

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX

PEDIATRIAE

červen 2019
číslo 6 • ročník 19



OSPDL ČLS JEP

téma čísla

Onemocnění dýchacích cest



- Nové webové stránky SPLDD
- Usnesení Sněmu SPLDD konaného 25.–26. 5. 2019 ve Skalském dvoře

- Aspirace cizích těles z ORL pohledu
- Non-CF bronchiektazie u dětí
- Vyšetřovací metody při aspiracích asociovaných s poruchou polykání

- Srdeční kanalopatie jako příčina náhlého postnatálního kolapsu novorozence
- Kongenitální izolovaná tracheoefageální píštěl
- Léčba astmatu u dětí



Pracujeme pro zdravější svět™



do more
feel better
live longer



DŮVĚŘA ZALOŽENÁ NA DŮKAZECH



Synflorix disponuje daty ze švédské účinnostní studie invazivního pneumokokového onemocnění porovnávající účinnost PCV10 a PCV13.

Celkový dopad na incidenci IPO [výsledek přímé ochrany, zkřížené ochrany a náhrady (replacementu) NVT] se statisticky neliší vzhledem k použité vakcíně. Obě vakcíny byly úspěšné ve snížení incidence IPO u dětí.¹

Též na základě výsledků této studie bude Švédsko od září 2019 využívat Synflorix pro plošné očkování proti IPO.^{2,3}



Vakcína Synflorix zůstává i nadále bez doplatku!⁴

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

Zkrácený souhrn údajů o přípravku

Název přípravku: Synflorix injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Synflorix injekční suspenze. Synflorix injekční suspenze ve včelstředkovém balení (2 dávky). Synflorix injekční suspenze ve včelstředkovém balení (4 dávky). Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (adsorbovaná).
Složení: 1 dávka (0,5 ml) obsahuje pneumokokové polysacharidové serotypy 1 (1 µg), 4 (3 µg), 5 (1 µg), 6B (1 µg), 7F (1 µg), 9V (1 µg), 14 (1 µg) a 23 (1 µg) konjugované na protein D (odvozený z kmenů netyfovatiného *Haemophilus influenzae*) jako proteiny nosiče (9–16 µg), 18C (3 µg) konjugovaný rotavirální proteinem jako proteiny nosiče (5–10 µg) a T3F (3 µg) konjugovaný na difterický toxid jako proteiny nosiče (3–6 µg) – adsorbovaná na hydroxydianilinový (0,5 mg AD+) **Terapeutické indikace:** Aktivní imunizace proti invazivním onemocněním, pneumonii a akutní otitis media způsobeným sérotypy *Streptococcus pneumoniae* obsaženým ve vakcíně a zjištěné reakčním sérotypem TSA u kojenců a dětí ve věku od 6 týdnů až do 5 let. **Dávkování a způsob podání:** Vakcína se podává intramuskulární injekcí, a to přednostně do anterolaterální části stehna u kojenců nebo do deltového svalu ramene u malých dětí. Očkovací schéma musí být v souladu s oficiálními doporučeními. Doporučuje se, aby jedinci, kterým je podána první dávka Synflorix, dokončili celé očkovací schéma Synflorixem. Synflorix nemusí být v žádném případě aplikován intravenózně nebo intradermálně, u dětí o subkutánním podání nejsou k dispozici. **Kojenci od 6 týdnů do 6 měsíců věku:** Doporučené schéma k zajištění optimální ochrany tvoří 4 dávky – 3 dávky s intervalem min. 1 měsíc mezi dávkami, posuvová dávka s min. 6 měsíci od 2. dávky. Dříve neočkovaní starší kojenci a děti ve věku 7–11 měsíců: 2 dávky s intervalem min. 1 měsíc mezi dávkami, 3. dávka se doporučuje podat v 2. roce života s min. 6 měsíci od poslední dávky. **Děti ve věku 12 měsíců – 5 let:** dvě 0,5 ml dávky s intervalem nejméně 2 měsíce mezi dávkami. **Děti narozené mezi 27. – 36. týdnem těhotenství** (nedonošených dětí narozených sklerpů ve 27. týdně těhotenství doporučujeme očkovací schéma tvořit čtyři dávky, každá po 0,5 ml). **Zvláštní populace:** U jedinců, kteří mají nemoci, které je činí náchylnější k invazivním pneumokokovým onemocněním (Pneumocystis carinii infekce, např. nachřezání, by ale neměla být příčinou oddálení očkování (HIV), zpravidla anémie (SCD) nebo dysfunkce sluchu), může být vakcína Synflorix podána podle výše uvedených schémat s tím rozdílem, že 3dávkové schéma má být podáno jako základní očkování kojenců, u kterých bylo zahájeno očkování před dokončením 6. měsíce věku. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na hlavní látku nebo na kteroukoli pomocnou látku nebo na kteroukoli proteiny nosiče tohoto přípravku. Aplikace vakcíny musí být odložena u osob trpících akutním horečnatým onemocněním. Přítomnost menší infekce, např. nachřezání, by ale neměla být příčinou oddálení očkování. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Pro případ vzácně se vyskytující alergické reakce po aplikaci musí být k dispozici odpovídající lékařská péče a dohled. Může nastat alergická reakce a nutnost monitorování dýchání po dobu 48–72 hodin by se měly zvážit při podání vakcíny těmto nedonošeným dětem (vzroste v < 28. týdně těhotenství). U dětí od 2 let věku se může objevit v průběhu očkování, nebo i před ním synkopa (mdloba) jako psychologická reakce na injekční stříkačku s jehlou. Je důležitá předem zajistit takové podmínky, aby při eventuální mdlobě nemohlo dojít k úrazu. Vakcína se musí podávat opatrně s ohledem na možnost poranění nebo i jakoukoliv poruchu konjugátu. Je třeba se bát nežádoucích účinků očkování proti difterii, tetanu a *Haemophilus influenzae* typu b. Ochrana proti pneumokokovým sérotypům, které nejsou ve vakcíně obsaženy, včetně zjištěné reakčního sérotypu TSA, nebo proti netyfovatinému *Haemophilus influenzae* typu b, dáležší reakce, Synflorix neposkytuje ochranu proti jiným mikrobiálním agensům. Synflorix nemusí chránit před očkování jedince proti invazivnímu pneumokokovému onemocnění, pneumonii nebo otitis media způsobeným sérotypy obsaženými v této vakcíně a zjištěné reakčním sérotypem TSA. **Název, se předpokládá, že celková ochrana proti otitis media a pneumonii by mohla být omezena a podstatně nižší než ochrana proti invazivnímu onemocnění způsobenému sérotypy této vakcíny a zjištěné reakčním sérotypem TSA tím, že mezi původci těchto onemocnění patří i jiné sérotypy. *Streptococcus pneumoniae* obsažených ve vakcíně i mnozí další mikrobiální agensy. Děti by měly dostat vakcínu Synflorix podle očkovacího schématu odpovídajícímu věku dítěte a době zahájení očkování. Data o bezpečnosti a imunogenitě nejsou u dětí nad 5 let věku zatím k dispozici. U dětí se zvýšeným rizikem pneumokokových infekcí a u dětí s nedostatečnou imunitní odpovědí může být odpověď na očkování snížena a očkování nemusí poskytnout optimální ochranu. Probytkové podání antipneumokokového před aplikací nebo bezprostředně po aplikaci vakcíny může snížit účinnost a interakce horečnatých reakcí po očkování. Klinická data získaná z paracetamolem a ibuprofenem naznačují tomu, že by probytkové použití paracetamolu mohlo snižovat bezpečnost horečky, zatímco probytkové použití ibuprofenu prokazuje omezení vliv na snížení bezpečnosti horečky. Klinická data naznačují, že paracetamol může snížit imunitní odpověď na Synflorix. Normální, klinický výsledek tohoto pozorování není znám. Probytkové podání antipneumokokového před aplikací nebo bezprostředně po aplikaci vakcíny může snížit účinnost a interakce horečnatých reakcí po očkování. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Synflorix může být podán současně s některou z následujících monovalentních nebo kombinovaných vakcín vakcínu proti difterii-tetanu-pertusi a oslování O celobuněčnou pertuzovou složkou, hepatitidy B, dítavé záně, *Haemophilus influenzae* typu b, spalničky, příušnic a zardčáků, planým neštovicím, proti meningokokovému sérotypu C (CRM197) a TT konjugáty) a rotavirům. Injekce jednotlivých vakcín musí být aplikovány do různých míst. U pacientů podstupujících imunosupresivní terapii nemusí být po očkování dosaženo odpovídající imunitní odpovědi. **Těhotenství a kojení:** Synflorix není určen k očkování těhotných. **Nežádoucí účinky:** Nejčastější nežádoucí účinky jsou bolest a zarudnutí v místě vpichu a podrážděnost. Většina těchto reakcí netrvá dlouho a je méně než středního stupně. Incidence mírných a celkových nežádoucích účinků hlášených do čtyř dní byla ve srovnávacích klinických studiích po každé podané dávce ve stejném rozmezí jako po očkování 7valentním Prevacorem. Také se v klinických studiích s různou četností vyskytovaly: somnolence, křeče (hlavní nebo reflexní), apnoe u těžce nedonošených dětí (narozených ve < 28. týdně těhotenství), horečka, neobvyklý pláč, průjem, zvracení, vyrážka, kopřivka, nechtěná, nauzea, bolest hlavy, otok, indurace, svědění, podlitina nebo krvácení v místě vpichu, požití uší, alergické reakce (jako alergická dermatitida, atopická dermatitida, ekzém), dýchací stisk končetiny v místě podání injekce, náhlý záhmotání i přílihojící křeče a Kawasakiho nemoc. **Inkompatibilita:** Synflorix nemusí být mísen s žádnými dalšími léčivými přípravky. **Doba použitelnosti:** 4 roky. 4dávkové balení 3 roky. Po prvním otevření 3dávkové injekční lahvičky je třeba vakcínu aplikovat ihned. Pokud není vakcína aplikována ihned, musí být uchována v chladničce (2 °C – 8 °C). Pokud není během 6 hodin vakcína aplikována, musí být znehodnocena. Po prvním otevření 4dávkové injekční lahvičky je třeba vakcínu uchovávat maximálně po dobu 28 dní v chladničce (2 °C – 8 °C). Pokud není během 28 dní vakcína aplikována, musí být znehodnocena. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C), chrňte před mrazem a světlem. Přítomnost jemné bílého sedimentu a čirého bezbarvého supernatantu není známkou znehodnocení vakcíny. Obsah stříkačky/injekční lahvičky musí být před aplikací důkladně protřepán a vizuálně zkontrolován na přítomnost cizorodných částic a/nebo na změnu vzhledu. Jestliže svým vzhledem neshoduje, je třeba ji vyhodit. Vakcínu aplikujte po dosažení pokojové teploty. Při použití včelstředkového injekční lahvičky musí být k odečtení každé 0,5 ml dávky použita sterilní jehla a injekční stříkačka. Je třeba zamezit kontaminaci obsahu lahvičky. **Druh obalu a velikost balení:** Předplněné injekční stříkačky: 0,5 ml suspenze v předplněné injekční stříkačce (silo třídy I) pro 1 dávku s pleťovou zátkou (buntylový pryč) s jehlami nebo bez jehly. Balení obsahuje 1, 10 nebo 50 předplněných injekčních stříkaček. Injekční lahvička: 0,5 ml suspenze v injekční lahvičce (silo třídy I) pro 1 dávku s pleťovou zátkou (buntylový pryč). Balení obsahuje 1, 10 nebo 100 injekčních lahviček. Včelstředkové balení: 1 ml suspenze v injekční lahvičce (silo třídy I) pro 2 dávky s pleťovou zátkou (buntylový pryč). Balení obsahuje 100 injekčních lahviček. 2 ml suspenze v injekční lahvičce (silo třídy I) pro 4 dávky s pleťovou zátkou (buntylový pryč). Balení obsahuje 10 nebo 100 injekčních lahviček. Na toto nemusí být všechny velikosti balení. **Držitel rozhodnutí o registraci:** GlaxoSmithKline Biologicals S.A., Rue de l'Industrie 89, B-1330 Rixensart, Belgie. **Registrační číslo:** Předplněné injekční stříkačky: EU/1/09/508/001-005-010, injekční lahvička: EU/1/09/508/005-008, 2dávkové balení: EU/1/09/508/009, 4dávkové balení: EU/1/09/508/012-013. **Datum první registrace:** 30. 3. 2009. **Datum revize textu:** 22. 11. 2018. Lék je včleněn na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, pokud všechny dávky očkovací látky byly aplikovány do sedmi měsíce věku požitelnosti; hrazenou složkou je též předchozí provedení do patnácti měsíce věku požitelnosti; hrazenou složkou je dále i očkování provedené po uplynutí těchto let, pokud došlo k odložení aplikace jedné nebo více dávek z důvodu zdravotního stavu požitelnosti. Úplnou informaci pro předepisování najdete v Souhrnu údajů o přípravku na: www.gsk.compendium.cz nebo se obraťte na společnost GlaxoSmithKline s.r.o., Hlbočova 1734/2c, 140 00 Praha 4, e-mail: czinfo@gsk.com, www.gsk.cz. Případné nežádoucí účinky prosím hláste také na cz.safety@gsk.com. Verze SPC platná ke dni 3. 5. 2019.**

IPO – invazivní pneumokokové onemocnění; NVT – nevakcinační sérotypy

Reference: 1. Nauck P et al. Clin Infect Dis 2017; 65(11): 1780–80. 2. SN Antivaxit – Antivaxit for Vaccin enligt det nationella barnvaccinprogrammet 2018. 3. DuE 2018.

* Vakcína je před hrazenou z prostředků veřejného zdravotního pojištění, pokud všechny dávky byly aplikovány do sedmi měsíce věku požitelnosti; hrazenou složkou je též předchozí provedení do patnácti měsíce věku požitelnosti; hrazenou složkou je dále i očkování provedené po uplynutí těchto let, pokud došlo k odložení aplikace jedné nebo více dávek z důvodu zdravotního stavu požitelnosti.



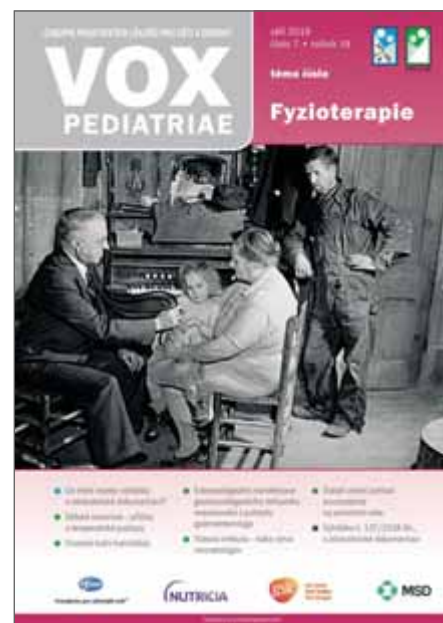
GlaxoSmithKline s.r.o.

Hlbočova 1734/2c, 140 00 Praha 4, Česká republika
tel.: 222 001 111; e-mail: cz.info@gsk.com; www.gsk.cz

CZ/SYN/0008/19
Schváleno: 3/2019



	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Informace SPLDD	9
	Usnesení regionálních konferencí	15
	Usnesení Sněmu SPLDD konaného 25.–26. 5. 2019 ve Skalském dvoře	16
	Zpráva z Jarního zasedání ECPCP Bratislava 26.–28. 4. 2019	17
	Informace OSPDL ČLS JEP	18
	MUDr. Michal Jurovčík	20
	Aspirace cizích těles z ORL pohledu	20
	MUDr. Jana Tuková, Ph.D.	23
	Non-CF bronchiektazie u dětí	23
	MUDr. Lenka Mrázková	26
	Vyšetřovací metody při aspiracích asociovaných s poruchou polykání	26
	MUDr. Jozef Macko, Ph.D.	28
	Srdeční kanálopatie jako příčina náhlého postnatálního kolapsu novorozence	28
	MUDr. Martin Jouza	30
Kongenitální izolovaná tracheo-ozofageální píštěl	30	
MUDr. Zuzana Vančíková, CSc.	32	
Léčba astmatu u dětí	32	
	Aktuality	37
	Řádková inzerce	38
	PED/10 Obezita u dětí Standard léčebného plánu	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

GSK
HIPP
Dr Konrad Pharma
NESTLÉ
PFIZER

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX
PEDIATRIAE

www.detskylekar.cz

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

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

Odborná garance: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

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

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

Jazykové korektury: Bohumila Weilová
Grafické zpracování: Michal Semerák

Úřední hodiny SPLDD ČR

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

Sekretariát:
U Hranic 16, 100 00 Praha 10

telefon: 267 184 065
fax: 267 184 050

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

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,

máj patří k nejkrásnějším obdobím v roce. Vše se probouzí k životu, příroda rozkvétá a sluníčko začíná krásně hřát. Snad jen alergici vnímají toto období jinak a s menším nadšením, ale to se dá léčit. Spousta z nás uvítala dny volna o státních svátcích a využila je k odpočinku. Ráda bych se s vámi podělila o svůj zážitek z cesty po jihovýchodní Francii. Potřebovala jsem se oprostít od výpočtů úhrad pro příští rok, tvorby nových výkonů, tvorby prezentací, problematiky epidemie spalniček a dalších a dalších úkolů. Nechala jsem se unášet krásami a požitky Alsaska, Burgundska a oblasti Champagne. Mezi malými i většími městy, hrady, zámky a památkami mě ohromila návštěva hospice v Beaune, bývalého chudobince a nemocnice v krásném historickém městečku Beaune. V roce 1443 jej založil kancléř burgundského vévody Nicolas Rolin se svojí manželkou. Hospic sloužil těm nejchudším, jeho účelem bylo pečovat a léčit chudé obyvatele v dané oblasti, kde umíralo mnoho lidí na tehdejší choroby a město jimi bylo zcela promořené. Tento osvícený muž dokázal získat od města pozemek a na něm vybudovat úžasný areál s promyšleným konceptem péče o nemocné. V dnešní době na historickou budovu navazuje zahrada a areál současné nemocnice v Beaune. Namísto jedné hodiny rychlé prohlídky jsme tam strávili více než 3 hodiny. Záměrem zakladatele byla nejen péče o tělo, ale i o duši. Z těchto důvodů na hlavní sál s postelemi nemocných navazuje částečně oddělená kaple s překrásným oltářem a obrazem Posledního soudu. O nemocné se staraly řádové sestry (řád také založil Nicolas Rolin). Po stranách oltáře se v lavicích jeptišky účastnily bohoslužeb a pacienti mohli kázáním a modlitbám naslouchat. Sestry pečovaly o nemocné během několika století, během světových válek až do roku 1993. Byla jich značná převaha nad nemocnými, a tak byla zajištěna nepřetržitá péče a dohled nad pacienty. V hospici byla také placená lůžka pro ty, kteří si to mohli dovolit a trávili tam svůj konec života. Hospic měl svou kuchyni, lékárnu, výrobnu léků, zahradu s bylinami pro výrobu léčiv, dokonce vinice a statky, jejichž zisk dotoval provoz nemocnice. Dnes slouží tato část jako muzeum, které nás provede nemocnicí, její minulostí až do současnosti. Můžeme vidět spoustu historických lékařských nástrojů, úborů, historickou lékárnu, vyslechnout si výpovědi řádových sester. Nemocnice spravuje nadační fond, včetně vinic, a pořádá každoročně charitativní dražbu vína při svíčkách. Výnosem z dražby se podílí na financování nemocnice a starobince v Beaune. Je úžasné, že dílo započaté v 15. století přetrvalo dlouhé roky a stále i v dnešní době slouží ku prospěchu nemocných. Je obdivuhodné, když mocní a vlivní dokáží propojit charitativní činnost s potřebnou a prospěšnou činností, jako je například péče o nemocné a staré lidi, kteří nemají dostatek finančních prostředků. Pokud pojedete do této oblasti, doporučuji návštěvu hospice v Beaune, je inspirující. Obdivuji nejen vizi a dílo zakladatele, ale také pokoru a odevzdanost řádových sester při jejich péči o pacienty. Je dobré se občas podívat do minulosti. Také vás napadá otázka, co zůstane po nás?

V úctě Ilona Hülleová





Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

Jednání nad úhradami v segmentu praktických lékařů pro rok 2020 byla ukončena 14. 5. společnou dohodou zástupců segmentu a zdravotních pojišťoven. Pro náš segment se jedná o navýšení o 5,2 %. Jednali jsme opakovaně a poměrně dlouho. V této klíčové době, kdy je ve hře budoucnost zachování stávající kvalitní péče o dítě, tj. dostupnost PLDD a obor, který by to zajistil, jsme přistoupili k maximu možného. Společně se zástupci ZP jsme se dohodli na podpoře výkonnostní složky ohodnocení práce PLDD při zachování stávající výše kapitální platby. V souladu s tezemi reformy primární péče, které předpokládají rozšíření kompetencí PLDD, jsme rozšířili spektrum výkonů pro PLDD o 4 nové výkony.

Zaměřili jsme se na včasný záchyt a sledování dětí s obezitou v ordinaci PLDD, neboť epidemie výskytu obezity u dětí a dospívajících patří mezi prioritní problémy nejen v ČR, ale i celosvětově. Další dva edukační výkony (edukační pohovor lékaře s rodinou v souvislosti s očkováním – očkování provedeno/očkování odmítnuto) jsou zaměřeny na kompenzaci časové náročnosti a opakované edukace rodičů při očkování dětí. Narůstající antivakcinační hnutí, znejistění rodičů a současně klesající proočkovanost populace klade na práci PLDD v ordinacích stále větší časové a opakované nároky na edukaci zákonných zástupců o prospěšnosti a smyslu očkování. **Světová zdravotnická organizace (WHO) zařadila odmítání očkování mezi deset největších hrozeb pro lidské zdraví v roce 2019. PLDD věnují této problematice spoustu času, který vykazáním očkovacích kódů není dostatečně finančně ohodnocen. Další nový výkon je určen ke sledování novorozence s mimořádnými nároky**

na péči v ordinaci PLDD. Výkon je určen pro novorozence nebo kojence po propuštění z dlouhodobé lůžkové porodnické péče, případně dítě porozené mimo zdravotnické zařízení či předčasně propuštěné novorozence. Všechny výkony budou následně představeny a bude upřesněno jejich vykazování nejen na našich odborných seminářích, ale i webových stránkách www.detskylekar.cz.

Nová podoba webových stránek SPLDD byla spuštěna 23. 5. 2019. Je rozšířena o veřejnosti dostupnou sekci pro rodiče. Tato sekce by měla být užitečným rádcem nejen pro rodiče, ale také pro nás PLDD, neboť bude postupně plněna informacemi, které mohou ušetřit čas a práci jak lékařům, tak i našim sestřičkám. Na tomto místě bych chtěla poděkovat tajemnici Sdružení Ing. Veronice Drahovzalové a MUDr. Ctiradovi Kozderkovi, kteří odvedli velký kus práce na převedení webových stránek do modernější a lepší podoby. Určitě bude nějakou dobu trvat, než budou vychytány všechny

„mouchy“. Mějte tedy trpělivost, a pokud se chcete podílet na podobě webu a jeho obsahu, neváhejte oslovit naši kancelář.

24. 4., 7. 5. a 14. 5. se konala jednání o úhradovém dodatku pro praktické lékaře na rok 2020.

24. 5. se sešlo v rámci konání Sněmu SPLDD na svém plánovaném jednání předsednictvo SPLDD.

25.–26. 5. proběhlo setkání pověřených okresních zástupců, krajských výborů SPLDD ČR, výkonného výboru SPLDD s přizváním výboru OSPDL ČLS JEP v hotelu Skalský dvůr. Usnesení Sněmu SPLDD je zveřejněno na dalších stránkách časopisu a na webových stránkách SPLDD.

29. 5. se uskutečnila na půdě MZ tisková konference k dohodám v segmentech primární péče.

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR a OSPDL ČLS JEP

si vás dovoluji pozvat na odborné semináře v roce 2019. Semináře se konají vždy první čtvrtek 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

5. září 2019

**Aktuální problematika
dětské urologie v ordinaci
MUDr. Marcel Drlík, FEAUPU**



OSPDL ČLS JEP



Informace SPLDD

■ Nové webové stránky SPLDD

Po více než 2 letech diskusí o potřebě nových webových stránek SPLDD byla dne 23. 5. 2019 spuštěna jejich ostrá verze. Přestavbu webu provedla programátorská a vývojářská společnost AdminIT (Ing. Dan Ohnesorg, Ing. Luboš Matějka, Ph.D., p. Filip Pěnkava). Ze strany SPLDD se na tvorbě podílela Ing. Veronika Drahovzalová, tajemnice SPLDD, MUDr. Ctirad Kozderka, MUDr. Milan Kudyn a p. František Budínský.

Dosud používaný web byl postaven na technologii redakčního systému Drupal, který již nevyhovuje současným požadavkům (zejména bezpečností a rychlostí). Proto byla pro nový web použita technologie redakčního systému Nette, která má vyšší bezpečnostní profil, je rychlejší a má méně knihoven. Po diskusích o designu stránek byla nastavena struktura webu a mohlo se přejít k migraci dat ze starého webu do nového. Tento bod byl nejobtížnější, protože automatická migrace a konverze dat nebyla vždy zcela možná, často bylo nutné ruční zavádění migrovaných dat. Současně jsme odstraňovali zastaralé neaktuální informace, které jsou uloženy na cloudu AdminIT pro případ vyhledávání historie. Grafika nového webu je modernější, přesto pro lepší čitelnost při výraznějším kontrastu bylo zachováno bílé pozadí a černý text. Snahou programátorů bylo zajistit dobrou čitelnost a uživatelsky příjemné prostředí i na mobilních zařízeních (tablety, mobilní telefony). Před spuštěním byl web vyzkoušen v nejčastěji používaných prohlížečích (Internet Explorer, Google Chrome, Mozilla).

Adresa webových stránek zůstává stejná – www.detskylekar.cz. Po otevření webových stránek se objeví titulní stránka s nabídkou vstupu na stránky SPLDD nebo na stránky Pro rodiče. Stránky Pro rodiče jsou volně přístupné, zatímco na stránkách SPLDD je většina informací přístupná jen členům SPLDD. Přihlašovací okénko je umístěno pod modrým emblémem SPLDD. Pokud se oprávněná osoba nepřihlásí hned, bude vyzvána k přihlášení v případě otevírání nevěřejné části webu. Přihlášení probíhá shodně jako na původním webu, tedy zadáním uživatelského jména, kterým je členské číslo (např. 1234), a hesla, kterým je příjmení

SPLDD	Profil SPLDD	Přihláška do SPLDD
	Orgány	VV, Předsednictvo, Kontrolní komise
	Centrum	Informace (Celostát. konf., Sněm...)
		Zahraničí
		Informace pro funkcionáře (tiskopisy, manuál, pokyny...)
	Informace z regionu	Kontakty: Reg. rada, reg. výbor
		Informace z regionu (zápisy, reg. konf....)
	Stanovy, řády a směrnice	Stanovy
		Finanční, jednací, volební, vzdělávací
	Prohlášení a tiskové zprávy	
	Stanoviska	Např. KSL, SPL, AIFP...
	Očkování	
	Info pro praxi	ZP
		MZ
		Profesní info SPLDD
		Odborné info SPLDD pro praxi
		Ostatní (MŠMT, MPSV...)
Vzdělávání	Vzdělávání SPLDD	Vzdělávací řád
	Termínový kalendář	
	Kreditované akce	Kalendář akcí
		Seznam akcí
	Záznamy ze vzdělávacích akcí	
	e-learning	
Legislativa	Právník radí	
	Právní předpisy (zákony, vyhl.)	
Kontakty	Kontakty na centrum	

Schéma struktury webu SPLDD

člena napsané malými písmeny bez diakritiky (např. planicka). Nově se po přihlášení člena zobrazí v červeném poli informace týkající se jeho vzdělávacích aktivit (počet dosažených kreditů, přehled absolvovaných vzdělávacích akcí a při splnění podmínek též Certifikát celoživotního vzdělávání SPLDD). Na titulní stránce pod logem SPLDD vlevo naleznete menu, jehož struktura je v zásadě třívrstvá, tak jak je zobrazeno na schématu s barevným rozlišením volně přístupných (zelená) a zaheslovaných (červená) kapitol. Vpravo jsou bannery vzdělávacích akcí, Vox

pediatriae, Vox info a případných partnerů. Ve střední části jsou aktuální nebo důležité informace pod názvem Nepřehlédněte a Nové články. Pro lepší přehled, v jaké vrstvě se čtenář právě nachází, jsou u jednotlivých nabídek rozbalovací (+) a sbalovací (-) znaménka. Další novinkou jsou pro snazší brouzdání po webu použita zpětná tlačítka umístěná nad i pod jednotlivými články. V původním webu padala kritika na nedostatečnou funkčnost vyhledávače. Při testování probíhalo vyhledávání informací tímto způsobem velmi úspěšně. Je však vhodné



nezadávat zvolený slova tvar, ale jen kmen hledaného výrazu (např. místo sněmovna zadat pouze sněm). Pro funkcionáře jsme zavedli novou položku, kam pro ně budeme umísťovat specifické informace.

Sekce Pro rodiče je určena pro širokou veřejnost. Cílem je podávat veřejnosti (zejména rodičům) validní informace a návody. Můžeme rodiče na tyto stránky odkazovat, což by nám PLDD mělo práci v ordinaci ulehčit. V současné době je zde umístěno několik prvních informací, které nám poskytl kolegyně MUDr. Romana Benešová. Nezapomněli jsme ani na možnost stáhnout si různé formuláře pro rodiče (žádost o posudek, prohlášení, souhlas...). Bude jistě prospěšné, pokud se do naplňování rodičovské části webu zapojí další přispěvatelé z našich řad, protože sami nejlépe víme, jaké informace rodiče nejvíce a nejčastěji potřebují.

Jsmo si vědomi, že na právě spuštěných nových webových stránkách SPLDD se mohou vyskytovat technické problémy nebo jiné závady, které se objeví až při jejich širokém používání, a to i přesto, že web prošel několikerou kontrolou všech spolupracovníků. Budeme rádi, pokud se na nové stránky SPLDD podíváte a pokud naleznete závady či budete mít námět ke zlepšení, dáte nám vědět. Je velmi pravděpodobné, že čas ukáže potřebu zavést do webu nové položky nebo naopak některé zrušit či přesunout, přejmenovat apod. Chceme, aby nové webové stránky byly dynamické a sloužily ku prospěchu jak nám PLDD, tak našim rodičům i široké veřejnosti.

Za tým realizátorů Ctirad Kozderka

■ **Nové stanovisko výboru SPLDD ČR k nabídce programu VZP PLUS pro podporu zvýšení dostupnosti praktických lékařů pro děti a dorost**

Vážení kolegové,
VZP představila upravenou první část svého bonifikačního programu VZP Plus, který je zaměřen na zvýšení dostupnosti praktických lékařů. Oproti původním dodatkům, které rozeslaly regionální pobočky během dubna, byly upraveny některé parametry bonifikačního dodatku dle dohody náměstka VZP Ing. Šmehlíka se zástupci praktických lékařů. VZP v první části programu bonifikuje rozšíření ordinálních hodin a registraci nových pojištěnců, program je zcela dobrovolný a platný od 1. 5. 2019. Následovat by

měla druhá část bonifikačního programu, zaměřená na kvalitu péče, ve kterém bude VZP bonifikovat kvalitu péče o chronické pacienty. V případě PLDD půjde zejména o sledování pacientů s dg. obezita. Nové kódy jsou navrženy k zařazení do seznamu zdravotních výkonů. Spuštění této části je přislíbeno od července 2019. Součástí bonifikace má být také navýšení kapitace o 30 % pro oblasti s omezenou dostupností zdravotní péče.

Náměstek ředitele VZP Ing. David Šmehlík přislíbil účast na jednání sněmu SPLDD, který se bude konat ve dnech 25.–26. 5. 2019, a představí program VZP Plus detailněji. Vaši okresní zástupci tak budou mít možnost vyslechnout podrobné informace k bonifikačnímu programu VZP Plus a také k plánovaným úhradám pro další období.

Bonifikaci je třeba vnímat jako nabídku VZP a je na posouzení každé jednotlivé praxe, zda ji akceptuje. Pro řadu praxí, které již dnes poskytují požadovaný rozsah ordinálních hodin nebo se této době blíží, může být tato nabídka zajímavá. Ostatním praxím může začít dávat smysl v kombinaci s dalšími částmi bonifikačního programu VZP Plus zaměřenými na kvalitu péče, respektive s bonifikací pro oblasti s omezenou dostupností péče, které mají být prezentovány v blízké budoucnosti.

Výkonový výbor prostudoval předložený dodatek k programu VZP Plus a dodatek odpovídá dohodě zúčastněných. Finanční prostředky, které do tohoto programu VZP vkládá, jdou nad rámec cenového ujednání pro tento rok a jejich parametry se mohou časem i měnit. Jedná se o dobrovolnou nabídku. Pokud lékař již nemá další kapacitu rozšiřovat ordinární hodiny či registrovat nové pacienty, nic se pro něj nemění, platí úhradový dodatek pro rok 2019.

Přikládáme stanovisko Mgr. Uhra k předloženému dodatku.

MUDr. Ilona Hülleová,
předsedkyně SPLDD ČR
V Praze dne 3. 5. 2019

Parametry nabídky bonifikačního programu VZP PLUS pro podporu zvýšení dostupnosti všeobecných praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost

V současné době již máme k dispozici návrh konkrétního smluvního dodatku, kde z právního hlediska nevidím žádný problém. Stále

platí, že jde o nabídku VZP, kterou může a nemusí poskytovatel přijmout. Došlo k určitým úpravám proti původně rozesílané nabídce, takže si dovolím stručně shrnout podstatné.

Základní podmínkou bonifikace je rozšíření ordinační doby

Pro nárok na bonifikaci musí být rozšířena ordinační doba alespoň na 35 hodin týdně. Při tomto rozšíření by pak základní kapitační sazba činila 59,40 Kč (proti 56 při 30 ordinačních hodinách). Navýšení o 5 hodin týdně tedy představuje zvýšení kapitační sazby o 3,40 Kč u pojištěnců VZP.

Při navýšení hodin na 40 týdně je pak základní kapitační platba zvýšena na 62,20 Kč, tj. navýšení o 10 hodin týdně představuje zvýšení kapitační sazby o 6,20 Kč u pojištěnců VZP.

Kromě tohoto navýšení kapitační platby bude poskytovatel dále bonifikován pevnou částkou ve výši 1 000 Kč měsíčně, pokud rozšíření ordinačních hodin bude platné od uzavření dodatku do konce roku 2019.

Další podmínky bonifikace – registrace pacientů

Kromě samotného rozšíření ordinační doby (což je doba, kdy v ordinaci funguje lékař) je nutné splnit i podmínky další (a to všechny v nabídce uvedené). Novinkou proti podmínkám pro základní kapitační sazbu 56 Kč je zde ordinace jednou týdně od 7.30 hodin, možnost objednávání každý den a zveřejnění ordinačních hodin na webu VZP ČR.

Dále je zde podmínka, že poskytovatel registruje nové pojištěnce VZP. Tu vykládám tak, že nelze odmítnout pojištěnce z důvodu naplnění kapacity.

Pojišťovna vyplatí bonifikaci ve výši 200 Kč za každého nově registrovaného pojištěnce VZP.

Zpracoval Mgr. Jakub Uher

■ **Tvorba sítě poskytovatelů zdravotních služeb – primární péče**

Síť poskytovatelů primární péče představuje jednu z nejdůležitějších složek celého zdravotního systému. Tvorba racionální, kvalitní a dostupné sítě poskytovatelů zdravotních služeb je pro VZP ČR klíčovou prioritou, při jejímž plnění kromě zákonných povinností zohledňuje 6 základních pilířů pro tvorbu sítě smluvních poskytovatelů.



I. PILÍŘ – MAPY SÍTĚ POSKYTOVATELŮ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

- přehled stávajících pracovišť včetně jejich geolokace

II. PILÍŘ – MÍSTNÍ A ČASOVÁ DOSTUPNOST

- analýza místní a časové dostupnosti dle nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb

III. PILÍŘ – KAPACITY – REÁLNÁ DOSTUPNOST ZDRAVOTNÍ PÉČE

- zhodnocení kapacit zdravotnických pracovníků včetně informací od odborných společností ohledně příjmu nových pacientů

IV. PILÍŘ – PLÁNOVACÍ A MONITOROVACÍ SYSTÉM TVORBY SÍTĚ

- monitoring odchodu do důchodu a plánovaných ukončení, popř. přerušení praxí

V. PILÍŘ – OBMĚNA SÍTĚ PŘEDÁVÁNÍ A DOPLŇOVÁNÍ SÍTĚ

- sledování převodů praxí, generačních obměn, neplánovaných ukončení praxí, schvalování nových a rozšiřování stávajících kapacit

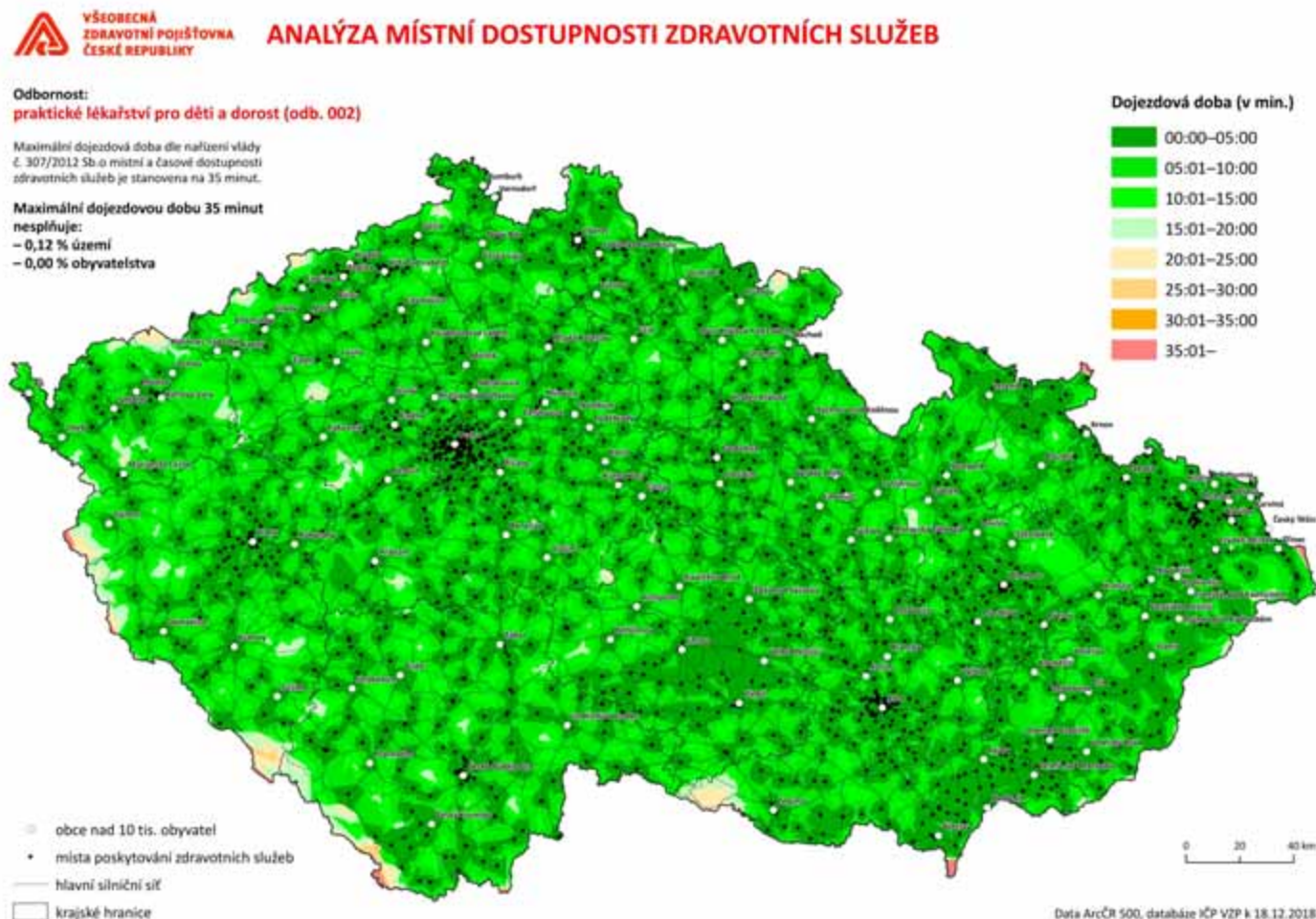
VI. PILÍŘ – TVORBA SÍTĚ – NABÍDKOVÝ SEZNAM OBLASTÍ

- vyhodnocení všech parametrů a vytvoření nabídkového seznamu s preferovanými oblastmi pro uzavírání smluv s novými poskytovateli nebo pro rozšiřování stávajících kapacit
- návrh na vyhlášení výběrového řízení v lokalitách, kde byla identifikována snížená dostupnost zdravotních služeb



Analýza místní dostupnosti primární péče

Prvním krokem při racionální tvorbě sítě poskytovatelů zdravotních služeb musí být samozřejmě analýza současného stavu.





VZP ČR pravidelně provádí analýzy místní dostupnosti zdravotních služeb, a to prostřednictvím tzv. síťové analýzy v programu ArcMap doplněného o nadstavbu Network Analyst. VZP ČR analyzuje místní dostupnost zdravotních služeb pro daný obor v podobě vykreslení polygonů maximální dojezdové doby stanovené přílohou 1 nařízení vlády (maximální dojezdová doba je určována pomocí osobní silniční dopravy, zohledňující průměrné průjezdné dojezdové doby dle typu a konkrétního úseku komunikace). Následně je proveden výpočet podílu území i podílu počtu obyvatel, kde zdravotní služby nesplňují takto stanovenou dojezdovou dobu. V rámci výpočtů se používají dostupné vrstvy z datového balíku ArcČR500, který je volně k dispozici (na stránkách firmy ARCDATA PRAHA, s.r.o.) a ve kterém jsou potřebná zdrojová data, jak silniční síť, tak síť základních sídelních jednotek (ZSJ) s aktuálními údaji od Českého statistického úřadu o rozloze a počtu obyvatel v této podrobné územní jednotce.

Zdroj: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/smluvni-vztahy/tvorba-site-poskytovatelu-zdravotnich-sluzeb-primarni-pece>

■ Časté dotazy na očkování vakcínou MMR a nově dostupná očkovací látka M-M-RVAXPRO (vakcína proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám)

1. Jak dezinfikovat místo vpichu?

Dezinfekce by před očkováním jakoukoli vakcínou měla zaschnout. Je to důležité hlavně u živých vakcín, protože by zbytky dezinfekce mohly účinnou látku obsaženou ve vakcíně inaktivovat. Ale i u neživých vakcín je to vhodné, protože je potom méně lokálních nežádoucích reakcí. Nezáleží tedy ani tak na tom, jaký typ dezinfekce se zvolí, ale aby dezinfekce zaschla. Zaschnutí je také známkou, že proběhla dostatečná expoziční doba pro dezinficienci, a tím je dosaženo účinnosti dezinfekce.

2. Vakcína by se měla aplikovat intramuskulárně (i.m., do svalu), nebo subkutánně (s.c., pod kůží)?

Obě možnosti jsou v zásadě rovnocenné, včetně rovnocenné imunitní odpovědi na obě cesty podání. Pořadí uváděné výrobcem v příbalové informaci není rozhodující, není třeba měnit přístup, dále očkovujeme tak, jako v případě dosud používané vakcíny Priorix.

3. Proč by se vakcína měla aplikovat na vnější stranu horní části paže (rameno) v případě s.c. aplikace?

Aplikace zajistí nejlepší imunitní reakci organismu a snadnou migraci buněk imunitního systému z nejbližších lymfatických (mízních) uzlin. V případě M-M-RVAXPRO je ideálním místem horní část paže v oblasti tříhlavého pažního svalu (*m. triceps brachii*), protože je vhodné, když se aktivují jako první buňky mízních uzlin v podpaží (obr. 1). Vakcína se aplikuje pod úhlem 45 stupňů (obr. 2). Aplikace MMR vakcíny se přípouští také subkutánně v oblasti deltového svalu. Tato oblast je ale doporučována méně. Před vlastní aplikací není nutné provádět aspiraci po vpichu. V případě nutnosti aplikace u dětí mladších 12 měsíců věku je možná s.c. aplikace do anterolaterální strany stehna (oblast čtyřhlavého stehenního svalu).

4. Vakcína M-M-RVAXPRO je nová, nebo jsou s ní delší zkušenosti?

Vakcína M-M-RVAXPRO je totožná s vakcínou M-M-R II, jsou to stejné vakcíny, které se prodávají pod různými názvy v Evropě a v USA. Jsou s ní nejdelší zkušenosti ze všech dostupných MMR vakcín, bylo jí aplikováno celosvětově již více než 750 milionů dávek.

5. Je možno zaměnit MMR vakcíny od různých výrobců?

Světová zdravotnická organizace (SZO) i americký poradní sbor pro očkování (ACIP) se vyslovují k zaměnitelnosti vakcín pozitivně – pokud je možné dát obě dávky od stejného výrobce, je to lepší (spíše z organizačních, než medicínských důvodů). Pokud to ale není možné, např. při výpadku v zásobování, mohou se vakcíny zaměnit.

6. Není-li očkování MMR vakcínou součástí pravidelného očkování dětí, kdo to hradí?

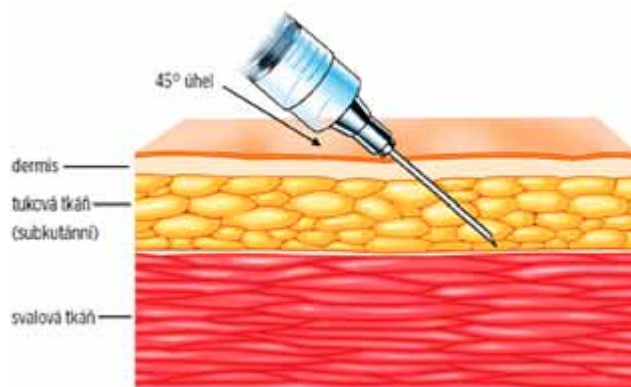
V souvislosti se zvýšeným výskytem spalniček v dětské i dospělé populaci nastávají situace, kdy o očkování MMR vakcínou, případně vyšetření protilátek proti spalničkám, mají zájem také v minulosti očkované děti, rodiče nebo dospělé osoby. Vyšetření a očkování je pak hrazeno takto:

- Pacient má zájem o vyšetření, které je provedeno na jeho žádost – náklady spojené s vyšetřením na přítomnost protilátek proti spalničkám si hradí pacient sám, případně očkování/přeočkování si také hradí sám.
- Pacient byl v kontaktu s případem spalniček – vyšetření na přítomnost protilátek proti spalničkám je hrazeno příslušnou zdravotní pojišťovnou. V případě nařízené postexpoziční profylaxe (aplikace do 72 hodin od kontaktu) je vakcína hrazena státem ze státního rozpočtu.
- Pacient byl v ohnisku epidemie, kde proběhlo epidemiologické šetření a bylo na základě návrhu krajské hygienické stanice odsouhlaseno hlavním hygienikem ČR mimořádné očkování podle zákona o ochraně veřejného zdraví – vyšetření na přítomnost protilátek proti spalničkám je hrazeno příslušnou zdravotní pojišťovnou a cena vakcíny v případě aplikace je hrazena státem ze státního rozpočtu.
- Ochrana zdraví při práci při očkování zdravotníků – náklady na vyšetření protilátek proti spalničkám hradí zaměstnavatel a v případě absence protilátek a potřeby očkování cenu vakcíny hradí také zaměstnavatel. Očkování proti spalničkám u všech séronegativních zdravotníků je považováno za vhodné a je možné je považovat za naplnění povinností zaměstnavatele stanovených zákoníkem práce

Obr. 1 Místo s.c. aplikace



Obr. 2 Subkutánní injekce (převzato z knihy – citace 5)





a zákonem č. 309/2006 Sb., o zajištění dalších podmínek bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, v platném znění.

- Vyšetření pacienta v rámci diferenciální diagnostiky – vyšetření indikované lékařem je hrazeno příslušnou zdravotní pojišťovnou. Případná vakcinace je pak hrazena samotným pacientem.

Zdroje

- 1) <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/administration.html>.
- 2) Measles vaccines, WHO position paper, April 2017.
- 3) <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/timing.pdf>.
- 4) Marounek J, Máca M. Úhrada očkování proti spalničkám. Tempus Medicorum. 2019;28(5):35.
- 5) Chlíbek R et al. Očkování dospělých. Mladá Fronta, 2018. ISBN 978-80-204-4624-4.
- 6) <https://vaccine-safety-training.org/route-of-administration.html>
- 7) <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/administration.html>.
- 8) Gillet Y, Habermehl P, Thomas S et al. Immunogenicity and safety of concomitant administration of a measles, mumps and rubella vaccine (M-M-RvaxPro) and a varicella vaccine (VARIVAX) by intramuscular or subcutaneous routes at separate injection sites: a randomised clinical trial. BMC Med. 2009;7:16.
- 9) Knuf M, Zepp F, Meyer CU et al. Safety, immunogenicity and immediate pain of intramuscular versus subcutaneous administration of a measles-mumps-rubella-varicella vaccine to children aged 11-21 months. Eur J Pediatr. 2010;169(8):925-933.
- 10) <https://immunisationhandbook.health.gov.au/vaccination-procedures/administration-of-vaccines>.

■ Průkaz osoby s PAS informace pro praktické lékaře pro děti a dorost

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,
v tomto vydání časopisu VOX PEDIATRIAE se Vám do rukou dostává pět výtisků průkazu osoby s poruchou autistického spektra (dále jen PAS) pro Vaše pacienty s touto diagnózou. Rádi bychom Vás na

základě prosby Ministerstva zdravotnictví ČR požádali o spolupráci a vydání průkazů pacientům, kterým mohou významně pomoci v zátěžových situacích a komunikaci nejen s dalšími zdravotnickými pracovníky. Proto bychom Vás rádi informovali o povaze tohoto průkazu a jeho vydávání.

Děkujeme Vám za spolupráci.

Průkaz osoby s PAS

Představuje prostředek k zajištění odpovídajícího přístupu pracovníků resortů práce a sociálních věcí, školství, zdravotnictví, vnitra a dalších k jeho držiteli z hlediska zajištění odpovídající komunikace, přístupu a respektu k jeho specifickým potřebám. Má funkci prevence vzniku náročných situací a funkci odlehčovací v krizových situacích. Umožňuje zajistit přednostní ošetření pacienta s PAS na všech zdravotnických pracovištích, pokud to provozní možnosti pracoviště a stav ošetřovaných pacientů dovolí, avizuje potřebu přizpůsobení procesu ošetření potřebám pacienta s PAS adekvátně s doporučenými zásadami Desatera pro komunikaci s pacientem s poruchou autistického spektra, Komunikačním klíčem a Komunikačním profilem zaneseným v Průkazu osoby s PAS pomocí QR kódu. Lze jej v případě potřeby využít v krizových situacích na veřejnosti, v MHD, při kontaktu se záchranáři, hasiči, policií a dále dle uvážení jeho držitele, zákonného zástupce či doprovodu (například při cestování či pobytu v zahraničí). Pomáhá předcházet situacím, které by vedly k selhání člověka s PAS na veřejnosti a k sociálnímu vyloučení. Napomáhá zúčastněným aktérům zátěžových situací zvládnout je s minimálním negativním dopadem na ně samotné, přispívá k rychlejšímu a efektivnějšímu vyřešení problému.

Postup vystavení Průkazu osoby s PAS pro praktické lékaře pro děti a dorost

Pokud osoba požádá o vydání průkazu PAS, praktický lékař pro děti a dorost uvedenou diagnózu nestanovuje a vychází ze známů pacienta v dokumentaci.

Do karty Průkazu praktický lékař pro děti a dorost vyplní:

- jméno a příjmení osoby s PAS
- datum narození
- datum vystavení/aktualizace
- podpis
- razítko

Potvrzuje tak, že držitel Průkazu má ve zdravotnické dokumentaci doklad o stanovení odpovídající diagnózy oprávněným specialistou (dětský a dorostový psychiatr, psychiatr, dětský klinický psycholog, klinický psycholog).

Aktualizace bude realizována na žádost osoby s PAS nebo jejího zákonného zástupce v případech zásadní změny v informacích uvedených v Průkazu.

Do zdravotnické dokumentace oprávněného žadatele o Průkaz provede záznam – datum vystavení či aktualizace Průkazu.

Další informace vyplní držitel nebo zákonný zástupce držitele Průkazu a opatří Průkaz aktuální fotografií obvyklých průkazkových rozměrů. Držitel Průkazu nebo jeho zákonný zástupce může Průkaz opatřit též individuálním QR kódem se specifickými informacemi pro komunikaci s jeho držitelem. Postup pro zhotovení takového QR kódu je dostupný na internetových stránkách Ministerstva zdravotnictví ČR na adrese http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/autismus_3707_3.html.

Distribuce Průkazů osoby s PAS

Průkazy jsou v první vlně distribuovány pro PLDD v podobě přílohy k časopisu VOX PEDIATRIAE, časopisu Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR a Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP a dále pro VPL prostřednictvím časopisu Practicus vydávaného Společností všeobecného lékařství ČLS JEP. V případě potřeby více Průkazů kontaktujte prosím přímo Ministerstvo zdravotnictví, Oddělení podpory práv pacientů na adrese opp@mzcr.cz. Ministerstvo zdravotnictví dále jedná o možnosti obdržení průkazů na základě využití signálního kódu od zdravotní pojišťovny a dále od příslušných odborů krajských úřadů. O této možnosti bude ministerstvo informovat na svých internetových stránkách www.mzcr.cz.

■ Plně funkční eNeschopenka bude spuštěna od 1. 1. 2020

Tisková zpráva Praha, 3. dubna 2019

Plně funkční eNeschopenka bude bez nadsázky představovat elektronickou revoluci v nemocenském pojištění, kterou ČSSZ spustí od 1. 1. 2020. Dojde k zásadnímu zjednodušení toku informací mezi nemocnými, lékaři a zaměstnavateli. Rozloučíme se s historickým pětidílným propisovacím formulářem s „pruhy“ a přenášením pa-



pírových dokumentů mezi lékaři, OSSZ/ČSSZ, nemocnými a zaměstnavateli. Popis postupů v jednotlivých situacích souvisejících s dočasnou pracovní neschopností (DPN) uvádíme níže.

Vznik DPN

Nemocný pojištěnec se dostaví k lékaři, sdělí svůj zdravotní problém, lékař jej vyšetří, a pokud zjistí, že pojištěnec je neschopen vykonávat své zaměstnání, bude postupovat následovně.

Lékař bude mít na výběr dva plnohodnotné způsoby, jak eNeschopenku vystavit, a to ve svém lékařském softwaru nebo v bezplatné webové aplikaci na ePortálu ČSSZ.

Technické řešení v rámci lékařského softwaru nebude vyžadovat po lékařích využití elektronického podpisu ani žádného nového identifikátoru, bude využit systémový certifikát vydaný Státním ústavem pro kontrolu léčiv, který již lékaři používají pro potřeby eReceptu. Do webové aplikace ePortálu ČSSZ se lékař přihlásí jakýmkoliv uznávaným identifikátorem (datová schránka, občanský průkaz s kontaktním elektronickým čipem, uživatelský účet NIA).

Jak při použití lékařského softwaru, tak webové aplikace ePortálu ČSSZ se lékař předvyplní z registrů ČSSZ eNeschopenka osobními údaji pacienta, včetně údaje o zaměstnavateli. Lékař doplní pouze diagnózu, datum vzniku pracovní neschopnosti, příp. další doplňující údaje.

Lékař elektronicky zašle hlášení OSSZ o vzniku dočasné pracovní neschopnosti příslušné OSSZ (formálně jde o I. díl rozhodnutí o DPN). Současně lékař vytiskne průkaz práce neschopného pojištěnce – II. díl rozhodnutí o DPN (jedna strana formátu A5). Tento tiskopis předá pojištěnci – slouží pro záznamy kontrol jak ze strany ošetřujícího lékaře, tak kontrol ze strany OSSZ, a dále pro vyznačení potvrzení o trvání DPN a rozhodnutí o ukončení DPN.

Pojištěnec musí jakýmkoliv způsobem svého zaměstnavatele neprodleně informovat o překážce v práci (obecná pracovněprávní povinnost). To by měl, stejně jako dnes, učinit, jakmile namísto do zaměstnání odchází k lékaři.

Pokud zaměstnavatel požádal o zaslání notifikací o DPN svých zaměstnanců (žádost lze podat elektronicky službou ePortálu ČSSZ), dojde po odeslání hlášení ošetřujícího lékaře ČSSZ zároveň i k zaslání notifikace zaměstnavateli do zvolené datové schránky zaměstnavatele. Okamžité zaslání notifikace bude podmíněno ztotožněním

zaměstnavatele vybraním z údajů poskytnutých mu z registru ČSSZ. Jinak bude notifikace zaslána neprodleně po zpracování hlášení v systémech ČSSZ (po verifikaci údajů) a případném došetření zaměstnancem OSSZ. Notifikace budou s ohledem na ochranu osobních údajů obsahovat základní informace (jméno, příjmení a datum narození pojištěnce a datum vzniku DPN).

Širší a verifikované údaje související se vznikem DPN zaměstnance lze v případě potřeby zjistit službou ePortálu ČSSZ, a to včetně aktuálních údajů o místě pobytu zaměstnance v době DPN a povolených vycházkách. Služby ePortálu ČSSZ jsou přístupné po přihlášení přes datovou schránku nebo portál NIA (občanský průkaz s kontaktním elektronickým čipem, uživatelský účet NIA). Zaměstnavatel může pověřit k využívání služeb ePortálu ČSSZ své zaměstnance nebo jiné subjekty (např. firmu, která mu zpracovává mzdy). Služba bude poskytovat údaje o jednotlivém zaměstnanci (na základě zadání rodného čísla) nebo umožní vygenerovat přehled všech zaměstnanců zaměstnavatele, u kterých ČSSZ ve svých systémech aktuálně dočasnou pracovní neschopnost eviduje.

Ukončení DPN do 14. dne jejího trvání

Lékař, který při kontrole zjistí, že pojištěnec je již schopen vykonávat své zaměstnání, má opět na výběr dva způsoby vystavení rozhodnutí o ukončení DPN. Vybírá ve svém SW či na ePortálu ČSSZ příslušný případ DPN a načtou se mu konkrétní údaje o této DPN. Doplní údaje o ukončení DPN, konečné diagnóze a odesílá hlášení o ukončení DPN elektronicky na příslušnou OSSZ. Pojištěnci vyznačuje ukončení DPN v průkazu (II. díl rozhodnutí o DPN).

Pokud zaměstnavatel požádal o zaslání notifikací o DPN svých zaměstnanců (žádost lze podat elektronicky službou ePortálu ČSSZ), dojde po odeslání hlášení ošetřujícího lékaře ČSSZ zároveň i k zaslání notifikace zaměstnavateli do zvolené datové schránky zaměstnavatele. Notifikace bude odeslána neprodleně po zpracování hlášení v systémech ČSSZ (po verifikaci údajů). Verifikovaný údaj o ukončení DPN lze zjistit službou ePortálu ČSSZ.

Trvání DPN ke 14. dni a dále

Lékař vybírá ve svém softwaru či na ePortálu ČSSZ příslušný případ DPN a načtou se mu konkrétní údaje o této DPN. Doplní datum, ke kterému potvrzuje trvání DPN, a elektronicky odesílá hlášení na OSSZ. Současně zaznamenaný údaj o vystaveném potvrzení o trvání

DPN do průkazu pojištěnce. Pojištěnci se již nevydává žádné papírové potvrzení („lístek na peníze“) pro zaměstnavatele.

Pokud zaměstnavatel požádal o zaslání notifikací o DPN svých zaměstnanců (žádost lze podat elektronicky službou ePortálu ČSSZ), dojde po odeslání hlášení ošetřujícího lékaře ČSSZ zároveň i k zaslání notifikace zaměstnavateli do zvolené datové schránky zaměstnavatele. Notifikace bude odeslána neprodleně po zpracování hlášení v systémech ČSSZ (po verifikaci údajů). Verifikovaný údaj o trvání DPN lze zjistit službou ePortálu ČSSZ.

Zaměstnavatel vyplácí náhradu mzdy za období prvních 14 dnů DPN. Současně má povinnost zaslat elektronicky přílohu k žádosti o dávku s údaji potřebnými pro výpočet nemocenského. Na této příloze nově uvádí rovněž účet, na který zaměstnanci vyplácí mzdu.

Při každém dalším vystavení potvrzení o trvání DPN platí obdobně výše uvedené s tím, že zaměstnavatel již nevyplácí náhradu mzdy a nezasílá přílohu k žádosti o dávku. Současně je na základě těchto potvrzení příslušnou OSSZ zpracována výplata dávky nemocenského a zaslána na účet pojištěnce, na který je mu vyplácena mzda (pokud si pojištěnec nezvolí jiný způsob výplaty).

Ukončení DPN k pozdějšímu než 14. dni jejího trvání

Lékař, který při kontrole zjistí, že pojištěnec je již schopen vykonávat své zaměstnání, vybírá ve svém softwaru či na ePortálu ČSSZ příslušný případ DPN a načtou se mu konkrétní údaje o této DPN. Doplní údaje o ukončení DPN, konečné diagnóze a odesílá hlášení o ukončení DPN elektronicky na příslušnou OSSZ. Pojištěnci vyznačuje ukončení DPN v průkazu (II. díl rozhodnutí o DPN).

Pokud zaměstnavatel požádal o zaslání notifikací o DPN svých zaměstnanců (žádost lze podat elektronicky službou ePortálu ČSSZ), dojde po odeslání hlášení ošetřujícího lékaře ČSSZ zároveň i k zaslání notifikace zaměstnavateli do zvolené datové schránky zaměstnavatele. Notifikace bude odeslána neprodleně po zpracování hlášení v systémech ČSSZ (po verifikaci údajů). Verifikovaný údaj o ukončení DPN lze zjistit službou ePortálu ČSSZ.

Zaměstnavatel po návratu pojištěnce do zaměstnání zasílá elektronicky hlášení o případném výkonu práce pojištěnce v posledním den DPN nebo v jejím průběhu.



Příslušná OSSZ na základě elektronicky zaslaných hlášení od lékaře a zaměstnavatele zpracuje výplatu nemocenského. Nemocenské se vyplácí na účet, na který je pojištěnci vyplácena mzda, popř. jiným způsobem, který si pojištěnec zvolí.

Hlášení změn v průběhu DPN

Lékař, který zjistí, že je nutné nahlásit změny o DPN na příslušnou OSSZ (např. změna pobytu, vycházky, předání do péče jinému lékaři), vybírá ve svém softwaru či na ePortálu ČSSZ příslušný případ DPN a načtou se mu konkrétní údaje o této DPN. Doplní údaje o změnách a hlášení elektronicky zasílá na příslušnou OSSZ.

Pokud jde o změnu v údajích, ke kterým má přístup zaměstnavatel, zjistí zaměstnavatel aktuální údaj pomocí služby ePortálu ČSSZ (např. změna vycházek v období prvních 14 dnů DPN).

Příprava a harmonogram realizace

ČSSZ technické řešení eNeschopenky intenzivně konzultuje napříč veřejnou správou (MPSV, Odbor hlavního architekta MV ČR, MZdr, SÚKL); principy technického řešení byly představeny zástupcům zaměstnavatelů a lékařů na dvou kulatých stolech 7. 12. 2018 a 13. 2. 2019. Od počátku roku 2019 ČSSZ aktivně jedná se zástupci významných a velkých poskytovatelů zdravotních služeb (Thomayerova nemocnice, Nemocnice Na Bulovce, Všeobecná fakultní nemocnice, Ústřední vojenská nemocnice, IKEM).

27. 3. 2019 proběhl na ČSSZ workshop pro dodavatele lékařského softwaru. Další bude realizován v květnu 2019.

Během dubna ČSSZ v souladu s harmonogramem skutečného jednání se zástupci zaměstnavatelů a lékařů, kde budou principy technického řešení adresně představeny všem zainteresovaným.

Naprostá většina rámcových smluv je uzavřena – u dílčích je předpoklad uzavření do konce dubna 2019. Nasazení eNeschopenky do testovacího prostředí bude realizováno od 1. 10. 2019.

Tiskové oddělení MPSV

Ministerstvo práce a sociálních věcí,
www.mpsv.cz

■ VZP začne odměňovat praktiky za rozšířené ordinační hodiny. Vytváří tak prostor pro větší kompetence

Pokud bude praktik v rozšířených ordinačních hodinách, za něž bude VZP bonifikovat, očkovat, provádět screening nebo brát

pacienty, kteří by jinak skončili na pohotovosti, náklady na jeho péči se bohatě vrátí.

Dostupnost péče, díky které budou pacienti ošetřeni u praktického lékaře snáze nejen ve větších městech, ale i v regionech – to je cíl nového programu VZP Plus, který bude spuštěn v květnu. Největší česká pojišťovna se v jeho rámci chystá bonifikovat praktické lékaře, kteří nabídnou ordinační hodiny v délce alespoň 35 hodin týdně. Zároveň budou odměněni také ti, kdo se rozhodnou pečovat o pacienty v těch nejméně atraktivních lokalitách. Díky novince si přitom VZP slibuje, že se počet lékařů, kteří ordinují 35 a více hodin týdně, zvýší ze současných 20 na 40 procent.

„Mapa dostupnosti podle nařízení vlády o místní a časové dostupnosti je zelená, rozmístění praktických lékařů je dostatečné. Situace ale není tak optimální, že by nebylo co řešit. Víme, že reálně mají pojištěnci problém dostat se k praktickému lékaři kvůli vytížení a navštívit ho v ordinačních hodinách. To s sebou nese, že pacienti jdou dál – přicházejí do nemocnic, končí na pohotovostech či urgentních příjmech, což zdravotní systém zatěžuje,“ popisuje náměstek VZP David Šmehlík.

V současnosti jsou přitom standardem péče praktika ordinační hodiny v rozsahu 30 hodin týdně (rozložené do pěti pracovních dnů s tím, že alespoň jeden den jsou hodiny rozšířeny do 18 hodin a dva dny v týdnu je možné objednat se na pevně stanovenou dobu), přičemž lékaři splňující tyto podmínky dostávají kapítaci ve výši 56 korun. Pokud však praktičtí lékaři doposud zajišťovali péči v delším rozsahu, nebyli za to nijak odměněni. To by se nyní mělo změnit.

V rámci bonifikačního programu VZP Plus dostanou praktici pro dospělé, kteří rozšíří ordinační hodiny o hodinu denně na 35 hodin týdně, o pět procent navýšenou kapítaci, u praktiků pro děti a dorost (PLDD) půjde o šest procent. Pokud praktik rozšíří o dvě hodiny denně na 40 hodin týdně, bude mu kapítace navýšena o deset procent, v případě PLDD o 11 procent. Navýšení ordinačních hodin s sebou pak pochopitelně přinese také to, že lékař provede více výkonů – čímž mu příjmy nadále stoupnou.

Pojišťovna se ovšem také rozhodla, že podpoří sdružené praxe. Pokud tedy taková praxe dvou lékařů nabídne ordinační hodiny v rozsahu 50 hodin týdně, bude kapítace zvýšena o 15 procent (u PLDD o 16 procent),

při rozsahu 60 hodin týdně se pak navýšení vyšplhá až na 20 procent (21 % u PLDD).

Podmínkou přitom u všech bonifikací jsou ordinační hodiny alespoň jednou týdně do 18 hodin a alespoň jednou týdně od 7 hodin ráno. Poskytovatel také musí souhlasit se zveřejněním aktuálních ordinačních hodin na webu VZP, kde zároveň bude uvedeno, že daný lékař registruje nové pojištěnce – což je další podmínka bonifikace. Za každého nově zaregistrovaného pojištěnce pak lékař získá odměnu ve výši 200 korun s tím, že zároveň provede komplexní vyšetření na podporu prevence.

Poslední podmínkou přiznání bonifikace je funkční objednávkový systém, který pacientům umožní objednat se každý den na pevný čas. „Objednávkový systém by měl být ideálně elektronický, ale v současné době budeme akceptovat i telefonické a mailové objednání,“ dodává Šmehlík s tím, že pojišťovna bude fungování náhodně kontrolovat. Předpokládá zároveň, že ještě spolehlivějším kontrolorem budou sami pacienti, kteří by vzhledem k informacím na webu VZP upozornili na nepravdivost uváděných informací.

Větší požadavky na objednávání přitom pojišťovna nebude do budoucna směřovat jen na praktiky. „Chceme, aby i ambulantní specialisté takto směřovali a aby tam byly urgentní sloty. V další fázi tak budeme chtít, aby praktický lékař mohl přímo objednat pacienta k ambulantnímu specialistovi na konkrétní termín ve chvíli, kdy identifikuje problém. K tomu ale musíme vytvořit systém, který musí mít praktický lékař i ambulantní specialista, a musejí spolu komunikovat,“ nastiňuje David Šmehlík.

Lidé s PAS už nemusejí v 19 letech přecházet k praktikovi pro dospělé

Součástí programu VZP Plus jsou ovšem ještě dva další body. Jedním z nich je podpora poskytovatelů v oblastech s omezenou dostupností, kterým pojišťovna nabízí navýšení kapítace o 30 procent. Tuto bonifikaci už sice VZP nabízela i doposud, nyní by ji ale chtěla využívat více. Navýšení zároveň navazuje na dotace ministerstva zdravotnictví na pořízení praxe v málo atraktivních lokalitách.

Přidělení bonifikace vychází ze zmapování toho, nakolik je péče v daném regionu reálně dostupná – tedy nejen jestli zde je praktický lékař, ale také zda se k němu pacienti mohou dostat. „Hraje tam roli i stárnutí lékařů. Modelujeme proto, co se stane za rok, za dva, za tři, a chceme preventovat, aby nám



skončila kartotéka na městském úřadě. Budeme tedy publikovat oblasti s omezenou dostupností, kde nabízíme uzavření kontraktu," doplňuje Šmehlík.

Poslední novinkou je řešení péče o pojištěnce se specifickými potřebami. **Jedná se hlavně o pacienty s poruchou autistického spektra, kteří dosáhli 19 let, ale je pro ně problematický přechod k praktikovi pro dospělé. Pokud si je dětský praktik nechá ještě nějakou dobu v péči, obdrží od pojišťovny roční paušální bonifikaci ve výši 5 000 korun a k tomu dispenzarizační kód 100 korun za vyšetření. Úhrada by mu přitom měla vynahradit zvýšenou časovou náročnost ošetření takového pojištěnce.**

„Nedává smysl, abychom takové pojištěnce násilně nutili k přechodu jen proto, že dosáhli 19 let – mohlo by to vést k dekompenzaci. Vytváříme proto podmínky ohodnotit praktického lékaře pro děti a dorost, který takovou péči zajistí. Těchto pojištěnců není mnoho, ale je to důležité z hlediska individuálního přístupu k pacientům, kteří jsou fixováni na svého lékaře pro děti a dorost, jenž zároveň už ví, jak k nim má přistupovat," vysvětluje David Šmehlík s tím, že se jedná o desítky, maximálně stovky případů.

Náklady ve výši čtvrt miliardy kompenzují úspory v jiných částech systému

Bonifikací motivující k delším ordinacím hodinám si nyní pojišťovna otvírá dveře pro to, aby praktickým lékařům mohla přidat kompetence. Už od Nového roku tak praktici mohou pečovat o pacienty, kteří za sebou mají úspěšnou léčbu onkologických onemocnění, a další rozšiřování bude následovat v podobě péče o pacienty s diabetem a hypertenzí.

Nabídku zapojit se do bonifikačního programu dostanou všichni praktici, tedy 5 304 pracovišť pro dospělé a 2 039 pro děti a dorost. Ti, kdo se budou chtít zapojit, pak podepíší na regionální pobočce dodatek ke smlouvě. Program startuje k 1. květnu, lékaři ovšem budou mít možnost přidat se i kdykoliv později.

Co pojišťovna od projektu očekává? V současnosti standard 30 hodin týdně splňuje 70 procent lékařů a 20 procent jich nabízí ordinaci hodin v rozsahu 35 a více hodin. VZP přitom počítá, že se tento podíl zvýší na 40 procent. „Uvědomujeme si, že ne všichni praktičtí lékaři změní okamžitě ordinaci dobu – část z nich je ve vyšším věku, část už kapacitně z hlediska pojištěnců není schopna kapacitu rozšiřovat. Ale je mnoho

těch, kdo chtějí být aktivní a kapacitu mají," konstatuje Šmehlík.

Přístup pojišťovny praktici kvitují. „Jde o první krok, který se týká zvýšení dostupnosti. VZP přichází s něčím, co jsme od ní historicky neslyšeli. Říká, že od nás chce větší časovou dostupnost, a nabízí za to bonifikační program. To dlouhodobě odpovídá naší politice. Sdružení praktických lékařů se i během minulých cenových vyjednávání zaměřilo na to, aby navýšení získávaly především praxe, které poskytují lepší péči ve větším rozsahu ordinacních hodin. Je to tedy krok správným směrem a jsme také rádi, že nejde o předmět dohodovacího řízení, ale o bonifikaci – jsme si vědomi, že většina našich kolegů už poskytuje péči na nejdelší ordinacní době, která byla v dohodovacím řízení vyjednána, a ne všichni budou mít hned personální možnosti ordinacní hodiny rozšířit. Nějaké procento praktických lékařů se k tomu tedy přidá okamžitě, ostatní asi budou potřebovat nějaký čas na to, aby praxi srovnatelně zařídili," říká k tomu předseda Sdružení praktických lékařů Petr Šonka.

A co bude změna pojišťovny stát? VZP očekává, že za zvýšené kapacity i výkony vyplatí praktikům 250 milionů navíc – pokud by ale byl zájem větší, je na to připravena. Zároveň je ovšem nutno podtrhnout, že tyto náklady s sebou ponesou úspory v jiných částech systému. „Pacient, který nenajde svého praktického lékaře, protože naráží na zavřené dveře ordinace, jde řešit zdravotní problém jinak, takže zatíží pohotovost, nemocnici, v nejhorším případě ho odveze rychlá záchranná služba. Oněch pět hodin týdně by tak mělo odlehčit systému v nemocnicích a na záchrankách. A pokud se budeme bavit o dalších oblastech, pak pokud bude lékař v oněch pěti hodinách navíc více screenovat a zachytí včas kolorektální karcinom nebo jiné onemocnění, pak náklady za prevenci jsou nesrovnatelně nižší než léčba. To samé platí o očkování, což nyní vidíme na spalničkách, případně chřipce. Když tedy budou lékaři očkovat, tak se nám to úhradově vředy vyplácí," dodává David Šmehlík.

Zdroj: www.zdravotnickydenik.cz,
21. 3. 2019

■ Stomatologická péče bude zásadně dostupnější. Dohody v primární péči přinášejí řadu pozitivních změn pro pacienty

Stomatologové, gynekologové, praktičtí lékaři a praktičtí lékaři pro děti a dorost

uzavřeli se zdravotními pojišťovnami dohody o úhradách péče pro příští rok, které přinášejí zásadní pozitivní změny pro pacienty. Dohody významně zvyšují dostupnost stomatologické péče pro všech 10 milionů pojištěnců v České republice, pozitivně motivují gynekology k péči o těhotné a praktiky k implementaci reformy primární péče. **„Orientace péče na pacienta a důraz na kvalitu provází všechny nově uzavřené dohody v primární péči,"** zhodnotil dohody ministr zdravotnictví Adam Vojtěch.

„Omlouváme se, ale nebereme ‚na pojišťovnu‘. Věta, kterou pacienti při příchodu do ordinace zubního lékaře dnes slyší často. Nová dohoda o úhradách péče, kterou uzavřela Česká stomatologická komora se zdravotními pojišťovnami, však situaci zásadně mění. **„Díky tomu, že pojišťovny navázaly úhradu na registrujícího stomatologa a navýšily základní výkony, které jsou používány ve stomatologické péči, podpořily tím poskytování péče takzvané na pojišťovnu. Nové úhrady také motivují zubaře k péči o dětské pacienty. Dostupnost stomatologické péče, což je něco, co veřejnost dnes skutečně trápí, se tak zásadně zlepšila,"** uvedl ministr zdravotnictví Adam Vojtěch. **„Novou dohodu vnímám jako reformu stávajícího systému. Dlouhodobě jsme poukazovali na to, že se zubařům nevyplácí pracovat pro pojišťovnu a pečovat o dětské pacienty. Jsem rád, že se nám pro příští rok podařilo s pojišťovnami uzavřít dohodu, která to mění. Těžit z ní budou nejen pacienti, ale i samotní lékaři,"** dodal prezident České stomatologické komory Roman Šmucler. Dohoda přináší navýšení cen výkonů a několik nových výkonů u dětské stomatologické péče, jako například sedace (zklidnění) nezletilého pojištěnce při ambulantním stomatologickém ošetření. **„Revolučním počinem je úhrada sedací, která umožní provést řadu ošetření u obtížně spolupracujících dětí přímo v ordinacích, bez nutnosti hospitalizace,"** dodal Šmucler. Pokud bude pojištěnec potřebovat akutní stomatologickou péči, může mu ji poskytnout i lékař, který není jeho registrujícím stomatologem, dohoda totiž počítá i s navýšením hodnoty výkonu extrakce zubu u neregistrujících lékařů. **„Dohodu ve stomatologii považuji za zásadní průlom. Doposud jsme se potýkali s problémem zajištění zubařů pro naše pojištěnce. Tato dohoda nabízí smysluplné řešení. Byli jsme v ní schopni vyřešit to, co se tady dlouhé roky vyřešit nepodařilo. Maximum**



získali pacienti i lékaři,“ doplnil náměstek ředitele Všeobecné zdravotní pojišťovny pro zdravotní péči David Šmehlík. Pojišťovna také zohlední vyšší ceny materiálů tak, aby odpovídaly realitě. Dohoda představuje navýšení o 734 mil. Kč.

Na úhradách pro příští rok se dohodli také ambulantní gynekologové. **„Cílem dohody je lépe ohodnotit ty lékaře, kteří poskytují péči správně, a zároveň omezit vykazování těch výkonů, které nejsou spojeny se zlepšením zdravotního stavu. Posílujeme tedy pozitivní motivaci a demotivujeme ty, kteří vykazují něco, co ani nemělo být poskytnuto. Gynekologům musíme za takový revoluční krok poděkovat,**“ uvedl náměstek David Šmehlík. Dohoda zavádí agregované/balíčkové platby za těhotné pojištěnky. **„Po dohodě se zdravotními pojišťovnami zachováváme bonifikaci za dostupnost a kvalitu poskytované péče. Lékař, u kterého je těhotná registrována, dostane tři ‚balíčkové úhrady‘ za jednotlivé trimestry – za první 1 500, za druhý 2 500 a za třetí 3 500 korun. Pojišťovna tak jednoznačně hradí péči za těhotné tomu, kdo ji řídí, tedy registrujícímu gynekologovi. Pro gynekology je tato změna výhodná a předvídatelná, stejně jako pro pojišťovny,**“ uvedl předseda České gynekologické a porodnické společnosti Vladimír Dvořák. Dohoda představuje navýšení o 227 mil. Kč.

Uzavřená dohoda mezi zdravotními pojišťovnami a zástupci Sdružení praktických lékařů a Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost reflektuje předpokládané nové výkony, které souvisí s reformou primární péče. Je mezi nimi například časný záchyt demence v ordinaci praktického lékaře, péče o prediabetika, péče o pacienta po onkologické léčbě a management kolorektálního screeningu. **„V zemi, kde čelíme epidemii diabetu, vnímám jako zásadní, že úplně poprvé dohoda obsahuje péči o prediabetiky. To je cesta, jak s touto epidemií bojovat. Cukrovku musíme řešit dříve, než propukne, a prediabetes lze výrazně ovlivnit,**“ uvedl předseda Sdružení praktických lékařů Petr Šonka. V ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost bude nově možné zachytit a sledovat pacienta s obezitou. **„Epidemie výskytu obezity u dětí a dospívajících patří mezi prioritní problémy nejen v ČR, ale i celosvětově,**“ uvedla Ilona Hülleová, předsedkyně Sdružení praktických



lékařů pro děti a dorost. Mezi další nové výkony patří sledování novorozence s mimořádnými nároky na péči a edukační pohovor lékaře s rodinou v souvislosti s očkováním. **„Lékaři budou odměněni za větší časovou náročnost a opakované nároky na edukaci pacientů o prospěšnosti a smyslu očkování. Vnímáme to aktuálně jako klíčové opatření s ohledem na klesající proočkovanost. Světová zdravotnická organizace dokonce zařadila odmítání očkování mezi deset největších hrozeb pro lidské zdraví v roce 2019,**“ dodala Hülleová.

Praktičtí lékaři budou bonifikováni i za delší ordinační dobu. Praktik pro dospělé, ale i praktik pro děti dostane 56 korun jako základní kapitační sazbu, pokud bude poskytovat hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu prodlouží ordinační hodiny do 18 hodin a umožní pojištěncům objednat se alespoň 2 dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu. O trochu méně, 50 korun, dostane všeobecný praktický lékař, pokud bude poskytovat hrazené služby v rozsahu alespoň 25 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu má ordinační hodiny prodlouženy nejméně do 18 hodin. Praktici pro dospělé, kteří nenabídnou výše uvedený rozsah služeb, dostanou 48 korun, praktici pro děti ve stejném případě 50 korun.

„Za všechny zaměstnanecké pojišťovny bych chtěl poděkovat všem lékařům, protože se dohodami podařilo posílit vzájemnou důvěru. Je skvělé, že již koncem května máme představu o tom, jak budou

vypadat úhrady v primární péči v příštím roce, vytváří nám to větší prostor pro přípravu,“ uzavřel prezident Svazu zdravotních pojišťoven Ladislav Friedrich.

S pozdravem,
Ing. Gabriela ŠTĚPANYOVÁ
ředitelka Odboru komunikace s veřejností
www.mzcr.cz

■ Ministerstva zdravotnictví a financí zkontrolují dostupnost zdravotní péče

Zdravotní pojišťovny mají zákonnou povinnost zajišťovat svým pojištěncům tzv. místní a časovou dostupnost hrazených služeb. Podle nařízení vlády má být praktický lékař nebo zubař dostupný do 35 minut od místa bydliště pojištěnce, na kardiocirurgii či neurochirurgii by pojištěnec neměl být nucen cestovat déle než 120 minut. Na plánované výkony vymezuje nařízení vlády nejdelší přípustné čekací lhůty, například na operaci katarakty by pacient neměl čekat déle než 30 týdnů. V současné době však existují lokality, kde je dostupnost péče nedostatečná.

„Domnívám se, že zdravotní pojišťovny by měly v otázce zajištění zdravotní péče pro své klienty hrát aktivnější roli. Je to jejich elementární povinnost,“ uvádí ministr zdravotnictví Adam Vojtěch. Ten opakovaně pojišťovny vyzývá k tomu, aby při plánování smluvní sítě i při jednání o úhradách zohledňovaly především kvalitu a rovnoměrnou dostupnost péče po celém území. Zdravotní pojišťovny nyní vytipovávají lokality, kde je dostupnost péče nedostatečná, a snaží



se poskytování péče v těchto lokalitách finančně zvýhodnit. Samy však poukazují na to, že účinnost finanční motivace je značně omezená a stále menší.

„Zdravotní pojišťovny mohou nabízet lékařům v určitých lokalitách finanční zvýhodnění, ale je to jen jedna z možností. Domnívám se, že by měly lékaře kontaktovat již v průběhu specializačního vzdělávání, domlouvat se s nimi na tom, kde je a kde není potřeba zvýšit počet poskytovatelů, a aktivně jim pomáhat například i s administrativou spojenou s otevřením nových ordinací. V tom by zdravotní pojišťovny měly více spolupracovat i s krajskými úřady,“ upřesnil ministr Vojtěch.

Na plnění povinností zdravotních pojišťoven a na úroveň služeb, které nabízejí svým pojištěncům, se obě ministerstva detailněji zaměří při průřezové kontrole, kterou právě zahájila. Kontrola se bude věnovat také hledání příkladů dobré praxe a možnostem změn, které pomohou pojištěncům dostat se ve správný čas na správném místě ke správnému typu péče.

Při předběžném šetření ministerstva zdravotnictví a financí narazila na některé systémové nedostatky, na jejichž odstranění budou společně pracovat. Jedním z nich je například zákonná povinnost poskytovatele projít před uzavřením smluvního vztahu se zdravotní pojišťovnou tzv. výběrovým řízením na příslušném krajském úřadu. Tento institut kritizují nejen pojišťovny, ale

i samotné krajské úřady. V šetření většina oslovených krajů označila tento institut za nefunkční. Nedostatky, které komplikují dostupnost péče pacientům, bude řešit Ministerstvo zdravotnictví po konzultaci s dotčenými subjekty a odbornou veřejností změnou legislativy.

Ing. Gabriela Štěpanyová
ředitelka Odboru komunikace s veřejností
www.mzcr.cz

Ing. Michal Žurovec
oddělení Vnější vztahy a komunikace
www.mzcr.cz

Pro VOX připravil:
MUDr. Ctirad Kozderka

Usnesení regionálních konferencí

■ Usnesení konference západočeského regionu SPLDD konané dne 13. 4. 2019 v Plzni

Konference byla zahájena v 15:00 hod., konstatovala, že je přítomno 47 členů ze 184 – není usnášení schopna, a v 15:05 hod. byla konference zrušena. Byla svolána náhradní konference – 13. 4. 2019 v 15:20 hod.

Konference:

I. schválila:

- program konference
- volbu pracovních komisí ve složení:
Mandátová komise: MUDr. Brožová, MUDr. Kabzanová, MUDr. Benešová
Návrhová komise: MUDr. Frantová, MUDr. Vyhliďková, MUDr. Galeková
- rozpočet na rok 2019

II. bere na vědomí:

- zprávu o činnosti regionu za rok 2018 přednesenou regionální předsedkyní MUDr. Zdeňkou Růžickovou
- zprávu o hospodaření regionu za rok 2018 přednesenou reg. pokladníkem MUDr. Ivou Kubiasovou
- zprávu člena kontrolní komise MUDr. Jarmily Aronové

III. vyslechla:

- informace místopředsedy VV SPLDD ČR MUDr. Ctirada Kozderky

- informace předsedkyně OSPDL ČLS JEP MUDr. Aleny Šebkové
- informace pověřených osob okresů MUDr. Sylvy Frantové, MUDr. Radany Benešové, MUDr. Zuzany Jirků, MUDr. Pavly Hrubé, MUDr. Jiřího Martínka, MUDr. Jany Vyhliďkové

IV. ukládá:

- všem členům regionu zvýšit svoji aktivitu (pomoc při přípravě materiálů profesního i odborného charakteru, aktivní i pasivní účast na akcích SPLDD...) za účelem dalšího rozvoje Sdružení
- VV SPLDD dále jednat o rozšiřování spektra nasmolovaných výkonů pro PLDD a o uvolnění preskripce
- 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
- regionálnímu výboru vytipovat vhodné kandidáty na další volební období SPLDD 2020-2025
- regionálnímu výboru ve spolupráci s OSPDL prezentovat práci PLDD studentům lékařské fakulty za účelem získání většího počtu zájemců o tento obor k zajištění generační výměny

- všem funkcionářům regionu při práci s informacemi SPLDD důsledně dodržovat GDPR

V. vyzývá:

- členy SPLDD k vyhledání mladších členů jako vhodných kandidátů na převzetí výkonu funkce ve složkách Sdružení na další volební období
- VV SPLDD k jednání s MŠMT o celoplošném nastavení závazných pravidel spolupráce mezi zařízeními v kompetenci MŠMT a PLDD

VI. podporuje:

- znovuoobnovení oboru PLDD jako samostatného základního oboru

VII. konstatuje:

- přetrvávající vysokou administrativní zátěž v ordinacích PLDD

Usnesení schváleno všemi přítomnými členy.



Usnesení Sněmu SPLDD konaného 25.–26. 5. 2019 ve Skalském dvoře

- Sněm zvolil komise:

Mandátovou ve složení: MUDr. Srncová, MUDr. Svobodová, MUDr. Řezníková

Návrhovou ve složení: MUDr. Balatková, MUDr. Cabrnchová, MUDr. Beneš, MUDr. Pukovec, MUDr. Kudyn, MUDr. Hrunka, MUDr. Matoušková, MUDr. Gricová, MUDr. Růžicková

- Sněm vyslechl úvodní zprávu předsedkyně SPLDD MUDr. 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 2020. Sněm podporuje jednání zástupců VV SPLDD směřující k navýšení úhrad na rok 2020. Podporujeme dohodu dosaženou v rámci DŘ.

- Sněm vyslechl prezentace zástupců zdravotních pojišťoven paní ředitelky MUDr. Knorové za SZP a pana Ing. Jankůje za VZP na téma možnosti navýšení úhrad pro rok 2020, možnosti nasmlouvání nových výkonů a programu VZP Plus. Pro rok 2020 se uvažuje o zavedení nových výkonů – péče o rizikového novorozence, péče o pacienta s obezitou, dva nové edukační kódy pro oblasti očkování.

- Sněm podporuje aktivity ministra zdravotnictví směřující k podpoře primární péče a rozšíření kompetencí VPL a PLDD.

- Sněm vyslechl informace předsedkyně OSPDL MUDr. A. Šebkové a zástupce katedry IPVZ MUDr. Hany Cabrnchové

o vývoji legislativy v oblasti vzdělávání, aktuální situaci počtu zařazených do kvalifikačního kursu, o rezidenčních místech a akreditacích v oboru pediatrie, o záměru o znovuzavedení oboru PLDD. Sněm vyslechl i zprávu členky zahraniční komise MUDr. V. Jilichové Nové o naší účasti v zahraničních komisích EAP a ECPCP a o aktuální situaci na Slovensku.

- Přítomným funkcionářům a pověřeným osobám okresů (okresní zástupci) byly předány závazné pokyny pro dodržování směrnice upravující eliminace rizik při správě údajů (GDPR) technicko-organizační opatření. Za nepřítomné převzali protokolárně formuláře regionální předsedové k následnému vyřízení. Doba vyřízení a předání druhého originálu do centra by měla být nejpozději do 30. 6. 2019.
- 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 náplň vzdělávání.

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

- 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. V rámci jednání s okresními zástupci bude potvrzena

případná nedostupnost v konkrétních oblastech, kde by mělo dojít k provedení bonifikace úhrady.

- Sněm podporuje novou koncepci LPS se zajištěním definovaného rozsahu pracovní doby ve spádových okresech.
- Sněm souhlasí s minimálním rozsahem praxe PLDD od úvazku 0,8 jako podmínkou pro vyplácení úhrady v režimu KKVP.
- 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 doporučuje řešit problematiku preventivních prohlídek a úhradu ve vazbě na datum narození dítěte (interval).
- Sněm navrhuje po právní stránce vypracovat stanovisko k ochraně PLDD ve vazbě na porody doma a následné registrace novorozenců, ochranu před organizovanými skupinami rodičů vyžadujícími alternativní postupy v péči o dítě a kontrolujícími postupy PLDD (nahrávání telefonů, natáčení v ordinaci).
- Sněm doporučuje vypracovat jednotný postup vůči nečlenům SPLDD.

Datum příštího sněmu: 16.–17. 5. 2020, případně 23.–24. 5. 2020, odhlasována změna místa konání sněmů, místo bude upřesněno.

Skalský dvůr 26. 5. 2019





Zpráva z Jarního zasedání ECPCP Bratislava 26.–28. 4. 2019

Pro připomenutí:

ECPCP (European Confederation of Primary Care Paediatricians) sdružuje národní profesní organizace pediatrické primární péče. Pro tuto oblast také hledá podporu v rámci evropských odborných i politických struktur.

1. Zasedání v Bratislavě se uskutečnilo ve spolupráci se Slovenskou spoločnosťou primárnej pediatrickej starostlivosti. Její zástupci prezentovali aktuality ze Slovenska. Především zavádění standardů péče a problematiku věkové struktury pediatriů v primární péči. Dramaticky zní číslo, že 43 % slovenských pediatriů v primární péči (z celkového počtu 1 219) je ve věku 61–70 let pouze 3 % jsou mladší 40 let. Přesný recept na generační obměnu slovenští kolegové nemají. Snaží se zvýšit komfort stávajících pediatriů, usilují o snížení administrativní zátěže, přesun kompetencí, ale zatím bez viditelných výsledků.

2. Delegáti schválili nově přijetí Chorvatské společnosti preventivní a sociální pediatrie za člena ECPCP. Pro zajímavost Chorvatsko má 4,1 milionu obyvatel a 36 000 porodů ročně. Celkově v Chorvatsku pracuje 710 pediatriů, z toho 281 v primární péči. Zdravotní péče dětí je až do 18 let věku nebo do doby zakončení VŠ studia hrazena z veřejných prostředků. Očkování je v Chorvatsku povinné, očkují se stále i novorozenci proti BCG, očkování je vyžadováno pro nástup do kolektivních zařízení.

Dále byly přijaty Pediatrická společnost Portugalska a další italská pediatrická organizace FIMP (Federazione Italiana Medici), tyto země již v ECPCP zastoupeny byly. V některých zemích působí více organizací, proto mají pak v ECPCP vícenásobné zastoupení.

3. ECPCP změnila svůj status, aby mohla být přizvána partnerská organizace EPA/UNESPA. Tato organizace bude mít přístup ke všem konferencím ECPCP, ale bez hlasovacího práva a finančních nároků. Dále se předpokládá stejný systém spolupráce s EAP (Evropskou pediatriickou akademií). Maďarský zástupce ECPCP byl zvolen v prosinci 2018 do čela frakce primární pediatrie

EAP a nyní byl pověřen k dojednání této spolupráce. Tato nezáživná sdělení by mohla mít pro pediatriy v primární péči významný dopad. Hlas z terénu se stane zvuknějším při jednání o kompetencích, financování atd.

4. Mezi aktualitami z jednotlivých zemí rezonoval problém epidemií spalniček. Nejsilněji asi z Izraele, kde epidemie způsobuje obrovské problémy. Spalničky se tam totiž šíří především v ortodoxní židovské komunitě, kde jsou početné rodiny a děti z těchto rodin nejsou očkovány. Izrael se tak stal zemí s třetím nejvyšším výskytem spalniček v Evropě. Izrael mimo jiné směřuje k plné úhradě očkování proti meningokokům. Dosud byla poskytována úhrada ve výši 50 % ceny.

Francouzští kolegové naopak hlásí rapidní vzestup proočkovanosti po zavedení povinné vakcinace.

Rakousko pracuje na zavedení elektronického očkovacího průkazu. Rakouští kolegové zároveň informovali o extrémním rozšíření svrabu v dětských kolektivech.

5. Stejně jako každé zasedání byl věnován prostor jednání jednotlivých pracovních skupin – prevence a očkování, skupina pro výzkum a skupina pro curriculum. Výstup z pracovních skupin je následující:

6. Skupina Prevence a vakcinace dokončila stanovisko ECPCP o nutné prevenci působení škodlivých plastů narušujících endokrinní systém. Obsahem je doporučení informovat v rámci preventivní péče rodiče o škodlivosti těchto látek a doporučení, jak toto působení minimalizovat.

Skupina dále rozpracovala obdobné doporučení o kontaktu s elektronickými médii v mladém věku, nebo zjednodušeně o minimalizaci „času před obrazovkou“. Opět by mělo být dopracováno jako doporučení pro rodiče, které jim pediatri může předat při preventivních prohlídkách. Nově jsme se v rámci pracovní skupiny prevence a očkování dohodli na pravidelných schůzkách přes webovou aplikaci v intervalu jednou za dva měsíce, abychom mohli flexibilně reagovat na připravované dokumenty a výstupy mohly být rychleji dokončeny.

7. Skupina vědy a výzkumu prezentovala dokončení sběru dat o diagnostice a léčbě

AOM v jednotlivých zemích a připravuje souhrnný přehled dat, který bude v následujících měsících rozeslán členským státům a případně publikován.

Dokončila rovněž sběr dat o prevenci úrazů v primární péči, ze kterého vyplývá, že ve většině zemí je v předpisech preventivních prohlídek předepsáno doporučení předat rodičům informace o prevenci úrazů, ovšem jen asi ve 42 % to pediatri skutečně provádějí. Jednoznačnou překážkou je ve všech zemích nedostatek času na tuto prevenci při preventivních prohlídkách. Podrobnější popis problematiky bude představen na dalším zasedání.

Další z navrhovaných studií je přehled péče a doporučení péče o předčasně narozené děti a téma dětské obezity a vlivu elektronických médií na vývoj dítěte.

I tato pracovní skupina zavádí schůzky přes webovou aplikaci.

8. Skupina pro curriculum představila draft publikace o postgraduálním vzdělávání v jednotlivých evropských zemích. Vzhledem k tomu, že se údaje chystá publikovat, nebyla data pro jejich ochranu předána jednotlivým delegátům. Z prezentovaného ale vyplývá, že se Česká republika řadí k zemím s kratší dobou celkové předatestační přípravy. A po sloučení oborů bohužel i k zemím s průměrnou až podprůměrnou mírou podílu přípravy v primární péči. A to kvůli jen 6 volitelným měsícům v rámci specializační přípravy. Největší podíl přípravy v primární péči má Německo, Švýcarsko a Slovinsko. Pro zajímavost, ne ve všech zemích je postgraduální příprava zakončena zkouškou.

Skupina bude nyní dále rozpracovávat doporučené výkony a kompetence v rámci postgraduální přípravy pro primární pediatriy. Všechna tato doporučení jsou zcela nezávazná pro členské státy, ale při jednání odborných společností by měla být brána na zřetel.

9. Prezentace a zápis z jednání bude uveřejněn na stránce www.ecpcp.eu.

10. Příští zasedání se uskuteční v listopadu 2019 v Lyonu.



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Alena Šebková
předsedkyně OSPDL ČLS JEP

Vážené kolegyně a kolegové,

naše Odborná společnost má dlouhodobě zastoupení v NIKO, která je poradním orgánem MZ ČR v oblasti očkování. Předkládám vám v rámci komplexní informovanosti zápis z posledního jednání NIKO, které se konalo 5. 4. 2019 a účastnili se ho i zástupci SPLDD ČR.

Příloha k č. j.: MZDR 13163/2019-3/OVZ

■ Zápis z jednání Národní imunizační komise (NIKO), konaného dne 5. dubna 2019 na Ministerstvu zdravotnictví

1. Spalničky – aktuální epidemiologická situace, opatření, sdílení informací

V roce 2019 bylo do konce 13. kalendářního týdne v ČR evidováno celkem 402 případů onemocnění spalničkami. Nemocností 3,8 na 100 tisíc obyvatel se dosavadní část roku zařadila na první místo ve frekvenci případů spalniček od roku 1992, kdy nemocnost za celý rok činila 4,03/100 000. Přítomní byli obeznámeni s dynamikou vývoje epidemiologické situace od počátku roku 2018 do současné doby, věkovou a geografickou distribucí případů, analýzou případů podle očkovacího statusu nemocných osob a připomenuty byly základní údaje o vývoji proočkovánosti proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám v ČR.

Zástupkyně Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP (dále jen „OSPDL“) v NIKO a přizvaná zástupkyně Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR (dále jen „SPLDD“) požádaly o zlepšení stavu sdílení informací o aktuální epidemiologické situaci ve výskytu spalniček cestou Ministerstva zdravotnictví (dále jen „MZ“) a krajských hygienických stanic směrem k praktickým pediatrům. Podrobné kroky k zajištění intenzivnější spolupráce při výměně relevantních informací budou projednány na nejbližší poradě ředitelů protiepidemických odborů, kam budou zástupkyně OSPDL a SPLDD přizvány.

Zástupce České vakcinologické společnosti ČLS JEP (dále jen „ČVS“) poukázal na nedostupnost přehledných hlášených údajů získaných z EPIDAT a ISIN o celkové nemocnosti, věkově specifické nemocnosti, počtu

hlášených případů v čase a smrtelnosti na vybraná infekční onemocnění (např. spalničky) pro zástupce odborných lékařských společností ani pro členy NIKO, které by umožňovalo provádět pravidelnou a rychlou analýzu epidemiologické situace nejenom v průběhu epidemie. Bez těchto údajů není, dle zástupce ČVS, možné zavádět ani vyhodnocovat účinná strategická opatření v očkování.

MZ uvedené vzalo na vědomí s tím, že systém ISIN neumožňuje t. č. data v požadovaném formátu široké odborné společnosti volně nabídnout. Sběr dat probíhá v souladu se zákonem č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, v platném znění, náleží do gesce MZ, KHS a také Státního zdravotního ústavu, při kterém je zřízena Expertní pracovní skupina NIKO (dále jen „EPS NIKO“). Zástupkyně OSPDL a SPLDD dále poukázaly na nejednotný přístup k výkladu zdravotních pojišťoven a praktické realizaci hrazení vyšetřování protilátek proti spalničkám u vytížených kontaktů s nemocnými. MZ ve spolupráci se zástupci zdravotních pojišťoven v NIKO připraví stanovisko s jednotným výkladem dané problematiky, které bude předáno pro praktickou potřebu v terénu.

2. Novela zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

Diskutována byla problematika možného rozšíření spektra vakcín hrazených ze zdravotního pojištění v režimu zákona č. 48/1997 Sb. (dále jen „zákon“). NIKO byla seznámena s návrhy a připomínkami ČVS k projednávané novele zákona, které byly připraveny a odsouhlaseny výborem společnosti a podpořeny vybranými členy výboru Společnosti pro epidemiologii a mikrobiologii ČLS JEP a OSPDL.

NIKO vzala na vědomí návrh ČVS na doplnění textu v § 30 odst. 2 písmeno b) bod 7 poslední věta zákona tak, že do hrazených služeb budou zahrnuta též očkování provedená před plánovaným výkonem nebo léčbou vedoucí k závažnému imunodeficitu. Návrh ČVS MZ dále rozpracuje ve smyslu upřesnění, které bude zasláno členům NIKO k odsouhlasení. Návrh je plně v souladu s odbornými lékařskými doporučeními, podle kterých je u pacientů s plánovanou splenektomií nezbytné zahájit očkování ještě před vlastním výkonem, tedy v době, kdy lze očekávat kvalitativně i kvantitativně vyšší odpověď na očkování než při očkování až po provedení výkonu. Uvedený postup umožní vykázat a uhradit očkování již v době, kdy bude stanovena indikace splenektomie (ne až v době, kdy bude splenektomie provedena). Navrhovaná úprava nepovede ke zvýšení ekonomických nákladů na pacienta a očkování, protože danému pacientovi je nyní stejné očkování hrazeno ve stejném rozsahu a cenovém rozpětí s tím rozdílem, že nyní se hradí až po výkonu, tedy v době, kdy účinnost očkování nemusí být na takové úrovni jako při provedení očkování před plánovaným výkonem. Navrhovaná úprava by umožnila úhradu očkování buď před výkonem, nebo po výkonu (např. splenektomie po úrazu). Podobně úprava umožní očkování pacientů ještě před zahájením biologické léčby/chemoterapie/radioterapie, a to v souladu s diagnostickým upřesněním ve vazbě na základní onemocnění a indikovanou léčbu specializovaným centrem nebo před plánovanou transplantací. Očkování tedy bude provedeno v době, kdy lze očekávat nejlepší odpověď imunitního systému na očkování a vytvoření podmínek pro zajištění kvalitnější ochrany pacienta při stejných ekonomických nákladech. NIKO vzala na vědomí též následující návrhy ČVS na úpravu novely zákona:



- Rozšíření hrazených služeb o očkování proti klíšťové encefalitidě u vybraných kohort osob s jasně definovaným věkovým rozmezím, které budou ještě předmětem dalších odborných diskusí. Uvedený návrh byl rovněž jedním ze závěrů jednání EPS NIKO dne 22. ledna 2018.
- Rozšíření hrazených služeb o očkování proti invazivním meningokokovým onemocněním způsobeným *Neisseria meningitidis* sérologické skupiny B a sérologické skupiny A, C, W, Y, které je zatím uvažováno ve čtyřech možných věkově vymezených variantách, které budou ještě předmětem dalších odborných diskusí. MZ připraví několik možných scénářů včetně nákladové náročnosti k další odborné diskusi.
- Rozšíření hrazených služeb o očkování proti gastroenteritidě způsobené infekcí rotaviry.

NIKO doporučila zahájit co nejdříve další jednání mezi zdravotními pojišťovnami a MZ o možnosti rozšíření úhrad očkování, ke kterému doporučuje vždy přizvat zástupce navrhujících odborných lékařských společností.

3. Problematika očkování v kontextu připravované novely zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví

V § 50 je v rámci novely výše uvedeného zákona navrženo rozšířit povinnost přijmout pouze dítě, které se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, i na subjekty, které vykonávají činnost, v jejíž náplni je péče o dítě starší 3 let s omezením do doby zahájení povinné školní docházky. Doposud se povinnost přijetí pouze řádně očkování dítěte do předškolního zařízení vztahuje pouze na mateřské školy, s výjimkou dětí plnicích povinnou školní docházku, a na dětské skupiny. Na živnosti zajišťující péči o děti do zahájení povinné školní docházky, podléhající v souladu se zákonem o ochraně veřejného zdraví výkonu státního zdravotního dozoru, se tato povinnost vztahuje pouze tehdy, pokud se jedná o živnost péče o dítě do 3 let věku. Z tohoto důvodu se navrhuje úprava znění příslušného paragrafu tak, aby se předmětná povinnost vztahovala i na děti starší 3 let. Tímto návrhem dochází k narovnání povinností u všech typů předškolních kolektivních zařízení, která podléhají výkonu státního zdravotního dozoru, tzn. u mateřských škol, dětských skupin

a živností uvedených v zákoně o ochraně veřejného zdraví.

Podle § 46 stávajícího znění výše uvedeného zákona se očkování neprovede při zjištění imunity vůči infekci nebo zjištění trvalé kontraindikace. O této skutečnosti vydá poskytovatel zdravotních služeb potvrzení. Nově se navrhuje, aby doklad o provedeném pravidelném očkování nebo doklad o tom, že je dítě k nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci, vydal poskytovatel zdravotních služeb v oboru praktické lékařství pro děti a dorost. Doklad o provedeném pravidelném očkování nebo doklad, že je dítě proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci, je novelou zákona o ochraně veřejného zdraví navrhován k vydání poskytovateli zdravotních služeb v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, a to i s ohledem na praktické zkušenosti orgánů ochrany veřejného zdraví (KHS) z výkonu státního zdravotního dozoru, v rámci kterého jsou předkládány doklady vydané lékaři, do jejichž odbornosti posouzení trvalé kontraindikace očkování u daného dítěte nepřísluší. Lékařem, který má k dispozici veškeré údaje o zdravotním stavu dítěte, je lékař s odborností praktické lékařství pro děti a dorost, který je odpovědný za komplexní posouzení zdravotního stavu dítěte; do jeho odbornosti očkování dětí spadá a on podle zákona o ochraně veřejného zdraví očkování provádí. Uvedené považujeme za souladné i s diskutovanými kroky v rámci probíhajících diskusí v otázce reformy primární péče.

4. Antigenní složení očkovacích látek pro pravidelná, zvláštní a mimořádná očkování pro rok 2020 – možnosti rozšíření portfolia hexavakcín

NIKO byla seznámena s možností uvedení dalšího antigenního složení hexavakcíny s obsahem antigenů proti *Bordetella pertussis* rozšířeným o fimbrie 2 a 3 do připravovaného návrhu Antigenního složení očkovacích látek pro pravidelná, zvláštní a mimořádná očkování pro rok 2020, který bude cestou EPS NIKO předložen ke schválení.

5. Různé

- Zákon o náhradě újmy způsobené povinným očkováním

Vláda dne 25. března 2019 schválila návrh zákona MZ, který upravuje odškodnění

těch osob, kterým vznikla újma na zdraví v důsledku povinného očkování. Podmínkou odškodnění je žádost, kterou poškozený nebo jeho zákonný zástupce podá spolu s dalšími podklady na MZ do tří let od doby, kdy vznikla újma. Případy budou posuzovány odbornou komisí individuálně, na základě odborných znaleckých posudků. Žadatel bude mít možnost obrátit se s případným odvoláním na soud. Zákon přináší zmocnění pro příslušný prováděcí předpis, který bude řešit konkrétní otázky spojené s vlastním procesem odškodnění.

- Kontroly proočkovanosti, SZD v zařízeních předškolního vzdělávání

Zástupkyně OSPDL a SPLDD upozornily na nutnost důsledné spolupráce mezi KHS a pediatrii při aktivním vyhledávání neočkovaných dětí s rozdělením podle důvodů neprovedení očkování.

- Zrušení očkovacího centra FN v Motole

Zástupkyně OSPDL a SPLDD upozornily NIKO na zrušení očkovacího centra ve FN Motol pro potřeby pacientů mimo tuto nemocnici, které jako jediné v ČR zajišťovalo očkování imunokompromitovaných dětí. NIKO doporučuje projednat převzetí této činnosti všemi fakultními nemocnicemi a po domluvě s praktickými a klinickými pediatrii a infektology zřídit centra pro očkování imunokompromitovaných, vysoce rizikových dětí (alergie, anafylaxe v anamnéze apod.) v každé fakultní nemocnici, podobně jako již dnes fungují očkovací centra ve FN Hradec Králové a ve FN Brno.

- Národní zdravotnický informační portál (NZIP)

NIKO doporučuje upravit současně připravovanou podobu a interaktivitu NZIP do uživatelsky přívětivější a přehlednější podoby, s možností nalezení potřebných informací přímo na tomto portálu, nikoli nutnosti dohlížet se složitým způsobem k informacím o očkování přes řadu internetových odkazů na jiných portálech, např. SZÚ nebo odborných společností.

V Praze dne 17. dubna 2019

Zpracoval: MUDr. Jozef Dlhý, Ph.D.

Verifikovala: Eva Gottvaldová



Aspirace cizích těles z ORL pohledu

MUDr. Michal Jurovčík, MUDr. Lucie Gernertová

Klinika ušní, nosní a krční 2. LF UK a FN v Motole

■ Úvod

Aspirace cizího tělesa u dětí je i přes nesporné pokroky v diagnostice a léčbě stále potenciálně život ohrožující stav. Úlohou otolaryngologa, stejně jako každého jiného specialisty, který se problematikou cizích těles zabývá, je cizí těleso diagnostikovat a pokud možno co nejbezpečněji odstranit. Charakter a umístění cizího tělesa v dýchacích cestách určuje jeho potenciální nebezpečnost. Klinicky se může jednat o urgentní stav dušnosti nebo naopak o dlouhodobě latentní průběh s pozdním rozvojem komplikací. Zhruba 75 % aspirací cizího tělesa proběhne u dětí do 3 let věku. Na domácí půdě pozorujeme určitou sezónní závislost, kdy například aspirované ořechy se objevují více okolo Vánoc. Obecně lze rozdělit techniku extrakce na flexibilní a rigidní. O tom, kde se která technika převážně používá, rozhoduje obvykle historie pracoviště a jeho kontinuita. Lze říci, že obě techniky jsou vhodné tam, kde je dostatečně erudovaný personál, odpovídající zázemí a technická vybavenost.

■ Poznámka k historii dětské ORL endoskopie u nás (z pohledu FN Motol)

Po přestěhování dětských klinik z Karlova do nové dětské nemocnice v Motole koncem sedmdesátých let začíná na ORL klinice 2. LF rozvíjet endoskopický program prim. J. Kanta a poté jeho žák prim. P. Březovský. V roce 1981 se přednostou stává prof. J. Fajstavr. Endoskopický program v osmdesátých a začátkem devadesátých let částečně supluje pneumologickou diagnostiku, kterou logicky přebírá dětská klinika s nástupem flexibilní endoskopie v devadesátých letech (prof. P. Pohunek). Díky pokrokům v neonatologii se postupně mění spektrum endoskopovaných pacientů se zjevným nárůstem závažných stenóz i malacií, a to vrozených i získaných (nejvíce po dlouhodobé umělé plicní ventilaci). Zvyšuje se počet invazivních výkonů na dýchacích cestách, které lze řešit endoskopickou cestou. Je určitě namístě zdůraznit funkční a těsnou spolupráci mezi „rigidní a flexibilní školou“.

■ Rigidní endoskopie a její význam v extrakci cizích těles

Extrakce aspirovaných cizích těles je v současné době jednou z hlavních indikací rigidní bronchoskopie. V posledních desetiletích jsme zaznamenali prudký rozvoj v technice extrakce, zejména pak v možnostech zobrazení, anestezii a kvalitě a rozmanitosti dostupných nástrojů. Průkopníkem v této oblasti se stal americký otolaryngolog Chevalier Jackson (1865–1958), který zavedl přímou optiku, odsávání a zejména přivedl na konec endoskopu dostatek světla. Dodnes je možné ve Filadelfii navštívit muzeum s početnou sbírkou cizích těles.

Indikace k výkonu

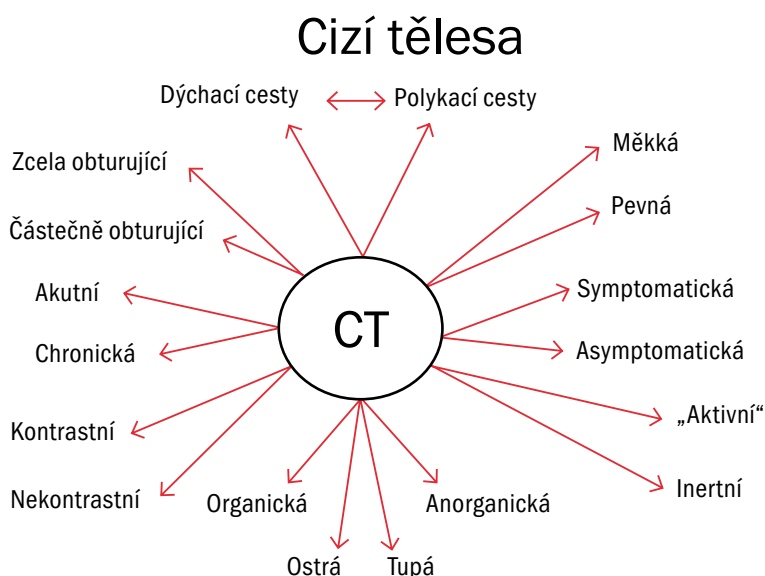
O indikaci k výkonu obvykle panuje shoda napříč odbornostmi dětské medicíny. Jednoduše lze říci, že diagnostickou endoskopií k vyloučení aspirace indikujeme vždy, když je na ni důvodně podezření. Typická anamnéza potom zní asi takto: „... měl v puse ořechy (hračku, cokoli) a najednou začal kašlat, na chvíli zmodral, bouchla jsem ho do zad, něco vyplivl a byl klid...“ Zdálnivý klid však může znamenat pouze zaklínění části cizího tělesa v bronchu. Často je však anamnéza chudá a na možnost aspirace usuzujeme mnohdy až s několikatydenním

odstupem při léčebně refrakterním plicním nálezu. Průběh však může být naopak i perakutní a život ohrožující v případech velkých cizích těles nebo těles balotujících. Těleso, které se volně pohybuje s proudem vzduchu v průdušnici, může vyvolat úderem zesponu na hlasivky laryngospasmus. Je třeba si uvědomit, že i těleso zaklíněné v bronchu se může stát kdykoli balotujícím. **Důležité je vědět, že klasické známky aspirovaného cizího tělesa v RTG obraze nebývají ještě ani za několik hodin po aspiraci patrné, a normální snímek tak aspiraci nevylučuje.** O kontrastnosti jednotlivých cizích těles lze diskutovat (např. kostky Lego) a rovněž nelze dle tohoto kritéria endoskopii vyloučit. Ani čistý a oboustranně symetrický poslechový nálezn nemusí být určující například v případech dutých cizích těles.

Načasování a technika extrakce

O správném načasování výkonu je třeba uvažovat z několika hledisek. V případech akutní dušnosti není pochyb o tom, že výkon je urgentní. Pokud se jedná o stabilizovaného eupnoického pacienta, je třeba brát v úvahu aktuální personální stav a technické možnosti provedení výkonu. Rigidní bronchoskopie vyžaduje přítomnost a souhru celého bronchoskopického týmu. Nejistota, nezna-

Obr. 1 Rozdělení cizích těles





Obr. 2 Duté cizí těleso v pravém hlavním bronchu



Obr. 3 Kulička v pravém hlavním bronchu



Obr. 4 Šroub v levém hlavním bronchu

lost a nervozita výrazně zvyšují riziko komplikací. Nelze předpokládat, že podmínky během noční služby jsou stejné jako v běžné pracovní době. Z tohoto důvodu je vhodné zvážit, zda je nezbytně nutné provést výkon během služby, nebo ho o několik hodin odložit a provést ve standardním režimu. Vždy ale záleží na místních podmínkách.

Vlastní technika výkonu se neliší od jiného bronchoskopického vyšetření. Jen máme připraveny extrakční nástroje a ideálně několik odsávacích různých průměrů. Po zavedení tubusu a optiky a připojení anesteziologického okruhu lokalizujeme cizí těleso a nastavíme konec bronchoskopu pokud možno co nejbližší. Spolupracujeme s anesteziologem a pomocí klasických nebo optických kleští těleso uchopíme. Je potřeba si uvědomit, že v tomto bodě výkon teprve začíná. Hlavním úkolem je pokud možno celé cizí těleso bezpečně extrahovat z dýchacích cest. Je však zpravidla nutné překonat několik překážek – tuhost, ostrý tvar nebo naopak křehkost tělesa ztěžují jeho uvolnění z místa, chronická tělesa bývají fixována v granulacích, cizí těleso větší než vnitřní průměr tubusu je nutné extrahovat i s tubusem. Nejobtěžnější překážkou při extrakci jsou však hlasové vazy. Pokud se cizí těleso tažené za tubusem nepodaří protáhnout hlasovou štěrbinou, může dojít k jeho uvolnění a máme balotující těleso v průdušnici a pacienta v hyposaturaci. V případě velkých cizích těles může jít doslova o život ohrožující stav.

Po úspěšné extrakci je vhodné provést bezprostředně kontrolní endoskopii. Zejména v případě ořechovitých cizích těles mohou být menší části uloženy více periferně. Kontrolu lze obvykle již provést pomocí samotné optiky, abychom zbytečně netraumatizovali subglottický prostor bronchoskopem. Endoskopickou kontrolu s odstupem několika dní indikujeme

téměř u všech extrahovaných chronických cizích těles nebo tehdy, pokud si nejsme jisti kompletností výkonu v nepřehledném terénu. V současné době jsme zaznamenali pokrok v dostupném instrumentáriu. K dispozici jsou tenké optické extrakční kleště, které lze použít již do bronchoskopického tubusu velikosti 3,5. Optické kleště však nemohou nahradit tenké jemné klíšťky, které se používají na extrakci periferně uložených cizích těles. Obvykle je potom nutná spolupráce asistenta, který současně za koncem kleští posunuje optiku.

Komplikace

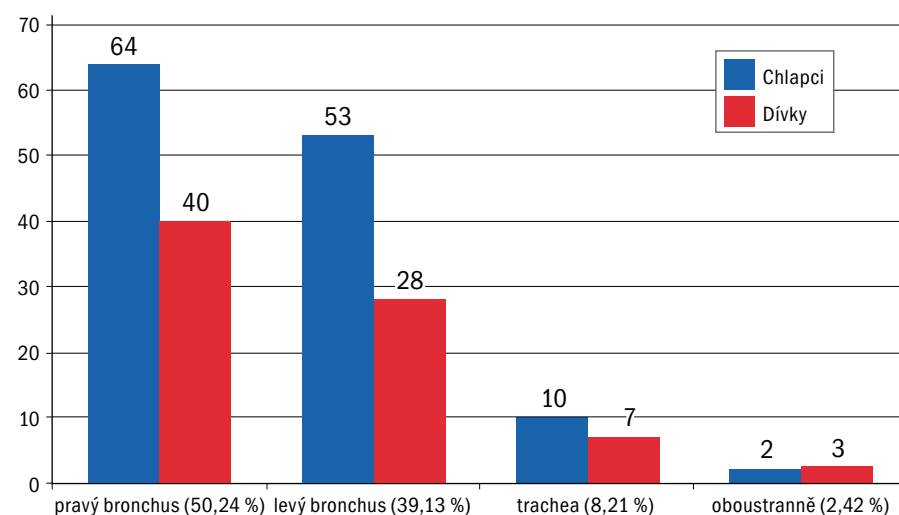
Riziko komplikace u rigidní bronchoskopie se pohybuje mezi 1–3 %. Obvykle dochází k traumatickému poškození oblasti horních zubů. Opatrnost je namístě i v případě dočasné dentice, kdy vylomený zub musíme najít. Nešetrným zaváděním může dojít

k luxaci arythenoidního hrbolu, v krajním případě i k pneumotoraxu. Při použití širšího bronchoskopu dochází k otoku subglottického prostoru nebo hlasivek. Občas pozorujeme laryngospasmus. Za nejzávažnější komplikaci bronchoskopické extrakce považujeme zaklínění cizího tělesa mezi hlasovými vazy nebo v průdušnici. V průběhu extrakce může dojít i ke krvácení, především u chronických a déle zaklíněných cizích těles. Rizikem je i přepadnutí cizího tělesa, které dlouhodobě limitovalo ventilaci jedné plic, do plic druhé. To může skončit velmi rychlým rozvojem asfyxie.

Spolupráce rigidního a flexibilního endoskopisty

V případě obtížných extrakcí může být velmi produktivní využití obou technik, kdy zejména periferně uložená cizí tělesa jsou lépe dostupná flexibilním endoskopem. Flexibilní

Graf 1 Uložení cizích těles





Obr. 5 Aspirace vpravo, zvýšená vzdušnost pravé plíce

Obr. 6 Bronchoskopický tým

endoskop můžeme rovněž zavést do endoskopu rigidního, a využít tak možnost ventilace. Někdy je též vhodné použít extrakční košík, zejména na tělesa hladká a oblá.

Bronchoskopický tým

Provedení rigidní bronchoskopie vyžaduje mimo jiné především souhru mezi bronchoskopistou a anesteziologem. Je třeba zdůraznit, že diagnostická i terapeutická bronchoskopie vyžaduje značnou zkušenost obou, a není to tudíž výkon vhodný pro začátečníky v oboru. V ideálním případě je pro tento účel vyčleněna sálková sestra, která se orientuje v problematice a má přehled o spektru, kompatibilitě a uložení nástrojů.

Výhody a nevýhody rigidní bronchoskopie

Z pohledu invazivního endoskopisty – chirurga je jednou z hlavních předností rigidního instrumentária možnost přímého kontaktu

s tkání. Endoskopem lze zavést poměrně silné a pevné nástroje a silnou odsávačku, což bývá zejména v případě extrakce cizích těles důležitý faktor. Přímé propojení s anesteziologickým okruhem je rovněž výhodné. Nevýhodou je někdy obtížné, v krajním případě až nemožné zavedení endoskopu, horší dostupnost periferie dýchacích cest a mírně vyšší riziko vzniku komplikací – 1–3 % oproti 0,3–1 % v případě bronchoskopie flexibilní.

■ Aspirovaná cizí tělesa – soubor pacientů Kliniky ušní, nosní a krční 2. LF UK a FN v Motole 2003–2016

Celkem bylo provedeno v daném období 526 rigidních endoskopií dýchacích cest z indikace suspekce na aspirované cizí těleso. Z tohoto počtu bylo 332 chlapců a 194 dívek. Odstraněno bylo 207 cizích těles, z toho 128 u chlapců a 78 u dívek. Medián

věku byl dva roky, aspirace byla potvrzena v 39 %. Doba od aspirace po extrakci se pohybovala od 2 hodin po 6 měsíců. Kontrolní endoskopie byla indikována u 55 pacientů, z toho se v 58 % jednalo o oříškovou drť. Cizí těleso bylo odstraněno v 50,24 % z pravých bronchů, ve 39,13 % z levých bronchů, v 8,21 % z trachey a ve 2,42 % oboustranně. V 82 % se jednalo o cizí tělesa organická, z toho ve 46 % o ořechy, na druhém místě v četnosti byla mrkev a na třetím jablko.

■ Souhrn

Při podezření na aspiraci cizího tělesa vždy indikujeme endoskopii.

Rigidní bronchoskopie se u dětí provádí výhradně v celkové anestezii.

Rigidní bronchoskopie patří do rukou zkušeného endoskopisty a endoskopického týmu. Důsledná a cílená anamnéza má zásadní význam pro diagnostiku aspirace cizího tělesa.

Negativní nález na skiagramu hrudníku nevylučuje aspiraci cizího tělesa.

Poslechový nález může být v případě aspirace cizího tělesa normální (duté CT, CT v průdušnici).

Vždy je třeba zvážit vhodné načasování výkonu s ohledem na míru rizika.

■ Literatura

Na vyžádání u autora.

Obr. 7 Kovové cizí těleso v segmentálním bronchu



Obr. 8 Aspirovaný ořech



Non-CF bronchiektazie u dětí

MUDr. Jana Tuková, Ph.D.

Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN v Praze

Bronchiektazie u dětí bez přítomnosti cystické fibrózy (non-CF bronchiektazie) představují klinický syndrom vyvolaný heterogenní skupinou onemocnění. Bronchiektazie byly dlouhá léta považovány za vzácné postižení respiračního systému v dětském věku. Novější poznatky však prokázaly významný výskyt bronchiektazií u dětí s dlouhodobým vlhkým kašlem. Podle recentních prací představují bronchiektazie za určitých okolností preventabilní, případně i reverzibilní postižení dýchacích cest. Pro časnou diagnostiku a léčbu je klíčová znalost typických klinických projevů a volba vhodné zobrazovací metody. Bronchiektazie vznikající v rámci cystické fibrózy jsou pro svá diagnostická a terapeutická specifika posuzovány zvlášť.

■ Terminologie

Bronchiektazie byly dříve definovány jako přítomnost ireverzibilní dilatace dýchacích cest. Nověji jsou na prvním místě zdůrazňovány klinické projevy typické pro bronchiektazie (viz níže). Následně je patologická dilatace dýchacích cest potvrzena zobrazovací metodou. V definici již chybí důraz na nevratnost postižení dýchacích cest, neboť časné zahájení terapie může za určitých okolností navodit i částečnou regresi stavu.

■ Epidemiologie

Prevalence non-CF bronchiektazií není dosud spolehlivě zmapována a ve vyspělých zemích se odhaduje v širokém rozmezí 0,2–735/100 000. Non-CF bronchiektazie u dětí jsou pro svůj nerovnoměrný výskyt v různých sociálních skupinách někdy označovány jako „onemocnění chudých“. Vysoké zastoupení nacházíme například u domorodého obyvatelstva (studie v Austrálii či Kanadě) a dalších sociálně znevýhodněných skupin. Svou roli hraje nižší životní úroveň a horší dostupnost lékařské péče, expozice kouři z domácích topenišť či cigaretovému kouři. Záchyt bronchiektazií u dětí v poslední době stoupá díky narůstajícímu povědomí odborné veřejnosti o této problematice.

■ Patogeneze

K rozvoji bronchiektazií může vést řada odlišných příčin. Jejich společným rysem je narušení mukociliární clearance se stagnací zánětlivého sekretu v dýchacích cestách. Tento stav omezí místní obranyschopnost a vede ke chronické bakteriální kolonizaci zasažené oblasti a zánětlivé reakci na toto bakteriální osídlení. Dlouhodobý neutrofilní

zánět pak navodí poškození, remodelaci a dilataci bronchiálního stromu. Trakční bronchiektazie u intersticiálních plicních onemocnění vznikají zcela odlišným mechanismem a neřadí se do skupiny non-CF bronchiektazií.

■ Klinický obraz

Základním předpokladem stanovení diagnózy non-CF bronchiektazií je znalost typických klinických příznaků. Klinické projevy se nápadně liší mezi dětmi z rozvinutých a rozvojových oblastí. V evropském prostředí je dominujícím nálezem vlhký/produktivní kašel. Ten přetrvává navzdory terapii antibiotiky podávané 4 týdny nebo sice mizí po 2 až 4 týdnech podávání antibiotické terapie, a splňuje tak kritéria protrahované bakteriální bronchitidy, ale objevuje se v této podobě více než 3× do roka. U menší části dětí mohou být patrné písky nebo známky reverzibilní bronchiální obstrukce. Spirometrické vyšetření bývá obvykle v mezích normy. Symptomatologie u dětí

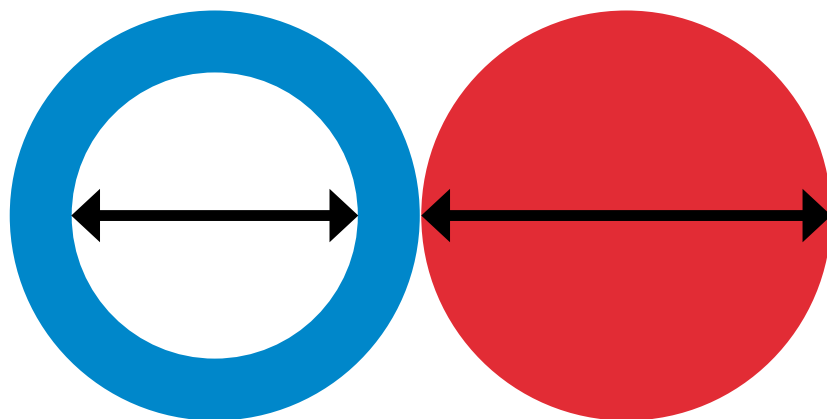
z rozvojových zemí je dána pokročilejšími formami postižení respiračního systému. Běžnými příznaky non-CF bronchiektazií u těchto dětí jsou klidová či námahová dušnost, neprospívání, rozvoj paličkovitých prstů, hemoptýza, klinické i spirometrické známky bronchiální obstrukce. V anamnéze pátáme po předchozí pneumonii, suspektní je i rozvoj obtíží po tuberkulóze, pertusi či adenovirové infekci.

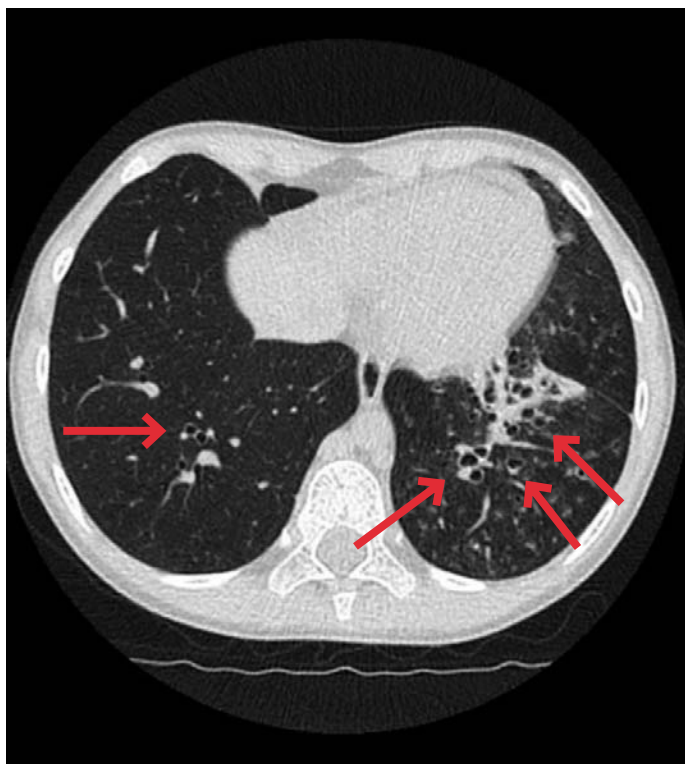
V průběhu roku může docházet k akutnímu zhoršení stavu. Tyto akutní exacerbace jsou provázeny zvýšením frekvence a intenzity kašle, u dětí, které jsou schopny sputum vykašlat, narůstá objem sputa a mění se jeho charakter (purulentní, vzácně s příměsí krve). Může dojít i k nárůstu dušnosti či rozvoji bolestí na hrudi.

■ Diagnostika

Zlatým diagnostickým standardem je průkaz patologické dilatace bronchiálního stromu pomocí multidetektorové počítačové tomografie hrudníku s vysokým rozlišením.

Obr. 1 Schematické znázornění bronchoarteriálního poměru (BAR)
Vlevo modře – bronchus – šipka znázorňuje vnitřní průměr bronchu,
vpravo červeně doprovodná arterie – šipka znázorňuje zevní průměr arterie





Obr. 2 Snímky pořízené pomocí multidetektorové počítačové tomografie hrudníku s vysokým rozlišením u chlapce se základní diagnózou primární ciliární dyskineze. V levé části šípky označují příznak pečetiho prstenu, vpravo šípky ukazují na příznak kolejnice. Poskytnuto s laskavým svolením MUDr. Hany Vitouškové, Klinika zobrazovacích metod 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Motole, Praha

Klíčovým nálezem je patologicky zvýšený bronchoarteriální poměr (bronchoarterial ratio, BAR), tedy poměr vnitřního průměru bronchu k vnějšímu průměru arterie. Zatímco u dospělých se za normu považuje BAR pod 1, u dětí je tato norma přísnější, a to pod 0,8 – viz obr. 1. Na skenech může mít tento nález v příčném řezu vzhled „pečetního prstenu“ – viz obr. 2.

Mezi další nálezy svědčící pro bronchiektazie patří ztlustění bronchiální stěny, příznak kolejnice (viz obr. 2), kdy se bronchy periferně adekvátně nezužují, zobrazení bronchů v plášťové zóně, stagnace sekretu v bronších či bronchiolách (obraz rašícího stromu, „tree in buds“) a nerovnoměrná mozaiková ventilace plic zvýrazněná na výdechových skenech.

Hodnocení bronchiektazií by mělo proběhnout **mimo akutní onemocnění plicního parenchymu**, které může způsobit dočasné změny průsvitu dýchacích cest.

Součástí diagnostiky non-CF bronchiektazií je nejen jejich samotný průkaz vhodnou zobrazovací metodou, ale následné pečlivé pátrání po primární příčině jejich vzniku. Na prvním místě je třeba vždy vyloučit cystickou

fibrózu. Rozvoj non-CF bronchiektazií mohou zapříčinit závažné infekce dolních dýchacích cest a plic (tuberkulóza, pertuse, adenovirové infekce, nekrotizující pneumonie atd.), imunodeficitní stavy, chronická respirační onemocnění (např. primární ciliární dyskineze), gastroezofageální reflux, opakované aspirace, bronchiektazie za překážkou (např. vrozené stenózy, aspirované cizí těleso), inhalace toxických látek a vrozené abnormality dýchacích cest. Non-CF bronchiektazie vzácně provázejí systémová onemocnění pojiva, nespecifické střevní záněty či jsou součástí alergické bronchopulmonální aspergilózy. U části dětí se navzdory rozsáhlému vyšetření nepodaří příčinu odhalit.

■ Diferenciální diagnostika

V rámci diagnostiky je třeba odlišit jiné příčiny chronického vlhkého kašle. Řada z nich může po delším čase vyústit v rozvoj bronchiektazií. Termínem chronické hnisavé plicní onemocnění (chronic suppurative lung disease, CSLD) označujeme stav provázený chronickým vlhkým kašlem bez přítomnosti bronchiektazií (ty nejsou v době klinických příznaků a stanovení diagnózy zachyceny,

ale mohou se vyvinout později v průběhu trvání zánětlivého postižení dýchacích cest). Častý průkaz reverzibilní bronchiální obstrukce může snadno vést k chybné diagnóze průduškového astmatu. Vlhký charakter dlouhodobého kašle by měl vždy tuto diagnózu zpochybnit.

■ Prevence a terapie non-CF bronchiektazií

Novější práce prokázaly, že při časném zahájení režimových a terapeutických opatření nemusí k rozvoji bronchiektazií dojít nebo mohou již přítomné bronchiektazie za určitých okolností regresovat. Časné rozpoznání bronchiektazií a jejich adekvátní terapie má zásadní význam pro rozsah postižení respiračního systému a prognózu onemocnění.

Obecně je třeba eliminovat expozici tabákovému kouři a jiným toxickým látkám (produktům spalování, domácím topeništím apod.). **Za rizikové je považováno i kouření elektronických cigaret, které zvyšuje adhezi bakterií k respiračnímu epitelu.** Vhodné je důsledné očkování proti chřipce, pneumokokům a hemofilům. Je třeba sledovat a řešit případné komorbidit



tazií, mezi které patří především malnutrice, spánková porucha, gastroezofageální reflux a kardiální onemocnění.

Základní pilíře léčby představuje vhodně vedená antimikrobní terapie a dechová fyzioterapie. V pravidelných intervalech (obvykle každé 3 měsíce) provádíme u větších dětí kultivační vyšetření sputa. V případě akutní exacerbace nasazujeme antibiotickou terapii podle recentních mikrobiologických nálezů a odesíláme materiál k aktuálnímu kultivačnímu zhodnocení. Mezi obvyklé kultivační nálezy patří *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* a *Moraxella catarrhalis*. Naopak vzácně jsou nacházeny *Staphylococcus aureus*, *Aspergillus spp.*, *Pseudomonas aeruginosa* či netuberkulózní mykobakteria. U dětí s častými exacerbacemi (více než 3× ročně) bývá nasazována dlouhodobá antibiotická terapie (obvykle nejméně tři měsíce). Nejvíce zkušeností bylo dosud získáno s azitromycinem, jehož dlouhodobé podávání (obvykle 3× týdně) vedlo k nižší frekvenci akutních exacerbací. Rizikem jeho podávání je signifikantní nárůst bakteriální rezistence, a to především u dětí

s nedobrou compliance k léčbě. Účinek dalších antibiotik a jejich odlišných aplikačních forem (perorální vs. inhalační) je v současnosti předmětem studií.

Dechová fyzioterapie představuje druhý pilíř léčby bronchiektazií. Provádí se obvykle 2× denně s pomocí vhodných dechových pomůcek. Expektoraci podpoří inhalace hypertonických roztoků (3% až 7% roztok NaCl). Riziko bronchospasmu navozeného inhalací hypertonického roztoku může být posouzeno provedením spirometrie před podáním a po podání inhalace v ambulanci odborného lékaře. Koncentrace inhalovaného roztoku je zvolena dle individuální tolerance. V případě bronchiální hyperreakivity lze před inhalací pravidelně podat inhalační bronchodilatační lék. Efekt dalších mukoaktivních substancí je v současnosti předmětem studií. Nevhodnou se v této indikaci ukazuje inhalace dornázy-alfa (rekombinantní lidská DNAza).

U dětí s prokázanou reverzibilní bronchiální obstrukcí lze symptomaticky podávat bronchodilatační inhalační léky. Podávání inhalačních kortikosteroidů u neutrofilního zánětlivého poškození rozhodně nelze dolo-

žit, terapeutický test s jejich podáním lze zvážit pouze v případě vzácné koincidence s eozinofilním zánětlivým poškozením dýchacích cest.

Chirurgické řešení (lobektomie) připadá v úvahu u lokalizovaných těžkých symptomatických bronchiektazií, které nejsou způsobeny chronickým či rekurentním plicním poškozením. Nejčastěji takové poškození vidíme po závažných lokalizovaných nekrotizujících pneumoniích.

■ Závěr

Znalost klinických projevů non-CF bronchiektazií u dětí a jejich časný průkaz pomocí multidetektorové počítačové tomografie hrudníku s vysokým rozlišením má zásadní význam pro časné zahájení preventivních a terapeutických opatření a následnou dynamiku poškození respiračního systému. V případě průkazu bronchiektazií je vždy nutné aktivně pátrat po primární příčině jejich vzniku.



XIV
PEDIATRICKÝ KONGRES
s mezinárodní účastí

26. - 28. 9. 2019
Clarion Congress Hotel
OLOMOUC

*Srdečně Vás zveme
na společný kongres
všech českých pediatriů*

POZVÁNKA

podrobné informace a přihláška
www.pediatricie2019.cz



Vyšetřovací metody při aspiracích asociovaných s poruchou polykání

**MUDr. Lenka Mrázková¹⁾, MUDr. Martina Kővári, MHA¹⁾, Mgr. Markéta Hrušková¹⁾,
MUDr. Martin Kysilko²⁾, MUDr. Barbora Gottfriedová²⁾, prof. MUDr. Petr Pohunek, CSc.³⁾,
MUDr. Radek Pavel⁴⁾, MUDr. Michal Jurovčík⁴⁾, Mgr. Monika Betková¹⁾**

¹⁾ Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. LF UK a FN Motol; ²⁾ Klinika zobrazovacích metod 2. LF UK a FN Motol;

³⁾ Pediatrická klinika 2. LF UK a FN Motol; ⁴⁾ Klinika ušní, nosní, krční 2. LF UK a FN Motol

■ Abstrakt

Poruchy polykání u dětí jsou velmi častým problémem. V případě jejich asociace s aspiracemi jsou děti ohroženy zejména akutním či chronickým postižením dýchací soustavy, nedostatečným kalorickým příjmem a dehydratací. K prevenci těchto komplikací je vhodné u dětí s podezřením na aspirace spojené s poruchou polykání provést včasné objektivní zobrazovací vyšetření. Účelem tohoto článku je povšechné seznámení se základními zobrazovacími vyšetřeními – rentgenologickým vyšetřením videofluorografií a endoskopickým vyšetřením Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES).

Klíčová slova: dysfagie, videofluoroskopie, FEES

■ Úvod

Poruchy polykání jsou u dětí velmi častým problémem. Podle statistik trpí některou z forem poruchy polykání přibližně 0,9 % všech dětí (Bhattacharyya, 2015) a 30–80 % dětí s vývojovou poruchou (Arvedson, 2008; Brackett, Arvedson, Manno, 2006; Lefton-Greif, 2008; Manikam, Perman, 2000). Nejčastěji se však jedná o děti s poruchami v orální fázi polykání, které bývají spojeny s hypo- či hypersenzitivitou v orofaciální oblasti či poruchou zpracování tuhé stravy. Tyto poruchy ve většině případů k aspiracím nevedou. Účelem článku je seznámení se základními vyšetřovacími metodami u pacientů s podezřením či průkazem aspirací spojených s poruchou polykání.

■ Účel vyšetření

Objektivizace míry a příčiny aspirací u dětí je nezbytná k zajištění adekvátní a bezpečné nutrice a hydratace. U dospělých je zpravidla respektováno, že pokud pacient aspiruje 10 % a více z každého sousta dané konzis-

tence a tyto aspirace se nepodaří žádnou z kompenzačních technik snížit, pak by tato konzistence pro vysoké riziko vzniku aspirační pneumonie měla být z diety vyřazena (Logemann, 1998). Pokud tedy dospělý aspiruje 10 % a více ze všech konzistencí, měl by být zcela zastaven perorální příjem. Množství aspirací, které je u dětí možné považovat za relativně bezpečné, není jasně stanoveno. Postupujeme zde proto velmi individuálně.

Účelem vyšetření je zejména objektivizace průběhu polykání, nastavení kompenzačních pozičních technik [kdy změna pozice hlavy či polohy celého těla může např. u te-
kutin eliminovat aspirace až u 80 % pacientů (Logemann, 1998)], eventuální změny techniky krmení rodičem, provedení nutných změn konzistence jídla, nastavení stimulačních technik, u starších dětí možnost využití kompenzačních manévru a v neposlední řadě stanovení dalších rehabilitačních postupů a plánu. Diagnosticko-terapeutický tým by měl být vždy multioborový. V případě FN Motol se skládá z rehabilitačního lékaře, logopeda, radiologa a ORL lékaře. Úzce spolupracujeme s dalšími odborníky – zejména z oboru ergoterapie, fyzioterapie, stomatologické protetiky, pneumologie, neurologie, gastroenterologie a nutriční terapie.

■ Průběh vyšetření

Jako vždy vlastnímu vyšetření předchází důkladná anamnéza, která je schopna často poskytnout většinu rozhodujících informací. Cílené klinické vyšetření pak patří jistě do rukou klinického logopeda. Žádnému lékaři by ale neměly uniknout typické příznaky, které bývají s chronickými aspiracemi spojeny. Z nejčastějších uvádíme kašel při jídle či pití, vytékání slin z úst s neschopností jejich odpolykávání, vlhký hlas či vlhké fenomény dýchacích cest po polknutí, zvýšení dechové či srdeční frekvence při pití, promodrávání,

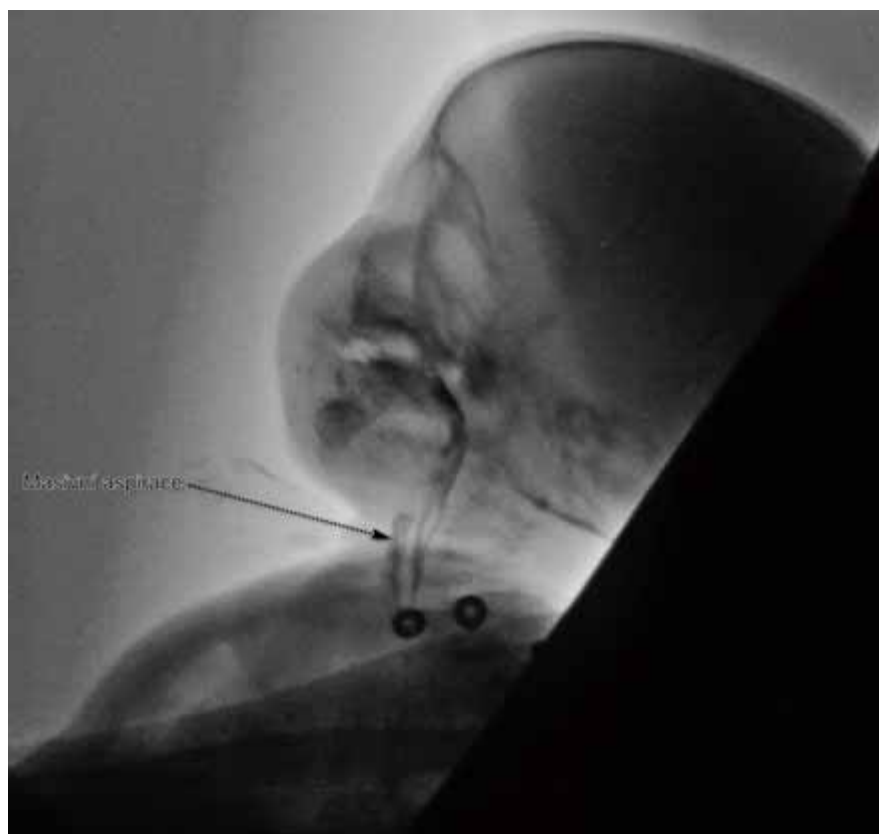
apnoe, desaturace, časté přestávky při jídle a pití, pláč, odmítání stravy.

Úskalím klinického vyšetření je fakt, že cca 52–55 % všech aspirací je tichých (Garon, Engle, Ormiston, 1996; Garon, Sierant, Ormiston, 2009). To znamená, že dítě na aspiraci nereaguje ochranným kašlacím reflexem. Procento tichých aspirací se zřejmě výrazně zvyšuje s mírou psychomotorického postižení pacientů, kdy např. u dětí s těžší formou DMO byly zjištěny tiché aspirace až u 97 % vyšetřených dětí (Rogers, Arvedson, Buck, 1994). Tiché aspirace ale občasné diagnostikujeme i u jinak zcela zdravých pacientů, kteří jsou bez psychomotorického postižení i bez zjevné dysfagie (např. Lefton-Greif, Carroll, Loughlin, 2006). Pokud tedy pacient nereaguje na aspirace kašlem, pak ze studií vyplývá, že až 40 % aspirací není ani zkušeným klinikem odhaleno (Logemann, 1998).

Z objektivních zobrazovacích metod polykání jsou zlatým standardem videofluoroskopie a FEES.

■ Videofluoroskopie

Videofluoroskopie představuje rentgenologické vyšetření morfologických a funkčních abnormalit, umožňuje určit jejich vztah ke klinické symptomatologii. Jedná se o kontinuální skiaskopii standardně se záznamem 15–30 obrazů/s. Provádí se v bočné a předozadní projekci, umožňuje komplexně přehlednout průběh polknutí od dutiny ústní až po dolní jícnový svěrač. Jako kontrastní látka je podáváno baryum různých konzistencí, které je možno přidat i do konkrétních potravin, které dělají pacientovi obtíže. Na základě videofluoroskopie jsme schopni dobře kvantifikovat aspirace a stanovit jejich příčinu, během vyšetření je možno zkoušet efektivitu kompenzačních technik. Největší nevýhodou videofluoroskopického vyšetření je přítomnost radiační zátěže,



Obr. 1



Obr. 2

kteřá však není nijak vysoká a na našem pracovišti činí průměrně 0,15 mSv.

Na obrázku 1 je patrná masivní aspirace u 8měsíčního dítěte se spinální svalovou atrofií.

■ FEES (Fibreoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing)

Jedná se o endoskopické vyšetření hodnotící polykací akt v nazo-, oro- a hypofaryngu. Po zavedení tenkého flexibilního endoskopu nosním průduchem je pacientovi podávána standardně tekutá, kašovitá a tuhá konzistence potravy obarvená potravinářským barvivem, případně je možno užít již původně kontrastně barevnou stravu a tekutiny bez nutnosti dalších úprav. Vyšetření lze provést i během kojení. Během vyšetření můžeme opět testovat efektivitu kompenzačních technik, dobře zhodnotíme citlivost i anatomické poměry, ve většině případů je možno objektivizovat i kvantifikovat míru aspirací. Největší nevýhodou vyšetření FEES je pouze nepřímé hodnocení polknutí, kdy můžeme pozorovat pouze děje před a po samotném polknutí. Během polknutí dochází ke vzájemnému kontaktu hltanových stěn, čímž dojde ke stížení endoskopu a tzv. white out fázi. To komplikuje možnost kvantifikace i přímého zobrazení některých aspirací. Na obrázku 2 je u stejného dítěte aspirace zachycená během vyšetření FEES.

■ Závěr

Časné rozpoznání, adekvátní diagnostika a terapie aspirací u dětí jsou nezbytné zejména k prevenci respiračních infekcí a možnosti zajištění adekvátní výživy a hydratace. Vzhledem k velmi vysoké incidenci dysfagie s tichými aspiracemi je vhodné pomýšlet na možné aspirace i u pacientů, kteří si na dysfagii nestěžují a během krmení nekašlou. Na podkladě objektivních zobrazovacích metod je pak možno rozhodnout o vhodnosti dalšího orálního krmení a v případě zjištěné patologie nastavit bezpečnostní opatření a rehabilitační plán s cílem zlepšení kvality života. Pediatr či jiný lékař má možnost pacienta odeslat na pracoviště, které se poruchami polykání komplexně zabývá a kde je následně stanoven další diagnosticko-terapeutický postup (např. FN Motol či FN Hradec Králové). K vyšetření ve FN Motol je možno pacienty objednat přes korespondenční adresu autora.

*Literatura u autora
Korespondenční adresa:
lenka.mrazkova@fnmotol.cz*



Srdeční kanálopatie jako příčina náhlého postnatálního kolapsu novorozence

MUDr. Jozef Macko, Ph.D.

Novorozenecké oddělení, Perinatologické centrum, Krajská nemocnice T. Bati, a.s.

■ Kazuistika

Ve 38. týdnu nekomplikované gravidity (matka primigravida, primipara) se spontánně záhlavím z čiré plodové vody rodí dvojčata (biamniální, bichoriální). Děti nebyly kříšeny, bezprostřední porodní adaptace na porodním sále byla nekomplikovaná, bonding, obě děti se přisávají k prsu, nástup laktace byl časný a maminka zvládala péči o obě děti.

Děti s matkou byly umístěny na úseku rooming-in. Děti byly kojeny, případně dokrmovány odstříkaným mateřským mlékem. V 60. hodině života matka náhle přináší v náručí na sesternu první dvojčátko, děvče, s tím, že se jí dítě zdá bledé a nechce se přisát k prsu. Objektivně má dítě chladná akra, mramorovanou kůži, kapilární návrat je prodloužený na 5–6 sekund. Je přivolán službukonající neonatolog, který přichází ihned. Auskultačně byla v daný okamžik zachycena srdeční akce 120/min, jeví se jako pravidelná, je zavedena periferní žilní linka. Je napojeno čidlo pulsního oxymetru, který zpočátku obtížně identifikuje signál, stav se ale neupravuje a náhle je na monitoru zachycena závažná bradykardie 30–40/minutu. Následuje apnoická pauza, dítě nedýchá, prošedá, je zahájena kompletní kardiopulmonální resuscitace, dítě je intubováno ústy, ventilováno resuscitačním vakem, nitrožilně podán adrenalin (opakovaně), prováděna nepřímá srdeční masáž. Po přechodném zlepšení srdeční akce na hodnoty okolo 100/min opět zhoršení stavu, těžká bradykardie 20/minutu, myokard dítěte nereaguje na podávaná farmaka, v echokardiografickém obraze myokard nekontrahuje a za 70 minut po primárním zhoršení konstatován *exitus letalis*.

Histologický sekční náález neprokazuje žádnou specifickou příčinu úmrtí, konstatuje srdeční selhání městnavého charakteru. K určení specifické příčiny náhlého úmrtí sekční náález nepřispěl.

Ještě za života dítěte byly odebrány materiály k dalšímu vyšetřování, nicméně nebyla prokázána žádná z dědičných poruch metabolismu, nebyla potvrzena případná

perakutně probíhající infekce, anemizace, případně identifikovatelná a zprvu nepoznaná vrozená vývojová vada.

Z histologického materiálu *post mortem* byl zaslán parafinový bloček s tkání myokardu ke genetickému vyšetření k vyloučení případné kanálopatie (tedy vrozené, geneticky podmíněné převodní poruchy srdečního rytmu).

Za 6 měsíců konstatováno, že v genu RYR2 nenalezena kauzální mutace, vyšetřování pokračuje analýzou nejčastěji se vyskytující mutací genů KCNQ1, KCNH2 a KCNE1.

Za 8 měsíců po úmrtí dítěte přichází definitivní výsledek genetického vyšetření – v genu KCNH2 byla nalezena C-terminální HERG aminokyselinová záměna Arg1047Leu, tzv. aminokyselinový polymorfismus. Tato změna asociuje s výskytem arytmií (většinou typu Torsades de Pointes) a efektem prodloužení QT intervalu (long QT interval, zkráceně LQTS).

Genetická analýza byla následně provedena u sourozence a rodičů, s negativním nálezem, sourozenec zcela zdravý. Uzavíráme tedy jako mutaci daného genu *de novo*.

■ Náhlý, neočekávaný postnatální kolaps

Kanálopatie tvoří poměrně širokou skupinu hereditárních postižení s nejen kardiální prezentací, v rámci diferenciální diagnostiky SUPC (sudden unexpected postnatal collapse) a neonatálního úmrtí je nutno na tuto možnost pamatovat.

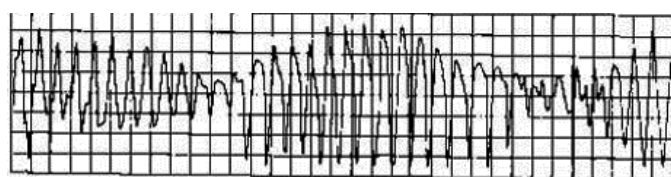
SUPC (náhlý neočekávaný postnatální kolaps, případně úmrtí) je definován jako náhlé, neočekávané selhání životních funkcí či smrt v prvních dnech života (do konce prvního týdne života) u dítěte, které se jevílo jako zdravé, bez identifikovaného rizikového faktoru. Pokud jde o časové rozdělení, pak 1/3 případů nastává do dvou hodin po narození, často na porodním sále při bondingu, 1/3 do 24 hodin, 1/3 do 7 dnů. (Herlenius, Kuhn, Transl. Stroke Res. 2013;4:236–247) Přibližně u jedné třetiny dětí po náhlém kolapsu lze nalézt identifikovatelnou příčinu, nejčastěji to jsou bakteriální sepsy,

pneumonie, vrozená srdeční vada, metabolická vada, nitrolební krvácení, těžká chronická anémie (způsobená parvovirem B19), brániční kýla a poruchy srdečního rytmu (Becher JC, Bhushan SS, Lyon AJ. Unexpected collapse in apparently healthy newborns—a prospective national study of a missing cohort of neonatal deaths and near-death events. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2012 Jan;97(1):F30–F34).

Incidenci postnatálního kolapsu v ČR neznáme, dle dostupných dat se jedná o jednotky až několik desítek dětí ročně. Příčin je několik:

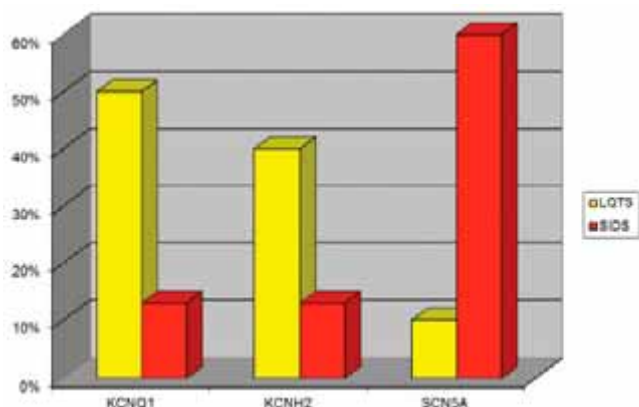
- samotná příhoda není vůbec v dokumentaci zaznamenána, zejména pokud je následující průběh příznivý
- je vykazována jako jiná diagnóza (asfyxie, hypoxicko-ischemická encefalopatie, aspirace apod.)
- terminologie je poměrně složitá a zahrnuje řadu dalších postnatálních stavů (náhlá postnatální smrt, život ohrožující stav či příhoda apod.)
- chybí korelát pro tento stav v soustavě Mezinárodní klasifikace nemocí

Výbor České neonatologické společnosti připravuje doporučený postup pro společný pobyt novorozence a matky na porodním sále bezprostředně po porodu, především s respektem k faktu, že jedna třetina všech postnatálních kolapsů vzniká již do 2 hodin po narození. Autoři postupu vycházejí z dostupných dat některých evropských zemí (Švédsko, Spojené království, Německo, Itálie) a z již existujících doporučení (např. RAPP protokol) pro bezpečný bonding. Byly identifikovány rizikové faktory, predisponující pro vznik náhlého kolapsu. Mezi tyto faktory se řadí např. obezita matky, nezkušenost, nedostatek edukace matky, podání analgetik a sedativ v průběhu porodu, únava matky, subjektivně udaná či objektivně zjištěná, spánek novorozence (uvolnění oxytocinu), spánek matky, poloha novorozence, predisponující k obstrukci nosu a úst, dýchacích cest, kojení bez dohledu a další.



Torsades de pointes ventricular tachycardia

Obr. 1



Obr. 2

Table 2. Cardiac genes involved in sudden infant death syndrome (SIDS).

Gene	Protein	Syndrome	OMIM
KCNQ1	α subunit of I_{Ks} channel (Kv7.1)	LQT1/SQT2	607542
KCNH2	α subunit of I_{Kr} channel (Kv11.1)	LQT2	152427
KCNE1	β subunit of I_{Ks} channel (minK)	LQT5	176261
KCNE2	β subunit of I_{Ks} channel (MiRP1)	LQT6	603796
KCNJ2	α subunit of I_{K1} channel (Kir2.1)	Andersen-Tawil	600681
KCNJ8	α subunit of I_{KATP} channel (Kir6.1)	J Wave	600935
SCN5A	α subunit of I_{Na} channel (Nav1.5)	LQT3/BrS1	600163
CAV3	Caveolar coating membrane (Caveolin-3)	LQT9	601253
SNTA1	Scaffolding protein (α 1-syntrophin)	LQT12	601017
SCN1B	β subunit of I_{Na} channel (Nav β 1)	BrS5	600235
SCN2B	β subunit of I_{Na} channel (Nav β 2)	--	601327
SCN3B	β subunit of I_{Na} channel (Nav β 3)	BrS7	608214
SCN4B	β subunit of I_{Na} channel (Nav β 4)	LQT10	608256
GPD1-L	Glycerol-3-phosphate dehydrogenase 1-like	BrS2	611778
RYR2	Ryanodine receptor (RyR2)	CPVT1	180902

Obr. 3

Kanalopatie, iontoforopatie

Souvislost kanalopatií s náhlým postnatálním kolapsem či úmrtím byla poprvé popsána v r. 1976 (Schwartz, Maron). Dlouhý QT interval je syndrom geneticky determinovaný, je charakterizován prodloužením QT intervalu na EKG, projevuje se klinicky náhlou synkopou, kardiálním selháním a smrtí v kterémkoli věku.

V roce 2000 Peter Schwartz realizoval studii na 33 tisících novorozenců („Milánská studie“), všem dětem se 4. den života natočil standardní záznam EKG, 24 dětí mělo náhlý postnatální kolaps, z toho u 12 dětí byl zaznamenán QT interval na EKG delší než 440 ms, tato hodnota byla stanovena jako cut off pro riziko náhlého postnatálního kolapsu při kanalopatii (Schwartz PJ et al. Prevalence of the congenital long-QT syndrome. Circulation. 2009 Nov 3;120(18):1761–1767). Riziko SUPC pro děti s QT $\geq$ 440 ms je 41× vyšší než u dětí s QT pod touto hodnotou.

V další práci (Arnestad M, Crotti L, Rognum TO et al. Prevalence of long-QT syndrome gene variants in sudden infant death syndrome. Circulation. 2007 Jan 23;115(3):361–367) byla zjišťována incidence 7 nejčastěji se vyskytujících mutací genů (KCNQ1, KCNH2, SCN5A, KCNE1, KCNJ2, CAV3), bylo identifikováno 201 dětí se SUPC, mutace nalezeny u 26 dětí (přibližně 10 % dětí) se SUPC, měly tedy pozitivní genetické vyšetření na mutace genů pro srdeční kanalopatie (long QT). Všechny varianty mutací ovlivňují ventrikulární repolarizaci a prodlužují QT interval.

Pro klinickou manifestaci mutace genu se předpokládá nutnost existence tří skupin faktorů (tzv. fatal triangle hypothesis), a to mutace genu, vulnerabilní období vývoje a spouštěč (zvýšená sympatická aktivita ve spánku, mírná respirační infekce s hypoxémií, náhlý zvukový impuls a úlek etc.).

Torsades de Pointes (TdP) je polymorfní komorová tachykardie, typická pro syndrom dlouhého QT (získaného nebo vrozeného), na EKG je viditelné charakteristické otáčení (twist) osy komplexů QRS kolem izoelektrické linie (viz obr. 1).

TdP se vyskytují v každém věku, pokud se objevují v časném novorozeneckém a kojeneckém období, pak je příčinou často kongenitální prodloužení QT intervalu. Epizody TdP u pacientů s kongenitálním dlouhým QT mohou být spouštěny stresem, úzkostí, fyzickou zátěží.

Náhlá kardiální smrt může přijít s první epizodou TdP (viz obr. 2).

Celkem je popsáno 15 kongenitálních syndromů spojených s prodloužením QT, např. Jervellův-Lange-Nielsenův syndrom, Romanův-Wardův syndrom (viz obr. 3).

Nejčastěji se vyskytující je syndrom Romanův-Wardův, – incidence 1 : 2 000 porodů, mutace přítomna v genech KCNQ1, KCNH2 a SCN5A, ty jsou nejčastějšími příčinami RW syndromu. Dědičnost je autozomálně dominantní, případně vzniká jako *de novo* mutace.

Prevence, možný screening kanalopatií

V roce 2011 publikoval Insolia (Insolia R, Ghidoni A, Dossena C, Mastantuono E, Schwartz PJ. Sudden infant death syndrome and cardiac channelopathies: from mechanisms to prevention of avoidable tragedies. Cardiogenetics. 2011;1(Suppl 1):e6)práci, která uvádí následující fakta:

- srdeční kanalopatie jsou pravděpodobně jedinou preventabilní příčinou SUPC a náhlé smrti
- incidence je 1 : 2 000, možná i vyšší
- letální arytmie se může manifestovat v jakémkoli věku
- dlouhé QT je velmi dobře terapeuticky ovlivnitelný fenomén
- včasný záchyt a následná terapie snižuje mortalitu ze 60 % na 1 %
- jednoduchý screening EKG zachytí téměř všechny rizikové děti
- EKG je screeningem první linie, u pozitivně screenovaných jedinců nutně musí následovat genetické vyšetření (včetně příbuzných)

Závěr

U všech náhlých postnatálních kolapsů a úmrtí je velmi vhodné *post mortem* testování na srdeční kanalopatie. Při pozitivním záchytu je doporučeno genetické testování příbuzných k odhalení nosičů silentních mutací. Evropská kardiologická společnost se vyjádřila pozitivně ve směru zavedení screeningu srdečních kanalopatií, ten však zatím nebyl systematicky zaveden v žádné zemi.



Kongenitální izolovaná tracheoezofageální píštěl

MUDr. Martin Jouza, MUDr. Petr Jabandžiev, Ph.D.

Pediatrická klinika FN Brno

■ Úvod

Izolovaná tracheoezofageální píštěl neboli H-píštěl (resp. N-píštěl) je vzácná varianta vrozených vývojových vad jícnu. Jedná se o vrozenou komunikaci mezi zadní stranou průdušnice a předním okrajem jícnu bez přítomnosti atrezie jícnu. Tato vada tvoří zhruba 4 % všech vývojových vad jícnu s incidencí 1 na 80 000–100 000 živě narozených dětí. Ze statistik vyplývá lehká predominance mužského pohlaví. Vzhledem k absenci atrezie jícnu bývá určení diagnózy složité a často opožděné.

Již od časného embryonálního období je patrný úzký vztah mezi jícnem a průdušnicí. Kolem čtvrtého gestačního týdne dochází k vývoji jícnu kaudálně od primitivního faryngu z tzv. předního střeva, ze kterého se vytváří také laryngotracheální výchlupka. Od základů dýchací soustavy je oddělen pomocí tracheoezofageálního septa. Nedojde-li ke kompletnímu vytvoření tohoto septa, přetrvává patologická komunikace mezi tracheou a jícnem, kterou poté označujeme jako tracheoezofageální píštěl.

Pro pacienty s tracheoezofageální píštělí jsou typické potíže při krmení, tachydyspnoe s cyanózou a rekurentní pneumonie u starších dětí. Hlavním důvodem pozdějšího určení diagnózy jsou nespecifické projevy, často zaměnitelné za potíže při gastroezofageálním refluxu. V terapii zůstává zlatým standardem chirurgické řešení cestou torakotomie. Jednou z komplikací při chirurgickém řešení je postižení *nervus laryngeus recurrens* a s ním spojená paréza nebo plegie hlasivkových vazů.

Zhruba 20 % případů je spojeno s dalšími vrozenými vadami, nejčastěji součástí syndromů s vícečetnými vadami. Vyšší incidenci mají novorozenci s trizomií 18 (Edwardsův syndrom).

■ Kazuistika

Předmětem kazuistiky je donošený novorezenec ženského pohlaví, který se rodí v porodnici 1. stupně matce primipare, primigravidě. Těhotenství a porod probí-

hají bez větších komplikací. AS 10-10-10, porodní váha byla 3 650 g, porodní délka 50 cm. Poporodní adaptace proběhla bez problémů, v porodnici se matce postupně rozvíjí laktace, avšak pro nedostatek mateřského mléka je dívenka dokrmována novorozeneckou formulí.

Třetí den po porodu dochází při krmení třikrát po sobě k atace výrazné tachydyspnoe s desaturací, cyanózou a „chrčení“, která se však spontánně upravuje. Pro tyto potíže je dítě přeloženo na naše novorozenecké oddělení.

Při přijetí je novorezenec bez klinických obtíží uložen do inkubátoru a je mu zavedena nazogastrická sonda. Při krmení nazogastrickou sondou žádné potíže nesledujeme, nicméně během krmení z láhve se objevují již popisované potíže, tzn. tachydyspnoe, chrčení a desaturace s cyanózou, které se však spontánně velmi rychle upravují. Prvním krokem v naší diferenciální diagnostice je provedení kardiologického vyšetření k vyloučení srdeční vady nebo cévního prstence. Kardiologické vyšetření je bez patologického nálezu. Dalším krokem je provedení rentgenového snímku plic s nálezem jasných známek aspirační pneumonie, proto nasazujeme empirickou antibiotickou terapii. Dítě je v průběhu hospitalizace bez jakýchkoliv potíží, je-li krmeno sondou.

V tento moment vyslovujeme podezření na patologické propojení průdušnice a jícnu, tedy tracheoezofageální píštěl. Proto provádíme pasáž jícnem, která však patologickou komunikaci jasně neprokazuje. Malé množství kontrastní látky v dolních dýchacích cestách je přisouzeno aspiraci kontrastní látky. Pro přetrvávající potíže pouze při krmení volíme ve spolupráci s ORL lékařem instrumentální vyšetření. Laryngotracheobronchoskopie ihned ozřejmuje vyústění píštěle na zadní stěně průdušnice. Ihned je indikováno chirurgické řešení s torakotomickým přístupem.

V celkové anestezii je nejprve opět provedena bronchoskopie, nalezena píštěl a pod RTG zesilovačem provedena přesná lokalizace píštěle, odpovídající obratlovému tělu

Th2. V poloze na levém boku provádí chirurg laterální torakotomii IV. mezižebřím, retropleurálně proniká k jícnu a bezpečně lokalizuje píštěl. Dále přerušuje píštěl u jícnu, defekt ve sliznici jícnu 3 mm je přešit jednotlivými stehy. Trachea je bez úniku vzduchu a k píštěli retropleurálně vložen drén.

Z operačního sálu se vrací dítě zaintubované, stabilní, bez potřeby tlakově-oběhové podpory.

Třetí den po operaci rušíme hrudní drén a dítě je úspěšně extubováno. V dalším průběhu hospitalizace nasazujeme enterální výživu. Postupně navyšování dávek toleruje dobře. Občas při krmení zakašle, ale plné dávky nakonec zvládá bez předchozích obtíží. Protože začíná přibývat na váze, je po 18 dnech od přijetí propuštěna do domácí péče. Po propuštění je indikována k imunoprofylaxi Synagis (pneumologická indikace), dále sledována na chirurgii, pneumologii, v rizikové poradně.

■ Diskuse

Tracheoezofageální píštěl je vzácná varianta spektra kongenitálních vad jícnu. Klinické projevy typické pro toto onemocnění, tedy tachydyspnoe při krmení, cyanóza, aspirační pneumonie, se u naší pacientky naplno projevily hned po porodu, proto bylo určení diagnózy poměrně snadné a rychlé i přesto, že diagnózu prodloužil ne úplně jasný závěr kontrastního vyšetření jícnu. Nicméně pro své nepatrné a nespecifické klinické projevy, jež jsou často zaměněny za gastroezofageální reflux, bývá diagnostikována až po novorozeneckém období. Tento závěr vyplývá i z největší multicentrické přehledové práce z Kanady a USA, publikované roku 2017. Zde bylo zahrnuto 102 pacientů s izolovanou tracheoezofageální píštělí ze 14 center, z nichž 31 % novorozenců bylo diagnostikováno až po novorozeneckém období. Navíc v anglické literatuře se od prvního popsání této vady objevuje 16 případů diagnostikovaných v dospělém věku.

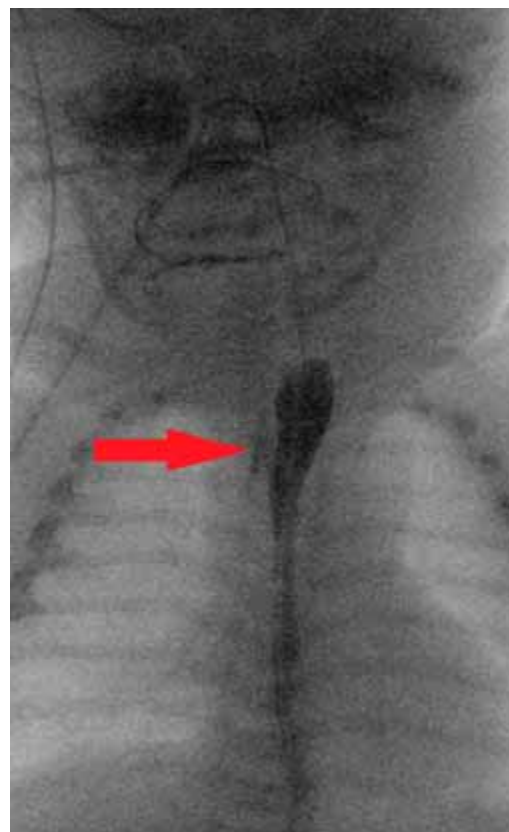


■ Závěr

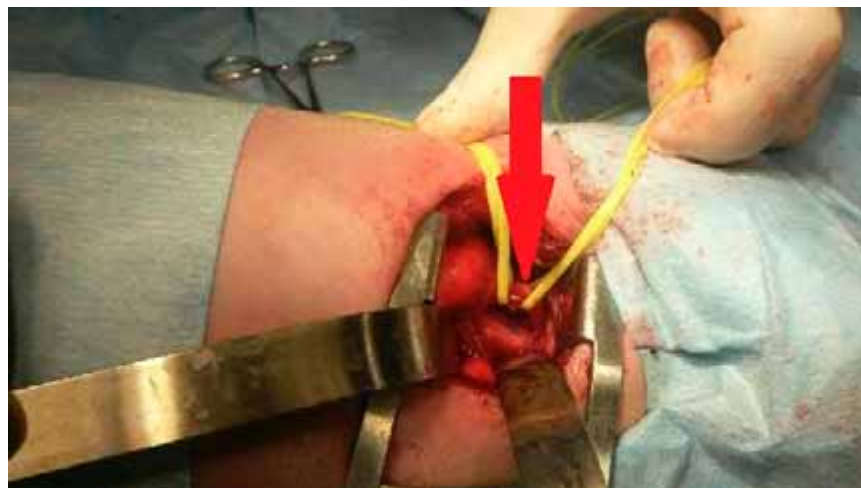
Určení diagnózy v časném novorozeneckém věku, jako bylo v našem případě, nebývá tak časté. Tuto diagnózu, i když velmi vzácnou, by měl brát v úvahu každý praktický lékař vyšetřující dítě s rekurentními pneumoniemi a potíženími při krmení.

Podpořeno MZ ČR – RVO (FNBr, 65269705)

Obr. 1 Snímek z pasáže jícnem, šipka ukazuje přítomnost kontrastní látky v dýchacích cestách



Obr. 2 Peroperační snímek, šipka ukazuje podvázanou tracheoezofageální přístěl



Komunikace v ordinaci PLDD 2019

19. 9.	Praha	Galerie Louvre, Národní 22
24. 9.	Ostrava	Best Western Hotel Vista, Kpt. Vajdy 3046/2
26. 9.	Olomouc	BEA Centrum, tř. Kosmonautů 1288/1
1. 10.	České Budějovice	Clarion Congress Hotel, Pražská tř. 2306/14
3. 10.	Ústí nad Labem	Krajská zdravotní a.s. – Masarykova nemocnice, Sociální péče 3316/12A
8. 10.	Brno	Avanti Hotel, Střední 61
9. 10.	Jihlava	Hotel Tři věžičky, Strážnická 61
15. 10.	Plzeň	Primavera Hotel, Nepomucká 1058/128
17. 10.	Hradec Králové	Nové Adalbertinum, Velké nám. 32
22. 10.	Praha	Galerie Louvre, Národní 22

Program

16 ⁰⁰ – 17 ⁰⁰	Registrace	18 ³⁰ – 19 ⁰⁰	Rhinosinusitidy a indikace k adenotomii a tonsilektomii
17 ⁰⁰ – 17 ⁰⁵	Zahájení	19 ⁰⁰ – 19 ³⁰	OHES – opatření při výskytu spalniček, co dělat s odmítači
17 ⁰⁵ – 17 ³⁰	E-komunikace (EET, E-zpráva)	19 ³⁰ – 20 ⁰⁰	Diskuze
17 ³⁰ – 18 ⁰⁰	Staré infekce se vrací – poznáme je?	20 ⁰⁰	Večeře
18 ⁰⁰ – 18 ³⁰	Přestávka		

Změna v programu vyhrazena.

Registrace spuštěny od 3. 6. 2019, registrovat se je možno průběžně do naplnění kapacity.

Více informací naleznete již brzy na webu www.detskylekar.cz a www.vialain.com.





Léčba astmatu u dětí

MUDr. Zuzana Vančíková, CSc.

KDDL 1. LF UK a VFN Praha

Cílem léčby astmatu je zbavit pacienta obtíží, zabránit komplikacím a současně nevyvolat žádné vedlejší účinky. Léčba se opírá o:

1. stanovení správné diagnózy a závažnosti astmatu
2. režimová opatření, komorbidita
3. farmakoterapii, inhalační techniku
4. zhodnocení rizika exacerbace a opatření proti nim
5. edukaci
6. hodnocení léčby, vedlejších účinků

Nejproblematictější věkovou skupinou v léčbě astmatu jsou děti do pěti let.

Diagnostika astmatu byla předmětem předchozí publikace. Závažnost astmatu hodnotíme podle frekvence a závažnosti příznaků, omezení aktivity, počtu exacerbací a funkce plic.

U dosud neléčených pacientů hodnotíme astma podle závažnosti:

1. Intermitentní astma – pacient má příznaky v denní době méně než 1× týdně, krátké a nezávažné exacerbace, noční příznaky méně než 2× měsíčně a normální funkci plic
2. Mírné perzistující astma – pacient má příznaky ve dne více než 1× týdně, ale méně než 1× denně, exacerbace narušují aktivitu a spánek, noční příznaky častěji než 2× měsíčně, funkci plic hodnotenou podle usilovně vydechnutého objemu vzduchu za jednu vteřinu – FEV_1 nebo vrcholové výdechové rychlosti – PEF v normě, ale větší denní variabilitu PEF – 20–30 %.
3. Středně těžké perzistující astma – pacient má denně příznaky, exacerbace narušují aktivitu a spánek, noční příznaky jsou 1 a vícekrát týdně, ale ne každou noc, pacient používá denně úlevové léky, funkce plic je zhoršená – FEV_1 nebo PEF v rozmezí 60–80 % náležité hodnoty a variabilita PEF je nad 30 %
4. Těžké perzistující astma má celodenní příznaky, časté exacerbace, noční příznaky 2–7× týdně, omezení fyzické aktivity, zhoršenou funkci plic – FEV_1 nebo PEF pod 60 % a variabilitu PEF nad 30 %.

Klasifikaci astmatu podle závažnosti znázorňuje obrázek 1.

Klasifikace astmatu dle kontroly nad příznaky

Pro zhodnocení úrovně kontroly příznaků astmatu jsou sledována podobná kritéria: četnost příznaků během dne, omezení aktivity, četnost nočních příznaků, potřeba úlevových léků, plicní funkce (pokud lze vyšetřit), exacerbace.

1. Jsou-li příznaky astmatu pod kontrolou, má pacient obtíže trvající maximálně několik minut během dne, a to méně než 2× do týdne, a stejně častou i potřebu úlevových léků, ostatní kritéria jsou v normě.
2. Jsou-li příznaky astmatu pouze pod částečnou kontrolou, má pacient obtíže trvající několik minut během dne více než 2× do týdne, stejně tak potřebu úlevových léků, jeho aktivity jsou nemocí omezeny, příznaky budí pacienta ze spánku, je snížena funkce plic.
3. Nejsou-li příznaky astmatu pod kontrolou vůbec, jsou během jednoho týdne zhoršena tři nebo více ze sledovaných

kritérií. Obtíže ve dne trvají minuty až hodiny a mohou se během jednoho dne opakovat, po podání krátkodobě působících beta-2 agonistů s rychlým nástupem účinku – SABA dochází k úplné nebo jen částečné úpravě, aktivity pacienta jsou omezeny, astma ho budí ze spánku, je snížena funkce plic.

V České republice jsou využívána obě hodnocení a také se jimi řídí léčba. Cílem je dosáhnout úplné kontroly příznaků, normální kvality života, ale žádných vedlejších účinků léčby.

Podle reakce na léčbu rozeznáváme:

1. Snadno léčitelné astma – ke kontrole příznaků stačí nízká dávka kontrolující medikace.
2. Obtížně léčitelné astma – ke kontrole příznaků jsou nutné vysoké dávky kontrolující medikace.
3. S častými exacerbacemi – i při dobré kontrole příznaků mají pacienti těžké exacerbace.
4. Astma refrakterní na léčbu – špatná kontrola příznaků i při vysokých dávkách léků.

Obr. 1 Klasifikace astmatu podle závažnosti

		Klasifikace astmatu podle závažnosti			
		intermitentní	perzistentní		
příznak	věk		lehké	středně těžké	těžké
denní					
noční	0–4		až	až	>
	≥ 5		až	>	
exacerbace	0–4		≥	léčené celkově kortikoidy + rizikové faktory pro astma	
	≥ 5		≥	≥	≥
FEV_1		> 80 %	≥ 80 %	60–80 %	< 60 %
léčba-stupeň		1	2	3	3–6



Základní součástí léčby jsou nefarmakologická režimová opatření. V první řadě je to zamezení inhalaci kouře, škodlivin, eventuálně alergenů, na které pacient reaguje. Dále je to prevence infekcí, zdravý životní styl, pestrá strava s dostatkem vitaminů, dostatek pohybu, otužování.

■ Farmakologická léčba

Léčba úlevová a léčba intermitentního astmatu – stupeň 1

Všichni pacienti s příznaky astmatu by měli mít k dispozici úlevovou léčbu, tj. inhalační SABA. Od kojeneckého věku se podává 0,1–0,2 mg salbutamolu nebo jiného SABA, tj. 2 dávky dávkovaného aerosolu v intervalech desítek minut až hodin (V exacerbaci 3× 2–6 vstříků à 20 minut, následně 2 vstříky à 3–4–6 hodin). Použití SABA je však nutné omezit pouze na dobu akutních obtíží a exacerbací, nepatří do léčby dlouhodobé. Pokud je jejich podání nutné dlouhodobě nebo opakovaně, a příznaky tedy nejsou pod dostatečnou kontrolou, musí být léčba přehodnocena a upravena tak, aby se tyto léky opět staly pouze úlevovými. SABA je při akutní exacerbaci možno kombinovat s inhalačními antagonisty metacholinového receptoru (SAMA) – ipratropium bromidem – v dávkování 2 vstříky à 6 hodin bez rozdílu věku [dechovým nástavcem nebo přímo (dle spolupráce) nebo nebulizovaně]. K léčbě intermitentního astmatu, kdy můžeme konstatovat, že příznaky jsou pod kontrolou, postačují samotné SABA.

Léčba protizánětlivá, udržovací, kontrolující, dlouhodobá, preventivní

Od lehkého perzistujícího astmatu – stupeň 2 – a pokud příznaky jsou pouze pod částečnou kontrolou, nasazujeme dlouhodobou protizánětlivou léčbu. Lékem první volby jsou u dětí inhalační kortikosteroidy – IKS v nízké dávce. Alternativou jsou od 6 měsíců antagonisté leukotrienů LTRA. Antileukotrieny jsou vhodné zejména u pacientů, u kterých jsou v popředí pozátěžové obtíže.

U středně těžkého astmatu – stupeň 3 – jsou podávány vyšší dávky IKS (dvojnásobně vyšší než nízké), při nedostatečném účinku mohou být přidány od 6 měsíců antagonisté leukotrienů LTRA.

Pokud ani tak není dosaženo zlepšení, je možno samotný IKS zaměnit za fixní kombinaci IKS (nižší dávka) a LABA (long acting beta two agonist – dlouhodobě působící beta-2 agonista) – od 4 let věku. Alternativou

je vyšší dávka IKS s LTRA, od pěti let kombinace vyšší dávka IKS a teofylinu.

Nejtěžší případy vyžadují léčbu kortikoidy celkově. U dětí nad 6 let je při splnění kritérií možno použít i biologickou léčbu – omalizumab. Tato léčba je podávána ve specializovaných centrech.

Pokud je pacient díky léčbě zbaven veškerých příznaků, lze nejdříve po 3 měsících od nasazení léčbu snižovat a poté pacienta dále kontrolovat, zda nedošlo ke zhoršení. Naopak pokud příznaky při zavedené léčbě neustoupí, musí se léčba upravit co nejdříve.

■ Stupňovaná léčba astmatu dle závažnosti

St. 1. Každý astmatik musí mít úlevové SABA, k tomu někdy v kombinaci ipratropium bromid – SAMA (krátkodobě působící antagonist metacholinu) inhalované přes dechový nástavec.

St. 2. astmatu nebo u předškoláků hvízdání 4× a vícekrát ročně nebo 2× za 6 měsíců závažné – nízká dávka IKS (od roku věku) nebo antileukotrieny (od 6 měsíců) nebo kromony (od 2 let) nebo teofylin od 5 let.

Teofyliny jako preventivní léčba nejsou u dětí do 5 let považovány za vhodné. Jejich účinek je menší než nízkých dávek IKS a je poměrně vysoké riziko nežádoucích účinků. Kromony nejsou u dětí do 2 let účinné.

St. 3. Obtíže závažné, časté – do 4 let přednostně IKS střední dávka nebo od 6 měsíců kombinace nízká dávka IKS a antileukotrieny nebo od 4 let nízká dávka IKS + LABA nebo od 5 let nízká dávka IKS+teofylin.

St. 4. Střední dd IKS + LTRA nebo od 4 let + LABA nebo od 5 let + teofylin.

St. 5. Vysoké dd IKS + LTRA nebo od 4 let + LABA nebo od 5 let + teofylin, od 6 let zvážit omalizumab pro alergiky splňující kritéria léčby.

St. 6. K 5. přidat celkově KS, ev od šesti let omalizumab pro alergiky splňující kritéria léčby.

Při zlepšení trvajícím minimálně 3 měsíce je vhodná deeskalace léčby, při nedostatečné kontrole je léčba zvyšována bez prodlení.

■ Léčba recidivujícího hvízdání v předškolním věku

Doporučení některých odborníků neužívat diagnózu astma do pěti let věku vyvolává rozpaky, jak potom přistupovat k léčbě předškoláků s opakovanými hvízdavými bronchitidami. Léčba je u nich podobná jako u astmatu. V této věkové kategorii je však nutné dlouhodobější léčbu zkoušet v intervalech několika týdnů až měsíců vysazovat, protože je pravděpodobné spontánní odeznění obtíží s věkem pacienta.

Děti do 2 let

U všech dětí podáváme inhalačně beta-2 mimetika při obtížích. Jejich účinnost ve věku pod 2 roky je individuální, proto bychom ji měli u každého zhodnotit a v léčbě ev. nepokračovat při jejich neúčinnosti. Pokud jsou obtíže časté (4× a vícekrát ročně nebo 2× za 6 měsíců) nebo závažné a vyžadují opakovaně podání celkových kortikoidů, jsou lékem volby nejprve nízké dávky IKS na 6–8 týdnů (+ SABA úlevově). Podávání IKS do 1 roku věku však není některými odborníky doporučováno. Alternativou jsou od šesti měsíců LTRA. Pokud příznaky při monoterapii přetrvávají, je vhodná kombinace nízká dávka IKS a LTRA (+ SABA úlevově) nebo dvojnásobná dávka IKS.

Děti 2–5 let

Také u dětí mezi 2.–5. rokem léčíme opakované virové hvízdání – obstrukce obdobně jako astma. Léčbu zahajujeme při zhoršení SABA a lékem první volby při častějších a závažnějších obtížích (kritéria jsou stejná jako u dětí pod 2 roky) jsou opět IKS, alternativou antileukotrieny. Navyšování léčby při jejím neúspěchu je stejné jako u astmatiků. U lehčích epizodických virových obstrukcí je ve věku do pěti let možná i léčba antileukotrieny nebo IKS nasazovanými pouze při obtížích současně se SABA nebo léčba samotnými SABA.

Děti nad 5 let (někdy i spolupracující mladší) s recidivujícími obstrukcemi by již měly mít diagnózu astmatu potvrzenou nebo vyloučenu i vyšetřením funkce plic. Jejich léčba se řídí pravidly léčby astmatu. Zatím nemáme důkazy, že by preventivní dlouhodobá protizánětlivá léčba IKS nasazená v předškolním věku zabránila rozvoji astmatu v budoucnosti. Dokáže však zmírnit aktuální závažnost a četnost epizod hvízdavých bronchitid.



Po nasazení léčby je nutné sledování pacienta a hodnocení účinnosti léčby. Pacienty zveme ke kontrole za 3 měsíce. Pokud obtíže ustoupily a pacient se nenachází ve svém nejrizikovějším období roku (např. pylové sezóně nebo období podzim–zima, kdy je zvýšená nemocnost respiračními infekty), lze dlouhodobou protizánětlivou léčbu snižovat a pacienta dále sledovat. Pokud však obtíže přetrvávají, je nutné přehodnocení, úprava prostředí a odstranění škodlivých vlivů, ověření compliance a techniky podávání léků, a je-li správná, je nutné zvýšení léčby, jak bylo popsáno.

Nedílnou součástí léčby je edukace pacienta a rodičů. U nově diagnostikovaných astmatiků, kde rodina nemá s průběhem nemoci zkušenosti, je zejména nutné upozornění na varovné signály exacerbace.

■ Exacerbace astmatu

Akutní exacerbace astmatu je definována jako závažné akutní nebo subakutní zhoršení příznaků astmatu, které si vyžádá lékařskou pomoc a podání kortikosteroidů *per os* nebo parenterálně. Nejčastější příznaky jsou hvízdavý dech, dušnost, kašel – zejména v noci, snížená tolerance fyzické zátěže, letargie, nedostatečná odpověď na beta-2 mimetika. Rodiče musejí být ubezpečeni, že je lépe podat záchrannou léčbu zbytečně než ji nepodat.

Exacerbace je u dětí nejčastěji vyvolána virovým respiračním onemocněním. Dalším vyvolávajícím faktorem bývá tělesná námaha, inhalace studeného vzduchu, alergenů, tabákového kouře nebo jiných škodlivin, které znečišťují ovzduší.

Rizikové faktory pro exacerbaci astmatu v příštích několika měsících:

- nedostatečná kontrola nad příznaky
- jedna nebo více závažných exacerbací v posledním roce
- období obvyklých sezónních zhoršení astmatu (jde o podzim)
- expozice tabákovému kouři, znečištění prostředí nebo domácím alergenům
- významné negativní psychologické nebo socioekonomické faktory v rodině
- špatná adherence k léčbě, špatná inhalční technika

Závažnost exacerbace lze hodnotit podle nejdůležitějších příznaků uvedených v tabulce 1.

Indikace k okamžitému přijetí do nemocnice jsou uvedeny v tabulce 2.

Léčba akutní exacerbace astmatu musí být započata neodkladně doma. Její zahájení musí být důrazné, při prvních příznacích je nutné v první hodině podat 3× po 20 minutách 2–6 vstříky (0,2–0,6 mg) salbutamolu nebo alternativního SABA. Pokud nedojde ke zlepšení, je nutné podání kortikoidů – nejčastěji prednisonu 1 mg/kg *per os*, které mohou rodiče podat doma, následně je ale již vždy nutná co nejrychlejší kontrola lékařem. Role inhalačně podaného ipratropium bromidu je podle posledních studií při léčbě akutního astmatu u malých dětí pouze doplňková.

Okamžitou lékařskou pomoc vyžadují zejména děti pod 1 rok věku, kterým je nutné během několika hodin podávat opakovaně SABA, děti, u kterých příznaky po podání SABA zcela neustoupí nebo je nutné intervaly mezi jednotlivými dávkami zkracovat, a děti, které jsou v dechové tísní.

Pokud dojde po iniciálním podání SABA ke zlepšení a příznaky nerecidivují po 1–2 hodinách, pokračují rodiče v podávání 2 vdechů SABA v intervalech 3–4 hodin. Pokud se ale příznaky vracejí i po 24 hodinách této léčby, je nutné vyšetření lékařem a ev. hospitalizace.

V nemocnici léčba pokračuje oxygenoterapií obličejovou maskou k udržení saturace nad 94 %. U dětí v hypoxii nelze oxygenoterapii přerušovat, a tak je nutné podávat bronchodilatační léky nebulizovaně maskou – 2,5 mg salbutamolu nebo ekvivalentu do 3 ml sterilního fyziologického roztoku podáváme kontinuálně nebulizací přes kyslík obličejovou maskou. Jinak je u kojenců a batolat, pokud nejsou hypoxická, většinou účinnější podání SABA dávkovaným aerosolem přes nástavec s maskou než podání nebulizovaně maskou. Dalším krokem je podání ipratropium bromidu v nebulizaci 250 µg/dávka nebo 2 vstříky à 20 µg 3× v první hodině.

V některých studiích se ukázalo účinné i podání inhalace 2,5 ml isotonického magnesiumu sulfátu (3% MgSO₄) v první hodině léčby. Jednoznačné potvrzení o jeho účinnosti však dosud chybí.

U všech dětí se středně těžkým a těžkým průběhem exacerbace, které nedostatečně reagují na iniciální léčbu SABA a ipratropiem, je nutné neprodleně podat kortikosteroidy celkově, pokud nebyly podány během předchozí léčby. Přednost má podání *per os*, jehož účinnost je stejná jako u parenterálního podání. Dávkování se pohybuje od 1–4 mg/kg/den prednisonu, prednisolonu nebo methylprednisolonu rozdělené v intervalech po 6–12 hodinách první den, dále Prednison 1 mg/kg/den nejlépe v jedné ranní dávce. Lze podávat 4–7 dní bez rizika utlumení osy hypothalamus-hypofýza, lze

Tab. 1 Hodnocení závažnosti akutní exacerbace astmatu u dětí

Příznaky	středně závažná	závažná
oxymetrie při prvním vyšetření	nad 94 %	pod 90 %
hovoří ve větách/jednotlivých slovech	věty	slova
pulsová frekvence	pod 100/min	nad 200/min u dětí do 3 let nad 180/min u dětí 4–5 let
centrální cyanóza	ne	ano
intenzita hvízdání	různá, variabilní	„tichý hrudník“

Tab. 2 Indikátory okamžitého přijetí k hospitalizaci

Indikátory okamžitého přijetí k hospitalizaci, splnění kteréhokoliv z nich indikuje přijetí
žádná odezva do 2 hodin po podání 3 sérií SABA
tachypnoe i po podání 3 sérií SABA (<60/d/min u dětí do 2 měs., <50 do 12 měs. a <40 do 5 let
znesnadněné mluvení nebo pití
cyanóza
zatahování mezižebří
saturace krve kyslíkem pod 92 % při dýchání vzduchu
non-compliance rodiny

**Léčba exacerbace astmatu**

oxygenoterapie k udržení saturace periferní krve O_2 nad 94 %
SABA (salbutamol 100 µg/vstřík), 2–4 vstříky à 20 min – 3× v první hodině, dále 2 vstříky à 1–4 h, nebo kontinuální nebulizace 1–2 mg/h
ev. přidat SAMA – short acting metacholin antagonists (ipratropium bromid) 20 µg 3× 2 vstříky v první hodině a potom 4× 2 vstříky denně, nebo nebulizací 0,25 mg 3×–4× denně (250 µg/ml)
kortikosteroidy – KS celkově (prednison, solumedrol) – 1–4 mg/kg/1. den, dále 1 mg/kg/den až 7 dní
aminofyliny parenterálně 6 mg/kg a následně udržovací dávka 1 mg/kg/h
terbutalin (500 µg/1 ml) i.v. 2–10 µg/kg, dále 0,1–0,4 µg/kg/min
nebulizovaně 2,5 ml 3% $MgSO_4$ v první hodině, ev. i.v. $MgSO_4$ 40 mg/kg, max 2 g v infuzi na 20 min.
umělá plicní ventilace (UPV)
+
inhibitor protonové pumpy 1–2 mg/kg/den, substituce kalia
(při neklidu lze podat chloralhydrát 30–80 mg/kg/dávka, max 3× denně, netlumí dechové centrum)

Tab. 3

tedy náhle vysadit, bez postupného snižování.

Při neúspěchu dosud popsané léčby je již nutná hospitalizace na monitorovaném lůžku nebo na jednotce intenzivní péče – JIP. Tam lze podávat intravenózně aminofylin v iniciální dávce 6 mg/kg a následně udržovací dávce 1 mg/kg/hod za kontrol plazmatické koncentrace. V dalším kroku je možné přidat také intravenózní beta-2 mimetika, například terbutalin (500 µg/1 ml) i.v. 2–10 µg/kg, dále 0,1–0,4 µg/kg/min nebo salbutamol 15 µg/kg jako bolus, následovaný kontinuálním podáváním 1–5 µg/kg/min. Lze zkusit i intravenózní podání $MgSO_4$, 40 mg/kg, max. 2 g v infuzi na 20 minut. Součástí léčby je prevence komplikací – stresového vředu a hypokalcémie vyvolané podáváním kortikoidů a beta-2 mimetik. Podáváme blokátory protonové pumpy a substituujeme kalium.

Tlumení pacienta sedativy je možné pouze za monitorace na JIP, jinak je kontraindikováno. Při dostatečné monitoraci je při výrazné excitaci na standardním oddělení přípustné pouze podání chloralhydrátu, který netlumí dechové centrum, v dávce 30–80 mg/kg. Nadměrná excitace vede u dítěte často k vyčerpání a zhoršení dušnosti a umírněné zklidnění je žádoucí.

Souhrn léčby exacerbace astmatu podává tabulka 3.

Mají-li pacienti již nějakou dlouhodobou udržovací antiastmatickou léčbu (IKS, anti-leukotrieny), pokračují v jejím podávání i během exacerbace.

Po zvládnutí akutní exacerbace musejí být rodiče a pacienti důkladně poučeni o příznacích a vhodné domácí léčbě a musí být zkontrolována také správnost techniky podání léků. Všichni pacienti by po exacerbaci měli být léčeni IKS v dvoj- až trojnásobně vyšší dávce než minimální, eventuálně dalšími léky dle jejich předchozí léčby. Kontrola lékařem po propuštění je vhodná do cca 7 dní a dále potom za 1–2 měsíce.

Nežádoucí účinky léčby astmatu

S rostoucí dobou používání nabýváme rovněž větších znalostí o možných nežádoucích účincích, zejména dlouhodobějších. Ve studiích jsou sledovány pouze po omezenou dobu – maximálně několika let. Hranice bezpečnosti podáváných inhalačních steroidů se tak postupně snižovala až na současně uváděné hodnoty. Také inhalační betamimetika mohou mít negativní účinky, zejména při vysokém dávkování v akutním stavu. Část populace má také genetickou variantu

beta-2 receptoru, při které jsou tyto léky neúčinné.

Nežádoucí účinky vyšších dávek inhalačních beta2 mimetik mohou být:

- tachykardie
- neklid – zvýšení nároků na kyslík
- hyper- či hypotenze, arytmie
- zvýšení kolapsibility dýchacích cest – zhoršení obstrukce
- ventilačně-perfuzní nepoměr – vede k hypoxii
- hyperglykémie, hyperlaktacidémie, hypokalcémie

Je nutno o nich vědět, při neznalosti jsou přičítány k tíži základnímu onemocnění a dávky jsou místo snížení zvyšovány.

Nežádoucí účinky inhalačních kortikoidů se mohou objevit při vyšším než nejnižším dávkování a při kumulaci dávek při podávání ještě jinou cestou než inhalačně (na kůži, do nosu, celkově...).

Přehled nízkých, středních a vysokých dávek inhalačních kortikosteroidů uvádějí tab. 4 a tab. 5.

Nežádoucí účinky IKS

Lokální:

- soor
- myopatie svalů hlasivek vedoucí k chrapotu

Celkové:

- útlum osy hypothalamus-hypofýza
- hyperglykémie
- hypertenze, hypercholesterolémie
- porucha růstu
- osteoporóza
- Cushingův syndrom

Riziko nežádoucích účinků roste s výškou dávky, proto je nutná pravidelná monitorace.

U pacientů užívajících nízké nebo střední dávky IKS monitorujeme TK, růst, nástup puberty, hmotnost, zajišťujeme dostatečný příjem Ca a vitamínu D.

U vysokých dávek IKS kromě výše uvedeného každoročně oční kontrola – glaukom, katarakta, kostní denzitometrie, při stresu musíme počítat s možnou adrenální krizí.

U velmi vysokých dávek a celkového podávání KS kromě předchozích provádíme každoročně denzitometrii, endokrinologické sledování, při stresu musíme počítat s možnou adrenální krizí.



Lék	Nízká denní dávka (µg) (nejnižší věk, pro který je dostatek údajů)
beclomethason dipropionát aerosol (HFA)	100 (≥ 5 let)
budesonid aerosol + spacer	200 (≥ 1 rok)
budesonid nebulizovaný	500 (≥ 4 roky)
flutikason propionát aerosol (HFA)	100 (≥ 4 roky)

Tab. 4 Nízké denní dávky inhalačních kortikosteroidů, u kterých nebyly prokázány vedlejší účinky, děti < 5 let (GINA 2018)

Komorbidity astmatu

Alergická rýma, polinóza, potravinová alergie, ekzém jsou častými komorbiditami astmatu. Léčba alergické rýmy pomáhá usnadnit i léčbu astmatu. Potravinová alergie a astma zvyšují riziko anafylaxe. Anafylaxe má těžší průběh u astmatiků. Léčba astmatu a doprovázejících alergií musí být komplexní, tak je neefektivnější. Při podávání lokálních kortikoidů nazálně, inhalačně, na kůži je nutno zvažovat kumulaci dávek a hlídat možné vedlejší účinky. Gastroezofageální reflux může být příčinou obtížné kontroly astmatu. I když studie hodnotící efekt nasazení inhibitorů protonové pumpy u astmatiků s příznaky pod nedostatečnou kontrolou neprokázala zlepšení, jiné studie ukázaly, že 43 % dětí s perzistujícím astmatem má současně GER. Zlatým standardem diagnostiky GER je 24hodinová pH-metrie s impedancí. Vyšetření je indikováno zejména u pacientů, kteří mají zhoršení astmatu v noci, vleže a po jídle. Při průkazu patologického GER doporučujeme omezit dráždivé potraviny a nápoje, jíst nejpozději 2 hodiny před ulehnutím, zvýšenou polohu hlavy a trupu při spaní, podáváme inhibitory protonové pumpy na 8–12 týdnů, eventuálně prokinetika.

Prognóza astmatu

Prognóza astmatu a opakovaných stavů průduškové obstrukce u dětí je dobrá. Přechodné, časně se objevivší a nezávažné virové obstrukce většinou vymizí s věkem. Pokud se prokáže, že se jedná o astma, je pravděpodobné pokračování nemoci i v dospělosti. Při správné léčbě však může většina astmatiků vést zcela normální plnohodnotný život bez omezení aktivit i včetně

Dospělí a děti > 12 let	Nízká, střední a vysoká denní dávka IKS (µg)		
Lék	nízká	střední	vysoká
beclomethason dipropionát aerosol (CFC)	200–500	500–1000	> 1 000
beclomethason dipropionát aerosol (HFA)	100–200	200–400	> 400
budesonid práškový inhalátor	200–400	400–800	> 800
ciclesonid aerosol (HFA)	80–160	160–320	> 320
flutikason furoát práškový inhalátor	100	-	200
flutikason propionát práškový inhalátor nebo aerosol (HFA)	100–250	250–500	> 500
momethason furoát	110–220	220–440	> 440
triamcinolon acetonid	400–1000	100–2 000	> 2 000
Děti 6–11 let			
beclomethason dipropionát aerosol (CFC)	100–200	200–400	> 400
beclomethason dipropionát aerosol (HFA)	50–100	100–200	> 200
budesonid práškový inhalátor	100–200	200–400	> 400
budesonid nebulizací	250–500	500–100	1 000
ciclesonid aerosol (HFA)	80	80–160	> 160
flutikason furoát práškový inhalátor	-	-	-
flutikason propionát práškový inhalátor	100–200	200–400	> 400
flutikason propionát aerosol (HFA)	100–200	200–500	> 500
momethason furoát	110	220–440	≥ 440
triamcinolon acetonid	400–800	800–1 200	> 1 200

Tab. 5 Nízká, střední a vysoká denní dávka inhalačních kortikosteroidů u dětí nad 5 let (GINA 2018)

vrcholového sportu. Olympionici astmatici získali ve srovnání s neastmatiky na olympiádě v Londýně 2× více medailí na hlavu.

Prevence astmatu

Prevenčí astmatu je zdravý aktivní životní styl, vyhýbání se znečištění ovzduší, hlavně tabákovému kouři, zdravá pestrá strava, nepřesolování, kojení déle než 4 měsíce, omezení podávání antibiotik a paracetamolu v kojeneckém věku na nutné a indikované případy. Ani včasná protizánětlivá preventivní léčba inhalačními steroidy nezabrání

u středně těžkých a těžkých astmatiků pokračování astmatu v mladém dospělém věku, nepomůže z astmatu „vyrůst“. Dokáže kontrolovat příznaky a exacerbace a umožní běžné aktivity včetně sportu, u většiny dětí bez omezení.



Aktuality...

■ **Lékový záznam? Poslanci se bojí zneužití hackery i firmami**

Sdílený lékový záznam, který bude součástí novely zákona o léčivech, má podle ministerstva zdravotnictví výrazně zvýšit bezpečnost pacientů. Díky tomu, že jednotliví lékaři budou sdílet informace o léčích, které pacient bere, významně ubude interakcí, které mohou být v některých případech až život ohrožující.

Někteří politici, ale i odborníci na kyberbezpečnost však upozorňují na to, že existuje riziko, že do sdíleného lékového záznamu se budou moci dostat i nepovolané osoby, které za některých okolností mohou zjistit, jaké pacient bere léky.

Podle některých poslanců zákon, který je v tuto chvíli v připomínkovém řízení, neobsahuje výslovné záruky, že citlivá data pacientů budou dostatečně chráněna, a prosazují, aby vstup do systému byl ze strany pacienta dobrovolný.

„Tyto pochybnosti sdílím a zatím je nikdo z ministerstva nevyvrátil. Stále například neznáme odpověď na otázku, kdo bude ta data vůbec do systému zadávat a jaká je garance, že nebudou zneužita,“ řekl Právu například poslanec a člen zdravotního výboru za STAN Petr Pávek.

Poslanec za KDU-ČSL a lékař Vít Kaňkovský Právu řekl, že se obává, že by data pacientů mohly dostat do rukou farmaceutické společnosti. „Ochrana pacienta je v zákoně poměrně dobře pokryta, ale bude potřeba důkladně sledovat, zda nedojde ke zneužití ze strany farmaceutických firem. Zde je ostražitost namístě,“ uvedl Kaňkovský.

„Na jednání zdravotního výboru jsme zjistili, že největší obavy z toho mají sami lékaři. Přístup k informacím považují za velice citlivé téma,“ řekla Právu poslankyně KSČM Hana Aulická-Jírovcová.

Riziko existuje vždy

Expert na ochranu osobních údajů Karel Neuwirt Právu řekl, že riziko zneužitelnosti dat, která budou zachována v elektronickém centrálním úložišti, existuje vždy. „Je to komplexní záznam o medikaci. Zákon by měl obsahovat silné záruky, že nebude zneužit, že se do něj dostanou jen kompetentní osoby,“ řekl Neuwirt.

Obavy vyjádřil i odborník na kyberbezpečnost Petr Samek. „Zdravotnická data bych měl mít možnost sdílet jen s tím, koho já sám uznám za vhodné. A jestliže říkám sdílet, měl bych mít možnost je vlastnit, a ne že jsou někde na centrálním úložišti, absolutně mimo mou kontrolu. Když už, tak je chci mít u sebe,“ řekl už před časem v rozhovoru pro Právo.

Podle návrhu zákona by sice lékový záznam platil pro všechny pacienty, ale ti, kteří by nesouhlasili, by měli možnost z něj dobrovolně vystoupit. Skupina poslanců Pirátů a ODS připravila pozměňovací návrh, podle něhož by se měl naopak pacient rozhodnout, jestli se jej vůbec zúčastní.

„Pacient by měl vědomě říct, ano, chci do tohoto systému vstoupit, a ne že to stát předepíše, a kdo nechce, bude moci vystoupit,“ řekl Právu jeden z předkladatelů Marek Benda (ODS). „Ministr Vojtěch je přesvědčen, stejně jako všichni socialističtí ministři, že to bude bezvadné lidem přikázat. Myslíme si, že je správnější o tom lidi přesvědčit,“ dodal Benda.

Stejně mluví i pirátský poslanec Petr Třešňák. „Každý by měl mít možnost rozhodnout, jestli do systému vůbec vstoupit. Vládní návrh počítá s tím, že pacient může projevit svůj nesouhlas,“ uvedl pro Právo Třešňák, podle nějž sdílený lékový záznam systém zdravotnictví zefektivní.

Dohlížet bude NÚKIB

Podle mluvčí ministerstva zdravotnictví Gabriely Štěpanyové jsou obavy poslanců liché, protože v lékovém záznamu nebude víc informací, než jakými už dnes disponují například zdravotní pojišťovny. „Nebude tam více dat, než jaká již dnes obsahuje Centrální úložiště elektronických receptů provozované Státním ústavem pro kontrolu léčiv. Nevytváříme nová data. Nebudeme sbírat nic navíc než to, co již dnes někde v datových centrech leží,“ řekla Právu Štěpanyová. Hackeři by se podle ní k citlivým datům dostat neměli.

„Centrální úložiště elektronických receptů, jehož nadstavbovou službou je právě lékový záznam pacienta, je jako kritický systém infrastruktury státu pod stálým dohledem Národního úřadu pro kybernetickou a informační bezpečnost a průběžně prochází jeho testy,“ řekla.

„Nahlízet do lékového záznamu bude dovoleno pouze lékařům, u něhož je možné prokázat, že existuje vztah mezi ním a pacientem, tedy že mu poskytuje zdravotní služby,“ dodala mluvčí.

V případech, že lékař vidí daného pacienta poprvé, bude od něj potřebovat dostat výslovný souhlas, aby se mohl do lékového záznamu podívat. „Lékař po zadání jména, příjmení, data narození a čísla občanského průkazu získá (po ověření správnosti těchto údajů v registru obyvatel) přístup do lékového záznamu,“ doplnila Štěpanyová. Se zákonem nemá problém ani Úřad pro ochranu osobních údajů. „S návrhem zákona, tak jak jej vláda předložila do Sněmovny, se Úřad ztotožňuje. Domníváme se, že garance ochrany osobních údajů pacientů, které tato podoba zákona obsahuje, jsou dostatečné,“ napsal Právu mluvčí úřadu Vojtěch Marcin.

Zdroj: J. Martínek, Právo, novinky.cz, 1. 5. 2019

■ **Pojišťovny budou od ledna hradit činnost urgentních příjmů**

Pojišťovny budou od ledna hradit zvlášť činnost urgentních příjmů v nemocnicích. Zatím jich je 15, v budoucnu by měly zajišťovat pohotovost v každém okrese. V současné době se v některých regionech nedaří dostat praktické lékaře na lékařskou pohotovostní službu. Na setkání s patientskými organizacemi to v přednášce na téma reformy primární péče řekl náměstek ministra zdravotnictví Roman Prymula.

„Legislativa je bezzubá. Není dáno, kde mají službu poskytovat, tak někteří nechtějí sloužit mimo své ordinace. Povinnost sloužit je daná, ale nejsou tam žádné sankce,“ uvedl náměstek.

Podle něj budou praktičtí lékaři do budoucna sloužit lékařskou pohotovostní službu na těchto urgentních příjmech. Budou mít za úkol pacienty roztrždit, jestli potřebují hospitalizaci, nebo jim stačí napsat léky a odeslat je domů.

Česko se chce inspirovat na Slovensku, kde podobný systém už funguje. „Lékaři se tam zapisují dobrovolně. Pokud tak učiní, dostanou na hodinu například 500 korun, pokud budou vyzváni z moci úřední,



tak 400 korun. „Nestává se, že by se na Slovensku někdo dobrovolně nezapsal,“ dodal Prymula.

Nemocnice do budování urgentních příjmů postupně investují. Ioni ho otevřela například pražská Nemocnice Na Bulovce. Budování chce ministerstvo také podpořit z evropských fondů.

Změna na lékařských pohotovostech je součástí reformy primární péče. Praktický lékař by ideálně měl vyřešit 80 % zdravotních problémů, se kterými za ním pacienti přijdou, za 15 % nákladů zdravotního systému. Ostatní by odeslal ke specialistovi nebo do nemocnice.

Posílit pozici praktických lékařů v systému českého zdravotnictví má například posílení jejich kompetencí, rozšíření počtu jimi předepisovaných léků nebo převzetí péče o některé chronické pacienty od specialistů.

Změnit by se mohlo i financování péče. Základní bude platba za registrovaného pacienta, takzvaná kapitační, kterou lékař každý měsíc dostává. Lékaři budou moci udělat pacientům nová vyšetření, která dosud patřila jen specialistům, nebo výkony, které vedou k odhalení nemocí, takzvané screeningy, například cukrovky vyšetřením hladiny cukru v krvi každých několik let, ale například i demence, duševních nemocí nebo chronické plicní obstrukční nemoci.

Odborníci chtějí také odbourat zbytečné návštěvy u lékaře, jejichž náklady odhadují na desítky miliard korun ročně. Průměrně v ČR navštíví pacient lékaře 12× za rok, v Rakousku sedmkrát a ve Švédsku třikrát. Cesta vede podle nich přes vzdělávání pacientů. Řeší se také zbytečné výjezdy sanitek, zvažovaly se i pokuty.

Zdroj: ČTK, 23. 5. 2019

Spalničkami od počátku roku onemocnělo již 479 lidí, počty nových případů začaly klesat

Počty nových případů onemocnění spalničkami začaly v posledních týdnech klesat. Hygienici prozatím evidují 479 případů, přičemž v minulém týdnu jich přibýlo 13. Plyne to z informací ministerstva zdravotnictví.

V minulém týdnu přibýlo nejvíce nemocných v Jihočeském kraji (4), v Praze (3) a Středočeském a Moravskoslezském kraji (2). Ještě v březnu přitom lékaři zaznamenali během jediného týdne i více než pět desítek nových případů. Ministr zdravotnictví Adam Vojtěch (za ANO) již dříve avizoval, že v letošním roce by se počty nakažených mohly vyšplhat až na 1 000. Spalničky jsou šestkrát nakažlivější než chřipka. K přenosu dochází kapénkami od nemocných osob, vzácně i vzduchem nebo bezprostředně kontaminovanými předměty. Nemoc se projevuje vyrážkou, horečkami, zánětem spojivek, rýmou a kašlem. Vyrážka se nejprve objeví v záhlaví a za ušima a následně přechází na obličej, krk, břicho a končetiny.

Komplikace se objevují u jednoho z pěti případů a patří mezi ně zápal plic, zánět středního ucha nebo encefalitida vedoucí k postižení centrálního nervového systému.

Očkování spolehlivě funguje v případě aplikace dvou dávek vakcíny. Pokud je proočkovanost populace alespoň 95 %, funguje podle lékařů tzv. kolektivní imunita. Tu zejména v posledních letech narušují rodiče, kteří nenechávají své potomky očkovat, případně očkování odsouvají. Pokud nefunguje kolektivní imunita, může se nemoc velmi rychle šířit.

Zdroj: novinky.cz, 29. 4. 2019

INZERCE

564 3-19

Hledám nástupce do prosperující ordinace na **Praze 1-Malá Strana**. Zpočátku zástup cca 2 dny v týdnu, později odkoupení praxe. Příjemné prostředí i klientela. Tel. 728 128 910.

567 3-19

Předám dobře zavedenou **praxi PLDD v Brně**.

Kontakt tel: 739 570 704.

568 4-19

Přenechám velmi dobře zavedenou **ordinaci PLDD (s.r.o.) v Letohradě, okr. Ústí n. Orlicí**. Pozn: velmi výhodně, termín dohodou. Tel.: 602 115 928.

569 5-19

Hledám pediatra pro převzetí dobře zavedené soukromé praxe PLDD s.r.o. na **Znojemsku**. Možnost nástupu od 1. 1. 2020.

Tel.: 739 087 897.

570 5-19

Hledám nástupce k převzetí zavedené ordinace PLDD **ve Velké Bíteši** (okr. Žďár nad Sázavou). Tel. 724 219 565.

571 5-19

Hledám nástupce do pediatrické ordinace s.r.o. v **Horní Bříze**, okres Plzeň-sever, telefon: 725 171 759.

572 5-19

Přenechám dobře zavedenou **praxi PLDD v Brně** nebo zaměstnám lékaře, telefon: 739 570 704.

573 6-19

Hledám nástupce do praxe PLDD v **Uničově**.

Kontakt 602 427 011.

V této rubrice je možné otisknout požadavky na zástupy, možnost zaměstnání asistenta, lektory, pronájem místností apod.

Pro členy SPLDD a OSPDL zdarma.

Prevenar 13

Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13valentní, adsorbovaná)

Účinnost potvrzená v reálné praxi¹



Prevenar 13

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

Prevenar 13

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

Zkrácená informace o přípravku • **Prevenar 13** injekční suspenze, **Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13-valentní, adsorbovaná)**. **Složení:** Jedna dávka (0,5 ml) obsahuje: Pneumokokové polysacharidum sérotypů 1* (2,2 µg), 3* (2,2 µg), 4* (2,2 µg), 5* (2,2 µg), 6A* (2,2 µg), 6B* (4,4 µg), 7F* (2,2 µg), 9V* (2,2 µg), 14* (2,2 µg), 18B* (2,2 µg), 19A* (2,2 µg), 19F* (2,2 µg), 23F* (2,2 µg). *Konjugováno s nosným proteinem CRM197 (32 µg) a adsorbováno na hydrogenní hliník (0,125 mg hliníku); a další pomocné látky. **Indikace:** Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění, pneumonie a akutní otitis media, vyvolaných *Streptococcus pneumoniae* u kojenců, dětí a dospívajících ve věku od 6 týdnů do 17 let. Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění a pneumonie způsobených *Streptococcus pneumoniae* u dospělých > 18 let a starších pacientů. **Dávkování a způsob podání:** Kojenci a děti ve věku 6 týdnů - 5 let. Doporučuje se, aby kojenci, kteří dostali první dávku přípravku Prevenar 13, dokončili očkování přípravkem Prevenar 13. Kojenci ve věku 6 týdnů - 6 měsíců a předčasně narození děti: 7ti dávků po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc mezi dávkami. První dávka se podává ve věku 2 měsíců, nejpozději může být podána ve věku 6 týdnů. Čtvrtou dávku se doporučuje podat ve věku 11 až 15 měsíců. U kojenců ve věku 6 týdnů - 6 měsíců může být alternativně podána série tvořená 3 dávkami po 0,5 ml. První dávka může být podána od věku 2 měsíců, druhá dávka o 2 měsíce později. Třetí dávku se doporučuje podat ve věku 11 až 15 měsíců. Dříve než očkování kojenci a děti ve věku > 7 měsíců: Kojenci 7 - 11 měsíců: Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc. Třetí dávka se doporučuje podat ve druhém roce života. Děti ve věku 12-23 měsíců: Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 2 měsíce. Děti a dospívající ve věku 2 - 17 let. Jedna samostatná dávka 0,5 ml. Kojenci a děti dříve očkováni přípravkem Prevenar: Kojenci a děti, u nichž bylo očkování zahájeno přípravkem Prevenar, mohou být převedeni na přípravek Prevenar 13 v kterémkoli stadiu očkování. Malé děti (12-59 měsíců) kompletně imunizované přípravkem Prevenar by měly dostat jednu dávku 0,5 ml přípravku Prevenar 13, nejméně 6 týdnů po poslední dávce přípravku Prevenar. Děti a dospívající ve věku 5-17 let: 1 dávka přípravku Prevenar 13, pokud byly očkovány jednou nebo více dávkami přípravku Prevenar, nejméně 6 týdnů po poslední dávce přípravku Prevenar. Dospělí > 18 let a starší pacienti: Jedna samostatná dávka. Potřeba revakcinace následnou dávkou přípravku Prevenar 13 nebyla stanovena. Bez ohledu na stav předchozí pneumokokové vakcinace, pokud je použito 23valentní pneumokokové polysacharidové vakcíny považováno za vhodné. **Prevenar 13** by měl být podán jako první. **Speciální popuzení:** Jedincům s chorobami predisponujícími k invazivnímu pneumokokovému onemocnění (například se srpkovitou anémií nebo HIV infekcí) včetně jedinců dříve očkovaných jednou nebo více dávkami 23valentní pneumokokové polysacharidové vakcíny může být podána nejméně jedna dávka přípravku Prevenar 13. U jedinců po transplantaci hematopoetických kmenových buněk (HSCT) se doporučené imunizační schéma skládá ze čtyř dávek přípravku Prevenar 13 po 0,5 ml. Vakcína se má podávat formou intramuskulární injekce. Prvním místem podání je anterolaterální část stehna u kojenců nebo deltový sval horní části paže u dospělých. **Kontraindikace:** Precitlivlost na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku nebo na některý z dílčích toxinů. Podobně jako u jiných vakcín i aplikace přípravku Prevenar 13 má být odložena u jedinců s jakýmkoli akutním závažným horečnatým onemocněním. Příznaky mírné infekce jako je nachlazení, by neměla být příčinou oddělení očkování. **Zvláštní upozornění:** Prevenar 13 nesmí být aplikován intravenózně. Jedincům s trombocytopenií nebo s jinými poruchami koagulační, nesmí být podán intramuskulárně, ale může být podán subkutánně v případě, že potenciální přínos převládá nad rizikem podání. Prevenar 13 chrání pouze proti sérotypům *Streptococcus pneumoniae*, které vakcína obsahuje a nechrání proti jiným mikroorganismům, které způsobují invazivní onemocnění, pneumonii nebo zánět středního ucha. Podobně jako jiné vakcíny nemůže ani Prevenar 13 ochránit všechny očkované jedince před pneumokokovým onemocněním. Jedinci se sníženou imunitní odpovědí mohou mít sníženou protidělovou odpověď na aktivní imunizaci. **Interakce:** Kojenci a děti ve věku 6 týdnů až 5 let: Prevenar 13 může být podán současně s některou z následujících vakcín: vakcínou proti difterii, proti tetanu, acelulární nebo celobuněčnou vakcínou proti pertusi, vakcínou proti *Haemophilus influenzae* typu b, inaktivovanou vakcínou proti poliomyelitidě, proti hepatitidě B, proti meningokokům skupiny C, proti spalničkám, příušnicím, záškrtu, proti planým neštovicím a vakcínou proti rotavirov. Mezi 12 - 23 měsíci může být také podán současně s konjugovanou polysacharidovou vakcínou proti meningokokům skupin A, C, W a Y, a to dítětem, které byly adekvátně primárně očkovány přípravkem Prevenar 13. Děti a dospívající ve věku 6-17 let a dospělí ve věku 18-49 let: V současné době nejsou k dispozici žádné údaje týkající se současně podání s jinými vakcínami. Dospělí ve věku 50 let a starší: Přípravek Prevenar 13 může být podán současně se sezónní trivalentní (TV) i se sezónní kvadrivalentní (QV) inaktivovanou chřipkovou vakcínou. Různé injekční vakcíny musí být vždy podány každá do jiného místa. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Neexistují údaje o použití pneumokokové 13valentní konjugované vakcíny u těhotných žen. Přípravek by proto neměl být podáván během těhotenství. Není známo, zda je pneumokoková 13valentní konjugovaná vakcína vylučována do mateřského mléka. **Nežádoucí účinky:** Mezi nejčastěji hlášené nežádoucí účinky u dětí 6 týdnů až 5 let patřily reakce v místě očkování, horečka, podrážděnost, nechutenství, zvýšená spavost a/nebo nespavost, u dětí a dospívajících ve věku 6-17 let nechutenství, podrážděnost, reakce v místě očkování, somnolence, noční spánek. V případě současného podání přípravku Prevenar 13 a přípravku Infanrix hexa byla pozorována zvýšená četnost hlášených křečí (s horečkou nebo bez ní) a hypotenzivno-hyporesponzivních epizod (HHE). U dospělých osob byly velmi často: snížení chuti k jídlu, bolest hlavy, vyrážka, artralgie, myalgie, zimnice, únavu, zarudnutí, reakce v místě očkování, omezená polybičková paže. U osob ve věku 18-49 let nebo s HIV infekcí nebo po HSCT příjem a zvracení, u osob 18-29 let nebo s HIV infekcí nebo po HSCT pyrexie. **Předlévkování:** Předlévkování přípravkem Prevenar 13 není pravidelně prováděno vzhledem ke způsobu balení v předpřipravené injekční stříkačce. **Uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C - 8 °C). Chraňte před mrazem. Přípravek Prevenar 13 je stabilní při teplotách do 25 °C po dobu 4 dnů. Na konci této doby má být přípravek použit nebo zlikvidován. **Balení:** 0,5 ml injekční suspenze v předpřipravené injekční stříkačce s pístovou zátkou a ochranným krytem hrotu, s injekční jehlou nebo bez ní. **Jedno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer Europe MA EEIG, Boulevard de la Plaine 17, 1050 Bruxelles, Belgie. **Registrační číslo:** EU/1/09/590/002 **Datum poslední revize textu:** 14.02.2019 Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek Prevenar 13 je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění pro osoby splňující podmínky daní záknem č. 48/1997 Sb. v aktuálním znění. Před předepsáním se, prosím, seznáme s úplnou informací o přípravku.

Počáteční a pokračovací výživa se strukturami oligosacharidů 2'FL po vzoru mateřského mléka



BEBA COMFORT HM-O – Skok do budoucnosti

¹ Minerální látky železo, zinek a vitamíny A, C, D se podílejí na normálním fungování imunitního systému. ² Kyselina alfa-linolenová přispívá k rozvoji mozku a nervových tkání. ³ Obsah ve shodě s požadavky příslušné legislativy. ⁴ Carver JD: Acta Paediatr Suppl. 430, 83-8, 1999. *Jsou obsaženy pouze v mléku BEBA COMFORT 1 HMO.

Důležité upozornění:

Světová zdravotnická organizace (WHO) doporučuje, aby těhotné ženy a matky byly informovány o výhodách a nadřazenosti kojení – zejména o skutečnosti, že mateřské mléko poskytuje dětem tu nejlepší výživu a ochranu před nemocemi. Matkám by měly být podrobně vysvětleny techniky kojení a způsoby udržení kojení se zvláštním důrazem na význam správně vyvážené stravy, a to jak v průběhu těhotenství, tak po porodu. Mělo by se zabránit zbytečnému zavádění částečného krmení z lahve nebo podávání jiných nápojů a potravin, protože by to mohlo mít negativní vliv na kojení. Matky by měly být upozorněny na obtížnost návratu ke kojení, pokud se rozhodují nekojit. Matkám by také měly být vysvětleny zdravotní, sociální a ekonomické důsledky takového kroku. Matkám by mělo být zdůrazněno, že mateřské mléko je pro dítě tou nejlepší výživou. Pokud se přesto rozhodnou používat kojeneckou výživu, tak je nezbytné matky poučit o správné přípravě a zdůraznit, že použití nepřevařené vody, nemyté lahve nebo nesprávného fedingu může vést k onemocnění dítěte.

⁵ viz Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka přijatý WHA v rezoluci 34.22 v květnu 1981.