dávek pupeční žílou nebo intraoseální jehlou je výhodné.

Při zástavě srdce působí adrenalin prostřednictvím vazokonstrikce zprostředkované α-adrenergním receptorem, aby zvýšil tlak aorty na pravý síňový tlakový gradient během relaxační fáze kardiopulmonální resuscitace [20]. Tím se zvyšuje perfuzní tlak koronární arterie, který při zástavě srdce kvůli abnormálním rytmům přímo souvisí jak s průtokem krve myokardem, tak s návratem spontánní cirkulace [21].

Důkazy o nejvhodnější dávce adrenalinu v jakékoli věkové skupině bohužel chybí; počáteční studie adrenalinu na zvířatech použily libovolnou dávku 1 mg (což se přibližně přiblížilo 0,1 mg/kg u průměrných psů zařazených ve studiích) [22]. Stejná dávka 1 mg byla u lidí přijata bez jakýchkoli úprav pro větší velikost typického dospělého, což mělo za následek přibližnou hmotnostní dávku 10 µg/kg. Tato dávka byla následně schválena v pediatrických a novorozeneckých protokolech, a to i přes nedostatek důkazů.

Glukóza

- **Příprava** – 10 % (= 10 g / 100 ml = 100 mg/ml)
- **Dávka** – 250 mg/kg (2,5 ml/kg 10 %)

- **Podání** – Pupeční žilní katetr nebo intraoseální jehla

Srdce nemůže pracovat bez glukózy a zásoby glykogenu přítomné v srdci při porodu jsou rychle vyčerpány během prodloužené hypoxie. Glukózu lze vyzkoušet, pokud nedošlo k odpovědi na adrenalin a bikarbonát. Desetiprocentní glukóza je dostatečně koncentrovaný roztok, aby mohl dodat do srdce bolus paliva.

Následná symptomatická hypoglykémie, je-li přítomna, je lépe zvládnuta infuzí 10 % glukózy spíše než opakovanými bolusy. Glukóza nesmí být nikdy podána do tracheální rourky.

Během hypoxie anaerobní metabolismus a glykolýza rychle vyčerpávají jaterní glykogen a produkce glukózy se rychle stává nedostatečnou pro splnění cerebrální metabolické poptávky. Důkazy pro použití glukózy v této situaci jsou špatné. Studie prokázaly významnou pozitivní lineární korelaci mezi hladinou glukózy v plazmě a skóre Apgar a významnou negativní lineární korelaci mezi hladinou glukózy a závažností stadia hypoxické ischemické encefalopatie (HIE) [23]. Nepřímé důkazy u kojenců s hypoxickou ischemickou encefalopatií ukazují na časnou hypoglykémii (ve věku do 6 hodin), ta byla spojena se závažnějším HIE a nežádoucím neurologickým výsledkem [24, 25]. Podávání glukózy by proto mohlo být považováno za logické při prodloužené resuscitaci a bylo doporučeno v případě nereagující novorozenecké bradykardie nebo asystolie. Neexistuje však žádný lidský důkaz, že podávání glukózy zlepšuje výsledky, a údaje na zvířatech jsou v rozporu s jejím účinkem na neurologické výsledky.

Bikarbonát sodný

- **Příprava** – 4,2 % (nebo 8,4 % zředěného 1 : 1 s 5 % nebo 10 % Glukózou)
- **Dávka** – 1–2 mmol / kg (2–4 ml/kg 4,2 %)
- **Podání** – Pupeční žilní katetr nebo intraoseální jehla

POZNÁMKA: 1 ml 8,4 % hydrogenuhličitanu sodného obsahuje 1 mmol

Pokud srdeční výkon není účinný, nebo není prakticky žádný, může být užitečné zvrátit intrakardiální acidózu. To je jistě pravdivé při experimentech na zvířatech [26]. Nepokoušíme se napravit metabolickou acidózu dítěte; snažíme se zlepšit funkci srdce zlepšením pH krve v srdci.



Alkalizující činidlo zpravidla způsobí srdeční zrychlení během několika minut, pokud bude fungovat. Bikarbonát nikdy nesmí být podán do tracheální rourky.

Tekutiny

- **Příprava** – 0,9% chlorid sodný (nebo balancovaný solný roztok)
- **Dávka** – 10 ml/kg na úvod
- **Podání** – Pupeční žilní katetr nebo intraoseální jehla

Bolus přibližně 10 ml/kg je obvykle dostačující pro vyvolání odpovědi a může být opakován, pokud je to nutné. Pokud je příčinou problému ztráta krve, může být později nutná transfuze krve. Poskytnutí dalšího objemu vážně ohroženým dětem s myokardem poškozeným hypoxií pravděpodobně způsobí více škody než užítu.

Podávání velkých objemů (více než 40 ml/kg) roztoků s vysokým obsahem chloridu (jako je albumin nebo 0,9% chlorid sodný) může také zhoršit metabolickou acidózu prostřednictvím hyperchlorémie [27].

Po každém podání léku podáváme malé množství 0,9% chloridu sodného, aby se zajistilo, že lék dosáhne oběhu, a několik kompresí hrudníku, aby se zajistilo, že léčivo dosáhne srdce, a poté zhodnotíme účinek.

Stěžejní body

- Použijte komprese hrudníku, pokud je velmi pomalý ($<60 \text{ min}^{-1}$) nebo nepřítomný srdeční rytmus a jste si jisti, že jste provzdušnili plíce.
- Rychle a pevně stlačte hrudník a uvolněte.
- Zaměřte se na snížení předozadního průměru hrudníku o jednu třetinu při každé kompresi.
- Pozastavte po každém uvolnění, aby se hrudník plně naplnil.
- Příliš vysoká rychlost nedává komorám srdce žádnou možnost pasivně se naplnit po kompresi.
- Po každých třech kompresích znovu provzdušněte plíce.
- Pokud přetrvává bradykardie navzdory přibližně 30 sekundám kompresí hrudníku a dostatečné ventilaci, vložte pupeční žilní katetr a podávejte adrenalin a/nebo hydrogenuhličitan sodný, následované dalšími kompresemi hrudníku.
- Podávání glukózy a tekutin může být zřídka nutné.

- Pokud nedojde k plicní inflaci a ventilaci po kompresích hrudníku, je výsledek i při podávání léků pravděpodobně špatný.

Literatura

1. Finer NN, Horbar JD, Carpenter JH. Cardiopulmonary resuscitation in the very low birth weight infant: The Vermont Oxford network experience. *Pediatrics* 1999;104:428–34.
2. Rudikoff MT, Maughan WL, Efron M, et al. Mechanisms of blood flow during cardiopulmonary resuscitation. *Circulation* 1980;61:345–52.
3. Del Guercio LRM, Coomaraswamy RP, State D. Cardiac output and other hemodynamic variables during external cardiac massage in man. *N Engl J Med* 1963;269:1398–404.
4. Voorhees WD, Babbs CF, Tacker WA. Regional blood flow during cardiopulmonary resuscitation in dogs. *Crit Care Med* 1980;8:134–6.
5. Berg RA, Sanders AB, Kern KB, et al. Adverse effects of interrupting chest compressions for rescue breathing during cardiopulmonary resuscitation for ventricular fibrillation cardiac arrest. *Circulation* 2001;104:2465–70.
6. Todres ID, Rogers MC. Methods of external cardiac massage in the newborn infant. *J Pediatr* 1975;86:781–2.
7. Dorfsman ML, Menegazzi JJ, Wadas RJ, Auble TE. Two-thumb vs two-finger chest compression in an infant model of prolonged cardiopulmonary resuscitation. *Acad Emerg Med* 2000;7:1077–82.
8. Phillips GW, Zideman DA. Relation of the infant heart to sternum: its significance in cardiopulmonary resuscitation. *Lancet* 1986;i:1024–5.
9. Clements F, McGowan J. Finger position for chest compressions in cardiac arrest in infants. *Resuscitation* 2000;44:43–6.
10. Lim JS, Cho Y, Ryu S, et al. Comparison of overlapping (OP) and adjacent thumb positions (AP) for cardiac compressions using the encircling method in infants. *Emerg Med J* 2013;30:139–42.
11. Wyllie J, Bruinenberg J, Roehr CC, Rüdiger M, Trevisanuto D, Urlesberger B. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 7. Resuscitation and support of transition of babies at birth. *Resuscitation* 2015;95:249–63.
12. Meyer A, Nadkarni V, Pollock A, et al. Evaluation of the Neonatal Resuscitation Program's recommended chest compression depth using computerized tomography imaging. *Resuscitation* 2010;81:544–8.
13. Schmölzer GM, O'Reilly M, Labossiere J, et al. 3:1 compression to ventilation ratio versus continuous chest compression with asynchronous ventilation in a porcine model of neonatal resuscitation. *Resuscitation* 2014;85:270–5.
14. Wyckoff MH, Perlman JM, Laptook AR. Use of volume expansion during delivery room resuscitation in near-term and term infants. *Pediatrics* 2005;115:950–5.
15. Sims DG, Heal CA, Bartle SM. The use of adrenaline and atropine in neonatal resuscitation. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 1994;70: F3–10.
16. Prinz SC, Cunningham MD. Umbilical vessel catheterization. *J Fam Pract* 1980;10:885–90.
17. Costa S, De Carolis MP, Savarese I, et al. An unusual complication of umbilical catheterisation. *Eur J Pediatr* 2008;167:1467–9.
18. Lindemann R. Resuscitation of the newborn with endotracheal administration of epinephrine. *Acta Paed Scand* 1984;73:210–2.
19. Modest VE, Butterworth JF 4th. Effect of pH and lidocaine on betaadrenergic receptor binding: interaction during resuscitation. *Chest* 1995;108:1373–9.
20. Michael JR, Guerci AD, Koehler RC, et al. Mechanisms by which epinephrine augments cerebral and myocardial perfusion during cardiopulmonary resuscitation in dogs. *Circulation* 1984;69:822–35.
21. Paradis NA, Martin GB, Rivers EP, et al. Coronary perfusion pressure and the return of spontaneous circulation in human cardiopulmonary resuscitation. *JAMA* 1990;263:1106–13.
22. Redding JS, Pearson JW. Resuscitation from ventricular fibrillation. *JAMA* 1968;203:255–60.
23. Basu P, Som S, Choudhuri N, et al. Contribution of the blood glucose level in perinatal asphyxia. *Eur J Pediatr* 2009;168:833–8.
24. Nadeem M, Murray DM, Boylan GB, et al. Early blood glucose profile and neurodevelopmental outcome at two years in neonatal hypoxic-ischaemic encephalopathy. *BMC Pediatr* 2011;11:10.
25. Salhab WA, Wyckoff MH, Laptook AR, et al. Initial hypoglycemia and neonatal brain injury in term infants with severe fetal acidemia. *Pediatrics* 2004;114:361–6.
26. Daniel SS, Dawes GS, James LS, Ross BB. Analeptics and resuscitation of asphyxiated monkeys. *Br Med J* 1966;ii:562–3.
27. Skellet S, Mayer A, Durward A, et al. Chasing the base deficit: hyperchloraemic acidosis following 0.9 % saline fluid resuscitation. *Arch Dis Child* 2000;83:514–6.



Racionální léčba nejčastějších respiračních nemocí u dětí

část 6.

MUDr. Zuzana Vančíková, CSc.

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

1.2 Infekce dolních cest dýchacích

K těmto infekcím patří (tracheo)bronchitida, bronchiolitida a pneumonie. Etiologie všech těchto onemocnění je v dětském věku převážně virová. Viry většinou napadají celý respirační trakt a onemocnění začíná jako rinosinusitida, faryngitida a postupně přechází na průdušky a plicní parenchym. Může ale také postihovat jenom jednotlivé etáže dýchacích cest. RSV je typickým vyvolavatelem bronchiolitidy a pneumonie u kojenců, u starších dětí a dospělých vyvolá rinosinusitidu nebo onemocnění podobné chřipce. Druhou nejčastější příčinou bronchiolitidy je lidský metapneumovirus – hMPV, ale vyvolává také rinosinusitidu a průjem. Parainfluenzaviry jsou nejčastějšími vyvolavateli laryngitidy, ale také bronchiolitidy a pneumonie. Infekce virem chřipky probíhá u kojenců často bez respiračních příznaků, pouze jako febrilní stav, někdy provázený průjmem. U starších dětí je průběh typický – febrilie, myalgie, artralgie, bolesti hlavy, suchý kašel, tracheobronchitida, u někoho i průjem. Jednou z komplikací je pneumonie. Adenoviry vyvolávají tonzilitidu, bronchitidu, pneumonii, některé sérotypy i obliterující bronchiolitidu s následným rozvojem bronchiektazií. Některé typy adenovirů vyvolávají jak respirační, tak gastrointestinální onemocnění, některé se specializují na ten či onen trakt. Rinoviry vyvolávají rinofaryngitidu i bronchitidu a pneumonii. Coronaviry a bocaviry vyvolávají převážně rinofaryngitidu, vzácněji pneumonii.

Virovou etiologii lze určit průkazem virového antigenu v sekretu dýchacích cest nebo nazofaryngeálním stěru, kultivací na buněčných liniích, sérologií. Nejcitlivější metodou je PCR, která také umožnila objevit nové viry. Na infekcích dolních cest dýchacích se často účastní i několik virů najednou – až ve 27 % případů.

Z bakterií jsou nejčastějšími původci infekcí dolních cest dýchacích *Streptococcus*

pneumoniae, *Mycoplasma pneumoniae*, *Bordetella pertussis*, *Streptococcus pyogenes* sk. A, *Chlamydophila pneumoniae*, *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Legionella pneumophila*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*.

1.2.1 Bronchitis

Bronchitida je zánětlivé onemocnění sliznice průdušek a často i trachey (tracheobronchitida). U malých dětí je obstrukční bronchitida klinicky obtížně rozpoznatelná od bronchiolitidy nebo viry indukované exacerbace astmatu. Dýchací cesty, které jsou vystaveny insultu, mají omezený repertoár odpovědi: zánět, otok, zvýšená tvorba hlenu, jeho zhoršená clearance. To vše vyvolává kašel. U pacientů s bronchiální hyperreaktivitou může kromě hypersekrece hlenu dojít k bronchospasmu. Klinicky se intrathorakální obstrukce dýchacích cest z jakékoliv příčiny projevuje prodloužením expira, hvízdáním v expiriu, kašlem. Tyto příznaky tedy nejsou v útlejším dětském věku nijak specifické, je to reakce na poškození dýchacích cest pestré etiologie.

O průběhu onemocnění rozhoduje vyvolavatel, věk, stav imunity a přítomnost dalších onemocnění.

Kritéria pro klasifikaci na akutní, komplikované, chronické, recidivující, obstrukční-hvízdavé bronchitidy, bronchiolitidy nebo astma nejsou pro dětský věk stejná jako pro dospělé a nejsou jednotná.

Akutní bronchitis

Definice

Bronchitida je akutní horečnaté onemocnění s kašlem, chropy a vzruty.

Obstrukční – hvízdavá – astmoidní-spastická bronchitida (infekční astma) je podobná, liší se pouze tím, že je prodloužené expirium a pískoty a vzruty dominují v expiriu. Všechny uvedené názvy se používají pro to samé onemocnění. U nás je preferován pojem obstrukční bronchitida, v anglosaské literatuře „wheezing bronchitis, infectious wheezing“. Dochází zde k významnější limitaci průchodnosti intrathorakálních dýchacích cest.

Při histologickém vyšetření nalézáme zánět v trachei a bronších, u obstrukční bronchitidy a astmatu i bronchospasmus.

V 90 % je akutní bronchitida vyvolána pouze respiračními viry, u 5–10 % pacientů dochází k bakteriální superinfekci. Primární akutní

Tab. 1 Nejčastější vyvolavatelé bronchitidy dle věku

Vyvolavatel	frekvence dle věku (roky)			
	0–2	2–5	5–9	9–15
RSV	++++	+++	++	++
Adenoviry	++	++	+	0
Parainfluenza	++	++	++	++
Rinoviry	+	+++	+++	+++
Metapneumo	++	+	+	0
Mycoplasma	+	++	+++	+++
<i>Bordetella sp.</i>	+	+	++	+++



bronchitida vyvolaná bakteriemi je u dětí vzácná, jejím nejčastějším vyvolavatelem je pertuse a *Mycoplasma pneumoniae*. Chronická bakteriální bronchitida vzniká u dětí nejčastěji v terénu chronického plicního onemocnění nebo imunodeficitu a je komplikací těchto základních onemocnění. Jako samostatná jednotka je vzácná.

Epidemiologie a etiologie

Akutní bronchitida patří společně s virovými onemocněními horních cest dýchacích a otitidami k nejčastějším onemocněním dětského věku. Během 2. roku věku prodělá bronchitidu 6,7 % dětí, v adolescenci cca 2 %. Do šesti let jsou nejčastějšími původci RS viry, parainfluenza 3, adenoviry. U školáků převažuje *Mycoplasma* a chřipka A a B. V adolescenci je v polovině případů příčinou kašle *Bordetella species*. Stejně jako u ostatních respiračních infekcí je výskyt bronchitidy nejvyšší v době od podzimu do jara.

Patofyziologie

Ve většině případů je bronchitida provázena i rýmou, faryngitidou a tracheitidou. Viry poškodí epitel dýchacích cest jak v horních cestách dýchacích, tak v bronších. Hrtan a subglotický prostor mohou být ušetřeny. Dochází k produkci cytokinu, deskvamaci epitelů a přílivu leukocytů do postižených průdušek. Stimulace pohárkových buněk vede k nadprodukci hlenu, který je zpočátku vazký. Sputum má díky přítomnosti polymorfonukleárů purulentní vzhled. Jedná se ale pouze o reakci polymorfonukleárů na poškození sliznice a purulentní sputum tedy v této situaci, stejně jako u virové rýmy zkalená, žlutá rýma, není příznakem bakteriální infekce. Je-li nahromadění sekretu a buněk výrazné, způsobí bronchiální obstrukci, kterou klinicky neodlišíme od obstrukce vyvolané bronchospasmem. Ten je významnější při obstrukční bronchitidě a astmatu. Obstrukce vyvolaná hromaděním sekretu však příliš nereaguje na bronchodilataci.

Klinický obraz

V popředí klinického obrazu je nejprve rýma, nachlazení, faryngitida, subfebrilie, potom se objeví kašel. Ten je nejprve suchý, ev. s bolestmi za hrudní kostí, postupně se zvlhčující, produktivní. Sputum jsou však děti schopny vykašlávat až od 8–10 let. Menší děti hleny většinu polykají, což může vést ke zvracení po kašli (i když se nejedná o pertusi) a nechutenství. Dráždivý záchvatovitý

kašel vyvolávají mykoplasmata, chlamydie, RS viry a typické záchvaty s kokrhavým nádechem a zvracením na závěr záchvatu vyvolává pertuse a parapertuse. Ostatní příznaky u bronchitidy odpovídají běžnému virovému onemocnění – rýma, faryngitida, subfebrilní teploty. Předchází rozvoji kašle o 3–4 dny. Poslechový náález na plicích je nejprve normální, postupně se objevují chropy, vrzoty a pískoty v obou dechových fázích. Při obstrukční bronchitidě je prodloužení expira (trvání výdechu/nádechu je více než 1/1) a pískoty a vrzoty dominují v expiriu. V těžších případech je dušnost, tachypnoe, zatahování. Poslechový náález chropů a vrzotů, pískotů je měnlivý, mizí a stěhuje se po odkáslání. Rentgenový náález je normální nebo je zmnožená peribronchiální kresba, mohou se objevit také atelektázy a u obstrukční bronchitidy hyperinflace. Příznaky většinou odezní do 14 dnů. Chlamydiafilová a mykoplasmová infekce se hojí déle.

Diferenciální diagnóza akutní bronchitis

K určení pravděpodobného vyvolavatele akutní bronchitidy pomůže klinický obraz a také epidemiologická situace. Chřipka, RS viry, mykoplasmata se většinou šíří epidemicky a je postiženo více osob. U pertuse je v úzkém okruhu nějaký dlouhodobě kašlající jedinec.

Při náhle vzniklé hvízdaivé bronchitidě u menších dětí, která má afebrilní průběh, je nutné vyloučit aspiraci, astma. V případě akutního dávivého kašle aspiraci, pertusi. U chřipky jsou typické náhle vzniklé horečky 40 °C. Zánětlivá aktivita se u virových a atypických vyvolatelů příliš neliší, je nízká až středně zvýšená. U pertuse je typická leukocytóza s lymfocytózou.

Při podezření na pneumonii ji vyloučí nebo potvrdí skiagram hrudníku. Při aspiraci může

být RTG náález normální nebo je jednostranná hyperinflace, atelektáza či konsolidace.

Širší diferenciální diagnostika je indikována u recidivující nebo chronické bronchitidy. Přichází v úvahu astma, aspirace, cystická fibróza, anatomické odchylky dýchacích cest i další nemoci – stejně jako v diferenciální diagnostice kašle.

Vyšetření

Kromě fyzikálního vyšetření není u akutní bronchitidy nutné další podrobnější vyšetření. Pátrání po etiologii není u nekomplikovaných případů virových bronchitid nutné. Význam má pouze v epidemiích chřipky a RS virů – pro včasné nasazení oseltamiviru u rizikových dětí, u RS virů pro předvídání průběhu a komplikací a pro monitoraci epidemiologické situace. Dále také pro diagnostiku pertuse.

V sekretu odsátém z horních cest dýchacích nebo ve steru můžeme prokázat pomocí PCR genom virů, atypických bakterií, bordetel. Kultivace výtěru z krku nebo nosu je nepřínosná. Tato místa nejsou sterilní a zcela běžně je u zdravých dětí i dospělých v nosohltanu nacházen pneumokok, hemofilus, branhamella nebo stafylokok. Výtěr z nosu či krku nás neinformuje o přítomnosti patogenů v dolních cestách dýchacích.

Zánětlivá aktivita je zpravidla nízká, leukocytóza (krom pertuse) většinou do 10 000/mm³.

Léčba

- Kauzální léčba není u virových bronchitid – kromě chřipky – většinou možná a není ani nutná. Oseltamivir (Tamiflu) je indikován k léčbě chřipky u dětí s rizikovými faktory a je nejúčinnější, pokud je podán do 48 hodin od prvních příznaků. Tab 2, 3, 4

Tab. 2 Indikace léčby oseltamivirem u dětí (dle doporučení MZČR)

- děti starší 1 roku s cystickou fibrózou
- osoby s chronickým rizikovými onemocněním bez rozdílu věku (těžké formy asthma bronchiale, chronická respirační onemocnění, srdeční selhání)
- děti s onkologickým onemocněním na imunosupresivní léčbě
- osoby mladší 19 let dlouhodobě na léčbě k. acetylsalicylovou

Před zahájením léčby inhibitory neuraminidázy u dětí je nutno brát v úvahu jejich nežádoucí účinky, což jsou u oseltamiviru kromě gastrointestinálních příznaků neuropsychické projevy, změny chování, depresivní a delirantní stavy. Zejména u dětí bylo popsáno sebeпошкоzování až suicidální tendence. Zanamivir může u astmatických dětí způsobit zejména bronchospasmus.



- Doporučujeme zvýšený příjem tekutin. K léčbě horečky a bolesti používáme analgetika-antipyretika
- Inhalace fyziologického roztoku pomohou při evakuaci hlenu. Inhalace koncentrovanějšího roztoku – 3–7% je účinnější, může však vyvolat bronchospasmus, proto je vhodné před ní podat 2 vstříky salbutamol.
- Efekt mukolytik, antitusik, antihistaminik a volně prodejných léků je srovnatelný s placebem a jejich podávání má tak spíše efekt psychologický než kauzální. Některé z nich mohou u dětí pod 6 let věku dokonce vyvolat více nežádoucích účinků, než je jejich přínos. Volně prodejné léky „na kašel a nachlazení“ nejsou již v USA, Velké Británii a řadě dalších zemí doporučovány pro děti mladší 6 let.

Mukolytika obsahující carbo- a acetylcysteine striktně nejsou doporučována pro děti mladší 2 let. Jejich přínos je menší než jejich negativní účinky – zvýšená bronchorea vedoucí k zhoršení dušnosti až úmrtí na plicní edém.

Pokud je přítomna bronchiální obstrukce a předpokládáme bronchospasmus, jsou indikována inhalační β_2 -mimetika a eventuálně inhalační anticholinergika, v těžších případech celkově kortikoidy a ev. aminophylliny – stejně jako u astmatu.

Při podezření na bakteriální superinfekci – což je vzácné (recidiva teplot, vleklý stav, vzestup zánětlivé aktivity) – jsou nejvhodnější betalaktamová antibiotika – amoxicillin v dávce 50–80 mg/kg/den ve 3 dávkách. Superinfekci působí většinou běžní kolonizátoři dýchacích cest – *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* (netypovatelný), ev. *Branhamella catarrhalis* či *Staphylococcus aureus*. Tab 5

Při podezření na atypické vyvolavatele (epidemiologie, věk, PCR průkaz) jsou vhodné makrolidy nebo od osmi let lépe deoxymykoin. Clarithromycin 15 mg/kg/den do 2 dávek na dobu 10 dní, u dětí nad 8 let i deoxymykoin 100–200 mg 1× denně 10 dní. Ten je nejlépe užít po nejvydatnějším jídle – většinou po obědě, abychom předešli nauce. Tab 5

Paušální léčba antibiotiky u všech akutních bronchitid rozhodně ale není vhodná!

Prognóza akutní virové bronchitidy je většinou příznivá. Adenovirová infekce vzácně může přejít do chronicity, obliterující bron-

Tab. 3 Dávkování oseltamiviru u dětí starších jednoho roku

Hmotnost (kg)	Věk (roky)	Dávka (mg)
< 15	1–3	30 mg (2,5 ml) 2× denně
15–23	4–7	45 mg (3,75 ml) 2× denně
24–40	8–12	60 mg (5 ml) 2× denně

Tab. 4 Dávkování oseltamiviru u dětí mladších než 12 měsíců

Věk dítěte	Dávka
> 3–12 měsíců	3 mg/kg 2× denně
> 1–3 měsíce	2,5 mg/kg 2× denně
0–1 měsíc (málo klinických dat)	2 mg/kg 2× denně

Podle změn SPC schválených Evropskou lékovou agenturou (EMA) je dávkování pro děti mladší než 12 měsíců 2–3 mg/kg 2× denně po dobu 5 dnů.

Tab. 5

Doporučené dávkování nejdůležitějších antibiotik při léčbě bakteriálních onemocnění dolních cest dýchacích a plic

Krystalický penicilin 100–400 000 IU/kg/den, i více, ve 4–6 dávkách i.v.

Ampicillin 100–400 mg/kg/den ve 4–6 dávkách i.v.

Amoxicillin 90 mg/kg/den ve 3 dávkách per os.

Cefotaxim 150 mg/kg/den ve 3 dávkách i.v.

Clindamycin 40 mg/kg/den ve 4 dávkách i.v.

Vancomycin 10 mg/kg/den ve 4 dávkách i.v.

Oxacilin: novorozenci s tělesnou hmotností do 2 kg 50–100 mg/kg/den 2× denně do 1 týdne věku, dále 150 mg/kg/den 3× denně, novorozenci s tělesnou hmotností nad 2 kg: 150 mg/kg/den 3× denně do 1 týdne věku, dále 200 mg/kg/den 4× denně. Aplikuje se po dobu 10–14 dnů i.v.

Clarithromycin 15 mg/kg/den ve 2 dávkách per os u dětí nad 1 měsíc

U dětí do 1 měsíce azithromycin 10 mg/kg/den, 1× denně po dobu 3–5 dnů nebo 10 mg/kg/první den, dále 4 dny 5 mg/kg

Doxycyclin u dětí nad 8 let: děti nad 45 kg 200 mg/den ve 2 dávkách po 12 hodinách, děti s hmotností nižší než 45 kg první den 4,4 mg/kg/den ve dvou dílčích dávkách po 12 hodinách, od druhého dne 2,2 mg/kg/den každé 24 hodiny. Nutno užívat po největším jídle, nejčastěji po obědě, tak se minimalizují negativní účinky jako nauzea, zvracení.

(Amoxicillin/clavulanat 90 mg (amoxicillinu) /kg/den per os, 100–200 mg (amoxicillinu)/kg/den i.v.)

(Cefuroxim 30–50 mg/kg/den ve 2 dávkách per os, 150 mg/kg/den i.v.)

cholitidy nebo zanechat trvalé následky v podobě bronchiektazií. Po RS virové infekci přetrvává někdy po dobu několika měsíců bronchiální hyperreaktivita. Pertuse je nejnebezpečnější pro kojence, u kterých může vyvolat apnoi, respirační selhání, dehydrataci. Dlouhodobým následkem je dráždivý kašel.

Akutní bakteriální bronchitida

K nejčastějším vyvolatelům primární akutní bakteriální bronchitidy patří u jinak

zdravých dětí *Mycoplasma pneumoniae*. Bronchitidu vyvolá u batolat a předškoláků, u školáků a adolescentů spíše pneumonii. Dalším z vyvolavatelů bakteriální bronchitidy je (i u očkované populace) *Bordetella pertussis* a *B. parapertussis*. V počátečním stadiu jsou tato onemocnění vzájemně neodlišitelná a ani se zprvu neliší od virových bronchitid. Pertusi odliší až typický kašel s kokrhavým nádechem. *Chlamydia trachomatis* a *Ureaplasma urealyticum* vyvolá onemocnění u novorozenců a ko-



Pamlsková vyhláška se zmírní

Pamlsková vyhláška, která zakazuje dětem kupovat si ve škole nezdravé pochutiny, by měla být od září mírnější. Změnu chystají minštr školství a zdravotnictví v demisi Robert Plaga (ANO) a Adam Vojtěch (za ANO). Ve vyhlášce by se měly upravit limity obsahu tuku, cukrů a soli v prodáváných výrobcích. Neznamená to však prý, že se do automatů na školních chodbách vrátí slazené limonády.

Ministři uvedli, že nyní si školáci nemohou koupit vlastně ani rohlík s máslem.

„Pamlsková vyhláška, jak byla nastavena, byla příliš represivní a v reálu nevedla k tomu, k čemu byla zamýšlena. Připravili jsme návrh zmírnění, který upravuje hodnoty potravin. Samozřejmě tím neregulujeme na zdravé stravovací návyky. Věřím v zodpovědnost ředitelů škol a rodičů,“ uvedl ministr školství Robert Plaga (ANO).

„Přistoupili jsme z pohledu praxe na to, že pamlskovou vyhlášku upravíme. Vždy jsem byl proti jejímu zrušení, předpis by měl být zachován, ale byla nastavena příliš přísně,“ řekl ministr zdravotnictví Adam Vojtěch (za ANO).

Doplnil, že si podle nastavených limitů nemohly děti koupit ani tvaroháček nebo rohlík s máslem.

„Školy nesměly prodávat kvalitní šunky, sýry, tedy věci, které odpovídají principům zdravého stravování,“ řekl Vojtěch. Nově by školy mohly podle něj prodávat potraviny jako chleba s máslem a šunkou, ochucené tvarohy či vícevrstvé pečivo.

„V žádném případě ne slazené nebo energetické nápoje. Tam se nic nemění, nehodláme podporovat dětskou obezitu,“ uzavřel ministr.

Pamlsková vyhláška vstoupila v platnost začátkem roku 2017. Někteří ředitelé škol ji kritizovali s argumentem, že děti si nezdravé potraviny stejně koupí mimo školu v obchodě, pokud budou chtít. Nelíbila se ani například politikům z ODS.

Zdroj: www.novinky.cz, 24. 5. 2018

jenců infikovaných matek. Obě infekce jsou získané perinatálně. Ureaplasmová infekce se projeví většinou u nedonošenců jako pneumonie, kolonizace těmito bakteriemi je častá u dětí s bronchopulmonální dysplazií, u donošených dětí je kolonizace asociována s hvízdavými bronchitidami do 5 let věku. Chlamydiová infekce se projeví nejčastěji od 1 do 3 měsíců dráždivým kašlem, dušností, tachypnoí a chrůpkou, bez hvízdání, většinou s afebrilním průběhem a rentgenovým nálezem s hyperinflací nebo zcela normálním. Typická je eozinofilie v krevním obraze, závažné ukazatele jsou nízké.

Primární akutní bakteriální bronchitida vyvolaná bakteriemi běžně kolonizujícími nosohltan (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* (netypovatelný), ev. *Branhamella catarrhalis* či *Staphylococcus aureus*) je u zdravých dětí vzácná, vzniká nejčastěji na podkladě chronického onemocnění celkového nebo plic a průdušek nebo při imunodeficitu.

Vyšetření

Pokud je dle klinického obrazu podezření na bakteriální etiologii bronchitidy, má kultivační nebo PCR průkaz agens v nazofaryngeálním stěru nebo sekretu pouze omezený diagnostický význam. Je přínosný v diagnostice mykoplasmových, ureaplasmových, chlamydiových infekcí a pertuse. Je však nutno počítat s tím, že mykoplasmata mohou po infekci nějakou dobu kolonizovat. Průkaz ostatních bakterií v nosohltanu je pro diagnózu nepřínosný, protože jsou běžnými kolonizátory nazofaryngu zdravých jedinců. Sérologické vyšetření má smysl pouze při pátrání po atypických vyvolavatelích nebo pertusi. U mykoplasmové infekce může být diagnosticky přínosné signifikantně zvýšené IgM v prvním vzorku, ale při negativitě rozhodně není infekce vyloučena. Ke zvýšení IgM dochází v polovině případů až po 9. dni trvání infekce. Definitivní potvrzení přinese až vyšetření párového séra s čtyřnásobným vzestupem titru protilátek.

Při průkazu pertuse je nejcitlivější PCR, potvrzením je kultivační vyšetření po speciálním odběru do speciální půdy nebo sérologie, ale výhradně vyšetření párových sér v odstupu cca 14–21 dní. Jednorázové vyšetření protilátek v době akutní infekce má význam pouze při signifikantně zvýšené hladině protilátek proti pertusovému toxinu u pacientů, kteří nebyli v posledním roce proti pertusi očkovaní.

Zánětlivá aktivita bývá i u bakteriálních bronchitid většinou jen mírně zvýšená, kromě sedimentace, která může být i v rozporu s CRP a normálním počtem leukocytů vysoká. U pertuse je pravidlem leukocytóza s lymfocytózou při nízkém CRP a sedimentaci.

RTG nález je u bronchitidy normální nebo s obrazem peribronchitidy, eventuálně atelektáz. Pokud se vyvine konsolidace a výpotek, jedná se již o pneumonii, nikoliv o bronchitidu.

Léčba

Z antibiotik podáváme při suspekci na pertusi a atypické vyvolavatele makrolidy, u dětí nad 8 let při podezření na atypické vyvolavatele deoxymykoin, na ostatní vyvolavatele amoxicilin, amoxicilin clavulanát – stejně jako u ostatních komunitních respiračních infekcí. Tab 5

Prevence

Prevencí infekcí dolních cest dýchacích a pneumonií je očkování (pertuse, hemofilus, pneumokok, chřipka), zdravý životní styl a vyhýbání se přelidněným prostorům a kolektivním zařízením, vyhýbání se znečištění ovzduší (tabákový kouř), dodržování hygienických pravidel.

Literatura

www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/2008/ucm116839.htm. Accessed May 3, 2010

De Sutter AI, Lemiengre M, Campbell H. WITHDRAWN: Antihistamines for the common cold. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Oct 7;(4):CD001267. doi: 10.1002/14651858.CD001267.pub2

MHRA. Children's over-the-counter cough and cold medicines. Press release: Better medicines for children's coughs and colds. [online]. <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20141206030140/http://www.mhra.gov.uk/NewsCentre/Pressreleases/CON038902> Sharfstein JM, North M, Serwint JR. Over the counter but no longer under the radar – pediatric cough and cold medications. N Engl J Med. 2007 Dec 6;357(23):2321–2324

Mallet P, Mourdi N, Dubus JC et al. Respiratory paradoxical adverse drug reactions associated with acetylcysteine and carbocysteine systemic use in paediatric patients: a national survey. PLoS One. 2011;6(7):e22792. doi: 10.1371/journal.pone.0022792. Epub 2011 Jul 27



Ze světa odborné literatury...

■ Kortikosteroidy pro léčbu bolestí v krku – metaanalýza

Jednalo se o pacienty starší pěti let, kteří se dostavili pro bolesti v hrdle nebo přímo pro známky tonzilitidy na emergency nebo do primární péče. Evidence nálezu podléhala celé škále hodnocení. Bylo zařazeno celkem 1 426 jedinců. Pacienti dostávali jednu dávku kortikoidů, většinou orální dexametazon v dávce 10 mg. Regrese bolestí v krku začala po 4 hod., další byli již zcela bez bolestí v krku druhý den. Úplná regrese bolestí nastala průměrně po 11 hodinách. Absolutní redukce bolestí v krku po 24 hodinách nastala u téměř všech pacientů léčených kortikoidy. Při této léčbě se neobjevily žádné vedlejší příznaky. To je v podstatě nepřímým důkazem, že většina bolestí hrdla je zapříčiněna klinickou akutní faryngitidou na základě virové infekce. Variantou k této kortikosteroidní léčbě je podání paracetamolu nebo ibuprofenu. Jde o diferenciální metodu předcházení podávání antibiotik, touto cestou lze dosáhnout oddálení navození možné antibiotické rezistence. Autoři ale také zdůrazňují, že se nejednalo o závažná onemocnění typu angíny, ale o bolesti v hrdle rázu faryngitidy. Léčbu prezentují jako léčbu TOAST – treatment options without antibiotics for sore throat. Byli samozřejmě vyloučeni účastníci imunokompromitovaní, nakonec přijatí do nemocnice nebo pacienti s dg. infekční mononukleóza. Nebyli nikdy zařazováni účastníci po krátkodobých intubacích a následných přetrvávajících bolestech v hrdle, gastroezofageálních refluxech, krpu nebo peritonzilárních abscesech. Dále byli zařazováni pacienti chybějící den ve škole nebo v práci. Účastníci s potvrzenými nálezy beta-streptokoků byli také zařazeni do zvláštní skupiny.

BMJ 2017;358:j3887

■ Začátek zánětlivých střevních onemocnění a riziko karcinomu u švédských dětí

Smyslem práce bylo ohodnotit procentuální hledisko možnosti vzniku karcinomu u dětí a dospívajících v návaznosti na trvání chronického střevního onemocnění. Jednalo se o pacienty mezi roky 1964 až 2014. Začátek sledování u těchto pacientů byl věk 18 let

a ze zánětlivých střevních onemocnění se jednalo o 9 405 pacientů s ulcerózní kolitidou, 4 648 pacientů s M. Crohn a 3 768 neklasifikovaných. Ve sledování zůstalo 497 pacientů. Zvýšené riziko karcinomů před 25. rokem věku byl podobné v jednotlivých obdobích. Kvocient hazardu byl podobný v celém období a tzv. hazard ratio bylo 2,2 u ulcerózní kolitidy a 1,7 u M. Crohn. Našlo se 20 karcinomů u 9 405 pacientů. Je tedy patrné zvýšené riziko zvláště gastrointestinálních karcinomů. Dále jsou častěji popisována lymfoidní neoplazmata a kožní tumory. Také se zde vyskytuje častěji primární sklerozující cholangiotida. Má se za to, že pacienti musejí preventivně počítat s touto komplikací.

BMJ. 2017;358:j3951

■ Kojení a riziko incidence endometriózy

Účastníky studie bylo 72 000 žen, které absolvovaly jedno či více těhotenství, z nich 3 296 mělo laparoskopicky ověřenu endometriózu. U každého těhotenství ženy popsaly délku trvání kojení, včetně délky exkluzivního kojení, a popsaly i dobu trvání poporodní amenorey. Trvání celkového i výlučného kojení bylo signifikantně asociováno s poklesem rizika endometriózy. U žen, kde délka kojení byla kratší než měsíc, bylo popisováno 453 klinických obrazů endometriózy na 100 000 osoboroků ve srovnání se 184 klinickými obrazy/100 000 osoboroků u žen, které kojily až tři roky. Vypočteno na každé tři měsíce výhradního kojení se snížilo o 8 % riziko endometriózy. Na každé přidané tři měsíce se riziko snižuje o dalších 14 %. Ženy, které kojily i po třech letech, pak měly ve srovnání s úplně nekojící skupinou až o 40 % redukci endometriózy. Protektivní asociace s plným kojením byla silnější u žen, které rodily v posledních 5 letech. Asociace totálního a exkluzivního kojení s endometriózou byla částečně ovlivněna postpartální amenoreou. Autoři dále uvědomují čtenáře o charakteru endometriózy jako takové, která postihuje v USA kolem 10 % žen. Většina se projevuje chronickými pelvickými bolestmi, dysmenoreou a dyspareunií a nemá známé léčení. Endometriální léze závisejí na cirkulujících estrogenech. Prodloužené kojení prodlužuje

amenoreu, zvyšuje hladinu oxytocinu a prolaktinu a inhibuje cirkulující gonadotropiny. Endometrióza má vliv na kvalitu života a pracovní produktivitu.

BMJ 2017;358:j3778

■ Prenatální expozice antidepressivům a zvýšené riziko psychiatrického onemocnění v raném kojeneckém a batolecím věku

Těhotné ženy, které užívají antidepressiva k léčbě těžké deprese, jsou otázkou pro celý svět. V minulosti Liu a spolupracovníci našli asociaci mezi prenatální expozicí antidepressivům a psychiatrickými poruchami u dětí. Není zde pouze vliv antidepressiv, ale i vliv vlastního onemocnění matky. V mnohých předchozích studiích se uvádí vliv na psychiatrická onemocnění dětí včetně autismu. V dánské studii je rozebírána léčba antidepressiv u 900 žen a také u 1 400 žen, kde léčba byla přerušena. Děti žen, které užívají pravidelně antidepressiva, mají o 30 % vyšší riziko psychiatrické poruchy než děti žen, které na těhotenství léčbu vysadily. Nejvíce byly u těchto dětí udávány změny nálad. Několik věcí je považováno za důležité k interpretaci výsledků. Jednak těhotným ženám nemají být antidepressiva předepisována. Jednak nikdo neví, co dělají tyto léky ve vyvíjející se CNS dítěte. Alterace kognitivní funkce, psychomotorické funkce a poruchy chování lze téměř s jistotou očekávat. Dnes je již známo, že prenatální expozice antidepressivům je asociována u 23 dětí na 100 000 žen vyjádřením určitého stupně autismu! Je neuvěřitelné, jak velký počet těhotných užívá antidepressiva, a přitom nikdo neví, jaký vliv to má na vyvíjející se fetus.

BMJ 2017;358:j3950

Připravil MUDr. Jiří Liška, CSc.



Aktuality...

GDPR by mělo skončit se zlovyky v čekárnách i při vizitách. Sdělovat se budou moci jen nezbytná osobní data

Na konci tohoto měsíce začne platit evropské nařízení GDPR, ale řada lékařů stále nemá zcela jasno, co to pro ně znamená. ZD proto přináší odpovědi na některé otázky, které lékařskou veřejnost zajímají.

Na co všechno potřebuji souhlas pacienta? Mohu s ním komunikovat e-mailem či po telefonu? Je možné výpis z dokumentace či vzorky posílat poštou nebo kurýrem? A jak postupovat při vizitě, kdy je v pokoji více pacientů? To jsou některé z otázek, které zajímaly lékaře na dubnovém semináři k GDPR, který uspořádala Česká lékařská komora. Zdravotnický deník nyní přináší jejich přehled s odpověďmi vedoucí oddělení Úřadu pro ochranu osobních údajů Soni Matochové a ředitele právní kanceláře ČLK Jana Macha.

Jak je to se souhlasem pacienta?

Je potřeba jen tehdy, pokud důvod shromažďování není dán jiným právním titulem, v souvislosti s poskytováním péče je ale obvykle dán přímo ze zákona. „To, co vedeme podle zákona, především zdravotnickou dokumentaci se vším, co k ní patří, vést musíme bez ohledu na stanovisko pacienta a žádný souhlas k tomu nepotřebujeme,“ zdůrazňuje Jan Mach. Na druhou stranu má ale pacient právo znát informace, které jsou o něm shromažďovány – má tedy právo na kopii zdravotnické dokumentace.

„Souhlas má význam tehdy, když jej jde ze strany subjektu odvolat, a to tak jednoduše, jak ho udělil. Když subjekt souhlas odvolá, pak zákonnost předcházejícího jednání není dotčena,“ vysvětluje Soňa Matochová. Souhlas v podobě informovaného souhlasu přitom musí být potvrditelný, srozumitelný, musejí v něm být použity jasné a jednoduché jazykové prostředky, je oddělitelný od ostatního obsahu a snadno přístupný.

Musím mít písemný souhlas pacienta, pokud jde o zaznamenání jeho telefonu či mailu?

Kontakt je možno požadovat, pokud to má v dané konkrétní situaci smysl s vazbou na konkrétní účel, kdy pacient potřebuje něco získat, obstarat či vyzvednout. V případě vazby na potřebu pacienta je podle Matochové možno brát požadavek za součást věcí patřících k léčbě. Pokud jde ale o trvalé uvedení telefonu, není zatím praxe stanovena. V případě, že pacient sám chce v dokumentaci údaj zaznamenat, to ovšem pochopitelně není problém.

Je možno poslat žádanku či eRecept pacientovi e-mailem, případně vyměňovat si informace e-mailem mezi lékaři?

V tuto chvíli mohou lékaři dále postupovat, jak jsou zvyklí, do budoucna by však měli vzít v úvahu, že u nezabezpečeného e-mailu není dostatečná záruka, aby se k obsahu nikdo nedostal. „Zabezpečení komunikace ani nabídka na trhu v tuto chvíli není, takže to spravedlivě nyní není možné žádat,“ říká Matochová, podle které se praxe ustaví časem.

Pokud je sám pacient iniciátorem nebo dá i neformální souhlas s komunikací, je možno nezabezpečené e-maily dál využívat. Co se ovšem týče komunikace mezi poskytovateli (např. lékař – komplement), bude do budoucna zhruba v horizontu zhruba jednoho roku třeba zajistit šifrovaný e-mail.

Mohu sdělovat informace po telefonu?

Aby se vyloučila možnost, že se někdo bude podvodně vydávat za osobu, která má na informace právo (sám pacient nebo domluvená osoba blízká – osoby, které jsou oprávněny dostávat informace, by měly být zaneseny ve zdravotnické dokumentaci), je dobré si dopředu domluvit heslo. „V tom se ovšem nic nemění, stejně jsme na tento dotaz odpovídali i před deseti lety,“ dodává k tomu Jan Mach.

Je možno poslat výpis ze zdravotnické dokumentace poštou?

Ano, platí listinné tajemství. Na druhou stranu je třeba zajistit, aby se zásilka dostala do rukou příslušnému lékaři, proto je vhodné napsat na první místo jeho jméno s poznámkou „do vlastních rukou“, aby ji neotevřela například recepční.

Pokud do ordinace přijde zahraniční pacient, v jakém jazyce má dostat informovaný souhlas? Má papír případně podepsat i tlumočník?

V případě, že je nutný souhlas a je přítomen tlumočník, přetlumočí obsah a souhlas podepíše oba. Pokud tlumočník k dispozici není a přítomen je pouze někdo, kdo mluví daným jazykem, je třeba se pacienta zeptat, zda mu volné přeložení souhlasu stačí, a pokud ano, podepíše ho. Lékař by se v takovém případě měl krýt tím, že k souhlasu připiše poznámku, jak věc proběhla (např. byl v angličtině sdělen obsah a pacient podepsal). Co se pak týče úhrady tlumočníka, toho nehradí ani pojišťovna, ani poskytovatel. S výjimkou případů krajní nouze si ho tedy musí zaplatit pacient. V případě, že si pacient přivede neoficiálního tlumočníka, je bezpečnější nechat si podepsat souhlas s takovým překladem.

Jaký typ smlouvy je třeba mít se společnostmi poskytujícími lékařské informační systémy?

Dodavatel IT systémů je zpracovatel, který správci poskytuje služby na základě smlouvy. „Pro správce je naprosto zásadní uzavřít smlouvu, kde je zajištěno, že tam například není tak krátká výpovědní lhůta, u níž hrozí, že někdo s osobními údaji odejde. Je dobré zahrnout i klauzuli, že zpracovatel zajistí soulad s obecným nařízením. To umožňuje určitou flexibilitu,“ radí Matochová s tím, že i komora může upozorňovat na podvodníky a neseriózní jednání.

ČLK každopádně v tomto směru chystá doporučení, co by ve smlouvě nemělo chybět, tedy že je dodavatel povinen chránit osobní údaje dle evropských norem, odpovídá za případné škody a není oprávněn po skončení platnosti smlouvy nakládat s daty, ke kterým se dostane. Pokud si navíc správce vyžádá součinnost, která se týká ochrany osobních údajů, bude mu poskytnuta. „Právní perfektnost smlouvy je velmi důležitá. Je lehčí věnovat pozornost uzavření smlouvy než pak řešit následný spor,“ dodává Matochová.



Jak řešit vztah mezi laboratoří a lékařem?

Oba subjekty jsou vázány mlčenlivostí dle zdravotnické legislativy, je tedy pouze třeba zabezpečit komunikaci a data tak, aby se k nim nedostal neoprávněný subjekt. „Smlouvu není třeba uzavírat, oba mají jasné zákonné povinnosti a povinnost mlčenlivosti – na rozdíl od smlouvy se subjektem, který je mimo zdravotnictví a povinnost mlčenlivosti nemá,“ konstatuje Mach.

Pokud jeden lékař žádá jiného o zaslání zdravotnické dokumentace, je potřeba podpis pacienta?

Když pacient mění lékaře, je dobré jeho písemné potvrzení pro předání dokumentace, případně doložení jeho registrace s podpisem.

Jak je to s vyvoláváním pacienta z čekárny, může ho sestra oslovit jménem?

Je třeba zvolit takový postup, aby zdravotník nesděloval informace, které v dané situaci nejsou potřeba. Pokud například pacienti přicházejí na řadu tak, jak dorazili do čekárny, není nutné vyvolávat jménem. Ovšem v případě, že chce lékař konkrétního pacienta, vyvolá si ho pomocí příjmení. Vyšší stupeň opatrnosti (například vyvolávání formou čísel) pak je namístě například na gynekologii nebo podobném pracovišti, kde se může jednat o velmi citlivé situace. Určitě je chybný postup, kdy je pacient vyvoláván s uvedením nemoci. „Víme, co jsou schopny sestřičky sdělit v čekárně pacientům ve stylu: jestlipak jste držel dietu, nějak se nám to zhoršilo, pane Nováček. Tyto zlovyky bude třeba odstranit,“ zdůrazňuje Jan Mach. Podobně by to mělo fungovat také v nemocnici s označováním, kde leží jaký pacient – pokud je u pokoje rozpis, kdo kde leží, je namístě uvádět jen nejnnutnější údaje, tedy např. příjmení pacienta, jméno až tehdy, když na jednom pokoji leží dvě osoby se stejným příjmením.

Jak by měla probíhat vizita, když je na pokoji více pacientů?

Stejně jako v předchozím případě nesdělovat víc údajů, než je nezbytně nutné. „Je velký zlovyk, že asistent přednostovi či sekundář primáři při vizitě automaticky referuje podrobnosti a jde o rozhovor mezi nimi, který poslouchá pět dalších pacientů. To považujeme za velmi nevhodné. Na druhou stranu pokud se sám pacient veřejně ptá, což je u vizit časté, nepovažoval bych odpověď za porušení mlčenlivosti ani ochrany osobních údajů,“ přibližuje Jan Mach.

Mám pronajatou uzamykatelnou ordinaci v uzamčeném křídle zdravotnického zařízení, ale nemám uzamykatelnou kartotéku. Musím si pořízovat novou se zámkem?

Záleží na situaci. Pokud je objekt uzavřen a i ordinace je zabezpečená, mělo by být zabezpečení dostatečné – do uzamykatelné kartotéky je snazší se dostat než přes kvalitní zámek do ordinace. Na druhou stranu je třeba zvážit, kdo všechno má od ordinace klíč – zda například nemůže dovnitř v době, kdy bude ordinace prázdná, uklízečka. Pokud jsou také prostory pronajaté a klíč má i majitel, je dobré zahrnout ochranné ustanovení do smlouvy.

Posílám po kurýrovi označené vzorky s adresou, diagnózou a rodovým číslem do laboratoře. Jak zajistit, aby se osobní údaje nedostaly do rukou neoprávněné osobě?

Pokud vzorky převáží zdravotník, který je zaměstnancem laboratoře, je vázán mlčenlivostí ze zákona. Není ale od věci si celou situaci s laboratoří probrat a domluvit se na postupu, nemluvě o ověření identifikace pracovníka. V případě, že jde o výjimečný případ, kdy se vzorky posílají přes kurýrní firmu, je potřeba označený materiál zabalit tak, aby se kurýr k osobním datům nedostal.

Jaké informace si o pacientovi mohou sdělovat lékaři navzájem?

Ty, které jsou nezbytné k péči o pacienta. „Obecné nařízení nepřichází, aby formalizovalo nezbytnou komunikaci, která je daná povahou věci. Pakliže ale není nutné osobní podrobnosti sdělovat, je třeba se jich zdržet,“ osvětluje Matochová. „Zákon nám přímo dává povinnost sdělovat údaje zajišťující návaznost péče, na druhou stranu ale musím mít jistotu, že jednám s kompetentním pracovníkem,“ dodává Mach.

V případě dalších otázek a nejasností je možné obrátit se s dotazem i na ÚOÚ (byť je třeba počítat s delší lhůtou při čekání na odpověď), některé aspekty se ale budou ustalovat až postupně s praxí.

Michaela Koubová

Zdroj: www.zdravotnickydenik.cz, 3. 5. 2018

Vyšetřovatelka: Proč jsou rozvádějící se otcové tak často obviňováni ze zneužívání dětí

Počet případů, kdy je otec při rozvodu obviněn bývalou partnerkou ze zneužívání dětí, prudce roste. Kromě pomsty jde často o taktiku, jak získat výhodu ve sporu o dítě. Vyšetřovatelka věnující se dlouhodobě této problematice řekla Právu, že při obvinění by měly všechny instituce použít selský rozum a ptát se, proč by do té doby bezproblémový otec měl najednou zneužívat děti.

Vyšetřovatelka jihomoravského policejního ředitelství, která kromě detektivní práce také školí ostatní policisty z problematiky páchání trestné činnosti na dětech, upozornila, že podezření na zneužívání dětí bývalým partnerem nyní tvoří nezanedbatelnou část její pracovní náplně.

„Do té doby normální heterosexuální muž a bezproblémový táta je obviněn, že zneužíval děti,“ popsala klasický případ vyšetřovatelka, jejíž jméno redakce zná, z důvodu citlivosti tématu je ale neuvádí.

Zničené životy

Obvinění může otci často zcela zničit osobní život a společenskou reputaci, ač jej policisté později očístí. „Veřejnost by měla vědět, že drtivá většina obvinění je falešná. Takto to vypadá, jako kdyby každý druhý táta po rozvodu byl pedofil a neměl nic lepšího na práci než zneužívat děti,“ popsala situaci vyšetřovatelka.

„A nezapomínejme na to, že někteří z mužů raději od ženy i v případě nefunkčního vztahu vůbec neodejdou pod pohrůžkou, že pokud to udělají, obviní je,“ dodala vyšetřovatelka.

Podle zkušené policistky ženy ke krivému obvinění partnerů zneužívají zákon o ochraně obětí trestných činů. „Ten postavil oběti na piedestal, každý by je měl chránit a litovat. Žena přijde k nám, obviní expartnera, prohlásí se za oběť trestného činu a své dítě či děti za zvláště zranitelné oběti trestného činu,“ řekla vyšetřovatelka.

Jenže policie nemůže brát všechno, co jim žena řekne, za pravdivé, jako třeba organizace zaměřující se na pomoc obětem. „Musíme hledat objektivní pravdu. A to má za následek, že tyto ženy jsou nemile překvapené, že vůbec probíhá prověřování jejich oznámení a nesdělují se jejich bývalým partnerům a otcům dětí ihned obvinění ze spáchání trestného činu, jak předpokládaly,“ upozornila vyšetřovatelka. Po ukončeném prověřování, které neprokáže vinu otce, naopak policisté zvažují, zda se taková žena nedopustila jeho krivého obvinění.

„Často se stává, že ženy v nově nastalé situaci začnou tvrdit, že to vlastně tak nemyslely, že je vystrašili psychologové nebo pracovníci



krizových center, za kterými předtím chodily s tím, aby jim napsali vyjádření, že zneužívání nelze vyloučit, a svádějí svá oznámení na všechny okolo," popsala vyšetřovatelka.

Otcové nic netuší

Zatímco matky se na obvinění svých bývalých partnerů dopředu připravují a chystají si půdu, otcové zpravidla nic netuší. „Snaží se žít svůj život a nevědí, že někde se sepisují zprávy, že se připravuje předběžné opatření, a nemají vůbec tušení, že dítě třeba vidí na několik měsíců naposledy. Ještě když je předvoláváme k výslechu, nevědí, o co jde. Pak jen ztuhnou, jsou v šoku a nenapadá je nic, čím by se mohli bránit. Jen opakují, že by dítěti nikdy neublížili," řekla vyšetřovatelka s tím, že i proto je naprosto nutné vést velmi pečlivé a důsledné prověřování. Nejsmutnější na těchto případech je ale podle policistky to, že matkám, které křivě obviní partnera, jde ve skutečnosti spíše o mstu partnerovi. Děti jsou v tomto pohledu až na posledním místě a matky je mají jen jako rukojmí.

„Děti ani kolikrát nevědí, co se kolem nich děje. Trpí tím, že se rodiče rozešli. Nerozumějí tomu a najednou nám tu musí povídat třeba něco naučeného o tátovi, kterého mají rády, ale vědí, že když to tady neřeknou, tak bude máma naštvaná. To jsou hrozné situace. U výslechu pak třeba opakují naučená sexuálně zabarvená slova a situace, kterým ani nerozumějí. Když se jich zeptáme, co to znamená, tak kolikrát přiznají, že nevědí, že jim to řekla maminka nebo někdo jiný," povzdechla si vyšetřovatelka.

Pokud navíc opatrovnícký soud v samém počátku matce bez výhrad uvěří a radikálně omezí styk dítěte s otcem, může v jejich vztahu dojít i k těžko napravitelným škodám.

„V lepší situaci se spolu vidí jednou za čtrnáct dní na hodinu někde pod dozorem. Dítě, které na začátku viditelně k otci lne, sedá si mu na klín, objímá ho, jej po několikaměsíčním odtržení a masáži od matky či babičky zcela odmítá," dodala policistka.

Zdroj: P. Kozelka, Právo, www.novinky.cz, 26. 4. 2018

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

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

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

Smutné.

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

Jdete dnes „po o“, nebo „po spa“?

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

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

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

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

Ale vrhněte do tohoto systému dvouleté dítě. Jak to bude ve školce vypadat? Neustále ubrečené, počůrané, prostě malinké. Hodná paní učitelka mu bude muset věnovat 90 procent času a energie a všechny ty nádherné hodnoty, které školky měly, půjdou do háje.

Rozvoj tříletých a čtyřletých se zpomalí. Paní učitelka bude víc udřená, práce bude méně radostná. Méně toho namalují, vystaví, nacvičí. Budou kratší dobu venku, v jídelně bude víc jídla na zemi než dříve...

České školky přestanou být světová špička.

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

Ale proč dopouštíme takové nesmysly? Proč?

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

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

Braňme normální svět!!

Zdroj: V. Klaus ml., www.novinky.cz, 10. 4. 2018

Premiér a ministr zdravotnictví jednali se zástupci nemocnic a pojišťoven o personální stabilizaci zdravotnictví

Předseda vlády Andrej Babiš a ministr zdravotnictví Adam Vojtěch jednali se zástupci všech českých nemocnic a zdravotních pojišťoven o personální stabilizaci českého zdravotnictví. Jednání se zúčastnilo na 300 zástupců státních, krajských i soukromých nemocnic.

Hlavním tématem setkání byl nedostatek zdravotnického personálu a odměňování. Všichni přítomní se shodli, že personální problémy ve zdravotnictví nelze řešit pouze plošnými opatřeními, ale je potřeba stanovit priority, a to i v otázce odměňování. „Od zástupců nemocnic jsem chtěl slyšet, jaké jsou jejich recepty na řešení personální krize. Z pohledu manažera mi plošné navýšení platů nepřipadá jako příliš motivační opatření, což jednotně potvrdily i nemocnice. Vyslechl jsem si, že lokální managementy nemocnic



řeší specifické problémy a potřebují podpořit v konkrétních problémových oblastech, nikoli plošně,“ uvedl premiér Andrej Babiš a znovu zopakoval, že zdravotnictví je prioritou současné vlády.

Resort zdravotnictví preferuje, aby část úhrad nemocnicím sloužila k modernizaci, investicím, zlepšení podmínek pro pacienty i pro personál, namísto toho, aby veškeré navýšení bylo direktivně určeno na plošné zvýšení odměňování. To by naopak mělo být cílené tam, kde je to nejvíce potřeba. **„Osobně považuji za přínosné alokovat navýšení příjmů na konkrétní skupiny lékařů a především sester, protože takto lze efektivně cílit dostupné zdroje na nejzranitelnější skupinu českého zdravotnictví. Podle našich dat je skutečně nejkritičtější situace u zdravotních sester ve směnném provozu u lůžek, proto tam bychom měli primárně směřovat odměny. U této skupiny bychom také chtěli navýšit příplatek za směnnost,**“ uvedl ministr zdravotnictví Adam Vojtěch. Stejný názor sdílají také nemocnice a pojišťovny. Podle nich je plošné navýšení nesystémové a vytváří v odměňování nespravedlnosti. Nemocnice také přiznaly, že pokud by měly přidat plošně všem, nebudou mít již finance například na opravy budov nebo další investice do zlepšování služeb pro pacienty.

„V letech 2015–2018 došlo k navýšení platů o více než 30 %, v loňském roce navíc došlo k nárůstu o 2 000 Kč v lůžkové péči ve formě příplatku za směnnost. S nárůstem platů počítá i tato vláda,“ potvrdil premiér. **„Při podrobném zkoumání je však patrné, že zatímco odměna lékařů narostla mezi rokem 2010 a 2016 o 32 %, odměna sester narostla za totéž období o 17 %. Odměna sester tak pouze kopírovala vývoj průměrné mzdy v ČR. Z tohoto důvodu je odměňování sester v nemocniční péči jednoznačnou prioritou,**“ doplnil slova předsedy vlády ministr zdravotnictví. Vedle cíleného navýšení prostředků na příjmy zdravotnického personálu je však nutné hledat i další motivační prvky, jak zatraktivnit náročnou práci zdravotníka. Lze diskutovat například o úpravě pracovní doby, podpoře zdravotních, sociálních, kulturních a rodinných potřeb zaměstnanců.

Personální stabilizaci se na ministerstvu nyní intenzivně zabývá pracovní skupina, kterou zřídil ministr Vojtěch. Úkolem pracovní skupiny je nalezení řešení jak pro platovou, tak mzdovou sféru, kde má však stát omezené možnosti a je především na odborových organizacích a managementu nemocnic, jak k celé záležitosti přistoupí. Skupina v současné době také analyzuje návrh asociace sester na zavedení výsluh pro sestry ve směnném provozu v akutní lůžkové péči. **„Práce sestry v třísměnném provozu je nesmírně náročná a určitě by si po určitých letech zasloužila výsluhu. Myslím si, že by to sestry mohlo motivovat neodcházet mimo obor. Musíme však nejprve spočítat, zda by to státní rozpočet unesl,**“ dodal předseda vlády Andrej Babiš.

Na dnešním jednání zazněl jak pohled státních, tak krajských i soukromých nemocnic. Svůj pohled na věc představily i zdravotní pojišťovny. Cílem bylo naplnit tripartitní princip vyjednávání o platech tak, aby vláda vyslyšela nejen názor odborů, ale i zaměstnavatelů.

Zdroj: www.mzcr.cz, 24. 5. 2018

Nedostatkovým zubařům vláda slibuje přes sto milionů

Sehnat zubaře, který přibírá pacienty, je zvláště v některých českých městech téměř nadlidský úkol. Mnozí lidé musejí kvůli stomatologickému ošetření jezdit do vzdálených měst, problém je i s dětskými pacienty, které se zubaři zdráhají přijímat. Do lokalit, které nedostatkem trpí nejvíce, chce nyní zubaře přilákat vláda.

Ministerstvo zdravotnictví připravilo ve spolupráci s Českou stomatologickou komorou dotační program, podle kterého by zubaři mohli žádat o státní příspěvek ve výši až 1,2 milionu korun na pět let.

Musí se ale zavázat k dodržení stanovených podmínek. Peníze měly původně jít na vybavení ordinace, ale po konzultaci s odborníky ministerstvo změnilo dotaci na zajištění personálu, tedy například na mzdy sester. Resort celkově vyčlení přes sto milionů.

Podmínka: mít 1 500 pojištěnců

„V České republice máme problém s nerovnoměrným rozmístěním stomatologické péče, proto jsme ve spolupráci s komorou připravili dotační program. Naším cílem je motivovat zubní lékaře ke zřízení praxí i v méně atraktivních oblastech tak, aby byla zajištěna dostupnost péče rovnoměrně ve všech regionech a pacienti nemuseli daleko dojíždět,“ uvedl ministr zdravotnictví Adam Vojtěch (ANO).

Upozornil ale, že nedostupnost zubní péče není jen geografická, ale spočívá i v tom, že mnozí stomatologové neberou pojištěnce. „Z toho důvodu jsme do podmínek udělení dotace dali požadavek, aby do tří let přijali minimálně 1 500 pojištěnců,“ dodal ministr.

Ministerstvo ve spolupráci se zástupci stomatologů zřídilo komisi, která zmapovala v ČR ta nejvíce ohrožená místa, kde zubaři citelně chybějí. Obrátilo se i na občany, aby posílali své tipy. Podle prezidenta České stomatologické komory Romana Šmuclera komise podrobně zmapovala dostupnost zubařů v různých lokalitách.

„Jsou místa, kde objektivně zubní lékaři nejsou, a tam přesně má dotace směřovat. Takové zmapování a budování sítě nemá zatím v českém zdravotnictví obdoby. Postupujeme systematicky a objektivně, jak se to dělá roky třeba v Německu,“ řekl Šmucler.

„Ukázalo se, že nejhůře je na tom například Tábor, Bruntál, Rumburk a Strakonice,“ podotkl k tomu ministr Vojtěch.

Obce přidají byt

Že nedostatek zubařů skutečně tato města trápí, jsou si vědomi i starostové, kteří vládní iniciativu vítají. „Zubařů je u nás skutečně nedostatek a ti současní nepřijímají nové registrace. Nejbližší zubní ordinace jsou v Opavě, Ostravě a v Olomouci. Pro osoby, které nemohou dojíždět autem, je to nepříjemná situace,“ řekl starosta Bruntálu Petr Rys (STAN).

„Pokud budeme vybrání, budeme lákat lékaře na to, aby přišli do Bruntálu. Poskytneme jim prostor v rámci městského objektu nebo nevyužitý privátní ordinace. Zajistíme i bydlení a prostor pro výstavbu rodinného domku,“ uvedl Rys.

Podobně mluví i starosta Tábora Jiří Fišer. „Jde hlavně o nedostatek stomatologů jako takových. Víím z kontaktu s veřejností, že řada lidí, kteří se například do Tábora přistěhovali, má problém ho najít,“ řekl Fišer. „Pokud by pro ně byla pobídka, tak bych to určitě vítal,“ dodal.



Uchazeč musí splnit několik podmínek: upíše se například k tomu, že zubařské povolání bude poskytovat aspoň pět let od doby přijetí dotace, a to minimálně 35 hodin týdně (v případě, že to nedodrží, se dotace zkrátí).

Do tří měsíců musí mít uzavřenou smlouvu s minimálně čtyřmi zdravotními pojišťovnami s největším zastoupením pojištěnců v dané lokalitě. Deset procent pacientů musejí tvořit děti a senioři.

Většinu lékařů se nicméně začínat od píky v odlehlém městě nechce. Ministerstvo rovněž zadalo mezi stomatology průzkum, kolik z nich by zvažovalo vybudovat si ordinaci v místě, kde je nedostatek zubařů. Kladně odpověděla jen třetina.

„Ostatní zdůvodnili svůj negativní postoj tím, že již mají svoji soukromou ambulanci, eventuálně jsou zaměstnání nebo jsou v důchodovém či předdůchodovém věku, dále z důvodu vyššího administrativního zatížení při otevření svojí vlastní ambulance nebo malé zkušenosti absolventů,“ stojí v dokumentu, který má Právo k dispozici.

Zdroj: www.novinky.cz, 28. 5. 2018

INZERCE

512 1-18

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

Transformace lékařských praxí z fyzické osoby na osobu právnickou. Tel: 602 437 166, e-mail: poradce@mybox.cz, www.elis-dane.cz

514 1-18

Prodám dobře zavedenou **ordinaci** praktického lékaře pro děti a dorost v **Praze 6**. Telefon 721 136 314.

518 2-18

PLDD hledá **zástup** 1-2 dny v týdnu s možností pozdějšího převzetí ordinace v **Ostravě**. Tel. 608 866 652.

519 3-18

Prodám dobře zavedenou **praxi** PL pro děti a dorost **ve Zlíně**. Tel. 736 786 459.

520 3-18

Přenechám výhodně dobře zavedenou **ordinaci v Praze 5**, telefon: 607 901 035.

521 3-18

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

522 3-18

Do privátní zavedené ambulance PLDD v **Brně hledáme lékařku na hlavní pracovní poměr**. Nabízíme nadstandardní platové ohodnocení, 25 dnů dovolené a práci se zkušenou sestrou. Nástup možný ihned z důvodu náhlého onemocnění lékařky. Kontaktní telefon: 737 002 925.

523 3-18

Hledám občasný **zástup** do ordinace dětského lékaře v **Praze 13 – lokalita Luka**, tel. 606 446 799.

524 4-18

Hledám nástupce do ordinace PLDD v Mohelnici (okr. Šumperk) s plánovaným ukončením činnosti nejpozději do konce r. 2018. Kontakt: 736 763 092

525 4-18

PLDD v **Brně-Bystřici hledá zástup** 1-2 dny v týdnu s možností pozdějšího převzetí ordinace. Tel. 777 801 880

526 5-18

Hledám nástupce do ordinace PLDD **Horní Planá–Černá** v Pošumaví-Hořice **na Šumavě** v krásném prostředí rekreační oblasti Lipensko. Vstřícný přístup obec. úřadů. Možnost obecního bytu 1+1, 2+1 v H. Plané.

Kontakt: tel. 602 118 123, e-mail jan.indra@centrum.cz

527 5-18

Přenechám velmi výhodně dobře zavedenou **praxi** PLDD v **Postřelmově** (okr. Šumperk).

Bližší informace na tel. č.: 603 843 226

528 5-18

Hledám lékaře k převzetí pediatrické praxe. Ordinace je v pronájmu obce, která chce zajistit zdravotní péči pro své občany. Nabízí velmi výhodné podmínky. Bezproblémová klientela. Ordinace v **Albrechticích u Českého Těšína**, okres Karviná. Telefon: 596 428 183, mobil: 602 520 380, e-mail: lydie.mach@centrum.cz

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

Autodidaktický test 6/2018

Plísňová a virová kožní onemocnění

- 1. Osídlení kůže patogenními plísněmi nemusí vždy vést ke vzniku onemocnění, podmínkou ke vzniku plísňové kožní choroby je porušení kožního povrchu nebo porucha imunitního stavu organismu. Stupeň postižení je také závislý na vyvolávajícím agens. Které typy plísní u člověka vyvolávají intenzivnější zánětlivou reakci?**
 - a) plísně humánní
 - b) plísně animální
 - c) plísně humánní i animální vyvolávají stejnou intenzitu zánětlivé reakce
- 2. Houby rodu *Trichophyton*, *Epidermophyton* a *Microsporium* jsou přirozenými patogeny zvířat a na člověka se mohou šířit nepřímým kontaktem. Kožní onemocnění vyvolané těmito plísněmi označujeme jako:**
 - a) dermatophytosis
 - b) tinea
 - c) ecthyma
- 3. Při podezření na dermatofytózu se provádí odběr kůže nebo kožních adnex v dostatečném množství. Před odběrem je nutné provést dekontaminaci ložiska pomocí 70% etanolu a poté ložisko nechat dokonale oschnout. Šupiny kůže v počtu minimálně 15–20 šupin odebíráme z aktivních okrajů kožní léze pomocí sterilního skalpelu do sterilní zkumavky. Odebrané vzorky je třeba chránit před přímým slunečním zářením, skladujeme při pokojové teplotě a je potřeba je vyšetřit do 3 dnů. U onychomýkóz se provádí odběr:**
 - a) odstřížením postižené části nehtové ploténky sterilními nůžkami do sterilní zkumavky
 - b) sterilním skalpelem seškrábeme spongiózní hmoty nehtové ploténky do sterilní zkumavky
 - c) ablací celé nehtové ploténky vložené do sterilní zkumavky s roztokem hydroxidu draselného
- 4. Asi u 50 % lidí se nachází v dutině ústní *Candida albicans* bez klinických projevů. Klinické projevy infekce kandidami (soor, balanitis, vulvovaginitis, paronychium, *anguli infectiosi*, *candidosis intertriginosa*...) mohou předcházet manifestaci:**
 - a) hypoparathyreoidismu
 - b) nádorových metastáz
 - c) diabetu mellitu
 - d) imunodeficitu
- 5. V průběhu dermatomykóz může dojít k dyshidroziformnímu výsevu např. na postranních plochách prstů rukou a ve dlaních. Mykologické vyšetření z těchto ložisek je však negativní. Tento projev označujeme jako mykid. Co je patofyziologickým podkladem tohoto projevu?**
 - a) humorální imunopatologická reakce založená na protilátkách třídy IgE (reakce typu I, typ anafylaktický, atopický)
 - b) humorální imunopatologická reakce s protilátkami typu IgG a IgM navázanými na buněčných površích a následná aktivace cytotoxických leukocytů (reakce typu II, cytotoxický typ)
 - c) IgG humorální imunopatologická reakce s tvorbou imunokomplexů (reakce typu III, Arthusův typ)
 - d) hyperergická celulární imunopatologická reakce oddáleného typu s migrací Th1 lymfocytů a makrofágů do koria vzdáleně od původního mykotického ložiska (reakce typu IV, typ pozdní)
- 6. Etiologickým agens vyvolávajícím kožní chorobu *dermatitis herpetiformis* je:**
 - a) virus herpes simplex HSV-1
 - b) virus herpes simplex HSV-2
 - c) poxvirus
 - d) gluten



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 kolujícím meningokokovým kmenům skupiny B.

1. Zprávy CEM (SZÚ, Praha) 2017; 26(2): 60–66. 2. SPC Bexsero 18. 9. 2017.

*Meningokokové onemocnění séro skupiny B.

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU BEXSERO

▼ 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 50µg; rekombinantní protein NadA N. meningitidis B 50µg; rekombinantní fúzní protein fHbp N. meningitidis B 50µg; vnější membránové vesikuly (OMV) N. meningitidis B kmenů NZ98/254 měřené jako množství celkové bílkoviny obsahující PoA P1.4 25µg. **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:** Kojenec (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 kojenec (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 kojenců nebo do oblasti m. deltoides 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 se nemá podávat jedincům s trombocytopenií nebo s poruchami srážlivosti krve, pokud potenciální přínos jednoznačně nepřevýší 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 imunopresivní léčby, genetické poruchy nebo jiných příčin, mohou mít sníženou protilátkovou odpověď na aktivní imunizaci. Údaje o imunogenitě 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, ocelulární pertuze, H. influenzae typu b, inaktivované poliomyelitidy, hepatitida B, heptavalentní pneumokoková konjugovaná vakcína, spalničky, příušnice, zarděnky, varicela a CRM 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 do jiného místa injekce. **Těhotenství a kojení:** Nejsou k dispozici dostatečné údaje o expozici v těhotenství i bezpečnosti v době kojení. Pokud je nutné hrozí expozice meningokokové infekci, je nutné zvážit poměr prospěchu a rizika. **Nežádoucí účinky:** U dětí mladších 2 let byly nejčastější místní a systémové nežádoucí účinky bolest v místě injekce, malátnost a bolest hlavy. Velmi časté: poruchy příjmu potravy, ospalost, neobvyklý pláč, průjem, zvracení, vyrážka, horečka (≥38 °C), podrážděnost, bolest hlavy, nevolnost, malátnost, myalgie, artralgie, citlivost, erytém, otok, indurace 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:** 18. 9. 2017. **Registrační číslo:** EU/1/12/812/001-004. Přípravek Bexsero je vázán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění (s výjimkou rizikových skupin). Přípravek aplikuje lékař intramuskulární injekcí. Před předepsáním léku se prosím seznáňte s úplnou informací o přípravku, kterou najdete v Souhrnu údajů o přípravku na: www.gskkompodium.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 12. 2. 2018. *Prosím, věnujte 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(2)
Schváleno 02/2018