

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX

PEDIATRIAE

září 2019

číslo 7 • ročník 19



OSPDL ČLS JEP

téma čísla

Fyzioterapie



- Vliv asymetrického postavení
aker dolních končetin na
plochonoží u kojenců a dětí
předškolního a školního věku
- Intenzivní fyzioterapie
pacientky po míšní lézi
Vojtovou metodikou
2. generace – VM2G
- Henochova-Schönleinova
purpura (IgA vasculitis)
s nefritidou
- Anémie – když příčinou není
sideropenie aneb kdy neléčit
železem



Pracujeme pro zdravější svět™



do more
feel better
live longer



OBJEVTE, ŽE MŮŽETE UDĚLAT VÍC PRO DĚTI S RIZIKEM ROZVOJE ALERGIÍ*



FAKTORY, KTERÉ MOHOU OVLIVNIT ZVÝŠENÍ RIZIKA ROZVOJE ALERGIÍ¹⁻³

GENETICKÉ FAKTORY



Alergie v rodině

EXTERNÍ FAKTORY



Císařský řez



Užívání antibiotik



Znečištění

DYSBIÓZA (NEROVNOVÁHA) STŘEVNÍ MIKROBIOTY^{4,5}

SLOŽENÍ STŘEVNÍ MIKROBIOTY U KOJENCŮ^{2,3,6}

Externí faktory (císařský řez, užívání antibiotik nebo znečištěné životní prostředí) mohou narušit rovnováhu střevní mikrobioty = **dysbióza střevní mikrobioty**.

STŘEVNÍ MIKROBIOTA V ROVNOVÁZE



Zdravé, fyziologicky narozené, kojené dítě

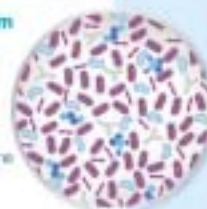
▲ vyšší množství zdraví prospěšných bakterií^{7,8}

70-80 %
imunitních buněk
se nachází
ve střevě*

DYSBIÓZA STŘEVNÍ MIKROBIOTY

Dítě narozené císařským řezem

▲ vyšší množství potenciálně škodlivých druhů bakterií¹⁰
▼ nižší množství zdraví prospěšných druhů bakterií¹⁰



*Někdy narození bývají sterilizováni

REFERENCE: 1. Prescott E., J. Allergy Clin Immunol. 2013; 132(1):25. 2. Kim SJ et al. Allergy Asthma Immunol Res. 2014; 8(2):89-100. 3. Azad MD et al. JACOG. 2016. 4. Hickey J., et al. Int J Environ Res Public Health. 2015; 12(12): p. 7735-56. 5. West CE, et al. J Allergy Clin Immunol. 2016; 138(7): p. 9-15. 6. Azad MD, et al. JACOG. 2016. 7. Hissink, T. 2014. Bacter Microbiota Food Health 11, 99-101. 8. Roger LC et al. Microbiology 2010; 166(7):1329-41. 9. Vighi G et al. Clin Exp Immunol. 2008; 153(Suppl. 1): 3-6. 10. Chao M, et al. JPM. 2010; 65(12):6.

DŮLEŽITÉ UPOZORNĚNÍ: Kojení je nejpřírodnější způsob výživy kojenců. Kojenecká výživa by měla být používána na doporučení lékaře. Způsob použití a další informace na www.nutrilon.cz a na infolinie 800 10 000. Potravinu pro zvláštní výživu - potravinu pro zvláštní lékařské účely. MATERIÁL PRO OBOUBOVOU VĚŘEJNOST. 06/2016. 06/2016.

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Informace SPLDD	
	- Evropsští pediatři k cíli jednohlasně obhajovat zájmy evropských dětí a jejich zdraví - O úhradách pro příští rok se dohodla většina segmentů - Krizový štáb – 9 proti kolapsu zdravotnictví: návrh úhradové vyhlášky je likvidační - Požadavky odborů poškozují české zdravotnictví a jdou proti pacientům - Tisková zpráva Koalice soukromých lékařů (KSL) a Sdružení soukromých gynekologů (SSG ČR) k brífinku zdravotnických odborů - Sněmovna schválila novelu zákona o léčivech. Zelenou dostal sdílený lékový záznam pacienta i úhrada léčebného konopí - Včas zahájená léčba infantilního hemangiomu je úspěšná	6
	Právní rubrika	16
	PhDr. Ingrid Palaščíková Špringrová, Ph.D.	
	Vliv asymetrického postavení aker dolních končetin na plochonoží u kojenců a dětí předškolního a školního věku	18
	Mgr. Václav Krucký	
	Intenzivní fyzioterapie pacientky po míšní lézi Vojtovou metodikou 2. generace – VM2G	23
	MUDr. Alexander Kolský, CSc.	
	Henochova-Schönleinova purpura (IgA vasculitis) s nefritidou	30
	MUDr. Martina Suková	
	Anémie – když příčinou není sideropenie aneb kdy neléčit železem	32
	Aktuality	36
	Řádková inzerce	37
	Autodidaktický test, Kalciofosfátový metabolismus	38
	Komunikační karty pro pacienty cizince a zdravotníky – bulharština	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

BOIRON

GSK

MSD

NUTRICIA

OLIVOVA DĚTSKÁ LÉČEBNA

ORION DIAGNOSTICA

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 2200 výtisků. Povoleno Ministerstvem kultury pod číslem MK ČR E 10971, ISSN 1213-2241. Redakce nezodpovídá za obsah článků. Reprodukce obsahu je povolena pouze s písemným souhlasem redakce. Nevyžádané podklady se nevracejí. Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá za obsah inzercí a vložených tiskovin.



Vážení čtenáři Voxu, milí kolegové a kolegyně,

léto je prakticky za námi. I když někdo ještě plánuje nějakou tu podzimní dovolenou, většina již jen vzpomíná na tu minulou. Doufám, že jste si ji všichni užili dle svých představ a že jste si řádně odpočinuli.

Letošní léto byla u nás nezvykle nízká nemocnost. Sem tam nějaká ta angína, úraz nebo odřenina, ale daleko více štípance a „pupínky“ všeho druhu. Přiznám se, že je opravdu nemám ráda. Těžko se lidem vysvětluje, že ani po třiceti letech praxe podle několika pupínek nepoznám, co je způsobilo. A že nemám zázračnou mast, kterou to jednou namažu a jejich dítě bude mít kůžičku čistou, schopnou dalšího slunění na koupališti. Trochu nám teď komplikuje situaci výskyt nemocí, které jsme už měli za vymizelé, jako jsou třeba spalničky. Na fotografiích je to celkem jasné, ale je to tak i ve skutečnosti? Mé diagnostické rozpaky nerozptýlilo ani infekční oddělení, kde napsali, že vyrážka je morbilliformní až rubeoloformní. Nakonec to rozhodla až sérologie, byla to jen nějaká „pupinkitida“. Na našich seminářích „Komunikace“, které probíhají v září a říjnu v každém kraji, chceme naše znalosti trochu osvěžit. A protože se na nás od ledna řítí povinná e-neschopenka a EET, dozvíte se mimo jiné něco i k této problematice. Srdečně vás na tyto semináře zveme, připravili jsme je pro vás.

Občas trochu marně hledám u našich maminek kousek „zdravého rozumu“. Jako třeba tam, kde u zvracejícího febrilního kojence mi maminka sdělila, že s ním sice byla celý den na koupališti, ale máčela mu nožičky do vody... Zdravý rozum hledám marně i u našich politiků. Měli jsme přes všechna úskalí velmi dobře fungující systém péče o děti, který nám záviděla nejedna vyspělá země, s velmi nízkou porodní úmrtností, s vysokou proočkovaností, s výbornou preventivní i specializovanou péčí. Takový systém vyžaduje mnoho erudovaných lékařů. A co se děje – celý systém vrháme do nejistoty. Všechna naše varování, jednání, petice, vše marné. Mladým lékařům se moc nechce jít do oboru s dosud nevyřešeným vzděláváním a následnou profesní budoucností. A výsledek je ten, že na to doplatí nejenom naše generační výměna, ale i dětská oddělení, kde začínají nedostatek lékařů citelně pociťovat. Nejsou lidi do specializovaných ambulancí, lhůty na vyšetření u specialisty se stále protahují nebo lidé jezdí do vzdálenějších ordinací. Lidé sice tuší, že my za to nemůžeme, přesto si svou zlost na systém obvykle vyventilují u nás. „Ty jsi nás, doktore, poslal na neurologii, ale tam nás objednájí až za čtyři měsíce. Co máme zatím dělat?“ Nevím, zcela upřímně nevím. Nemohu všechno řešit statim. Nemohu já ani sestřička trávit dlouhé minuty na telefonu a shánět volného specialistu. Snažíme se co nejvíce zvyšovat naše znalosti a kompetence na mnoha našich školeních. Bude to stačit? Nebude! Protože nemáme k dispozici vyšetřovací techniku, ale zato máme preskripční omezení. Tolikrát slibované uvolnění některých léků i pro naši odbornost se přes všechno vynaložené úsilí zatím nekoná. A to nemluvíme o lécích, které sice napsat můžeme, ale v lékárně je nemají. Narážím na to denně. Něco se nahradit dá (např. nám jedna nejmenovaná vysoce postavená osoba na výtku, že není Vigantol, sdělila, že je přece dost sluníčka), něco ovšem alternativu nemá. Smát se tomu nedá, zlobit se nemá cenu. Jen kdybychom na ten stres nedopláceli vlastním zdravím.

Nedávno jsem na dovolené navštívila jistou asijskou zemi. Lidé jsou zde milí a usměvaví, zdá se, že pro ně neexistuje spěch a stres. Stačí jim hrst rýže, tričko, žabky a místo na spaní. Denně obětují svým hodným i špatným duchům a tím si zajišťují klid. Necestují do zahraničí, protože na to nemají peníze. Tak snad jen ti, co mají satelitní televizi, trochu vidí, jak to jinde vypadá (ale oni stejně nejraději sledují nějaké přeslazené telenovely). Na nás zahraniční vystresované úspěchance se dívají shovívavě. Člověk se v této zemi celkově zklidní, nasadí stejný úsměv a doufá, že mu aspoň chvíli vydrží i po přiletu domů. Přiznám se, tentokrát nevydržel. Během zpáteční cesty jsem měla v letadle takové zdravotní potíže, že mě z letadla při mezipřistání odvezla záchranka. Tak jsem se nedobrovolně seznámila s tureckým zdravotnictvím. Na letištní poliklinice mě ošetřil 70letý lékař, původní profesí pneumolog (v Turecku také nejsou lékaři do služeb), anglicky uměl stejně mizerně jako já, ale společně jsme stanovili diagnózu a léčbu. Po následné infuzi (aplikovalo mi ji cosi mladého – snad zdravotní bratr nebo medik??) mi sice zůstala modřina, ale ulevilo se mi a mohla jsem odletět domů. Ukázalo se, že se doma česky také dorozumím obtížně, protože jsem si dovolila druhý den jít na ultrazvuk bez telefonického objednání. A to jsem si statim žádanku vypsala! No sestřička mi to dala pěkně sežrat. Příště si dovolím mít problémy až poté, co budu vědět, kdy mají volný termín. Úsměv – no ani náznakem. Přesto jsem nakonec byla šťastná. Ultrazvuk nic vážného neobjevil a tahle sestřička naštěstí nepracuje v mé ordinaci.

Nedávno jsem na dovolené navštívila jistou asijskou zemi. Lidé jsou zde milí a usměvaví, zdá se, že pro ně neexistuje spěch a stres. Stačí jim hrst rýže, tričko, žabky a místo na spaní. Denně obětují svým hodným i špatným duchům a tím si zajišťují klid. Necestují do zahraničí, protože na to nemají peníze. Tak snad jen ti, co mají satelitní televizi, trochu vidí, jak to jinde vypadá (ale oni stejně nejraději sledují nějaké přeslazené telenovely). Na nás zahraniční vystresované úspěchance se dívají shovívavě. Člověk se v této zemi celkově zklidní, nasadí stejný úsměv a doufá, že mu aspoň chvíli vydrží i po přiletu domů. Přiznám se, tentokrát nevydržel. Během zpáteční cesty jsem měla v letadle takové zdravotní potíže, že mě z letadla při mezipřistání odvezla záchranka. Tak jsem se nedobrovolně seznámila s tureckým zdravotnictvím. Na letištní poliklinice mě ošetřil 70letý lékař, původní profesí pneumolog (v Turecku také nejsou lékaři do služeb), anglicky uměl stejně mizerně jako já, ale společně jsme stanovili diagnózu a léčbu. Po následné infuzi (aplikovalo mi ji cosi mladého – snad zdravotní bratr nebo medik??) mi sice zůstala modřina, ale ulevilo se mi a mohla jsem odletět domů. Ukázalo se, že se doma česky také dorozumím obtížně, protože jsem si dovolila druhý den jít na ultrazvuk bez telefonického objednání. A to jsem si statim žádanku vypsala! No sestřička mi to dala pěkně sežrat. Příště si dovolím mít problémy až poté, co budu vědět, kdy mají volný termín. Úsměv – no ani náznakem. Přesto jsem nakonec byla šťastná. Ultrazvuk nic vážného neobjevil a tahle sestřička naštěstí nepracuje v mé ordinaci.

A tak vám přeji jen samé hezké dny. Usmívejme se na sebe, většinou k tomu máme více důvodů než ti lidé tam v daleké zemičce. Máme vše, co potřebujeme, jen si toho nevážíme.

MUDr. Jiřina Dvořáková



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

Léto se nachyluje ke konci, končí prázdniny a s nimi i zástupy v době dovolených. Naše ordinace přejdou do standardního pracovního režimu a návštěvnost opět vzroste. Budeme čelit zvýšené administrativní činnosti na začátku školního roku, kdy přicházejí rodiče pro různá potvrzení. **Dlouhodobě upozorňujeme na vysokou administrativní zátěž**, kterou je PLDD přetíženo. **Společně s MZ pracujeme na možnostech, jak tuto administrativní činnost zjednodušit a snížit.** Jde to velmi pomalu, neboť velká část administrativní práce je legislativně ukotvena v zákonech s prováděcími vyhláškami, a to nejen zákonech týkajících se zdravotnictví. Jen část této agendy je v rukou legislativců MZ, část je v rukou MŠMT a část v rukou MPSV. Jedná se tedy často o meziresortní problematiku, a jak se ukázalo, představitelé ministerstev často netuší, jaké problémy v praxi nastávají a k jakým konfliktům vedou. V některých případech tuší, ale neřeší. Klasickým příkladem jsou omluvenky a problematika záškoláctví. **V červnu jsme jednali na MŠMT** (jednání se účastnil také zástupce MZ) a snažili jsme se řešit několik problémů, které se chronicky vlečou a postihují více či méně všechny ordinace PLDD. Problematika omluvenek

byla na prvním místě. V tomto případě zástupci MŠMT již věděli o problémech s vystavováním omluvenek, nicméně nebyli údajně informováni o posledním stanovisku MZ (bylo opakovaně zveřejněno na našem webu a v časopise VOX). Pro nás je nadále prioritou, aby omluvenky byly vystavovány jen ve výjimečných případech a nebyly požadovány paušálně školami dle jejich individuálních školních řádů. Vystavování omluvenek je nejen časovou a administrativní zátěží pro PLDD, ale v první řadě zvyšuje návštěvnost ordinace často s banálními potížemi s cílem dostat jen omluvenku pro školu. Dalším závažným problémem je i to, že vystavování omluvenek může podporovat tzv. skryté záškoláctví. V návaznosti na toto jednání jsme zaslali na MŠMT připomínky SPLDD ČR k materiálu „**Metodické doporučení Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy k jednotnému postupu při uvolňování a omlouvání žáků z vyučování, prevenci a postihu záškoláctví**“. Jsme přesvědčeni, že omluvenka (tj. doložení důvodů nepřítomnosti žáka ve vyučování) by měla být vystavována rodiči. Součástí výkonu lékaře při nemoci je samozřejmě posudkový závěr, kdy se lékař vyjadřuje k délce pobytu dítěte doma. Tento závěr zaznamenává do

své dokumentace a informuje o něm (ústně) zákonného zástupce dítěte. To ovšem neznamená, že automaticky musí psát do žákovských knížek omluvenku či vystavovat potvrzení o nemoci. Škola by měla v případě podezření na záškoláctví kontaktovat v první řadě zákonného zástupce a případně OSPDL či Policii ČR. Nyní čekáme na další kroky MŠMT. Dále byl na jednání diskutován jednotný formulář pro MŠ, který by nahrazoval individuální potvrzení pro MŠ, evidenční listy a podobné tiskopisy, které naše ordinace potvrzují, často i opakovaně pro jednu a tutéž MŠ.

V měsíci červnu se rozhodl výbor OSPDL opustit společné kancelářské prostory a přestěhovat kancelář OSPDL. Nepovažujeme toto rozhodnutí za šťastné, ale respektujeme je. Nová kancelář bude od 1. 9. v tzv. Lékařském domě. Pro členy SPLDD se nic nemění, sekretariát pracuje ve stejném složení a ve stejných provozních hodinách, kontakty zůstávají stejné. Členové OSPDL se budou muset s případnými dotazy obracet od 1. 9. na novou kancelář OSPDL.

Během června a července proběhla další jednání na MZ, na kterých se mimo jiné jednalo i o navrácení oboru praktické lékařství pro děti a dorost. Přislíbená dlou-



Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

Vás srdečně zve na

XXVIII. celorepublikovou konferenci SPLDD ČR

dne 9. listopadu 2019

v aule Masarykovy univerzity, Vinařská ulice, Brno.



hodobá podpora pana ministra a jeho ná-městků však ztroskotala na politické úrovni. Poslanci klubu ANO návrat oboru nepodpoří. Nadále tak zůstává ohroženo zajištění primární péče v budoucnosti. Poslanecký návrh pana poslance doc. Svobody (ODS) k zařazení nového oboru zajišťujícího lékaře pro dětskou primární péči (s návrhem zkrácené přípravy na 3,5 let) v tuto chvíli padl pod stůl. Proti návratu se vyjádřila opětovně ČLK a ČPS JEP. Obáváme se, že toto rozhodnutí poškodí nejen primární péči, ale také personální zajištění dětských oddělení a odborných dětských ambulancí. Nový obor jedné pediatrie doposud příliš neláká mladé lékaře absolventy, vypsaná a navýšená rezidenční místa nejsou obsazena, potřebné množství nových lékařů není zajištěno. Před klinickými pediatry stojí nelehký úkol vychovat a zajistit nové lékaře pro primární péči, zejména pak do odlehklých oblastí a lokalit. Z našeho pohledu je potřebné umožnit navýšení doby, kdy se budoucí pediatr připravuje na atestaci na akreditovaném pracovišti praktického lékaře pro děti a dorost.

V červnu a červenci jsme intenzivně jednali s VZP nad sítí ordinací PLDD v ČR, snažili jsme se identifikovat ve spolupráci s regionálními a okresními zástupci problematické oblasti v zajištění dostupnosti zdravotních služeb v odbornosti 002. Ne vždy byl pohled náš a VZP stejný. Prostřednictvím regionálních zástupců jsme se snažili identifikovat ty oblasti, kde je opravdu problém zajistit registrujícího PLDD pro děti a dorost. Problematické oblasti by měly být ze strany VZP více podporovány. **V červenci odstartovala VZP svůj bonifikační program VZP PLUS – OBEZITA.** Jedná se o projekt, jehož cílem je podpora organizace a hodnocení kvality péče o dětské pacienty trpící obezitou. Projekt je zcela dobrovolný a snaží se nastavit i kvalitativní prvky sledování práce s obeznými dětmi. Na první pohled velmi složitý pro množství kódů a výpočet konečného ohodnocení práce lékaře. Nicméně po

společném jednání s představiteli VZP jsme se domluvili, že po skončení letošního roku vyhodnotíme jeho průběh a provedeme potřebnou úpravu.

5. 6. 2019 proběhlo na půdě MŠMT již výše zmíněné jednání zástupců PLDD, MZ a MŠMT. Řešeny byly tyto okruhy problémů:

- 1) Omluvenky
- 2) Posudky o zdravotní způsobilosti, potvrzení pro účely přihlášky do MŠ
- 3) Přihlášky ke studiu na střední školy
- 4) Uvádění krevní skupiny v žákovské knížce
- 5) Neočkované děti – školní docházka
- 6) Tělesná výchova ve školách a uvolňování dětí z tohoto předmětu
- 7) Ošetřovatelská péče ve školách
- 8) Indikování zdravotní péče pedagogem

Účastníci jednání se dohodli na pokračování vzájemné spolupráce a následném jednání po začátku nového školního roku. Také ministr zdravotnictví, který problematiku sleduje, byl informován o výstupech jednání.

8. 6. 2019 se sešly na sobotním semináři „Sestra v ordinaci PLDD“ naše zdravotní sestry v Brně. Jednalo se o druhý ročník vzdělávacího programu SPLDD pro sestřičky našich ordinací. Program byl hodnocen velmi kladně a již tvoříme program pro třetí ročník v roce 2020. Vzhledem k našim organizačním a finančním možnostem budou nadále semináře probíhat pouze v Brně a v Praze, kapacita bude navýšena pro velký zájem tak, aby se mohli semináře zúčastnit všichni zájemci. Tímto se omlouvám všem, kteří projevíli zájem o zorganizování seminářů v dalších městech.

15. 6. 2019 proběhl stejný seminář pro naše zdravotní sestry v Praze, kapacita sálu byla zcela vyčerpána. I přes tropické vedro v tomto dni se podařilo udržet pozornost účastníků až do konce programu.

21. 6. 2019 se sešlo na svém plánovaném jednání předsednictvo SPLDD. Výbor OSPDL zastupoval na jednání MUDr. Zíma, který oznámil změnu sídla kanceláře OSPDL. Podrobnější informace o průběhu jednání sdělí regionální zástupci a informace najdete v zápise z jednání.

25. 6. 2019 se uskutečnilo další jednání Rady poskytovatelů. Následně se sešla ve večerních hodinách na krátkém jednání i Koalice soukromých lékařů.

25. 6. 2019 jsme se na pozvání podvýboru pro vzdělávání účastníci jednání v Poslanecké sněmovně o navrácení oboru vychovávacím PLDD přímo do primární péče. Průběh jednání nás jen utvrdil v tom, že se názor „staronových“ poslanců nezměnil a návrh pana poslance doc. Svobody přítomní poslanci nepodpořili.

28.–30. 6. 2019 se sešel výkonný výbor SPLDD na svém víkendovém jednání. Množství úkolů nás zaměstnalo po celé dva dny.

16. 7. 2019 proběhla schůzka s ministrem zdravotnictví, předmětem jednání byla aktuální situace primární péče o děti a dorost a její hrozící rozpad, problematika LPS.

16. 7. 2019 se konalo na půdě MZ za přítomnosti ministra zdravotnictví a ředitelky SÚKL jednání nad možnostmi uvolnění preskripce léků pro praktické lékaře. Jednání se účastnili zástupci všeobecných PL i PLDD.

24. 7. 2019 se uskutečnilo na MZ jednání o náplni vzdělávání pediatriů. Zástupci PLDD představili své požadavky na opatření, která by měla mít v případě dotací na rezidenční místa pozitivní dopad na personální zabezpečení primární péče.



OSPDL ČLS JEP

Změna sídla OSPDL ČLS JEP

Během letošního léta změnila naše odborná společnost – OSPDL ČLS JEP – sídlo své kanceláře, a to do prostor Lékařského domu v Praze. Nové kontaktní údaje OSPDL jsou:

OSPDL ČLS JEP
Sokolská 490/31
120 00 Praha 2

E-mail: info@ospdl.eu
Tel.: +420 734 743 387

Veškerou agendu týkající se OSPDL proto směřujte na novou adresu a nové kontakty.

Sídlo kanceláře SPLDD ČR z.s. se nemění a nemění se ani kontakty, které jsou uvedeny v tiráži VOX PEDIATRIAE. V kanceláři pro SPLDD nadále pracují tajemnice Ing. Veronika Drahovzalová a sekretářka Eva Střechová.



Informace SPLDD

■ Evropští pediatri k cíli jednohlasně obhajovat zájmy evropských dětí a jejich zdraví

Skvělá zpráva pro všechny evropské pediatrické společnosti a asociace.

Začátkem května 2019 bylo dosaženo důležitého cíle, když dvě ze tří největších evropských pediatrických společností, které zastupují více než 200 000 evropských pediatriů aktivních v primární, sekundární a terciární zdravotní péči, Evropská pediatrická asociace, Unie národních evropských pediatrických společností a asociací (EPA/UNEPSA) a Evropská konfederace primárních pediatriů (ECPCP) podepsaly klíčové partnerské memorandum o porozumění, které znamená důležitý krok pro evropské pediatrie směrem k cíli mluvit jednotným hlasem při obhajobě dětí a jejich zdraví.

Dohoda mezi těmito klíčovými pediatrickými organizacemi připraví cestu vedoucí k dosažení sjednocení všech evropských pediatrických sil, které se aktivně podílejí na ochraně zdraví dětí a na podpoře jejich wellbeingu. ECPCP a EPA/UNEPSA se hlásí k zabezpečení zdraví a wellbeingu pro všechny děti, tak jak to je deklarováno v Úmluvě práv dítěte OSN (the UN Convention on the Rights of the Child) a přijato jejich vládami. Jsou přesvědčeny, že pediatrie jsou profesionálové, kteří jsou nejlépe vyškoleni a jsou nejvhodnější pro primární, sekundární a terciární lékařskou péči pro děti a dorost.

ACPCP a EPA/UNEPSA jsou přesvědčeny, že systematická a koordinovaná spolupráce primárních, sekundárních pediatriů a pediatrických specialistů je nezbytná pro zdraví a wellbeing dětí. EPA/UNEPSA a ECPCP obě uznávají důležitost společného navrhování a rozvíjení společné strategie, která umožní evropským pediatriům se více zviditelnit a posílit a mluvit jednotným hlasem při zastupování evropských dětí a dorostu v následujících letech.

EPA/UNEPSA a ECPCP věří, že silný a jednotný hlas je potřebný ke zvýšení povědomí národních a mezinárodních zákonodárců o důležitosti zdraví dětí a dorostu pro budoucnost evropského kontinentu. Pouze společné úsilí reálně zajistí, že budou mít přístup k nejlepší dostupné péči, budou těžit z nejmodernějších vědeckých výzkumů

a objevů a budou chráněny zákony a předpisy odpovídajícími jejich věku.

Tyto dvě hlavní evropské pediatrické organizace jsou si jisté, že dobře interpretují názory členských pediatrických společností a rozhodně požadují, aby evropští pediatrie byli schopni sjednotit své aktivity a vize ve společné úsilí ochraňovat zdraví dětí.

ECPCP i EPA/UNEPSA se dohodly, že budou pracovat v jednotném duchu k rozvíjení společných projektů a aktivit, a tak dosahovat společných budoucích cílů.

Jejich společným úsilím je:

- Šířit informace navzájem do svých sítí
- Oznamovat si navzájem konání pravidelných konferencí a meetingů
- Vytvořit synergie mezi oběma organizacemi tam, kde je to možné
- Zaměřit se na rozvoj pravidelných společných meetingů/kongresů a sdílet jejich vědecký program
- Rozvíjet společné vzdělávací aktivity a projekty
- Rozvíjet společné vydavatelské aktivity a projekty
- Konzultovat a sdílet texty o budoucích doporučeních (guidelines) a prohlášeních týkajících se zdraví dětí a péče před realizací jakéhokoliv dokumentu, který by mohl být v kontrastu se zásadami obou organizací
- Prosazovat společnou strategii vedoucí k rozvoji společné jednotné organizace zahrnující ECPCP, EPA/UNEPSA stejně tak EAP a další hlavní evropské asociace, která by byla schopna efektivně a účinně mluvit jedním hlasem, zastupující evropské děti a adolescenty při vzájemném respektu v oblasti zájmů, posílání a odborných znalostí participujících organizací.

Dr. Gottfried Huss

Generální Sekretář ECPCP

17. 5. 2019

■ O úhradách pro příští rok se dohodla většina segmentů

Dnešním dnem skončilo dohodovací řízení o úhradách pro rok 2020. Zástupci poskytovatelů a zdravotních pojišťoven navázali na loňský přelomový úspěch a uzavřeli jedenáct ze čtrnácti dohod, což je druhý nejúspěš-

nější výsledek jednání o úhradách v historii. Dohody nebylo dosaženo pouze v segmentu domácí zdravotní péče a následné a akutní lůžkové péče, přičemž v tomto segmentu jde spíše o nedohodu formální, neboť drtivá většina zástupců nemocnic hlasovala pro uzavření dohody. „Strategie vyjednávání byla stejně jako minulý rok postavena na rovném přístupu ke všem segmentům zdravotní péče a spravedlivém navýšení úhrad. Apeloval jsem na účastníky řízení, aby podpořili platbu za kvalitativní kritéria a udržitelný růst úhrad jednotlivým skupinám poskytovatelů,“ uvedl ministr zdravotnictví Adam Vojtěch.

Základním předpokladem pro dohodovací řízení 2020 byl odhadovaný růst příjmů celého systému veřejného zdravotního pojištění, který vycházel z predikce růstu mezd Ministerstva financí a růstu platby za státní pojištění. Očekávané příjmy systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2020 činí částku 346 mld. Kč. Na zdravotní péči vynaloží zdravotní pojišťovny v příštím roce o 22 mld. Kč navíc. U mandatorních výdajů se jedná o 7,8 mld. Kč, mezi které patří například centrová péče, urgentní příjmy nebo reforma primární péče. Zbýlých 14,2 mld. Kč disponibilních prostředků bude rozloženo do růstu jednotlivých segmentů s průměrným meziročním tempem růstu 4,5 %.

„Zákon říká, že úhrady se stanovují dohodou mezi poskytovateli a pojišťovnami bez zásahu politické vůle. Tak tomu bohužel v minulosti nebylo. Poté, co jsem nastoupil do funkce, jsem tento přístup razantně odmítl. Po zkušenosti v minulém roce, který byl v tomto směru skutečně průlomový, protože se všech čtrnáct segmentů dohodlo bez zásahu ministerstva, již letos všichni účastníci dohodovacího řízení věděli, že ministerstvo ani tentokrát nebude do jednání nijak zasahovat a bude pouze hrát roli aktivního moderátora. Troufám si říci, že právě tato jasná deklarace napomohla tomu, že k dohodě došlo, a to vloni ve všech a letos ve většině segmentů,“ dodal ministr Vojtěch. Ministerstvo zdravotnictví bude uzavřené dohody plně respektovat v úhradové vyhlášce na rok 2020. U tří segmentů, kde došlo k nedohodě, ministerstvo vyšší úhrad pro příští rok určí. „Nedohodu u akutní lůžkové péče lze označit za ‚téměř dohodu‘, neboť se pro ni vyslovilo 80 % zástupců nemocnic. Určitě



tak nebudeme do jejich návrhu nijak zasahovat," vysvětlil ministr.

Největší novinky pro pacienty přináší dohoda v segmentu ambulantních stomatologických služeb. Díky tomu, že pojišťovny navázaly úhradu na registrujícího stomatologa a navýšily základní výkony, které jsou používány ve stomatologické péči, podpořily tím poskytování péče takzvaně na pojišťovnu. Nové úhrady také motivují zubaře k péči o dětské pacienty. Dohoda přináší navýšení ceny výkonů a několik nových výkonů u dětské stomatologické péče, jako například sedace (zklidnění) nezletilého pojištěnce při ambulantním stomatologickém ošetření. To umožní provést řadu ošetření u obtížně spolupracujících dětí přímo v ordinacích, bez nutnosti hospitalizace. 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. Dostupnost stomatologické péče se tak zásadně zlepšila. Dohoda představuje navýšení o 734 mil. Kč.

Dohoda v segmentu všeobecných praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost je postavena na zohlednění nových výkonů v seznamu zdravotních výkonů, které souvisejí s reformou primární péče. Jde například o výkony časného zachytu demence v ordinaci praktického lékaře, péče o pacienty s prediabetem, časného zachytu a sledování pacientů s obezitou v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost či edukačního pohovoru lékaře s rodinou v souvislosti s očkováním. Kromě jiného se praktičtí lékaři dohodli se zdravotními pojišťovnami na novém výkonu, který bude sledovat epizodu péče / kontakt pacientů od 18 let věku v souvislosti s klinickým vyšetřením v ordinaci praktického lékaře. Dohoda představuje navýšení o 900 mil. Kč.

Dohoda v segmentu poskytovatelů ambulantních gynekologických služeb znamená postupné směřování k nové koncepci úhradového mechanismu ve formě agregovaných plateb v dalších obdobích. Z tohoto důvodu budou nově zavedeny balíčkové platby za jednotlivé trimestry péče o těhotné pojištěnky a zároveň úhradový mechanismus, který sjednocuje způsob výpočtu celkové výše úhrady u jednotlivých zdravotních pojišťoven. Dohoda představuje navýšení o 227 mil. Kč.

Dohody bylo dosaženo i v největším ambulantním segmentu s poskytovateli mimo-

lůžkových ambulantních specializovaných služeb. Dohoda řeší některé dílčí problémy v segmentu, jako je např. podpora péče o pacienty ve věku od 6 do 18 let ve formě navýšení úhrady ke každému klinickému vyšetření nebo narovnání úhrad v některých odbornostech ORL a dermatologie, u nichž došlo ke změně nositelů práce u některých výkonů. Hlavní část dohody ovšem spočívá v navýšení úhrady (navýšení hodnoty bodu, celkové výše úhrady) za splnění kvalitativních kritérií (diplom celoživotního vzdělávání, zajištění dostupnosti, příjem nových pacientů do péče). Dohoda představuje navýšení o 1 220 mil. Kč.

Klíčovou změnou, kterou přináší dohoda v segmentu fyzioterapie, je zaměření na preferované diagnózy, které jsou náročné na poskytovanou fyzioterapeutickou praxi, např. u pojištěnců s následky cévních nemocí mozku či dětí s nedostatkem předpokládaného normálního fyziologického vývoje. Poskytovatelé, kteří budou mít mezi svými ošetřenými pojištěnci minimálně 5 % pojištěnců s takovými diagnózami, dostanou finanční bonifikaci, která je motivací pro ošetření nejnáročnějších pojištěnců. Kromě toho bude část úhrady navázána na kvalitativní ukazatele, jako je nízký podíl výkonů, které nevyžadují neustálou přítomnost fyzioterapeuta, vysoký podíl výkonů s požadavkem vysoké kvalifikace fyzioterapeuta. Dohoda představuje navýšení o 160 mil. Kč.

Ve skupině poskytovatelů mimolůžkových laboratorních a radiodiagnostických služeb došlo k dohodě, která vede k podpoře dostupnosti poskytovatelů radiodiagnostických služeb, zejména těch, kteří poskytují komplementární služby různým poskytovatelům v ambulantním segmentu. U laboratorní úhrady kopíruje základní principy dohody z loňského roku. Dohoda představuje navýšení o 512 mil. Kč.

Dohoda v segmentu ambulantní hemodialyzační péče navazuje na rok 2019, kdy bylo poprvé zavedeno hodnocení výsledkové kvality poskytované péče. Navýšení úhrady poskytovatelům dialyzační péče bude v roce 2020 vázáno na kvartální reporting výsledků poskytované dialyzační péče do registru dialyzovaných pacientů a vyhodnocení kvalitativních výsledků poskytované péče. Dohoda dále obsahuje podporu včasného zařazování pacientů s chronickým onemocněním ledvin na čekací listinu k transplantaci ledviny ve formě bonifikačních výkonů. Dohoda představuje navýšení o 110 mil. Kč.

Dohoda v segmentu poskytovatelů lázeňské léčebně rehabilitační péče je založena na čtyřprocentní valorizaci úhrady za jeden den pobytu pojištěnce. Dohoda představuje navýšení o 148 mil. Kč.

Dohoda v segmentu zdravotnických záchranných služeb a převozu pacientů neodkladné péče směřuje k valorizaci dopravních výkonů, u kterých je především zohledněn nárůst nákladů. Zároveň bude navýšena i úhrada za poskytované zdravotní výkony. Kromě navýšení úhrady se dále poskytovatelé se zdravotními pojišťovnami dohodli na spolupráci na tvorbě společných indikátorů pro měření efektivity poskytované péče v tomto segmentu. Dohoda představuje navýšení o 300 mil. Kč.

Dohoda v segmentu zdravotnické dopravní služby zohledňuje nárůst nákladů a představuje navýšení o 245 mil. Kč.

Jako poslední uzavřeli se zdravotními pojišťovnami dohodu zástupci segmentu lékárenské péče. Dohoda přichází s navýšením bonifikace za signální výkon výdeje léčivého přípravku na recept na 15 Kč ze současných 14 Kč a se změnou referenčního období pro limitaci úhrad. Tato dohoda počítá s navýšením o 320 mil. Kč.

Publikováno 19. 6. 2019

Krizový štáb – 9 proti kolapsu zdravotnictví: návrh úhradové vyhlášky je likvidační

Brífink Krizového štábu – 9 proti kolapsu zdravotnictví se konal ve čtvrtek 29. srpna před budovou Ministerstva zdravotnictví a s cílem dosáhnout změny v úhradové vyhlášce, která rozhodne o tom, kolik peněz půjde v příštím roce do zdravotnictví.

V pátek 30. srpna končí termín pro možné změny v úhradové vyhlášce, která rozhodne o tom, kolik bude v příštím roce ve zdravotnictví peněz.

Ministerstvem zdravotnictví předložený návrh vyhlášky je likvidační pro fungování mnoha nemocnic v regionech a pro poskytovatele domácí péče. Ani dalším segmentům zdravotnictví neumožňuje slibovaný rozvoj. Hrozí odchody dalších zdravotníků a péče o pacienty bude ještě více ohrožena, protože ji nebude mít kdo poskytovat. Přitom už dnes se leckde citelně zhoršila její kvalita i dostupnost, jsou uzavřené operační sály, část pokojů na nemocničních odděleních, nelze zajistit domácí péči, dlouho se čeká i na naléhavá vyšetření. Ministerstvo zdravotnictví však přes všechna jednání a přes



Rozloučení s panem profesorem Kouteckým

V pátek 5. července 2019 ztratilo české dětské lékařství jednoho z velikých mužů. Ve věku 88 let zemřel pan profesor Josef Koutecký. Pro většinu z nás nezapomenutelný učitel, děkan 2. lékařské fakulty a prorektor Univerzity Karlovy, špičkový odborník v dětské onkologii, kterou založil a dlouhá léta rozvíjel, milovník umění a hudby. Pan profesor byl a zůstane pro nás velkým vzorem. Vzorem poctivého, pracovitěho a svým způsobem nesmlouvavého odborníka s velkým srdcem a nesmírně lidským přístupem. Řada z nás na něho máme své osobní vzpomínky, jsme vděční za možná osobní setkávání, za rozhovory nejen v odborné rovině, ale i o životě, o důležitosti mít vedle sebe milovanou osobu i o tom, jak ztráta takové osoby bolí.

Pan profesor Koutecký vybudoval v Československu obor dětské onkologie a dosáhl v něm velkých úspěchů. Úmrtnost dětí na nádorová onemocnění se během jeho působení velice významně snížila – namísto dřívějších 3 % přežívá dnes 80 % dětských pacientů! Zřejmě není u nás žádný dětský

lékař, který by se s prací pana profesora nesetkal, každý z nás zná jeho pacienty a jeho práci. Většina z nás si pana profesora pamatuje také jako svého učitele, který vždy podporoval a kladl důraz na fungující primární péči s cílem časného zachytu onkologických onemocnění u dětí.

Rozloučení s panem profesorem proběhlo v chrámu Nanebevzetí Panny Marie v areálu Strahovského kláštera v sobotu 13. července 2019 v důstojné atmosféře za účasti několika stovek smutečního hostů. Nechyběli přední představitelé české medicíny. Poklonili jsme se zde jménem obou našich organizací – SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP.

Nejlepším způsobem, jak vyjádřit panu profesorovi úctu a poděkování, je pro nás pokračování v práci, kterou on započal. Včasná diagnostika zhoubných nádorů u dětí již v ordinaci praktického dětského lékaře nebo v těsné spolupráci praktika s lůžkovým pracovištěm je spolu s perfektní a rychlou organizací specializované péče, tedy překladem na kliniku dětské

onkologie, tím nejlepším, co můžeme pro své pacienty udělat. Tak, jak nás to pan profesor učil.

Děkujeme.

Hana a Milan Cabrnachovi



Každý den končím s viržinkem, štamprlí a hudbou. Abych se s ním rozloučil a vyrovnal. Až se jednou ráno neprobudím, tak odejdu vyrovnaný a smířen.

— Josef Koutecký, srpen 2018[5][7]

všechny prokazatelné argumenty problém bagatelizuje, s poskytovateli péče jedná jen z pozice síly a pacienty obelhává.

Na brífinku byla zahájena Petice proti zhoršování dostupnosti a kvality zdravotní péče

■ Text petice

My, níže podepsaní občané České republiky,

- 1) požadujeme, aby se veřejné výdaje na zdravotnictví dostaly alespoň na úroveň 9 % HDP,
- 2) požadujeme, aby ministerstvo stanovilo úhrady pro rok 2020 tak, aby nemocnice a další poskyvatelé zdravotní péče měli po celý příští rok zajištěný základní provoz. Za tímto účelem požadujeme zvýšit úhrady za poskytnutou zdravotní péči o 45 mld. Kč,
- 3) požadujeme, aby byla zachována současná síť nemocnic, aby byl obnoven provoz uzavřených oddělení a z nemocnic se přestali propouštět nedoléčení pacienti,
- 4) požadujeme, aby v případě potřeby rychlé pomoci měli občané k dispozici záchranku i potřebné lůžko v nemocnici,

- 5) požadujeme zlepšení pracovních podmínek, aby v nemocnicích bylo dost personálu,
- 6) požadujeme finanční zajištění domácí zdravotní péče o pacienty a její další rozvoj,
- 7) požadujeme finanční zajištění zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb,
- 8) požadujeme zajištění běžné zdravotní péče, včetně nemocniční, co nejbližší k pacientovi, aby mohl být zachován jeho kontakt s rodinou,
- 9) požadujeme rozšíření preventivní péče o seniory i další občany a lepší ochranu jejich zdraví.

Členové petičního výboru:

MUDr. Martin Engel, Na Výtoni 2034/6, Praha 2-Nové Město, 128 00

MUDr. Eduard Sohlich, MBA, Pod Nemocnicí 1283, Hranice I-Město, 753 01 Hranice
Bc. Dagmar Žitníková, Dolní Bečva 303, 756 55

■ Požadavky odborů poškozují české zdravotnictví a jdou proti pacientům

Ministerstvo zdravotnictví zásadně odmítá snahu odborů zbořit výjimečný a velmi cenný kompromis většiny segmentů českého zdravotnictví, které celou první polovinu roku poctivě jednaly se zástupci zdravotních pojišťoven; společně došli k dohodě o úhradách na příští rok. Odbory tak dnešní akcí zpochybňují několikaměsíční práci například zástupců praktických lékařů, stomatologů, gynekologů, zdravotnické záchranné služby či většiny nemocnic a domácích péče, kteří se desítkami jednání snažili najít se zdravotními pojišťovnami shodu tak, aby pro svůj segment vyjednali co nejlepší podmínky. Ministerstvo zdravotnictví na rozdíl od odborů tyto dohody maximálně ctí a nesmírně si jich váží. Ministerstvo po celou dobu do tohoto zákonem nastaveného procesu stanovování úhrad, který je založen na dohodách jednotlivých segmentů zdravotnictví se zdravotními pojišťovnami, pro příští rok nezasahovalo, hrálo pouze roli aktivního moderátora a vytvořilo pro jednání spravedlivé podmínky. Úhradová vyhláška, kterou



ministerstvo vydává, není direktiva, ale pouze právní nosič všech dohod, na kterých se shodlo samotné zdravotnictví.

Odbory nyní svým tvrzením, že nejsou peníze pro příští rok rozděleny správně, zpochybňují tento výjimečný mechanismus, který je postaven na kompromisu, důvěře a rovnocenném přístupu mezi zástupci celého zdravotnictví.

„Jak může být úhradová vyhláška likvidační pro segmenty, které si ji samy takto nastavily, souhlasily s ní a tuto dohodu podepsaly? Odbory stále nepochopily, že dohody jsou výsledkem kompromisu zdravotníků, a nikoliv vůle Ministerstva zdravotnictví. Neuvedou si, že svými útoky tak zpochybňují práci praktiků, zubářů, gynekologů, záchranek, většiny domácí péče i nemocnic a zejména jdou proti potřebám pacientů a zlepšování kvality a dostupnosti zdravotní péče. Zkrátka těmito nátlakovými akcemi jdou ve výsledku proti samému zdravotnictví, nikoliv proti ministerstvu, a bohužel tím zdravotnictví a všechny jeho aktéry pouze poškozují. Jakékoliv direktivní přidání peněz do úhradové vyhlášky ze strany ministerstva, které odbory požadují, by znamenalo porušení všech dohod a zahazení poctivé práce, kterou jednotlivé segmenty odvedly. A to nikdy nedopustím,“ uvedl ministr zdravotnictví Adam Vojtěch.

„Bohužel s odbory se spojila menšina těch, kteří nebyli schopni předložit relevantní argumenty a jako všichni ostatní se dohodnout, a nyní se snaží si mimo jednací stůl, mediálním nátlakem, vylobovat peníze navíc. Takovéto zvyky tady byly možná v minulosti, ale já je razantně odmítám. Každý segment měl spravedlivé a rovnocenné podmínky pro jednání. Bohužel k podpisu dohody u nemocnic nedošlo kvůli jedinému vetu ze strany Asociace českých a moravských nemocnic, ačkoliv s nabídkou pojišťoven souhlasilo 80 % nemocnic, a to včetně velkých fakultních a krajských. Podobně to bohužel bylo i s domácí péčí, kde dohodu zablokovala Charita ČR, zatímco ostatní poskytovatelé domácí péče s jejím postojem nesouhlasí a dohodu podporují,“ dodal ministr.

Úhradová vyhláška je základ, nejedná se ale o konečný účet. Kromě toho jednotlivé zdravotní pojišťovny hradí poskytovatelům úhrady nad rámec úhradové vyhlášky. Ministerstvo zdravotnictví podporuje pojišťovny v tom, aby další prostředky nad rámec úhradové vyhlášky směřovaly do úhrad podporujících zvyšování kvality a dostupnosti zdravotní péče pro pacienty. Tento přístup pocítí pa-

cienti okamžitě, například formou kratších čekacích lhůt, rozšiřováním ordinační doby či dostupnějších moderních terapií.

„České zdravotnictví je na špičkové úrovni i ve světovém srovnání a naším cílem je udržení tohoto vysokého standardu, kontinuálního zlepšování a zvyšování kvality a dostupnosti zdravotní péče pro pacienty. Řešením však není plošné navyšování platů a krátkozraké rozpouštění rezerv určených na horší časy, ale směřování finančních prostředků do oblastí, kde jsou nejvíce potřeba a které identifikovali samotní zástupci jednotlivých segmentů při jednání se zdravotními pojišťovnami,“ dodal ministr.

V příštím roce půjde do zdravotnictví téměř o 26 miliard korun víc než letos. Na zdravotní péči nikdy nešel takový objem peněz. Nikdy jsme neléčili tolik lidí moderními léky. Nikdy se jako dnes neřešily palčivé problémy, třeba nedostatek zdravotníků či netransparentní nákupy nemocnic. Objektivně se zlepšuje dostupnost zdravotní péče pro občany. Zlepšily se platové a pracovní podmínky zdravotníků a sestry dokonce přestávají odcházet ze zdravotnictví. Vůbec poprvé společně se zdravotními pojišťovnami řešíme časovou a místní dostupnost zdravotních služeb. Do míst, kde je dostupnost horší, pak posíláme dotace a pomáháme jimi lékařům zakládat nové praxe. Pojišťovny realizují cílené úhradové mechanismy podporující dostupnou zdravotní péči pro pacienty. Po letech, kdy se problémy pouze kumulovaly, situaci řešíme a realizujeme konkrétní opatření. Zkrátka zdravotnictví se daří. Odbory tak v době největší prosperity uměle vytvářejí dojem krize.

Vybraná fakta jako důkaz:

- Letos jde do zdravotnictví 320 miliard korun, tedy o 20 miliard korun víc než předchozí rok. V příštím roce to bude dokonce 26 miliard korun navíc! Je jasné, že peníze na zdravotní péči pro české občany rostou.
- Od roku 2016 vzrostly úhrady nemocnic o neskutečných 38,3 miliard jedná se o jeden z nejrychlejších růstů v historii.
- Podle nejnovějších dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky překročí v roce 2019 průměrná odměna lékařů částku 84 000 a odměna sester 43 000 korun. Platy ve zdravotnictví rostou nejrychleji ze všech segmentů ekonomiky. V přepočtu na průměrnou mzdu se plat lékaře a sestry v ČR v mezinárodním srovnání vyrovnal průměru EU. Průměrná odměna lékaře a sestry významně převýšila průměrnou

mzdu v ČR, která podle dat Českého statistického úřadu představovala částku 31 900 korun. Odměna lékaře dosáhla téměř 2,5 násobku průměrné mzdy v ČR. Průměrná odměna zdravotních sester převýšila průměrnou mzdu o 6 000 korun.

- Analýza ÚZIS také ukázala, že sestry přestávají odcházet. Nadále stabilně stoupá počet lékařů a po několika letech dochází i ke stabilizaci počtu zdravotních sester. Například v akutní lůžkové péči úvazky praktických sester loni meziročně vzrostly o 5 procent.
- Úhrady domácí péče rostou nejrychleji ze všech ambulantních segmentů. V roce 2019 byla domácí péče podpořena 200 miliony korun navíc. V roce 2020 pojišťovny navrhly nárůst o 340 milionů korun, což je navyšení o 12 %, tedy mnohem víc než v ostatních segmentech. Mezi lety 2013 a 2018 stouply úhrady tohoto segmentu o 30 %, což je nejvíce ze všech ambulantních segmentů. Podle dostupných údajů rostou také počty sester v domácí péči, a to meziročně o 145 z 3 564 na 3 709.

*Odbor komunikace s veřejností
Ing. Gabriela Štěpánová, tisková mluvčí,
Publikováno 29. 8. 2019*

Tisková zpráva Koalice soukromých lékařů (KSL) a Sdružení soukromých gynekologů (SSG ČR) k brífinku zdravotnických odborů

V Praze dne 29. 8. 2019

Politické aktivity odborů ničí české zdravotnictví, reagují lékaři.

Koalice soukromých lékařů (KSL) a Sdružení soukromých gynekologů (SSG ČR) odmítají současnou snahu zdravotnických odborů zvrátit politickým nátlakem výsledky dohodovacího řízení o úhradách zdravotní péče na rok 2020. Vyzýváme ministra zdravotnictví, aby tomuto tlaku nepodlehli. ČR nemá státní zdravotnictví a není rolí ministerstva ani vlády, aby určoval výši platů a mezd v jednotlivých segmentech zdravotnictví. Opakované politické zásahy, o které odbory opět usilují, jsou jednou ze základních příčin současného neuspokojivého stavu, ve kterém se české zdravotnictví nachází. Podporujeme ministra zdravotnictví v jeho snaze o systémové změny a transparentnost zdravotního systému. Férové dohodovací



řízení a posílení role zdravotních pojišťoven jsou toho důležitou součástí. Kolegům v nemocnicích přejeme přiměřené ohodnocení jejich práce a respektujeme nezpochybnitelnou roli odborů snažit se vymoci svým členům co nejlepší mzdové podmínky. Mají tak ale činit **výhradně cestou kolektivního vyjednávání** se zaměstnavateli. Nikoliv napadáním úhradové vyhlášky, která je výsledkem legitimního dohodovacího řízení. Nelze připustit, aby segmenty, které se v dohodovacím řízení dohodnout nechtěly, získaly nyní politickým nátlakem a zastrašováním lepší ekonomické podmínky než ti, kteří se dohodli. Tento nebezpečný návrat ke starým pořádkům zásadně odmítáme.

Plošné navýšení platů v lůžkových zařízeních podle lékařů způsobí pouze další pokřivení podmínek a prohloubí nerovnováhu zdravotního systému, ale nevyřeší jeho současné personální potíže.

Skutečné řešení problému může přinést pouze systémová změna v podobě optimalizace sítě zdravotnických zařízení, restrukturalizace lůžkového fondu a racionalizace procesů poskytování zdravotní péče.

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

MUDr. Jan Černý, člen představenstva
České stomatologické komory,

MUDr. Zorjan Jojko, předseda Sdružení
ambulantních specialistů ČR,

MUDr. Petr Šonka, předseda Sdružení
praktických lékařů ČR

MUDr. Vladimír Dvořák, Ph.D., předseda
Sdružení soukromých gynekologů ČR

■ Sněmovna schválila novelu zákona o léčivech. Zelenou dostal sdílený lékový záznam pacienta i úhrada léčebného konopí

Poslanci na dnešní schůzi Sněmovny schválili ve třetím čtení novelu zákona o léčivech, která upravuje sdílený lékový záznam pacienta. Lékový záznam pacienta umožní lékařům, farmaceutům a zdravotnické záchranné službě při poskytování zdravotních služeb zohlednit stávající lékovou historii konkrétního pacienta. To

povede k eliminaci nežádoucích interakcí léčivých přípravků a jejich duplicitního užívání, což zajistí vyšší míru bezpečí pacienta. Novela zákona o léčivech přináší také úhradu léčebného konopí z veřejného zdravotního pojištění ve výši 90 procent. Předpis nyní zamíří do Senátu.

Zavedení sdíleného lékového záznamu pacienta umožní předepisujícím lékařům, farmaceutům a zdravotnické záchranné službě nahlížet do údajů o předepsaných a vydaných léčivých přípravcích konkrétního pacienta. „**Lékař již nebude odkázán pouze na informace o užívaných lécích, které mu poskytne pacient, kdy neexistuje záruka úplnosti a přesnosti takových informací. Díky sdílenému lékovému záznamu bude pacient významně více chráněn před nežádoucími lékovými interakcemi a duplicitami léků, které by mohly poškodit jeho zdraví,**“ vysvětlil ministr zdravotnictví Adam Vojtěch. Lékaři také snadno zkontrolují, zda si pacient lék vyzvedl, či nikoli. A lékárníci budou moci díky náhledu do záznamu poskytnout přesnější poradenství v dávkování, zkontrolovat kombinaci s jinými léčivy a od-



- ★ Působí na více příznaků spojených s růstem zubů
- ★ Homeopatie vhodná pro kojence a batolata
- ★ Snadno použitelné jednorázové obaly

BOIRON
www.camilia.cz

Camilia, perorální roztok v jednodávkovém obalu. Zkrácená informace dle SPC:

Složení: jedna dávka (1 ml) obsahuje: Chamomilla vulgaris 9 CH...333,3 mg, Phytolacca decandra 5 CH...333,3 mg, Rhus 5 CH...333,3 mg. **Přípravek ne léčí:** čirý sliv, bolest, infekce. **Homeopatický lékový přípravek** účinný tradičně u homeopatie ke zmírnění potíží spojených s růstem zubů u kojenců a batolat jako jsou například bolesti při prořezávání zubů, podrážděnost, červení tváří, průjem. **Dávkování:** 3 až 6 jednorázových dávek (1 ml) během 24 hodin po dobu 3 až 8 dnů. Pokud po 3 dnech léčby příznaky přetrvávají, lékař by měl posoudit, zda se jedná o potíže spojené s růstem zubů. **Způsob podání:** Perorální podání. Otěvřít sáček. Ze sáčku oddělit jeden jednodávkový obal. Pečlivě otřepat sáček se zbývajícími dávkami přetřepáním obalu na jeho uzavřené straně. Jednodávkový obal otevřít otočením jeho uzavřené konce. Děť posadit nebo držet ve vodorovné poloze a jemným stlačením jednodávkového obalu aplikovat celý obsah sliv do úst. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky tohoto přípravku. **Nežádoucí účinky:** Žádné nežádoucí účinky se neočekávají. **Interakce:** Žádné interakce se neočekávají. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Tento roztok je určen pouze k ústnímu užití. Přípravek roztok se nesmí aplikovat do očí ani do uší. Perorální roztok se nesmí podávat nejdelší. **Fortifikační, těhotenství a kojení:** Nejsou relevantní. **Dejte pozor na rozlišování a registraci:** BOIRON, 2 Avenue de l'Ouest Lyonnais, 69510 Mions, France. **Datum první registrace:** 16. 9. 2017. Přípravek je volně prodejní a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.



halit případné nežádoucí účinky. Bohužel případy nežádoucích lékových interakcí nejsou dnes ničím výjimečné. V letech 2007 až 2017 došlo k více než 3,5násobnému nárůstu počtu hospitalizací v důsledku nesprávného užívání léků. V důsledku nežádoucích účinků léků dochází i k úmrtí, data hovoří až o 200 úmrtích ročně.

Je nutné zdůraznit, že pacient bude mít vždy právo vyslovit se sdílením dat nesouhlas, případně udělit souhlas konkrétnímu lékaři. Prvních šest měsíců po nabytí účinnosti zákona bude přechodné období, které je určeno pro představení jak samotného lékového záznamu, tak možností, jak udělit nesouhlas s nahlížením nebo selektivní souhlas jen pro konkrétního předepisujícího lékaře, široké veřejnosti.

Příprava sdíleného lékového záznamu pacienta byla konzultována s Úřadem pro ochranu osobních údajů tak, aby byla ochrana citlivých údajů o pacientech maximální. „**Do lékového záznamu jsme zabudovali škálu preventivních i následných záruk technického i administrativního charakteru zajišťujících, že se k němu dostanou jen povolané osoby, a odrazujících i tyto osoby od neoprávněného zacházení s daty pacienta. Nahlízet do lékového záznamu bude dovoleno pouze lékařům, u něhož je možné prokázat, že pacientovi poskytují zdravotní služby,**“ doplnil ministr k tomu, jak bude systém zabezpečen.

Novela zákona byla na ministerstvu připravována v široké pracovní skupině, ve které byli zastoupeni zástupci všech profesních komor, České lékařské společnosti JEP, poskytovatelů (asociace nemocnic, lékáren aj.) a patientských organizací. Výsledek je konsensem všech stran.

Ministerstvo zdravotnictví vyvíjí maximální úsilí k tomu, aby sdílený lékový záznam pacienta byl spuštěn co nejdříve po schválení Parlamentem ČR, a je připraveno k tomu poskytnout maximální součinnost. S ohledem na aktuální stav a probíhající legislativní proces předpokládáme, že bude spuštěn na začátku příštího roku.

Sněmovnou schválená novela zákona o léčivech přináší také úhradu léčebného konopí z veřejného zdravotního pojištění. „**Uvědomujeme si, že současná cena je pro pacienty, u kterých již nezabírá standardní forma léčby a konopí pro ně představuje poslední možnost, jak projevy nemoci zmírnit, příliš vysoká. Díky našemu návrhu bude výše doplatku srovnatelná s doplatky u léčby chronických onemocnění**

a pacienti zaplatí maximálně pár stovek měsíčně,“ uvedl ministr zdravotnictví Adam Vojtěch s tím, že je velmi rád, že cenově dostupnější konopí je zase blíže realitě. Cena léčebného konopí bude ze strany Státního ústavu pro kontrolu léčiv nově regulována a maximální doplatek bude zastropován. Doplatek pacienta slouží jako pojistka proti nadměrnému užívání a úniku na černý trh.

Novela zákona o léčivech nyní zamíří do Senátu.

Publikováno 21. 6. 2019

■ Konec trestání za nemoc. Karenční doba je zrušena!

Karenční doba je od 1. 7. definitivně zrušena. Nově budou propláceny i první 3 dny dočasné pracovní neschopnosti (DPN). Zaměstnanci tak nebudou muset přecházet nemoc nebo si plynout dovolenou, aby se mohli uzdravit. Vláda tak splnila jeden z klíčových bodů svého programového prohlášení.

„Dnes končí platnost karenční doby, kterou pravicová vláda navzdory doporučení lékařů před 10 lety protlačila do zákona. Toto opatření považují za trestání zaměstnanců za nemoc v podobě neproplácení prvních 3 dnů nemoci. Bylo to nespravedlivé, nefunkční a zdraví ohrožující opatření, které všechny nemocné považovalo za simulanty. Jsem ráda, že se ČSSD podařilo karenční dobu zrušit, a splnit tak také jeden z našich největších závazků vůči občanům,“ řekla ministryně práce a sociálních věcí Jana Maláčová.

Zrušení karenční doby bude mít pozitivní dopad na příjmy nemocných, a to jak těch, kteří byli v DPN 1–3 dny (těch bylo v posledních 3 letech v průměru kolem 70 tisíc ročně), tak i těch, kteří byli v pracovní neschopnosti déle (těch bylo v roce 2018 přibližně 1,7 milionu ročně).

Po zrušení karenční doby si tak díky získané náhradě mzdy za první 3 dny nemoci zaměstnanci v těchto mzdových kategoriích polepší následovně:

- Zaměstnanec s minimální mzdou: o 995 Kč
- Zaměstnanec s hrubou mzdou ve výši 20 000 Kč: o 1 491 Kč
- Zaměstnanec s průměrnou mzdou: o 2 420 Kč

Ačkoliv v současné době již řada zaměstnavatelů poskytuje zaměstnancům tzv. sick days, je nutné si uvědomit, že tento trend zdaleka nepokrývá všechny zaměstnance a také je nerovnoměrně distribuován mezi

jednotlivými typy práce, čímž přispívá k rozvíření nůžek mezi kvalitnějšími typy práce v jednotlivých odvětvích. Společností poskytujících sick days je v ČR dle aktuálního průzkumu dle společnosti Edenred 43,4 %. Zaměstnanci pracující ve zbývajících 56,6 % firem tak od 1. července 2019 získají obdobu tohoto benefitu.

Tiskové oddělení MPSV

■ Začněte testovat! Přípravy na spuštění projektu elektronické neschopenky zdárně pokračují

Projekt elektronické neschopenky („eNeschopenky“) úspěšně postoupil do další fáze příprav. Jeho účinnost je naplánována od 1. 1. 2020. K tomuto datu zahájí ČSSZ ostrý provoz kompletního a plně funkčního systému eNeschopenky. Do té doby je nutné podniknout ještě celou řadu nezbytných kroků, aby celý systém fungoval bezchybně.

„Datum ostrého provozu systému eNeschopenky se blíží a chceme si být jisti, že bude fungovat, jak má. Od října jej proto nasadíme do testovacího prostředí, v listopadu pak začneme napojovat do systému lékařské softwaru,“ říká o eNeschopenkách ministryně Jana Maláčová. „Projekt přinese výrazné zjednodušení a nemocným odpadne cesta do práce s papírem. Navíc se zrychlí předávání informací mezi nemocnými, lékaři, ČSSZ a zaměstnavateli a sníží se administrativní náročnost pro ošetřující lékaře,“ dodává ministryně.

Práce na projektu úspěšně pokračují podle předem naplánovaného harmonogramu. Návrh řešení eNeschopenky byl projednán se zástupci lékařů a zaměstnavatelů. ČSSZ uspořádala sérii konferencí jak pro dodavatele a vývojáře softwarů, tak i pro zdravotnická zařízení, personalisty a mzdové účetní. Na nich byly detailně představeny nové procesy, které bude zapotřebí implementovat do softwarových řešení.

Uskutečnila se také návštěva zástupců ČSSZ a MPSV v Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM). Ten je významným partnerem v testovací fázi projektu eNeschopenky. Na společném setkání byla prezentována funkční komunikační část celkového řešení vyvinutá v rámci softwarů, které v současné době lékaři v IKEM používají. Funkčnost tohoto zvoleného technického řešení na straně ošetřujících lékařů je tedy již ověřena v reálném prostředí. Poskytovatelé zdravotních služeb tak mohou ve spolupráci s doda-



vateli příslušných softwarů eNeschopenku postupně implementovat do systému. A to jak z hlediska technického, tak i co se týká doladění případných možných negativních dopadů na systém a organizaci práce.

V současné době probíhá mimo jiné testování externí komunikace spolu s vývojáři z dvaceti společností, které vytvářejí specializovaný software pro nemocnice a ordinace lékařů. Vývojářům je k dispozici sdílená e-mailová adresa, podrobné informace na webu ČSSZ, včetně průběžně aktualizovaného dokumentu s nejčastěji kladenými dotazy. Návazně na postup prací ČSSZ rovněž v uplynulých dnech zprovoznila RSS kanál, který je napojen na rubriku „Aktuality pro SW vývojáře“ v rubrice „Informace pro SW vývojáře“. Kdokoliv potřebuje být automaticky informován, může tento kanál odebírat.

Proběhla také jednání se zástupci významných a velkých poskytovatelů zdravotních služeb s cílem představit jim technické řešení eNeschopenky a vytvářet nemocnice pro její pilotní provoz.

Tiskové oddělení MPSV

■ Průzkum: Každý devátý občan dojíždí za lékařem i víc než 30 km

Každý devátý občan dojíždí za zdravotní péčí pravidelně dál než 30 kilometrů. Devět z deseti by ale za kvalitou cestovalo i tři hodiny. Vyplývá to z průzkumu Zdravotnictví očima pacientů 2019 společnosti STEM/MARK pro vznikající zdravotnický think-tank Klub Mederi. Pacienti se podle něj v systému neorientují, často hledají péči na špatném místě. Řešením by mohlo být posílení role pacienta a zdravotních pojišťoven, ale také zjednodušení systému zdravotnictví.

„Lidé by měli mít péči po ruce, ale jen tu základní, například praktické lékaře, a pak péči následnou a ošetrovatelskou. Naopak za operativou a specializovanou léčbou by jim v zájmu zachování kvality nemělo vadit si dojet,“ uvedla mluvčí Klubu Mederi Marcela Alföldi Šperkerová. Koncentrace péče vede podle ní k větší bezpečnosti pro pacienty, protože lékaři provádějící určité výkony častěji jsou v nich jistější. „V zájmu pacientů není záchrana malé okresní nemocnice tam,

kde je nedostatek personálu a chybí vybavení,“ dodala.

České nemocnice se podle člena think-tanku Pavla Vepřeka, který byl poradcem ministra zdravotnictví Leoše Hegera (TOP 09) a v 90. letech ředitelem Fakultní nemocnice v Motole, potýkají s personálními problémy a způsobem financování, který konzervuje minulost a brání efektivní adaptaci nemocniční sítě na vývoj medicíny a potřeb obyvatelstva. Chybějí také peníze na rekonstrukci budov a obnovu přístrojů.

„Řešení je ve změně organizace práce směrem k omezení přesčasů, k přehodnocení role lékařů a sester, ke společnému lůžkovému fondu a podobně,“ uvedl. Změnit je podle něj třeba také financování nemocnic, které by měly dostávat přímo úhradu za pacienta, nikoliv předem nasmlouvané počty výkonů jako v současné době. Potřeba je také dobře fungující ambulantní zdravotní péče a účelné propojení zdravotnictví a sociálního systému.

Vepřek také doporučuje návrat k regulačním poplatkům a nadstandardům, které jako poradce ministra Hegera prosazoval,



Váš pomocník při rozhodování o léčbě

Všechny testy jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou.

Slavíme 20 let spolupráce s primární péčí a máme pro Vás speciální nabídku.

Pro více informací navštivte webové stránky www.quikread.cz nebo volejte na tel. číslo 602 387 718.

QuikRead go



a zavedení dvousložkového zdravotního pojištění, jehož jednou částí, která by měla různou výši, by si zdravotní pojišťovny mohly konkurovat a lidem nabízet různou péči. Vhodné by bylo podle něj také propojení sociálního a zdravotního pojištění.

Problémem je podle odborníků extrémně pasivní role pacientů. Spouští se proto informační web Chytrý pacient. „Lidé nad 50 či 60 let se stále chovají ve zdravotnictví jako před rokem 1989,“ řekla Ālföldi Šperkerová. Češi si připlácejí asi 13 % svých výdajů, průměr EU je asi 24 %. Polovina peněz je podle Vepřeka vydána na volně prodejné potravinové doplňky. Motivovat pacienty k racionálnímu užívání systému je podle něj možné jen ekonomicky, regulačními poplatky například za pobyt v nemocnici, přístup k ambulantnímu specialistovi bez doporučení nebo bezdůvodné volání zdravotnické záchranné služby. Think-tank Klub Mederi tvoří kromě bývalé novinářky Ālföldi Šperkerové a Vepřeka také ředitelka spolku Průvodce pacienta Ivana Plechatá. Na práci klubu se budou podílet také například ekonom Miroslav Zámečník, neurochirurg Vladimír Beneš, lékař a ekonom Pavel Hroboň nebo právník Jakub Král, který byl poradcem ministra zdravotnictví Adama Vojtěcha (za ANO) při přípravě legislativní úpravy zdravotnických prostředků. Klub je financován podle Šperkerové od soukromých firem z oblasti zdravotnictví, jedná i o podporu ze státního sektoru. Na webu jsou jako podporovatelé uvedeni také Asociace inovativního farmaceutického průmyslu, Oborová zdravotní pojišťovna nebo síť lékáren Dr. Max.

Zdroj: www.mediprofi.cz, ČTK, 13. 6. 2019

■ VZP vypověděla cestovce Kovotour polovinu Mořského koníka

VZP má opět starosti s projektem přímořských ozdravných pobytů pro děti Mořský koník. O jednu ze dvou destinací nemají pojištěnci dostatečný zájem, ve druhé destinaci jsou pochyby o hygienických podmínkách.

Jak oznámil ředitel Všeobecné zdravotní pojišťovny Ing. Z. Kabátek, pojišťovna pro nezáměr ze strany klientů vypověděla s platností od příštího roku smlouvu s cestovní kanceláří Kovotour Plus na ozdravné pobyty dětí v Černé Hoře. „Vážně jsme zvažovali rizika z neobsazených termínů pobytů našich dětských klientů v Černé Hoře. Kompenzace spojená s nerealizací části pobytů v Černé Hoře nás vedla k tomu, že jsme přistoupili k vypovědi této části. V příštím roce tedy počítáme

pouze s pobyty v destinaci Bulharsko,“ uvedl ředitel Kabátek. Na webových stránkách VZP jsou dodnes dva z pěti ozdravných pobytů v Černé Hoře označeny jako volné. Zatímco loni se podle Kabátka o zájezd do Černé Hory přihlásilo asi 1 300 dětí, letos kolem 1 000. Kovotour Plus získala smlouvu na zajištění ozdravných pobytů v rámci projektu Mořský koník pro roky 2018–2022 ve výběrovém řízení, které schválila správní rada VZP v předchozím složení koncem roku 2016. Smlouva počítá se zajištěním pobytů do dvou různých destinací, v každé destinaci a každém ročníku pro 1 500 dětí. Kromě Černé Hory je druhou destinací Bulharsko. Kovotour Plus byla jedním ze dvou uchazečů o zakázku. Celková smluvní cena za pět let byla 350 milionů korun. Podle Kabátka může VZP smlouvu vypovědět bez jakékoli náhrady rok předem, konkrétně do 30. 6. předchozího roku.

Smlouva mezi VZP a Kovotour Plus na pobyty v Bulharsku zůstává pro příští rok v platnosti. Už loni měla ale VZP podle předsedkyně správní rady prof. Věry Adámkové kritické připomínky k hygienickým podmínkám v místě pobytu. A ani letos to v tomto ohledu údajně není bez problémů. „V Bulharsku se i letos objevilo několik prohřešků vůči hygieně, VZP to řeší. Uvidíme na příští rok, jak to bude nadále soutěženo. Chceme, aby našim malým klientům pomohlo nejen ovzduší, což je nesporné, ale aby také měli komfort,“ uvedla prof. Adámková.

Po několika letech se tak znovu objevují úvahy, jestli se projektu Mořský koník vůbec nevzdát. Přispívat na přímořskou klimaterapii chce pojišťovna dál, bude ale hledat jiné cesty. „Problémy nás vedou k úvahám, zda do budoucna nenahradit tento projekt něčím novým, co by bylo zajímavější pro naše klienty a nabízelo jim lepší služby. Určitá forma ozdravných pobytů pro dětské klienty je podle mě namístě, ale v jaké podobě, to je na další diskusi,“ uvedl Kabátek.

Oživení projektu rozhodnutím správní rady v roce 2016 bylo trochu překvapením, protože VZP od roku 2014 pod tlakem kritiky Mořského koníka naopak utlumovala. Zatímco v roce 2013 jelo s Mořským koníkem do dvou různých lokalit přes 3 100 dětí, v roce 2015 do jediné lokality zhruba 1 600 dětí. V lednu 2011 zjistil Nejvyšší kontrolní úřad, že VZP platila pobyt Mořského koníka i dětem, které nikam nejely. Vydala za ně 24 milionů korun. Navíc se zjistilo, že na týdenní inspekční cestu do Itálie a Řecka jelo osm

členů vedení pojišťovny včetně tehdejšího ředitele Pavla Horáka.

V roce 2006 uvedla parlamentní vyšetřovací komise, že VZP někdy vynakládala na ozdravné pobyty peníze nevhodně. Pochybnosti vzbuzoval i výběr cestovní kanceláře. Pobyty v rámci Mořského koníka jsou určeny pro děti od sedmi do 16 let s astmatem, rozsáhlejším atopickým ekzémem, lupénkou, pylovými alergiemi či opakovanými katary dýchacích cest. VZP tyto pobyty nabízí od roku 1994. Využilo je podle ČTK téměř 100 tisíc dětí, náklady byly 2,96 miliardy korun. Ozdravné pobyty pro děti nabízí v rámci preventivních programů většina zdravotních pojišťoven.

Zdroj: MT, 25. 6. 2019

■ Včas zahájená léčba infantilního hemangiomu je úspěšná

Infantilní hemangiomy, nejčastější nezhoubné nádory kojenců, bývají v ordinacích přehlíženy s tím, že pokud samy nevymizí, léčit se stejně nedají.

Od roku 2009 však je v ČR dostupná léčba, a když se nasadí v růstové fázi nádoru, nejdéle do pěti měsíců věku dítěte, je úspěšná. O léčbě infantilních hemangiomů jsme hovořili s MUDr. Josefem Mališem, dětským onkologem z Kliniky dětské onkologie a hematologie 2. LF UK a FN v Motole.

• **V porodnici se infantilní hemangiom zjistit nedá. Který lékař má první šanci to zjistit, co by měl dělat, kam dítě poslat?**

Je to pediatr, který přijme dítě do péče po narození, jakmile se maminka k němu s děťátkem přihlásí. V průběhu prvního a druhého měsíce života dítěte je největší šance na zachycení rostoucího hemangiomu. V této době je ideální poslat dítě do centra. Je zbytečné ho posílat na dermatologii, je zbytečné ho posílat na laserová pracoviště. Plyne čas, dítě by mělo přijít k nám, nemyslím jenom k nám do FN v Motole, ale na kterékoli z hematooonkologických pracovišť, která jsou v každém krajském městě a v každé fakultní nemocnici.

• **Lékař vidí něco na tváři kojence, co roste, nebo má i jiné varovné signály?**

Naprostá většina hemangiomů se diagnostikuje tím, že je lékař vidí klinicky. Objektivně je patrný progredující červený útvar, který je zpočátku v úrovni kůže. Jakmile začne růst, začíná být plastický, někdy se může změnit,



že dojde k porušení povrchu, může začít krvácet, může se změnit zánětlivě.

• Má pediatr provést nějaká vyšetření, nebo má neprodleně dítě odeslat do centra?

Má ho neprodleně odeslat, je zbytečné provádět jakákoli vyšetření, nic tím nezískáme. My ultrazvukové vyšetření, magnetickou rezonanci nebo jiná složitější zobrazovací vyšetření provádíme jenom u rozsáhlých, hlubokých nebo smíšených hemangiomů. Ty, co jsou na povrchu, je zbytečné nějakým způsobem dál vyšetřovat.

• U kterých dětí by tedy pediatři měli být obezřetnější?

Infantilní hemangiomy vznikají v důsledku novotvorby krevních cév u deseti až dvanácti procent kojenců a až u 30 % nedonošených a nezralých kojenců, třikrát častěji postihují dívky. I když jsou benigní, mohou svou nepříznivou lokalizací a rychlým růstem ohrozit životně důležité funkce nebo i přímo život dítěte. Naštěstí nikde nebyl popsán případ, že by se změnil v nádor maligní.

• Jsou známy příčiny a má toto onemocnění nějaké genetické souvislosti?

Obecně příčiny 99 % dětských nádorů neznáme, geneticky vázaných jsou jednotky procent. Genetický přenos u infantilního hemangiomu nikdo neprokázal, lze ale pozorovat vyšší výskyt v některých rodinách. Mezi našimi pacienty máme asi tři rodiny, kdy přišla maminka s dalším sourozencem – jednoho jsme vyléčili, narodil se jim další a přišli znovu s dalším dítětem na léčení. Jaká je příčina, jestli je plod v děloze někde natlačen a v důsledku hypoxie se vytváří více cév, to se nikdy nepotvrdilo.

• Kdy se infantilní hemangiomy nejčastěji objevují?

Nejčastěji v prvním měsíci, méně často v průběhu druhého až třetího měsíce života dítěte. Velmi rychle rostou, ukončení velikosti a tvaru dosahuje 80 % hemangiomů na konci třetího měsíce věku pacienta. Po této intenzivní růstové fázi hemangiom postupně přechází do období stagnace, kdy už hemangiomy nemění tvar ani velikost. To trvá obvykle do jednoho roku věku a pak dochází k involuci, kdy jejich typicky červená barva mizí, cévy začnou vazivovatět a útvar může zcela vymizet, tzv. vyžrát. Úplná involuce se děje jen u zhruba 30 % nemocných. Většina hemangiomů zanechává ztukovatělá nebo zvazivovatělá rezidua, přebytnou, odlišně zbarvenou kůži nebo silně vinuté začervenalé cévy.

• Zmínil jste riziko ohrožení životně důležitých funkcí, kdy to nastává?

Kromě kosmetických obtíží mohou hemangiomy způsobovat vážné ohrožení, když se objeví v játrech, v mediastinu nebo v hlubokých strukturách krku, kde mohou utlačovat dýchací cesty. Pokud se útvar objeví na kožním víčku, může omezit jeho pohyblivost, takže oko nejde otevřít a zraková schopnost může výrazně klesnout, nebo dokonce vymizet. Při postižení nosních průduchů může dojít k omezení schopnosti dýchání, při postižení rtů hemangiom u dítěte negativně ovlivňuje příjem stravy.

• V těchto případech je tedy namístě léčba?

Neodkladnou léčbu vyžaduje zhruba desetina hemangiomů – jsou to rozsáhlé hemangiomy, které působí závažné kosmetické obtíže, nepříznivě lokalizované formy ohrožující funkci důležitých orgánů a sekundárně změněné hemangiomy, které krvácejí, je v nich zánět či vřed. Pokud je léčba zahájena včas, podíl reziduí se snižuje na 20 až 30 %, což je významně méně v porovnání s až 70 % reziduí u neléčených hemangiomů.

• Jak se lékaři o účinné léčbě dozvědí? Neexistuje ještě tak dlouho a ve starší generaci lékařů panuje přesvědčení, že infantilní hemangiom léčit nejde.

Do roku 2008 se užívaly bez velkého úspěchu kortikoidy, interferon, laser. Účinnou léčbu máme až od roku 2009. Starší generace lékařů je stále ještě přesvědčena, že hemangiom je banální kožní onemocnění, červená skvrna na těle, která časem vymizí. Ale jsou už dnes vědecké články, které jednoznačně potvrzují, že naprostá většina hemangiomů reziduum zanechává, pak je problém řešit ho v pozdějším věku, kdy začne dítěti nebo dospělému pacientovi vadit. Vydali jsme články v Česko-slovenské pediatrii, v Česko-slovenské dermatologii, připravujeme velký článek k desátému výročí nové léčby, který chceme publikovat v Časopise lékařů českých a v Klinické onkologii. Přednáším o léčbě, jak jen je to trochu možné, na všech pediatrických akcích a na akcích dermatologů, také na lékařských fakultách. Učím na 2. LF UK, kde je to součástí přednášek o embryonálních nádorech, protože to embryonální nádor je, tedy vyskytuje se v kojeneckém věku, a přednáším to i na 3. LF UK. Čili ví se o tom a přednáším to v postgraduální výuce – semináře pro praktické pediatrie nebo jako součást přípravy k jejich atestaci.

• Kam má lékař pacienta poslat? Mají lékaři přehled o pracovištích a kolik jich je v ČR?

Prakticky jsou to všechna krajská pracoviště a všechny fakultní nemocnice, tam všude jsou specializované týmy, které se tomu věnují. A existuje i přístup na www.linkos.cz, kde je odkaz na Sekci pediatrické onkologie s kontakty na jednotlivá pracoviště.

• Jak rychle se dostane dítě do odborné péče? Je to hned, nebo čeká v pořadí?

Obrátit se na nás může lékař nebo rodič, nebráníme se, aby si rodič sám zavolaal a přihlásil dítě k léčbě. Informace od lékaře nebo rodiče přijímá sestra, která už ví, jakým způsobem komunikovat. Jestli rodič řekne, že má dvouměsíční dítě, které má hemangiom v oblasti víčka, nosu, který krvácí a je urgentní, tak přijde na nejbližší možný termín. Jestli zavolá maminka, která má roční dítě s hemangiomem, který už neroste, dostane termín třeba za tři měsíce.

• Zohledníte tedy, kdy jde ještě pomoci?

Ano, není to ale tak, že se zvedne telefon, máte hemangiom, přijďte, jsou tam doplňující otázky sestry, aby vyselektovala pacienty, kteří potřebují intenzivnější léčbu.

• Tuto specializovanou intenzivní léčbu hradí plně zdravotní pojišťovna?

Hradí, tam není žádný problém. Speciální lék Hemangiol patří mezi centrové přípravky čili jsou nasmlouvána centra, která ho mohou používat, a pojišťovna to hradí. Je to lék ze skupiny betablokátorů. U nás ve FN v Motole jsme ho poprvé použili v roce 2009. I když první pacient má nyní ještě drobné jizvičky, lze výsledek v porovnání s předchozími postupy označit jednoznačně za velmi úspěšný. Jestliže neléčené hemangiomy zanechávají rezidua asi v 50 až 70 %, po správně provedené léčbě klesá podíl reziduí až k 20 % a jsou mnohem méně závažná než po spontánní involuci. Statisticky je prokázáno, že pokud začne léčba propranololem před 75. dnem života, lze vyléčit infantilní hemangiom zcela, nezůstává reziduum.

• Kolik pacientů jste ve FN v Motole s infantilními hemangiomy léčili?

Za posledních deset let přes šest set. Výhodou centra je dostupnost erudovaných chirurgů mnoha dětských specializací, kteří s onkology spolupracují při řešení závažných reziduí po ukončené medikamentózní léčbě.

Zdroj: MT 14/2019, nam, 24. 6. 2019



Právní rubrika

■ Lze předepisovat léky rodinným příslušníkům bez smlouvy se zdravotní pojišťovnou?

Může lékař v důchodu předepisovat léky svým rodinným příslušníkům, když nemá smlouvu se zdravotní pojišťovnou? V poradně MT odpovídá Mgr. Vendula Mezeiová z mezinárodní advokátní kanceláře PwC Legal.

Dotaz: *Preskripce pro rodinné příslušníky u důchodce-lékaře: Až dosud platilo, že jsem jako lékař mohl předepsat dětem, vnukům, manželce atd. potřebné léky. Nyní se ozvala VZP, že pokud s ní nemám smlouvu, nemohu předepsat jejímu pojištěnci potřebný lék. Musím si kvůli rodině jednoho syna jako 76letý důchodce s VZP (či jinou pojišťovnou) uzavírat smlouvu, pokud ano, má mi VZP (či jiná zdravotní pojišťovna) právo tuto smlouvu odmítnout, pokud by šlo pouze jen o mé rodinné příslušníky? Do doby před cca 2 roky jsem každoročně takovou smlouvu s uvedením rodinných příslušníků měl, tu mi ale nyní nedali.*

Odpovídá Vendula Mezeiová z mezinárodní advokátní kanceláře PwC Legal.

§ 17 odst. 7 zákona č. 48/1997 Sb. stanoví, že příslušná zdravotní pojišťovna uhradí vždy na základě lékařského předpisu vystaveného **smluvním** lékařem poskytujícím hrazené služby sobě, manželovi, svým rodičům, prarodičům, dětem, vnukům a sourozencům, jestliže jeho **odbornost zaručuje Česká lékařská komora** a jestliže k tomu takový lékař uzavře **zvláštní smlouvu se zdravotní pojišťovnou**. Pro to, aby léčivé přípravky předepsané Vámi Vašemu rodinnému příslušníkovi byly hrazeny ze zdravotního po-

jištění, musíte jakožto lékař splňovat výše uvedené podmínky. Musíte být smluvním lékařem, Vaše odbornost musí být zaručena ČLK a zároveň musíte mít uzavřenu zvláštní smlouvu se zdravotní pojišťovnou. Tyto podmínky omezují to, zda léčivé přípravky Vámi předepsané pro Vaši osobu či Vašemu rodinnému příslušníkovi budou hrazeny zdravotní pojišťovnou ze zdravotního pojištění.

Zákon č. 48/1997 Sb. dále neupravuje podmínky, za kterých je zdravotní pojišťovna povinna uzavřít tuto „zvláštní smlouvu“. Lze se domnívat, že zdravotní pojišťovna nemá povinnost zvláštní smlouvu uzavřít, a to vzhledem k tomu, že ani v případě uzavírání smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb zdravotní pojišťovna ze zákona takovou povinnost nemá a je do jisté míry na rozhodnutí pojišťovny, zda smlouvu uzavře. Obecně lze ovšem konstatovat, že zdravotní pojišťovna by neměla postupovat diskriminačně.

Zdroj: PwC Legal, V. Mezeiová, 17. 7. 2017

■ Pacient si mě natáčí mobilem. Má na to právo?

Má pacient právo pořizovat si tajně mobilním telefonem záznam práce zdravotnického personálu? Má například sestra v takové situaci možnosti obrany? Odpovídá advokátní kancelář PwC Legal.

Dotaz: *Má pacient právo, a pokud ano, za jakých podmínek, pořizovat si telefonem tajně videozáznam, kde si natáčí při práci zdravotnický personál? Pakliže nemá, jaké má například sestra v takové situaci možnosti obrany?*

Odpovídá Mgr. Klára Daňková – Junior

Associate mezinárodní advokátní kanceláře PwC Legal se zaměřením na zdravotnické právo.

Obecně platí, že do soukromí jiného nesmí nikdo zasáhnout, nemá-li k tomu zákonný důvod. Pořízení obrazového nebo zvukového záznamu bez souhlasu dotčené osoby představuje zásah do práva na soukromí, nejde-li o případ, kdy zákon svolení nevyžaduje (např. v případě pořízení záznamu k výkonu nebo ochraně jiných práv nebo právem chráněných zájmů jiných osob).

Zmíněná právní ochrana soukromí, zakotvená v ustanovení § 84 a násl. občanského zákoníku, se však týká jen projevů osobní povahy, přičemž dle ustálené judikatury nemají osobní povahu projevy související s výkonem povolání nebo podnikání.

V případě projevů zdravotnických pracovníků souvisejících s poskytováním zdravotních služeb se dle našeho názoru o projev osobní povahy nejedná, a lze tedy říci, že pacient si může o poskytnutí zdravotních služeb pořídit obrazový či zvukový záznam i bez souhlasu dotčených zdravotnických pracovníků.

Zdroj: PwC Legal, Mgr. K. Daňková, 15. 11. 2016

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

si vás dovoluují 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

3. října 2019

Rizikový nedonošenec v ordinaci PLDD

MUDr. Petra Šaňáková
UPMD Praha-Podolí



OSPDL ČLS JEP

Proč doporučit dítě s atopickým ekzémem do Olivovy dětské léčebny

Léčbu dítěte s atopickým ekzémem při indikaci dermorespirační syndrom řídí v Olivově léčebně dětský dermatolog, který sestaví každému dítěti individuální léčebný plán. Léčba zahrnuje především pravidelnou péči o pokožku promazáváním, léčebné koupele, aplikaci hojivých i protizánětlivých mastí a krémů dle aktuálního stavu kůže a rozsahu ekzému dítěte.



Cennou metodou jsou vlhké zábaly, metoda **Wet wrap**, používaná ke zklidnění zánětu, svědění i zmírnění suchosti kůže. Klademe si za cíl ulevit dítěti a zároveň ukázat rodičům, doprovázejícím malého atopika, příznivý efekt této metody na kůži. Pokud se dítě i jeho rodič metodu **Wet wrap** během pobytu u nás naučí, je pak snadné přikládat vlhké zábaly dle potřeby i v domácím prostředí.

Dítě a jeho doprovázející osoba získají podrobné informace o příčině atopického ekzému, faktorech, které nemoc zhoršují, jeho obvyklém průběhu a péči jak v období zhoršení, tak v období klidu. **Cílem pobytu je nejen pacientovi zmírnit až vyhojit projevy AE, ale především ho naučit správnému ošetřování ekzému, aplikaci mastí, krémů, hojivých past i bezpečnému podání lokálních kortikosteroidů a imunomodulátorů v případě zhoršení.**

Léčebné metody jsou pouze jednou stránkou pobytu a tou další, neméně důležitou, je řádná edukace v rámci Školy atopie, kterou pacient a jeho doprovod absolvuje v průběhu pobytu v léčebně.

Nedílnou součástí léčby u nás je výživový režim i možnost konzultace s dětským psychologem.

Také společné sdílení zkušeností z náročné péče o dítě s ekzémem mezi maminkami je nesmírně ulevující. Víme, že atopický ekzém, vzhledem k jeho genetické predispozici, neumíme v současné době vyléčit, ale umíme jeho průběh výrazně zmírnit, a to nejen správným ošetřováním kůže, ale právě edukací i individuálním přístupem k pacientům.

Po pobytu v Olivově léčebně by měl pacient a jeho rodina umět s ekzémem pracovat tak, aby se ulevilo dítěti i rodičům.



Olivova dětská léčebna spolupracuje s předními pražskými klinikami i dětskými nemocnicemi ve Středočeském kraji.



Olivovna
OLIVOVA DĚTSKÁ LÉČEBNA, O.P.S.

Olivova dětská léčebna, o.p.s., Olivova 224, 251 01 Říčany u Prahy



www.olivovna.cz



Olivova dětská léčebna



323 619 105 (103), 736 754 335



Vliv asymetrického postavení aker dolních končetin na plochonoží u kojenců a dětí předškolního a školního věku

PhDr. Ingrid Palašćáková Špringrová, Ph.D., Bc. Eva Baranová, DiS.

REHASPRING centrum s.r.o., ambulantní zdravotnické zařízení fyzioterapie, Čelákovice – Praha, akreditované pracoviště MZ ČR, výukové pracoviště 3. LF UK Praha

Postavení nohou (chodidel, aker dolních končetin) je důležité pro vývoj následných pohybových vzorů u dětí už od narození. Vývoj dětské nohy probíhá v rámci intrauterinního vývoje a její vývoj může být závislý na uložení dítěte v děloze. Po narození je vývoj nohou spojen s denními režimy, které s novorozencem, kojencem, provádějí rodiče, nejčastěji matka. V rámci motorického vývoje jsou nohy zapojovány v prvním trimenonu vývoje reflexně do pohybových vzorů a až v následném vývoji rudimentálním se dekóduje reflexní motorický vývoj do vědomé motoriky kojence. Koncem druhého trimenonu se začíná dítě plazit a často se plazí asymetricky, čímž fixuje asymetrický pohybový vzor plazení s valgózním postavením jedné paty. Asymetrický pohybový vzor plazení může být dále fixován v šikmém sedu nebo v sedu do „W“ (obr. 1) a přetrvává i v pozdějším věku nebo v poloze na čtyřech s bočním náklonem jedné dolní

končetiny. Kojenec někdy kombinuje dva pohybové vzory, asymetrické lezení po čtyřech s jednou dolní končetinou v náklonu s valgózním postavením paty. Když se kojenec začíná vertikalizovat, dělá to přes náklon jedné dolní končetiny, která má valgózní postavení paty a dítě může chodit tzv. po vnitřní straně chodidla. Postupně se tak valgózní postavení paty dostane přes asymetrii pohybových vzorů až do vertikály u batolete a dítěte (obr. 2, 3) (Tomková, Palašćáková Špringrová, 2019).

Pediatři a rodiče jsou často prvními, kteří diagnostikují nebo si všimnou patologie nohou nebo prominujících kotníků nebo tzv. dolních končetin do „X“ (obr. 5), nebo si dítě zakopává o palce a má vnitřní postavení kyčelních kloubů (anteverzi krčku femuru). Nález se často nepovažuje za významný k řešení. Diagnostický postup plochonoží u dětí je zobrazen na obr. 4.



Obr. 1 „W“ sed, pronace chodidel, vnitřní rotace kyčelních kloubů u dítěte, věk 2 roky. Foto archiv REHASPRING centrum s.r.o.

Obr. 2 Asymetrická valgózita paty u batolete, věk 18 měsíců. Následek asymetrického plazení. Foto archiv REHASPRING centrum s.r.o.

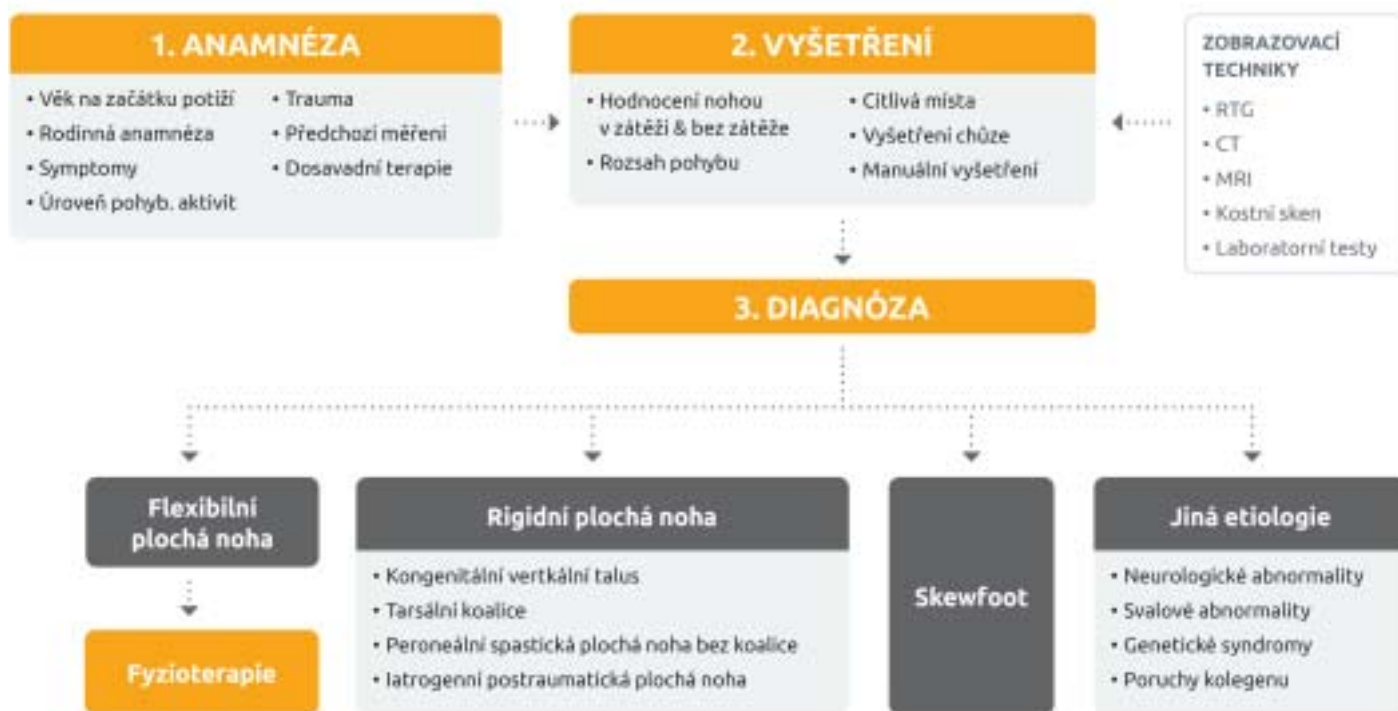
Obr. 3 Asymetrická valgózita paty více vlevo, dítě 4 roky – následek asymetrického plazení. Foto archiv REHASPRING centrum s.r.o.





PLOCHONOŽÍ U DĚTÍ

DIAGNOSTICKÝ POSTUP



Obr. 4 Převzato z Harris EJ, Vanore JV et al. Diagnosis and treatment of pediatric flatfoot. J Foot Ankle Surg. 2004;43(6):341-373.
Upraveno: Palaščíková Špringrová I. 2019.

V anamnéze se ptáme na motorický vývoj kojence (který si rodič často nevybavuje), batolete a dítěte, možná traumata, úroveň pohybové aktivity, předchozí léčbu. Obezita, neuromuskulární poruchy a strukturální abnormality např. nad úroveň kotníku (valgozita talu, varozita tibiae, tibiální torze, anteverze femuru), nestejná délka dolních končetin mohou výrazně ovlivnit přirozený vývoj i závažnost stupně plochonoží od kojenců po děti. Plochonoží může být doprovázeno subjektivními příznaky bolesti nohou nebo posturální dysfunkcí v průběhu stoje nebo chůze. Plochonoží zhoršuje základní pohybové vzory u batolat a dětí v rámci základních fundamentálních dovedností, jako jsou stoj na jedné dolní končetině, skoky, běh, které jsou předpokladem pro sportovní aktivity jakékoliv úrovně v budoucnu. Valgózní postavení paty je často u dětí projevem flexibilního plochonoží. Za jeho normu se považuje mezi 2. a 3. rokem hodnota do

15° (1). Valgozita zadonoží paty výrazně ovlivňuje při dynamickém zatížení segmenty celé dolní končetiny. Jsou studie, které se zabývaly touto problematikou, jaký má vliv flexibilní plochá noha u dětí na pohyb celé dolní končetiny (Leardini et al., 2007, Lee et al., 2009, Lin et al., 2001). Honzíková et al., 2015 dospěla ve studii k závěrům, že valgozita paty významně snižuje rozsah pohybu jednotlivých částí nohy (především talu, kalkanea a palce). Jednostranná valgozita paty může následně v budoucnu způsobit menší rozsah palce na noze valgózní paty.

V klinické praxi fyzioterapeut dělá screening a testování klenby nožní. Dle výsledků dělíme flexibilní plochonoží na stupně I až III (obr. 5). K základním postupům ve fyzioterapii řadíme vizuální diagnostiku typologie nohou na podoskopu se záznamem kamer. Tento přístroj se řadí ke standardnímu vyba-

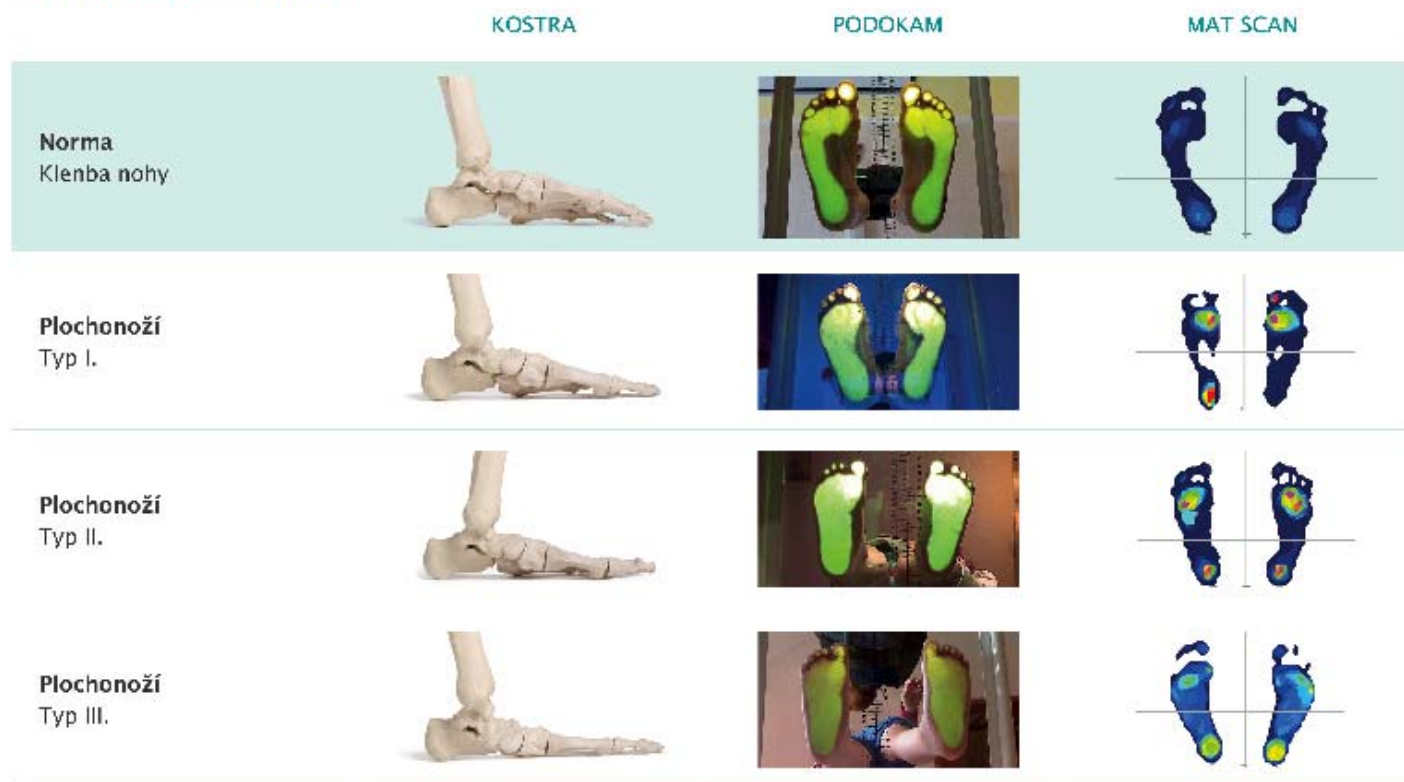
vení fyzioterapeuta zabývajícího se diagnostikou typologie nohy a posturou.

Mezi základní testy na podoskopu řadíme:

- stoj na obou končetinách, kde hodnotíme postavení paty ve statické a stupeň plochonoží
- stoj na jedné dolní končetině, kde hodnotíme postavení paty jedné dolní končetiny a stupeň flexibilního plochonoží
- stoj na špičkách, tzv. Dynamic Jack's test, kterým hodnotíme změnu postavení paty v průběhu a na konci pohybu
- podřep na obou dolních končetinách, kde hodnotíme postavení mechanické osy dolních končetin a její centrování či decentrování postavení
- podřep na jedné končetině, kde hodnotíme postavení mechanické osy dolní končetiny a její centrování či decentrování postavení.



Typy kleneb na noze



Obr. 5 Typy kleneb na noze u batolat a dětí (Palaščíáková Špringrová I, 2018)

Obr. 6 Decentrace mechanické osy dolních končetin ve tvaru „X“.
Foto archiv REHASPRING centrum s.r.o.



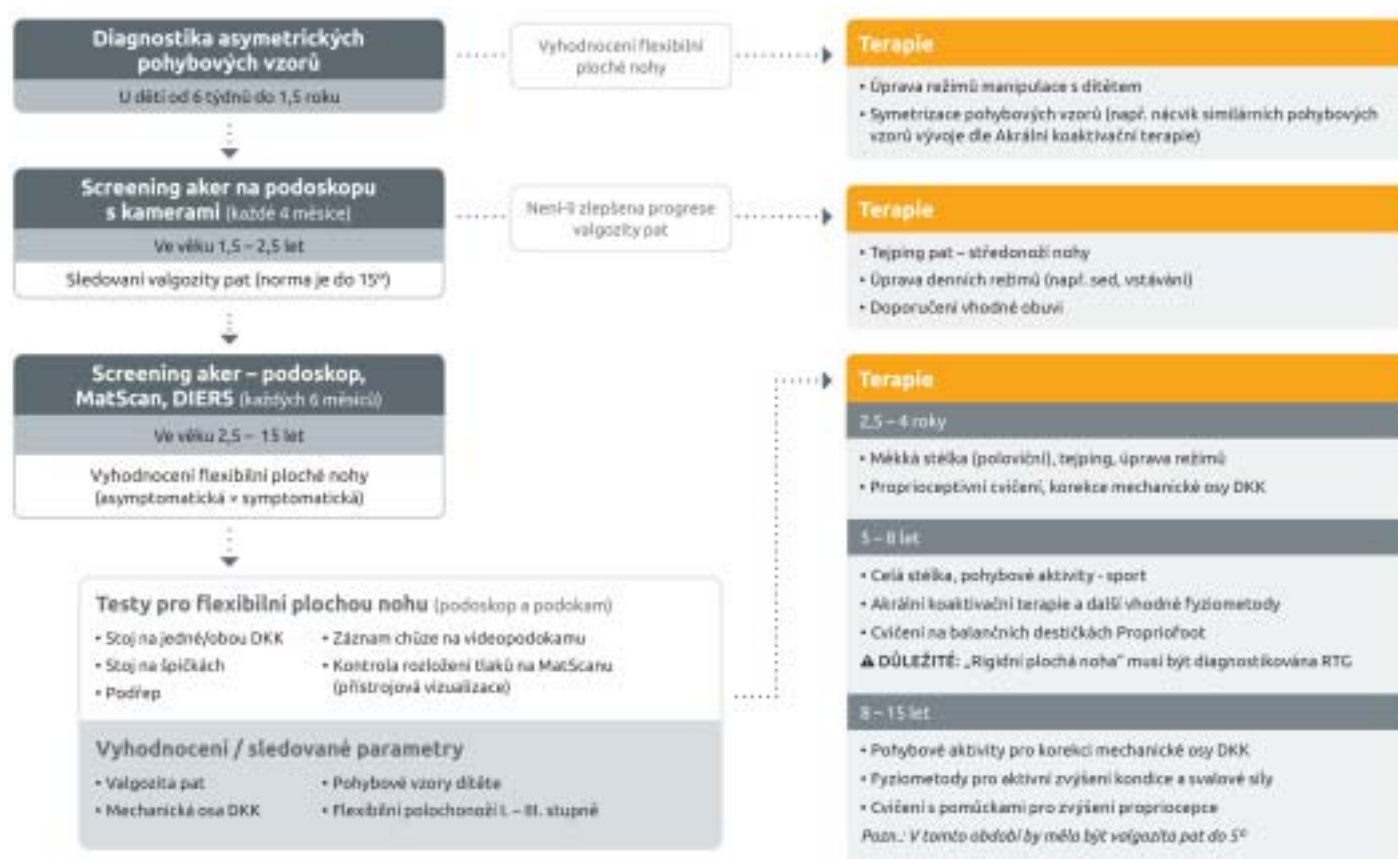
Flexibilní plochá noha se může vyskytovat jako izolovaná funkční patologie nebo je součástí generalizované laxicity vaziva, v rámci svalových nebo neurologických abnormalit, dále u genetických stavů a syndromů s poruchami kolagenu. Dětskou plochou nohu obecně dělíme na flexibilní plochou nohu a rigidní plochou nohu (obr. 4). Za flexibilní plochou nohu diagnostikovaná jako „normální“ se považuje, když noha bez zátěže má zachované klenutí mediálního oblouku, ale ten se sníží při zatížení nohy ve stoji. Dále ji dělíme na asymptomatickou a symptomatickou.

Asymptomatická flexibilní plochá noha může být u dětí fyziologická nebo nefyziologická. U fyziologické flexibilní ploché nohy dochází přirozeným vývojem v čase ke zlepšování. Je důležitý pravidelný screening na podoskopu, podokamu nebo jiných přístrojích, aby se mohly záznamy retrospektivně porovnat. Pravidelné porovnávání je indikováno ke sledování příznaků progresu a takový vývoj plochoňoží nepotřebuje terapeutické zásahy. Na druhé straně je typ



AKRÁLNÍ KOAKTIVAČNÍ DIAGNOSTIKA

ALGORITMUS FYZIOTERAPIE NOHOU U DĚTÍ



Obr. 7 Akrální koaktivační diagnostika nohou. Bazální algoritmus fyzioterapie u kojenců a dětí (Palaščáková Špringrová I, 2019)

nefyziologické flexibilní ploché nohy, kde stupeň plochonoží v čase přetrvává a potřebuje terapeutické zásahy. Valgozita pat je v daném věku větší než norma nebo je výrazná nestabilita talonavikulárního kloubu. Dalšími nálezy mohou být zkrácené Achillovy šlachy nebo poruchy chůze. Tyto nálezy často vyžadují i rentgen nebo další vyšetření, když není zaznamenán progres po terapii.

Symptomatická flexibilní plochá noha, na rozdíl od fyziologické asymptomatické ploché nohy, má subjektivní projevy a mění funkce, které mají objektivní nálezy, např. prominující hlava *os tali*. Patří mezi ně bolest v oblasti mediální klenby na vnitřní straně chodidla, bolest v oblasti Chopartova kloubu nebo na vnitřní straně kolene, bolesti chodidla při chůzi. Dítě si stěžuje na bolesti v oblasti chodidla po delší statické poloze anebo po zátěži. Terapie zahrnuje modifikaci cvičení. V těžších případech i ortézy.

Obr. 8 Korekce valgozity pat a globální pronace nohou – motorická vizuální dráha. Věk batolete 2 roky. Foto archiv REHASPRING centrum s.r.o.





Obr. 9 Tejpování pat a střednoží *os navicularis*. Dítě, věk 5 let. Foto archiv REHASPRING centrum s.r.o.



Obr. 10. Korekce plochonoží měkkou stélkou s dokorekcí středonoží pod *os navicularis*. Dítě, věk 8 let. Foto archiv REHASPRING centrum s.r.o.

Rigidní plochá noha je charakteristická poklesem oblouků obou kleneb nožních, jak laterální, tak i mediální, při zátěži i bez zátěže. Rigidní plochá noha je asymptomatická. Většina případů je spojena s primární patologií, kterou lze diagnostikovat klinickými a zobrazovacími vyšetřeními, např. rentgenem, který by měl být vestoje a měl by zobrazit vztah mezi *os talus* a *os calcaneus*. Diferenciální diagnostika rigidní ploché nohy zahrnuje deformity, např. kongenitální vertikální talus a další, viz obr. 4. Dalším důležitým diagnostickým postupem u kojenců, batolat a dětí je vyhodnocení asymetrických pohybových vzorů a jejich nahrazení symetrickými. Velkou roli má úprava denních pohybových režimů v péči o kojence. Častou chybou matek je neznalost pohybových vzorů vývoje, a tím kojeneček delší čas fixuje asymetrický vzor. Za fixovaný asymetrický pohybový vzor se považuje délka 4–6 týdnů a více. Terapie plochonoží u kojenců, batolat a dětí vyžaduje pečlivý screening v diagnostice a vyhodnocování efektu terapie. Na obrázku je zobrazen bazální algoritmus diagnostiky a terapie plochonoží (obr. 7).

■ Praktické ukázky přístupů ve fyzioterapii plochonoží u batolat a dětí

Podle věku a nálezu vybíráme jednotlivé postupy. Na obr. 8 je korekce valgozity paty v rámci motorického chodníku, který si rodiče s dítětem mohou vytvořit doma na podlaze. Tejpování nohou patří mezi první

volby terapie valgozity paty u kojenců, batolat a dětí (obr. 9). Stélky zařazujeme do terapie vždy v kombinaci s aktivní pohybovou terapií. Jejich účelem je stimulovat správnou pozici nohy a klenby nožní ve statických polohách, ale i při pohybu (obr. 10).

Flexibilní plochá noha u dětí vyžaduje sledování v rámci motorického vývoje již od kojeneckého věku. Její neléčená forma má v budoucnu vliv na pohybové problémy dolních končetin nebo páteře. U symptomatické ploché nohy je důležitá také redukce váhy nebo snížení sportovních aktivit. Terapie flexibilní ploché nohy trvá u každého dítěte individuálně a některé studie (Mortazavi et al., 2007) neprokázaly vznik následných problémů v dospělosti u neléčené flexibilní ploché nohy. Flexibilní plochá noha vyžaduje jak v diagnostice, tak v terapii mezioborový přístup pediatriků, fyzioterapeutů, ortetiků a dalších lékařských a nelékařských oborů a primárně také rodičů.

■ Literatura

- Dungl P a kol. Ortopedie. Praha: Grada Publishing, 2005.
- Harris EJ, Vanore JV et al. Diagnosis and treatment of pediatric flatfoot. *J Foot Ankle Surg.* 2004;43(6):341–373.
- Honzík L, Kuboňová E et al. Vliv valgozity paty na pohyb nohy při chůzi u dětí ve věku 3 až 8 let. *Čes.-slov. Pediat.* 2015;70(6):323–328.
- Lin CJ, Lai KA et al. Correlating factors and clinical significance of flexible flatfoot

in preschool children. *J Pediatr Orthop.* 2001;21(3):378–382.

- Lee JH, Sung IY, Yoo JY. Clinical or radiologic measurements and 3-D gait analysis in children with pes planus. *Pediatr Int.* 2009;51(2):201–205.
- Leardini A, Sawacha Z, Paolini G et al. A new anatomically based protocol for gait analysis in children. *Gait Posture.* 2007;26(4):560–571.
- Mortazavi SMJ, Spandar M, Baghdadi T. Flat foot in Children: How to Approach? *Iran J Pediatr.* 2007;17(2):163–170.
- Palašćáková Špringrová I. Napřímená záda kojenců a dětí. 2. vyd. Čelákovice: ACT centrum s.r.o., 2016.
- Tomková Š, Palašćáková Špringrová I. Akrální koaktivační diagnostika a terapie u batolat s následným asymetrickým vývojem. In Šupinová M, Frčová B (eds.). *Multidimenzionalita v starostlivosti o dieťa.* 1. vyd. Warszawa: Instytut Studiów Międzynarodowych i Edukacji Humanum, 2019, s. 248–258. ISBN 978-83-952951-2-6.



Intenzivní fyzioterapie pacientky po míšní lézi Vojtovou metodikou 2. generace – VM2G

Využití VM2G – kazuistika ilustrující terapeutické možnosti vysoce intenzivní rehabilitace po závažném úraze míchy prováděné Vojtovou metodikou 2. generace formou domácí péče pod supervizí

Mgr. Václav Krucký¹, MUDr. Karel Saur², Sára Polívková, Jana Polívková³

¹Rehabilitace Karlovy Vary s.r.o.; ²Ústřední vojenská nemocnice, Praha

³Rehabilitační pracovnice, Bohutín

■ Souhrn

VM2G představuje generačně nové pojetí Vojtovy metodiky. Vychází ze základů, které položil dr. Václav Vojta ve své stěžejní práci *Vojtův princip* (Vojta, 1995). Pohybový aparát a vlastní pohyb člověka se VM2G snaží ukázat ve zcela jiném pohledu. Jedná se o zobrazení v prostorové perspektivě 3D, respektive funkční zobrazení hybnosti v reálném třídimenzionálním prostoru. Z důvodů didaktické odlišnosti klasické Vojtovy metodiky a metodiky 2. generace jsme použili označení Vojtova metodika 2. generace, ve zkratce VM2G. Na této kazuistice chceme ilustrovat možnosti, které metodika VM2G pro intenzivní a cílenou fyzioterapii nabízí. Terapie byla u mladé dvaadvacetileté pacientky s velmi vážným poraněním krční páteře a míchy s nejistou prognózou prováděna formou „domácí terapie“. Pooperační stav vykazoval kvadruparetické postižení akcentované na levé straně těla, nemožnost samostatného stoje a chůze s výraznou spastickou parézou levé ruky, dále disociaci citů na pravé straně těla s výraznými neuropatickými bolestmi obou rukou. Pacientka byla po čtrnácti dnech od operace převezena do domácí péče, kde byla 4× denně prováděna terapie VM2G, fyzikální terapie laserem, magnetoterapie a vířivé koupele končetin. Za dosavadních jedenáct měsíců domácí terapie bylo provedeno 1 344 cvičení reflexní lokomoce, 100× bylo aplikováno laserové ozařování, 100× aplikace magnetoterapie a 70× vířivá koupel končetin. Došlo k postupné úpravě hrubé i jemné motoriky, neuropatická bolest byla zcela odstraněna a postupně se upravuje trofika svalů. VM2G se v tomto případě ukázala jako suverénní terapeutický postup.

Klíčová slova: Vojtova metodika 2. generace, VM2G, traumatická míšní poranění,

periferní parézy končetin, neuropatická bolest

■ Úvod

Fyzioterapeutické metodiky vycházející z Vojtova principu a vývojové kineziologie člověka zaznamenávají v posledních letech mimořádný dynamický růst, a to nejen vlastní Vojtova metodika reflexní lokomoce, ale také například i metodika DNS (dynamická neuromuskulární stimulace) profesora Pavla Koláře a další. Nový způsob provádění původní Vojtovy metodiky se nazývá VM2G. Samotný název Vojtova metoda 2. generace odráží kompromisní řešení – pravdivě se hlásí k teorii a technice Vojtovy metody, jež respektuje, a současně pravdivě označuje metodické inovace. Otevírá širší otázky týkající se identity Vojtovy metody, hranic a možností jejího dalšího klinického vývoje po smrti jejího zakladatele.

■ Východisko řešení problematiky – VM2G

V roce 2005 jsme začali víc a víc přicházet na rozpory v tom, co psal dr. V. Vojta (Vojta, 1993, 2009) ve svých knihách, a tím, jaký je dosavadní pohled na pohybový aparát. Na rozpory v tom, jak se na pohyb člověka dívá současná moderní anatomie, neurofyzologie či biomechanika (Dylevský, 2014). Pohybový aparát a vlastní pohyb člověka se nám začal ukazovat ve zcela jiném pohledu. Jednalo se o zobrazení v prostorové perspektivě 3D, respektive ve funkčním zobrazení hybnosti v reálném třídimenzionálním prostoru. Tento rozpor byl ještě zřetelnější při vlastním praktikování terapie Vojtovou metodikou. Čím více jsme se snažili nalézt odpověď v odborné literatuře, tím větší vyvstávaly nejasnosti a pochybnosti, že tu něco zásadně „nehraje“ (Orth, 2005).

Zpochybnění to bylo troufalé, postupně se ale dařilo nalézat jednotlivé části mozaiky, která umožnila onen nový pohled na pohybový aparát a vlastní pohyb člověka ozřejmit.

Rádi bychom se v tomto sdělení věnovali především zkušenostem s fungováním Vojtovy metodiky tak, jak se ji daří řadu let praktikovat. Dr. Václav Vojta začal první poznatky o využití „reflexní lokomoce“ publikovat od poloviny 50 let 20. století. Během let se vyvinul velmi originální diagnostický a terapeutický koncept, který zprvu cílil na děti postižené dětskou mozkovou obrnou. Postupně se spektrum diagnóz, u nichž se Vojtova metoda začala používat, rozšířilo, stejně tak se i precizovala včasná diagnostika. Tou je možné odhalit hrozící mozkové postižení ještě v době prvního roku života dítěte, kdy je možné řadě následků předejít včasně prováděnou terapií. Jelikož generace, do níž dr. V. Vojta patřil, už odchází, pak nezbyvá než převzít „štafetu“ a s ní také zodpovědnost. Bývá zvykem, aby každá nastupující generace přispěla něčím novým k tomu dobrému, co zdědila po generaci předchozí. Naší snahou tedy je to skutečně mimořádně dobré, co nám dr. Václav Vojta zanechal, posouvat a rozvíjet dál. Věříme, že posuzování toho, do jaké míry se naše snaha daří, bude záviset na „ovoci“, jež nese. Mnoho let se zajímáme o řadu důležitých interpretačních otázek kolem Vojtovy metody, které dosud nejsou zcela uspokojivě zodpovězeny. Zvláště pak zůstávají nezodpovězeny otázky teoretického základu fungování metodiky.

■ Reflexe pacientky

Jmenuji se Sára Polívková a je mi 22 let. V létě 2018 jsem ukončila druhý rok na vysoké škole a připravovala se na svůj závěrečný ročník studia zdravotnického záchranáře. Na závěr prázdnin jsme se se spolužáky



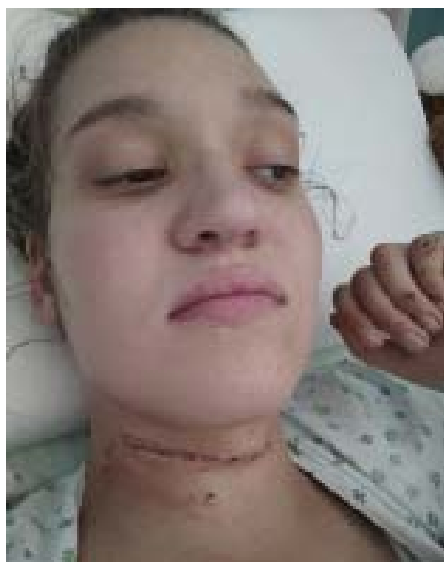
Snímky C páteře bezprostředně po operaci



Pacientka po operaci v září 2018

rozhodli, že se zúčastníme cvičení pro integrované záchranné složky a formou modelových situací se něco přiučíme. Utvořili jsme pětičlenný tým – přesně tak, abychom se vešli do auta, kterým jsme na modelové situace vyráželi. Jedna konkrétní situace probíhala dopoledne. I přes mírné poprchávání se nám líbila. Byli jsme spokojeni a s vidinou dobrého oběda jsme naskákali do auta. Seděla jsem vzadu se svými dvěma spolužačkami. Vzpomínám si, jak mi prolítlo hlavou, že bych se měla připoutat, ale pak jsem to odsunula stranou s tím, že je tam stejně moc věcí, sotva se tam vejde a cesta je krátká, tak co by se tak mohlo stát. Úžká,

Stav pacientky dva týdny po úraze



ještě trochu mokrá silnička, po které jsme jeli, se různě klikatila. Dostali jsme smyk a vylétli z levotočivé zatáčky do lesa. Původně jsem seděla za řidičem, ale prudký náraz do stromů z levé strany mě odmrštil na druhou stranu. Ležela jsem zaklíněná v autě a nemohla se dostat ven. Naštěstí moji spolužáci zajistili potřebnou pomoc a zavolali zdravotnickou záchrannou službu. Již na místě jsem registrovala silnou bolest krku, levé ruky a nohy. S levou nohou jsem od kolene dolů nemohla hýbat, stejně tak s prsty levé ruky. V tu chvíli mě uklidňoval pocit, že jsem v oněch končetinách registrovala alespoň dotek. Po vyproštění z auta mě vrtulní-

kem transportovali do ÚVN Praha na urgentní příjem. Po nezbytném vyšetření jsem byla okamžitě směřována na neurochirurgický operační sál. Po probuzení jsem se dozvěděla, že jsem měla frakturu pátého a šestého krčního obratle s luxací a že jeden z oněch úlomků obratle byl nebezpečně dislokován o 6 mm a utlačoval míchu. Neurochirurgové ovšem odvedli perfektní práci. V nemocnici jsem strávila 3 dny na jednotce intenzivní péče. Měla jsem velkou radost z toho, že levou nohou jsem po operaci trošinku pohnula. Prsty levé ruky jsem měla sevřené v pěsti a nemohla s nimi ani hnout. Navíc jsem v nich pociťovala brnění a bolest. S otáčením na bok mi pomáhal personál. Pro jistotu jsem měla krční límec. Po těchto třech dnech mě převezli na standardní oddělení. Tam se mnou začala každý den cvičit paní fyzioterapeutka. Každé cvičení trvalo zhruba 20 minut. Po pár dnech jsem se dokázala s pomocí posadit, posleze i postavit. Ale vždy jen na pár sekund. V krku mě to hodně táhlo a navíc se mi motala hlava. Několikrát jsem po chvíli sezení omdlela. Lékaři mě chtěli přesunout na rehabilitační oddělení, ale v ÚVN Praha nebylo místo. Často jsem slyšela větu, že jsem mladá a jistě to všechno rychle rozhýbu, a když budou nějaké následky, tak minimální. Nikdo ale nepřišel s konkrétním řešením. K mému velkému štěstí rodiče kontaktovali fyzioterapeuta Mgr. Václava Kruckého. Pan Krucký mě přišel navštívit do nemocnice. Prohlédl mě a řekl, že si není jistý tím,



Stav auta po nehodě



Olupování pokožky na levé ruce v prvním měsíci po úraze jako důsledek postupného obnovování periferní inervace

jestli půjdou rozhýbat prsty u levé ruky, ale že za pokus to rozhodně stojí, a vysvětlil mi princip VM2G. Celkově jsem strávila v nemocnici asi jen 14 dnů. Hodně lidí (ať už samotní lékaři, nebo naši přátelé) rozhodnutí pro domácí péči považovalo za velmi nerozumný krok a v dobré víře nás odkazovali na rehabilitační centrum v Kladrubech. Rozhodli jsme se však pro VM2G. Pan Krucký dorazil k nám domů druhý den. Přivezl oblek s vibračními míčky a vysvětlil nám, jak máme cvičit. Mým hlavním cvičícím asistentem se stala moje maminka. Oceňuji její trpělivost a pečlivost. V průběhu cvičení kolikrát upravuje pomůcky, aby bylo cvičení co nejefektivnější. Nedokážu si představit lepší péči, než kterou vykonávala ona. Snášela všechny mé špatné nálady s velkou trpělivostí. Když byla nemocná, cvičil se mnou tatínek, strejda, tety, sestra, bratr i spolužačka. Každý den cvičíme čtyřikrát. Mamince bylo jasné, že pokud máme zvládat takové vytížení a počet cvičení, musíme si to rozvrhnout do pravidelných cvičících intervalů, které musíme dodržovat. První cvičení začínalo v 7:30, druhé bylo v 11:00, třetí v 15:00 a poslední v 18:00. I když jsme tyto časy po pár měsících posunuly, nebo se stávalo, že zvláště třetí a čtvrté cvičení jsme museli o hodinu nebo dvě odložit, snažili jsme se tento systém pravidelnosti dodržovat. Velmi se to osvědčilo a jsem toho názoru, že pravidelnost je klíčem k úspěchu. Na začátky cvičení nemám hezké vzpomínky. Nejhorších bylo prvních 9 dnů. Horní končetiny začaly bolet mnohem více. Navýšení analgetik moc

nepomáhalo. Noci byly kvůli bolesti nekočné. Když jsem dala ruce pod proud vody, bolest se nedala snést. To platilo zvláště u vody studené, kde jsem měla pocit, že mi ruce propichuje spousta jehliček. Ušla jsem jen pár kroků vedle postele. Na záchod a do koupelny, která byla jen 7 metrů od místa, kde jsem spala, mě museli vozit na křesle. Zpočátku jsem měla hrůzu, jak se budu umývat, protože doma máme jen vanu. To jsme vyřešili sedátkem. Díky sprchování jsme zjistily další problém. Na pravé polovině těla od nohy k ramenu vyjma ruku jsem měla poruchu termického cití. To znamená, že jsem necítila rozdíl mezi horkou a studenou vodou. I vnímání bolesti bylo sniženo. Dny se vleky a představa toho, jak dlouho rehabilitace potrvá, mi přišla nekonečná. Kamarádka mi poskytla radu, díky které bylo vše snesitelnější. Řekla, abych se nedívala do budoucnosti, ale zkusila se soustředit na každý jednotlivý den. Ještě jsem to vylepšila a rozdělila jsem si den do jednotlivých částí. S takovýmto úhlem pohledu jsem vždy nejhorší části dne nějak přežila a zbytek byl příjemnější. Velkou výhodou a štěstím pro mě bylo, že můj strýc Karel Zemek je také fyzioterapeut a zrovna byl v poslední fázi kursu VM2G. Půjčil nám spoustu pomůcek a poskytoval cenné rady a nápady, jak situaci zlepšit. Díky němu jsem měla také přístup k další rehabilitaci, která zahrnovala laser, magnet a vodoléčbu. Zpočátku jsem tuto formu rehabilitace nesnášela. Vodoléčba byla asi nejnáročnější. Znamenalo to, že jsem ruce a nohy musela strčit

do kýble s vířivkou. Nebylo to nic příjemného, neboť jsem seděla v předklonu a po chvíli mě začal táhnout krk. Kůže na rukou se loupala. Postupně jsem si ale i na tyto rehabilitace zvykla. Naštěstí se záhy začalo objevovat zlepšení. Již po šesti dnech jsem sama bez pomoci dokázala ujít několik metrů. Po dalších šesti dnech jsem sama sešla a vyšla 14 schodů. Bolest postupně ustupovala. Prášky proti bolesti jsem užívala již jen na noc. V lednu jsem je přestala brát úplně. Registrovala jsem již jen malou bolest a i ta časem odezněla. Asi po dvou měsících jsme pořídili nový oblek. Byl o hodně pohodlnější. Stimulace je mnohem vyšší, ale hojně používání vyžaduje časté opravy. Přestávají fungovat jednotlivé míčky. Vždy, když už je poškození větší, vezme tatínek oblek a jede s ním do Rostok, kde ho opraví. Pan Krucký k nám zpočátku jezdil jednou za 14 dnů. Pečlivě kontroloval progres a pokaždé cvičení trochu upravil, někdy to bylo o další cvik, jindy zase jen o jiné nastavení pomůcek. Zpočátku byla pro mě každá změna náročná, ale po pár dnech jsem si zvykla. Také tatínek měl dost práce. Měl za úkol vyrobit některé pomůcky přímo na míru. Na panu Kruckém nejvíce oceňuji jeho přístup. Dívá se na pacienta komplexně se všemi jeho problémy. Pečlivě studuje všechny lékařské zprávy, RTG, zajímá se i o výživu. Vše vysvětlí a nad každou stížností nebo připomínkou se opravdu zamyslí a snaží se situaci co nejvíce zlepšit k dobru stavu, ale také ke spokojenosti pacienta. Dnes cvičím stále 4× denně. Jedno cvičení trvá se vším všudy 50–60



Pacientka na první procházce dva měsíce po úraze

minut. Nadále využívám magnet a UV lampu. Celková rehabilitace zabere denně přibližně 5 hodin. Musím přiznat, že někdy jsem z toho dost otrávená. Pravidelné časy a potřeba spousty pomůcek ke cvičení znamená, že nelze někam odjet na pár dnů, aniž bychom vzali pomůcky s sebou. Přesto si moc cením možnosti rehabilitace z domova a nejvíce jsem vděčná za rychlé pokroky, které se stále objevují. V podstatě už by nikdo neřekl, že jsem měla vážnou autonehodu. Chodím již normálně a zvládnou i pomalý běh. Prsty na levé ruce se zlepšily do té míry, že jsem schopná zahrát jednodušší písničky na klavír.

V oblasti krční páteře mám takřka neomezený pohyb. Ještě mě čeká velký kus práce. Neříkám, že tahle cesta je lehká. Vyžaduje to spoustu trpělivosti, tolerance a podpory od okolí. Ale je to metoda, která mi přinesla příležitost vybojovat si zdraví. V průběhu rehabilitace se mi dostalo podpory a pomoci od lidí v takové míře, kterou jsem si ani neměla představit. Celá moje úzká i široká rodina pomáhala, jak mohla. I lidé, kteří zprvu domácí péči nepovažovali za dobrý nápad, toto rozhodnutí tolerovali a dost nám pomohli i finančně. Moji kamarádi a spolužáci za mnou chodili již do nemocnice, povzbuzovali mě a dělali pro mne vše možné, jen aby mi ulehčili situaci. Mnozí z nich se mnou dodnes prožívají pokroky i drobná zklamání. Ve škole mi vyšli vstříc a díky mým spolužákům jsem si nemusela dělat starosti o vyřízení přerušení studia a dalších potřebných dokumentů. Všem jsem za pomoc neskutečně vděčná, ať už šlo o odbornou pomoc všech zasahujících při autonehodě, nemocničního personálu, nebo za pomoc přátel, kteří mi srovnávali věci na nemocničním stolku, pomáhali při jídle a hygieně, poskytli finanční podporu a psali mi povzbudivé zprávy. Obrovský dík patří panu Kruckému, který se pečlivě stará o můj stav. Mnoho lidí se za mne modlilo a stále modlí. Osobně si myslím, že bez víry v Boha bych tuhle těžkou situaci nevládala. Vždy, když nějaký lékař viděl můj RTG, tak žasl nad obrovským štěstím, že dislokované obratle nepřerušily míchu. Já si myslím, že pouhé štěstí to nebylo.

■ Reflexe matky pacientky – domácí terapeutky

Naše dcera měla v září 2018 autonehodu s vážným zraněním krční páteře. Operace trvala tři hodiny a doktorům v ÚVN Praha patří mnoho našich díky za jejich skvělou práci. Následkem zranění došlo k otoku míchy, a tím k omezení levé horní končetiny a levé dolní končetiny. Když dceru na lůžkovém oddělení začali posazovat, byl úspěch, že vydržela sedět půl minuty. Často omdlévala, s váhou šla dolů téměř o 10 kg. Léčba měla pokračovat cvičením na rehabilitačním oddělení, jenže v nemocnici bylo plno. Pana Mgr. Kruckého jsme znali z dřívějších let, kdy u něho byla v péči naše nejstarší dcera. Jeho laskavý přístup s odborným zájmem o pacienta byl již tehdy nevšední. Věděli jsme, že se reflexní cvičení Vojtovou metodikou posouvá stále kupředu a že výsledky cvičení VM2G jsou úžasné. Proto jsme s manželem neváhali, zavolali mu a po dohodě s doktorem jsme si vzali dceru po 14 dnech hospitalizace do domácí péče, což vyvolalo údiv u některých našich přátel. P. Krucký přijel hned druhý den, objasnil nám vážnost úrazu a začalo cvičení VM2G – v obleku s vibračními míčky a se spoustou pomůcek, které nám poskytli švagr fyzioterapeut. Kromě toho nám švagr zapůjčil též vířivku, magnet a denně jezdil s laserem a pomáhat cvičit. Pořídili jsme mobilní WC, protože zpočátku Sára ušla jen pár kroků s velkým vypětím. Obě ruce byly citlivé na dotek, k neurologickému léku musela brát též silná analgetika. Při cvičení dlouho nevydržela mít ruce a nohy

Stav jizvy po laserové terapii





Stav jizvy bezprostředně po operaci

ve vzduchu, pořídili jsme nad lůžko hrazdu s gumou, disky, balóny a různé polštářky. Jakýkoliv sebemenší pohyb s polštářem pod hlavou vyvolával bolest krku a hlavy. Od začátku cvičíme s dcerou čtyřikrát denně, jedno cvičení trvá 50–60 minut. Již po týdnu cvičení jsme mohli dovézt Sáru na kolečkové židli do koupelny a osprchovat ji. Od začátku října začala zkoušet chůzi po bytě. Velkou radost jsme měli, když samostatně sešla 14 schodů dolů i nahoru. S našim fyzioterapeutem jsme byli ve spojení – mobil, e-maily, návštěvy. Jeho neustálé posouvání léčby kupředu s přibývajícími cviky přineslo výsledky obdivuhodně rychle. Dcera začala chodit, největší radost měla, když si sama mohla umýt hlavu a sama se učesat. Sára byla často unavená, při cvičení musely být nohy i ruce podpírány, šijové svaly bolely. Přesto jsme dodržovali režim cvičení. Pomáhala nám při tom klasická hudba (Verdi, Beethoven, Dvořák...) P. Krucký při každé návštěvě Sáru vyšetřil, upravil cviky, doporučil úpravu lehátka, sledoval pitný režim i nutriční výživu. Rehabilitace šla rychle kupředu. Již v polovině listopadu začala Sára dělat krátké procházky po zahradě. V lednu přestala brát léky na bolest. Procházky venku se prodlžovaly, dnes ujde 4–6 km. V září 2018 jsem měla necelý rok do důchodu. V práci mi umožnili si vzít nově schválenou dávku nemocenského pojištění – dlouhodobé ošetrovné. Nikde s tím zatím neměli zkušenost, takže bylo docela složité vysvětlovat, co chci. Také jsme požádali o příspěvek na péči, ale ten prý dávají lidem až po dlouhodobé neschopnosti se o sebe postarat. Když mi po třech měsících došlo, že cvičení bude trvat delší dobu, ukončila jsem pracovní poměr a momentálně jsem na pracovním úřadě s klasickou podporou v nezaměstnanosti 40 % platu. Naši přá-

telé a širší rodina nám hodně pomohli po finanční stránce. Jsme vděční všem lidem za jakoukoliv pomoc a zájem zvláště v prvních měsících po nehodě. Nyní po devíti měsících cvičení téměř nikdo nepozná, že je dcera po úraze. Navíc se zlepšilo celkové držení těla a nohy, které měla Sára už před úrazem do „X“, se srovnaly. Funkčnost levé ruky ještě není plně obnovena, takže cvičíme dále. Uvědomujeme si, že úplné uzdravení závisí mimo jiné na poctivém dodržování všeho, co nám náš fyzioterapeut radí a doporučuje, od neustálých úprav lůžka přes výživu až po jemné vyladování cviků. Nevíme, jak dlouho ještě rehabilitace potrvá, ale víme, že jsme se rozhodli správně pro VM2G, neboť vidíme, že tato metoda funguje. A pokud si s něčím nevíme rady, víme, že se na něj můžeme kdykoli obrátit.

■ Kazuistický popis z pohledu fyzioterapeuta

Dvaadvacetiletá pacientka Sára nebyla po autonehodě a následné operaci C páteře schopna samostatné vertikalizace, chůze ani základní sebeobsluhy. Funkční zůstala jen pravá ruka, s jejíž pomocí se dostala na lůžko do sedu. V klinickém obraze dominovala, vedle výrazné parézy dolních končetin, těžká spastická paréza levé ruky, palčivá bolestivost levé ruky táhnoucí se k předloktí a v obdobném rozsahu bolest pravé ruky v menší intenzitě. Pro mírnění úporné bolesti brala pacientka na noc opiáty a přes den silná analgetika. Na pravé straně obličej byla patrná lehká paréza obličejových svalů s nápadnějším poklesem horního víčka pravého oka. Z neurologického hlediska jde o stav po nekompletní transverzální míšní lézi s postižením segmentů od C8 distálně po prodělané luxační fraktury C6–7.

■ Problematika míšních lézí

Traumatické míšní léze jsou mimořádně závažným problémem, který, zvláště vlivem zvyšující se intenzity dopravy a adrenalinových sportů, postupně narůstá. Pacienti jsou díky moderní záchranné službě, vyspělé operační technice a kvalitní intenzivní pooperační péči zachraňováni a přežívají i velmi závažná polytraumata mnohem častěji než v minulosti. Po stabilizaci jejich stavu jsou překládáni na spinální jednotky, rehabilitační oddělení nebo do rehabilitačních ústavů. Pacientům se dostává celé řady fyzioterapeutických, ergoterapeutických, balneologických a dalších procedur, které cílí na úpravu stavu a následné využití zbylých pohybových funkcí. Vzhledem k poměru množství pacientů a počtu fyzioterapeutů jsou však v těchto zařízeních možnosti individuálního intenzivního cvičení značně omezené.

■ Dlouhodobý rehabilitační plán VM2G formou „domácí terapie“

Pacientka i její rodiče souhlasili s navrženým dlouhodobým rehabilitačním plánem „domácí terapie“. Základ rehabilitačního plánu spočíval ve vývojové kineziologii. Cílem bylo dosáhnout co možná nejlepšího znovuobnovení všech motorických funkcí, jak hrubé, tak i jemné motoriky. Prostředkem terapie byla reflexní lokomoce dle Vojty prováděná za pomoci řady pomůcek a technických prostředků, které nabízí Vojtova metodika 2. generace. Takovýto terapeutický postup musí nutně respektovat aktuální stav pacienta, a to jak po stránce motorických funkcí, tak také senzoryky, zvláště stavů bolesti. U závažných případů je nezbytné využít veškerý potenciál, který reflexní lokomoce nabízí, tedy všechny základní terapeutické polohy (reflexní otáčení na zádech a na boku i reflexní plazení), a dále tyto základní polohy terapeuticky zintenzivňovat nadstavbovými šikmými a labilizačními pozicemi. V prvních týdnech bylo možné využívat toliko základní polohy reflexního otáčení v poloze na zádech, která byla prováděna v terapeutickém odlehčení pomocí vypodložení nohou, levé ruky a pečlivým přesným vypodkládáním hlavy. Tato vypodložení umožnila předcházet vzniku bolesti z nekomfortní polohy, a tak bylo umožněno spouštění lokomočního reflexu. Jeho průběh byl zpočátku slabý a pro rychlý nástup únavy bylo nutné vkládání opakovaných přestávek a častější střídání



Terapie VM2G u pacientky v reflexním otáčení II na šikmém lůžku s labilizační opěrných ploch, se závaží na končetinách a gumovými pásy

Pacientka při terapii VM2G v poloze reflexního plazení na šikmém lůžku s opěrnou deskou, labilními míči a elastickými pásy



stran. Časem, jak terapie pokračovala, reflex sílil a bylo možné prodlužovat dobu stimulace, postupně odebrat podpěry končetin a zesilovat stimulaci. Čtrnáct dnů po úraze klesla váha pacientky o jedenáct kilogramů, z důvodu inaktivity došlo k výrazné svalové atrofii. Od začátku terapie, která začala v domácím prostředí, bylo nezbytné dodržovat pitný režim a také dostatečný nutriční příjem i s využitím nutridrinků. Každý den je pečlivě zaznamenáván vlastní průběh reflexního cvičení, pitný a dietní režim, defekace, míra fyzické únavy, stupeň bolesti, kvalita spánku, celkové emoční ladění a také stav a výkonnost jemné a hrubé motoriky. V rámci terapie je prováděna i stimulace fyzikálními prostředky, a to ozařování jizev a levé ruky laserem, magnetoterapie a vířivé koupele na ruce a na nohy.

■ Dosavadní průběh terapie a její výsledky

Reflexní cvičení je od začátku prováděno 4× denně a jedno cvičení trvá 50 až 60 minut, přičemž čistý čas stimulace při jednom cvičení vychází na 35 minut. Již pátý den po začátku cvičení byla pacientka schopna sama dojít cca 7 metrů na toaletu. Dvanáctý den vyšla pacientka několik schodů. Po dvou měsících od začátku cvičení byla reflexní lokomoce prováděna ve všech třech základních polohách (na zádech, na boku a na břiše), v té době dostala pacientka také nový typ cvičebního obleku se čtyřiceti

vibračními míčky. Postupně byly přidávány další pomůcky jako labilizační disky, nafukovací míče, závaží na končetiny, opěry pro ruce a nohy, elastické pásy, úchyty pro ruce, protiskluzné podložky, náklony ložné plochy cvičebního lůžka, vyvýšené podložky a další technické prostředky. Postupně dochází k odeznívání bolestí rukou i krční páteře. Po pěti měsících začíná pacientka zkoušet hrát na piano, také přidává učení se hraní na žestový nástroj křídlovku, který je cíleným tréninkem jemné motoriky ruky. Po sedmi měsících od úrazu začíná pacientka řídit auto. Za další dva měsíce začíná přidávat posilovací běžecký trénink a následně také jízdu na kole. Za dosavadních jedenáct měsíců terapie bylo provedeno 1 344 cvičebních jednotek reflexní lokomoce, 100× bylo aplikováno laserové ozařování, 100× aplikace magnetoterapie a 70× vířivá koupel. V této době bylo vykonáno celkem 16 supervizních návštěv fyzioterapeuta. Doposud není známo, že by existovalo klinické nebo ambulantní pracoviště, které by bylo schopné takto cílenou intenzivní rehabilitační péči poskytnout. Jedinou možností, jak docílit takovéto péče, je využít modelu angažovaného „domácího terapeuta“. Nutno dodat, že model domácího cvičení u kojenců zavedl, přes mnohé odborné protesty, již v polovině 60. let 20. století právě dr. Václav Vojta, a nelze jej tedy považovat za nějakou novinku.

■ Sociálně-ekonomické hledisko prováděné terapie

Z hlediska ekonomického stála dosavadní rehabilitační léčba zdravotní pojišťovnu toliko platbu za návštěvy fyzioterapeuta v úhrnné částce **11 680 Kč**.

Měla-li by zdravotní pojišťovna hradit výše uvedené množství rehabilitační péče, pak by, dle sazebníku výkonů, zaplatila **695 342 Kč**. Pokud by pacientka zvolila pobyt v rehabilitačním ústavu a měla to štěstí, že by v něm mohla být nepřetržitě jedenáct měsíců, pak by se výdaje zdravotní pojišťovny vyšplhaly na částku kolem **1 100 000 Kč**, tedy prakticky stonásobek, než doposud vydala za péči formou „domácí terapie“. Nutno však znovu dodat, že by žádný rehabilitační ústav takto intenzivní péči nebyl schopen poskytnout. U pacientky dochází k postupné restituci funkcí hrubé i jemné motoriky, včetně prakticky plného rozsahu pohybu krční páteře. Došlo k úplnému odeznění neuropatických bolestí, tím co prozatím přetrvává, je disociace termického citu na pravé straně těla a části pravé dolní končetiny. Paréza obličejových svalů a pokles horního víčka pravého oka zcela vymizela. Z dosavadního průběhu lze oprávněně doufat v opětovné obnovení motorických funkcí a plnohodnotný návrat do života, včetně dokončení studia náročného oboru záchranáře. Nelze nikterak zastírat, že takto intenzivní péče se děje za cenu nemalé oběti, kterou pro pacientku činí její rodina.



■ Teoretický podklad účinku reflexní lokomoce

Doposud není přesně znám teoretický podklad účinku reflexní lokomoce. Obecně se má za to, že tato specifická stimulace využívá plasticity nervového systému, a tím dochází k novotvorbě nervových synapsí. Domníváme se, že při reflexní stimulaci se pravděpodobně spouští fyziologický program ontogenetického vývoje prvního roku života. Tomuto tvrzení by napovídaly pohybové reflexní vzory, které mají kineziologický obsah totožný s ontogenetickým vývojem. Mimořádně zajímavý jev byl pozorován u této pacientky v rámci postupné úpravy výrazných neuropatických bolestí obou rukou, zvláště levé. Bezprostředně po zahájení každé reflexní stimulace došlo k vymizení neuropatických bolestí a stav bez bolesti přetrvával cca dalších 20 minut po ukončení celé terapie, pak došlo k návratu bolesti, ale ta byla již v menším rozsahu co do plochy a také menší ve své intenzitě. Jelikož byla stimulace prováděna denně, opakovaně a pravidelně, docházelo k postupnému a trvalému ústupu bolesti. Tento ústup šel akrálním směrem. Lze si jako hypotézu představit, že by reflexní stimulace mohla fungovat jako „specifická pumpa“, která odčerpává míšní posttraumatický a postoperační otok. Tento otok je prakticky obligatorně příčinou nejen bolestivých neuropatických stavů po míšních lézích, ale je významným faktorem, který brání fungování míchy, a má tak z dlouhodobého hlediska za následek devastaci motorických funkcí spojenou s postupnou atrofií periferních nervů, svalů i pokožky. Tyto změny, působí-li útlak po dobu více měsíců, jsou většinou ireverzibilní a vedou ke ztrátám motorických funkcí. Někdy mohou být vzniklé ztráty funkcí podstatně rozsáhlejší, než by odpovídalo rozsahu primární léze. Lze říci, že dlouhodobě perzistující otok v uzavřených prostorech lebky či míšního kanálu působí „sekundární léze“, které významným způsobem zhoršují prognózu pacientů po traumatech na nervovém systému.

■ Závěr

Domníváme se na základě zkušeností posledních patnácti let, že používání VM2G je zcela oprávněné pro celou řadu poruch motoriky, včetně nejtěžších poúrazových stavů. Z hlediska poměru vynaložených nákladů ze zdravotního pojištění za dosažený

terapeutický úspěch je výsledek více než velmi dobrý.

■ Video k dispozici na YouTube

Současné cvičením VM2G v poloze reflexní otáčení I s náklonem, labilizací a dalšími technickými pomůckami.

<https://youtu.be/72PjCuM8ZGc>



Pacientka hrající na klavír po osmi měsících terapie.

<https://youtu.be/N9kiwNtkkyl>



Pacientka po osmi měsících terapie v doplňkové aktivitě – běhu.

<https://youtu.be/FDs7o3d1TDU>



Pacientka po osmi měsících terapie v doplňkové aktivitě – jízdě na kole.

<https://youtu.be/KZ5IBK9pqvE>



■ Literatura

- Borys P. Model of the newborn's physical development. Acta Phys Pol. 2010;41:1105–1110.
- Döderlein L. Infantile Zerebralaparese: Diagnostik, konservative und operative Therapie. Berlin: Springer, 2015. ISBN 978-3-642-35319-2.
- Dylevský I. Anatomie dítěte: Nipioanatomie. Praha: České vysoké učení technické v Praze, 2014. ISBN 978-80-01-05094-1.
- Kagan J. Unstable Ideals. Cambridge (MA): Harvard University Press, 1989. ISBN 067493038X.
- Kolář P. Rehabilitace v klinické praxi. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1.
- Kraus J. Dětská mozková obrna. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1018-8.
- Krucký V. Vojtova metodika 2. generace s videokompendiem. Praha: SVR – společnost pro vývojovou rehabilitaci, 2017. ISBN: 978-80-906760-1-5.
- Langmayer J. Vývojová psychologie. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-427-1284-9.
- Orth H. Das Kind in der Vojta-Therapie: Ein Begleitbuch für die Praxis. München: Urban & Fischer, 2005.
- Papoušek M et al. Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Bern: Verlag Hans Huber, 2004. ISBN 3-456-84036-5.
- Vágnerová M. Vývojová psychologie. Dětství a dospívání. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2012. ISBN 978-80-264-2153-1.
- Vojta V, Schweitzer E. Die Entdeckung der idealen Motorik. München: Paum Verlag, 2009. ISBN 978-3-7905-0966-3.
- Vojta V. Mozkové hybné poruchy v kojeneckém věku. Praha: Grada Avicenum, 1993. ISBN 80-85424-98-3.
- Vojta V. Vojtův princip. Praha: Grada Publishing, 1995. ISBN 80-7169-004-X.



Henochova-Schönleinova purpura (IgA vasculitis) s nefritidou

MUDr. Alexander Kolský, CSc.¹⁾, MUDr. Světlana Najmanová²⁾

¹⁾ Klinika dětí a dorostu 3. LF UK a FNKV, Praha 10; ²⁾ Dětské odd. Oblastní nemocnice Kladno a PLDD

Anafylaktoidní Henochova-Schönleinova purpura (HSP) je nejčastější systémovou vaskulitidou dětského věku. Je to leukocyto-klastická vaskulitida malých cév (v okolí cév jsou leukocyty s rozpadlými jádry, které jsou postiženy fibrinoidní nekrózou) s netrombocytopenickou purpurou na predilekčních místech a možným orgánovým poškozením. Choroba byla popsána v roce 1801 W. Heberdenem, své pojmenování ale dostala podle J. L. Schönleina (popsal v roce 1832 vztah purpury a artritidy) a E. H. Henocha (popsal v roce 1868 gastrointestinální a renální postižení). V 90. letech 20. století vznikl konsensus revmatologů a choroby se nyní též označuje jako IgA vasculitis. V literatuře se stále užívá i původní název Henochova-Schönleinova purpura.

■ Epidemiologie

Roční incidence HSP kolísá, udává se 7–22,1/100 000 dětí. Častěji jsou postiženi chlapci 1–1,7 : 1. HSP se vyskytuje zpravidla u dětí ve věku 2–10 let s mediánem 4–5 let. Incidence klesá s věkem.

■ Patogeneze

Příčina HSP není dosud známa. Rozvoj alergické vaskulitidy je podmíněn kontaktem s cizím antigenem (zřejmě bakteriálním), při kterém dochází k depozici nefritogenní polymerické glykosylované molekuly IgA₁ a následně ke vzniku imunokomplexů a jejich ukládání do malých cév a kapilár a v mesangiu ledvin. Aktivuje se komplement, polynukleáry a monocyty infiltrují tkáň a dochází proteolyticky k poškození endotelu. Spouštěcí faktory jsou často infekce horních dýchacích cest: Streptococcus β, Mycoplasma, adenoviry atd. Žádné infekční agens však nebylo prokázáno jako etiologické. Svůj vliv může hrát i léková či potravinová alergie.

■ Patologie

HSP je charakterizována infiltrací malých cév, zejména kapilár, venul nebo arteriol polymorfonukleárních leukocytů. Je přítomna proliferace mesangiálních buněk a epitelové adheze, resp. tvorba celulárních nebo fibrózních srpků na Bowmanově pouzdře se sklerózou a nekrózou. Imunofluorescencí se prokážou depozita IgA ve stěně malých cév a glomerulů, většinou v kombinaci s IgG a C3 složkou komplementu.

Existuje značná podoba HSP nefritidy a primární IgA nefropatie. Obě choroby mají podobný histologický obraz a podobnou patogenezi, kdy se jedná se o defekt galaktózy IgA₁. HSP nefritida má charakter akutního zánětu glomerulů s endokapilární a mesangiální proliferací, depozity fibrinu a epitelálními srpkami. Existuje přitom možnost zhojení anebo přechodu do chronicity. Naproti tomu IgA nefropatie je pomalu progredující chronická glomerulonefritida s kontinuálním postižením mesangia depozity makromolekulární IgA₁.

■ Klinický průběh

HSP se manifestuje často 1–2 týdny po respiračním infektu horních cest dýchacích. Charakteristické jsou kožní léze – petechie, které jsou predilekčně na extenzorových stranách dolních končetin a na hýždích, postihující děti ve 100 % případů. Jsou to palpovatelné purpurické makuly, které nemizí po stlačení.

Kromě kůže bývá zpravidla multiorgánové postižení – **tetráda**: postižení kůže, gastrointestinálního traktu, kloubů a ledvin. Vzácně jsou zasaženy i jiné orgány (plíce, mozek, myokard, varlata). Tato klasická tetráda se vyvine v průběhu dnů až týdnů od manifestace. Postižení střeva se projeví edémem a krvácením. GIT projevy postihují 50–70 % dětí. Mohou být přítomny kolikovitě bolesti břicha, zvracení, hemateméza a krvavé stolice. Na možnost invaginace, která patří mezi

charakteristické příznaky, je nutno pomýšlet u všech dětí s HSP. Tranzientní artralgie se vyskytují u 50–70 % případů.

HSP se manifestuje v severní Evropě nejčastěji v chladných měsících, naproti tomu v Itálii v červnu.

Průběh HSP je zpravidla benigní a self-limitující. Petechie zpravidla vymizí během několika dnů. Může však docházet k jejich opakovaným výsevům v průběhu 6–8 měsíců.

Postižení ledvin se vyskytuje u 20–54 % dětí s HSP. U starších dětí je riziko postižení ledvin vyšší. Jen velmi zřídka renální postižení bývá ihned na počátku HSP. Projevy nefritidy se objevují většinou během 4 týdnů až 6 měsíců od počátku HSP, přičemž dle extra-renálních příznaků nelze predikovat průběh HSP nefritidy. Močový nález u HSP nefritidy je pestrý: mikroskopická až makroskopická hematurie, erytrocytární či jiné buněčné válce a proteinurie. Zpravidla se močový nález od manifestace HSP objeví během 4 týdnů u 84 %, do 6 týdnů u 91 % a během 6 měsíců u 97 % dětí. Izolovaná hematurie, popř. s mírnou proteinurií se vyskytuje u 75 % dětí. Někdy se objevují opakované ataky makroskopické hematurie. Nefrotická proteinurie, která může být provázena otoky nebo hypoalbuminemií, snížením glomerulární filtrace a popř. i hypertenzí, se nachází asi u pětiny dětí s HSP nefritidou. Může být přítomen i nefritický syndrom. Tyto závažné případy probíhají pod obrazem rychle progredující glomerulonefritidy.

Závažnost nálezů souvisí s histologickým obrazem. V případě asymptomatické hematurie lze očekávat jen fokální mezangiální proliferaci. Naproti tomu při proteinurii bude přítomna nejspíše významná celulární proliferace, u těžké nefrotické proteinurie lze očekávat nález srpků. Z počtu srpků při biopsii vychází i klasifikace HSP nefritidy. Na základě tohoto skórování se volí terapie. Míra proteinurie je zřejmě hlavním prognostickým faktorem u HSP nefritidy.



■ Diagnostika

Při vyšetření nacházíme fyziologický počet trombocytů vzor petechiím. Koagulační vyšetření je v normě. Asi polovina pacientů má zvýšenou hodnotu IgA v séru. C3 složka komplementu je v normě. ANA protilátky jsou negativní.

Klinický obraz HSP je zpravidla přesvědčivý. V diferenciální diagnostice je nutno vyloučit jiné příčiny purpury, krvácivé stavy, ostatní druhy vaskulitid, systémové choroby, případně i sepsi. Při bolestech břicha je nutno pomýšlet na jiný možný zdroj gastrointestinálního krvácení a zejména na náhlou přírodu břišní.

Při HSP nefritidě lze dobře stanovit diagnózu na základě kliniky a močového nálezu. V případě lehkého průběhu bez významné proteinurie se renální biopsie zpravidla neprovádí. Při nefrotické proteinurii popř. se snížením glomerulární filtrace je včasná biopsie naopak nezbytná. Zde nejde pouze o upřesnění diagnózy, ale o zjištění rozsahu postižení, který je vodítkem terapie. Zároveň se na základě biotického nálezu lze vyjádřit k prognóze. Např. je-li při biopsii více než 50 % glomerulů se srpkami (crescents), je to známka závažného postižení s rizikem progresu – sklerotizace glomerulů.

■ Terapie

Terapie HSP není dosud jednotná. Je nutná observace dítěte, často ve spolupráci s chirurgem. V případě extrarenálních příznaků je léčba symptomatická. Je nutná řádná hydratace, klidový režim a případně podání analgetik.

Pro léčbu HSP nefritidy dosud nejsou jednotné postupy medicíny založené na důkazech. Soubory dětí jsou relativně malé a chybějí randomizované kontrolované studie. Nelze též pominout, že případná progresse do chronického selhání ledvin trvá několik desetiletí. Samotná hematurie, včetně atak makroskopické hematurie, není důvodem k léčbě. Tyto děti v akutní fázi jistě vyžadují pečlivou observaci (kontrolu diurézy krevního tlaku a renálních funkcí). Případná léčba je symptomatická.

Jiná situace je v případě výskytu nefrotické proteinurie, při manifestaci nefrotického syndromu a při případném zhoršení renálních funkcí. V těchto situacích neváháme s včasnou renální biopsií. Následuje agre-

sivní několikadenní pulsní terapie methylprednisolonom v dávce 1 g/1,73 m². Po této pulsní léčbě následuje perorální léčba prednisolonom nejméně po dobu 2 měsíců. Dle odpovědi na kortikoterapii a histologického nálezu se zvažují další imunosupresivní léky jako např. cyklosporin A, mykofenolát mofetil, rituximab či cyklofosfamid. Časná intenzivní léčba je důležitá v prevenci ireverzibilního poškození ledvin (riziko hyperfiltrace atd.). Případná arteriální hypertenze se léčí zpravidla inhibitory ACE, které zároveň snižují proteinurii. Na druhou stranu včasná adekvátní terapie výrazně zvýší šanci na zhojení. Je nutné si přitom uvědomit, že preventivně indikovaná kortikoterapie ihned v počátku manifestace HSP nezabrání vzniku HSP nefritidy. Tento postup nepřináší dlouhodobý benefit a je nutno mít na vědomí i možné vedlejší účinky léčby.

■ Prognóza

Prognóza HSP závisí zejména závažnosti renálního postižení. Dle závažnosti histologického nálezu při renální biopsii (zejména množství srpků) se nejlépe stanoví prognóza. V případě přechodné hematurie a mírné proteinurie je prognóza velmi dobrá a močový nález se poměrně rychle upraví. Rekurence bývá u třetiny dětí, což však nemusí znamenat špatné dlouhodobé vyhlídky pro dítě. Prevalence a závažnost komorbidit stoupá s věkem. Zbytkový močový nález však může dlouhodobě přetrvávat. U dětí s nefrotickou proteinurií, sníženou glomerulární filtrací a případně s hypertenzí je prognóza horší. Tyto děti (asi 5 %) vyžadují dlouhodobou nefrologickou péči. Asi u 1 % dětí dochází k progresi do konečného stadia chronického onemocnění ledvin. HSP u dospělých se sice vyskytuje zřídka, bývá to však závažné onemocnění zejména v důsledku renálních komplikací.

■ Závěry

HSP vyžaduje pečlivou observaci dítěte a promptní řešení komplikací. V případě manifestace nefrotické proteinurie u HSP nefritidy je nutná včasná indikace renální biopsie, razantní intenzivní terapie a dlouhodobé sledování dítěte.

■ Dívka se po narození dočkala dvojčete za 77 dní

Vzácný případ, který se řečí čísel odehraje pouze v jednom z 50 milionů případů, se stal v nedávné době v Kazachstánu. Situace, kdy se jedno z dětí narodí výrazně dřív, byla způsobena dvojitou dělohou matky.

Pro 29letou Liliyu Konovalovou to nebyl první porod. Už před sedmi lety se dočkala obyvatelka kazašského Uralsku dcery, tentokrát však očekávala dvojčata. První z dětí přišlo na svět 24. května. Dcera Liya se narodila v 25. týdnu těhotenství a vážila pouhých 800 gramů. První měsíc života tak strávila na jednotce intenzivní péče.

Na svého bratra si však musela drobná dívka ještě počkat. Vzhledem k zdvojené děloze matky se syn Maxim narodil až 9. srpna, tedy o 77 dní později. „Nejdříve jsem byla v šoku, když mi lékaři řekli o mém stavu. Bála jsem se hlavně o život předčasně narozené dcery,“ řekla matka, jež už se v porodnici připravuje na cestu domů. Obě děti nyní váží okolo 4,5 kilogramu.

Ačkoliv se podle kazašského ministerstva zdravotnictví jednalo o první takový případ v zemi, případy zdvojené dělohy – *uterus didelphys* – nejsou tak vzácné, jak by se mohlo zdát. Pohlavní orgány totiž stejně jako jiné orgány vznikají v páru. Dvě identické části dělohy pak při vývoji splynou v jednu. Při vývoji může dojít k různým formám nesplynutí.

V dubnu se podobný případ odehrál nedaletko italského Milána. Dvojčata se narodila 40leté matce s rozestupem 60 dnů.

Zdroj: nčs, novinky.cz, 20. 8. 2019



Anémie – když příčinou není sideropenie aneb kdy neléčit železem

MUDr. Martina Suková

Klinika dětské hematologie a onkologie 2. LF UK a FN Motol Praha

Anémie, arbitrálně definovaná jako snížení hemoglobinu pod -2SD normy pro daný věk a pohlaví (tab. 1), je nejčastějším laboratorním nálezem v praxi PLDD.

K vyšetření krevního obrazu pediatra málokdy vedou symptomy anemického syndromu (bledost, vegetativní projevy, slabost, nevýkonnost, kolapsy), častěji je organismus na postupně vznikající anémii adaptován a ta je zachycena náhodně, např. při předoperačním vyšetření. Anémie je symptom, jehož podkladem může být jak primární porucha krvetvorby, způsobená nedostatkem stavebních kamenů nebo útlumem erytropoezy v kostní dřeni, tak, častěji, jiné systémové onemocnění, jehož je anémie jen sekundárním projevem. Při záchytu anémie je tedy hlavním úkolem pediatra rozvaha nad příčinou stavu – na základě anamnézy, somatického nálezu a základních laboratorních parametrů: kompletní krevní obraz včetně retikulocytů a diferenciálního rozpočtu leukocytů, parametry hemolýzy a zásobního železa. Použití jednoduchého algoritmu (obr. 1 a tab. 2) umožní oddělit běžnou sideropenickou anémii a anémii chronických chorob (ACD) od závažnějších poruch krvetvorby, a tím nasměrovat další vyšetřovací a léčebný postup.

Na následujících kazuistikách je dokumentována široká škála příčin anémie v dětském věku, které přicházejí v úvahu při diferenciální diagnostice „klasické“ karenní sideropenie.

Pro názornost diagnostické rozvahy se podržím kategorizace anémie na mikrocytární hypochromní, hemolytickou, makrocytární a anémii s retikulocytopenií se zohledněním nejpravděpodobnějších příčin vzhledem k věku. Patognomické nálezy jsou u jednotlivých případů zvýrazněny.

■ Případ 1 – mikrocytární anémie

Dosud zdravý adolescent s negativní rodinnou anamnézou přichází s několika dny trvajícími symptomy únavnosti, nevýkonnosti a prekolapsových stavů při fyzické aktivitě. V anamnéze připouští neideální stravovací

návyky, ale bez eliminační diety. Popírá známky krvácení nebo gastrointestinální symptomy.

V somatickém nálezu je pouze bledost s hyperkinetickou cirkulací, bez jiné patologie.

KO 1: dívka, 11 let, karenní sideropenická anémie

Leuko ($\times 10^9/l$)	6,1
Ery ($\times 10^{12}/l$)	3,42
Hb (g/l)	48
MCV (fl)	53,8
MCH (pg)	14,0
Ret (%)	1,1
trombo ($\times 10^9/l$)	442
dif	bez atypíí
Bili (mmol/l)	6,9
Feritin ($\mu g/l$)	** <0,5
sTFR (mg/l)	48,15 **

nález: významná mikrocytární hypochromní anémie, prakticky nulové hodnoty zásobního železa.

Léčba: p.o. preparáty železa, úprava hemoglobinu za 4 týdny, feritinu za 4 měsíce

KO 2: Chlapec, 15 let – anémie chronických chorob při IBD

Leuko ($\times 10^9/l$)	9,1
Ery ($\times 10^{12}/l$)	3,82
Hb (g/l)	68
MCV (fl)	68
MCH (pg)	20,7
Ret (%)	4,9
trombo ($\times 10^9/l$)	402
dif	neutrofilie
Bili-konj (mmol/l)	22,5/8,1
Feritin ($\mu g/l$)	* 1,5
sTFR (mg/l)	14,7 *

nález: laboratorní obraz sideropenie s určitým podílem hemolýzy – indikováno imunologické vyšetření: Coombs: +++, hypergamaglobulinémie (IgG 17,7*), ANCA+, vysoce pozitivní kalprotektin ve stolici. Cílená vyšetření: kolonoskopie – potvrzuje pankolitidu.

Léčba: p.o. preparáty železa jen krátce (podíl sideropenie), úprava anémie na léčbě kortikoidy + azathioprin

Anémie chronických chorob (ACD) doprovází chronické záněty, autoimunity, malignity. Je imunitně podmíněná, hlavním médiátorem jsou zánětlivé cytokiny působící přes systém hepcidin-feroportin. Podkladem anémie je porucha distribuce železa v organismu, resp. jeho retence v buňkách monocyto-makrofágového systému, a tak nedostupnost pro utilizaci v kostní dřeni. Laboratorně je ACD charakterizována zvýšením sérové hladiny feritinu a pozitivitou markerů zánětu. Primární je léčba základního onemocnění.

V rozvaze nad příčinou mikrocytární hypochromní anémie (tab. 2) musíme vzhledem k migraci dnes i v našich podmínkách zvažovat hemoglobinopatie jako vrozené, geneticky podmíněné poruchy syntézy globinových řetězců. Na prvním místě jsou **thalasémie**, původně endemické ve Středomoří, JZ Africe a JV Asii, u nichž v důsledku mutací v genech pro α , β (ev. γ) řetězec vzniká menší množství normálního hemoglobinu A ($\alpha_2\beta_2$), který je kompenzačně nahrazen nestabilním hemoglobinem, precipitujícím ve zralých erytrocytech a způsobujícím jejich zkrácené přežívání. Thalasémie je charakterizována nápadnou mikrocytózou a hypochromií a nálezem terčovitých erytrocytů a bazofilního tečkování v nátěru periferní krve. Diagnostickým testem je patologické ELFo hemoglobinu. U těžkých homozygotních forem thalasémií je chronická anémie a hemolýza provázena i extramedulární erytropoezou a přetížením železem. V našich podmínkách se většinou setkáme s thalasémií minor, která není v dětském věku klinicky významná, může být ale matoucím laboratorním nálezem. *Thalasemia minor* málokdy vyžaduje léčebnou intervenci (transfúze při hemolytických krizích), obecně je, vzhledem k poruše utilizace, kontraindikováno podávání preparátů železa.



KO 3: chlapec, 14 let – akutní myeloblastická leukémie

Leuko ($\times 10^9/l$)	3,4
Ery ($\times 10^{12}/l$)	1,54
Hb (g/l)	52
MCV (fl)	87,7
MCH (pg)	33,8
Ret (%)	1,3
trombo ($\times 10^9/l$)	364
dif	bez atypií
Bili (mmol/l)	20,5/4,1
Feritin ($\mu g/l$)	448

nález: normocytární anémie s relativně nižší hodnotou retikulocytů, mírná leukopenie. Podobný obraz by mohl být parainfekční nebo známkou poruchy krvetvorby. Vzhledem k významné anémii, věku a absenci infekce indikováno vyšetření kostní dřeně, které prokazuje infiltraci myelomonocytárními blasty (85 %).

Léčba: transfuze erytrocytů, chemoterapie dle protokolu AML BFM Register 2012

Anémie je důsledkem **útlaku erytropo-
ezy při infiltraci kostní dřeně**. Leukemie v iniciálním stadiu nemusí být provázena klinicky zjevnou nádorovou infiltrací ani nálezem atypických buněk v periferní krvi.

■ Případ 2 – hemolytická anémie

Předškolní dítě přichází s krátkou anamnézou febrilií, bolestí břicha, tmavou močí a projevy akutního anemického syndromu. V anamnéze předchází nespecifický respirační infek. V klinickém nález dominuje bledost, schvácenost, subikterus sklér, hepatosplenomegalie.

Rodinná anamnéza je negativní.

KO 1: chlapec, 3,5 roku, AIHA – PCH

Leuko ($\times 10^9/l$)	25,1
Ery ($\times 10^{12}/l$)	1,50
Hb (g/l)	55
MCV (fl)	78
Ret (%)	1,5
trombo ($\times 10^9/l$)	255
dif	neutrofilie
Bili/konj (mmol/l)	52,5/7,7
LDH ($\mu kat/l$)	43,8
Coombs	pozit. 4+, C3d/IgG +

nález: významná hemolytická anémie, hemoglobinurie, PAT (Coombs) pozitivní: v séru nespecifické volné chladové protilátky,

DLT (Donathův-Landsteinerův test) pozitivní
Léčba: 2× transfuze ery (ohřáté), methylprednisolon 3× 15 mg/kg + prednison 3 týdny

KO normální do 3 týdnů od diagnózy, PAT negativní po 6 týdnech

Autoimunní hemolytická anémie (AIHA)

je způsobena přítomností protilátek navázaných na membránu erytrocytů, které jsou pak po kontaktu s C3 složkou komplementu destruovány účinkem buněk monocytomakrofágového systému, což vede k akutním projevům hemolýzy. V dětském věku se jedná o onemocnění vzácné, ale často s perakutním průběhem, vyžadujícím rychlou diagnostiku. Přítomnost protilátek proti erytrocytům prokazujeme přímým antiglobulinovým (PAT) = Coombs testem, který je dostupný v každé nemocnici I. typu. Další imunohematologické vyšetření (specifikace typu protilátek) má význam pro předpoklad dalšího průběhu AIHA. Pro děti specifická jednotka – paroxysmální chladová hemoglobinurie (PCH), způsobená bifázickým Donathovým-Landsteinerovým hemolizinem – je onemocnění povahou „self-limited“, nevyžadující více než akutní imunosupresivní léčbu.

V akutní atace AIHA jsou lékem první volby kortikoidy, ev. HD-IVIG. Transfuze kompatibilních erytrocytů je indikována v případě symptomatické nebo rychle progredující anémie, za speciálních okolností. Při recidivujícím nebo chronickém průběhu je vždy nutno myslet na sekundární AIHA jako projev jiného imunopatologického onemocnění. Podkladem může být primární imunodeficit (CVID), systémová autoimunita (SLE) nebo maligní lymfoproliferace (lymfomy). U chronické nebo recidivující AIHA je indikována imunosupresivní léčba (rituximab, azathioprim, sirolimus...), která patří do rukou dětského hematologa.

KO 2: chlapec, 5 let, hereditární sferocytóza – diagnóza při aplastické krizi

Leuko ($\times 10^9/l$)	4,9
Ery ($\times 10^{12}/l$)	1,14
Hb (g/l)	31
MCV (fl)	77
MCH (pg)	
Ret (%)	1,21
trombo ($\times 10^9/l$)	122
dif	neutrofilie
Bili/konj ($\mu mol/l$)	43,5/8,2

Coombs	negativní
--------	-----------

Nález: významná hemolytická anémie s malou retikulární odpovědí, Coombs negativní
Vzhledem ke splenomegalii (+8 cm) indikováno vyšetření kostní dřeně: expanze erytroidní řady se známkami regenerace, bez nálezu atypických buněk, PCR vysoká nálož kopií parvoviru B19. Závěr: erytroblastopenie ve fázi regenerace. Léčba: dva týdny opakovaně potřeba transfuzí, pak stabilizace stavu s přetrvávající splenomegalií a obrazem chronické hemolytické anémie (Hb 90–110, ret. 17 %, bilirubin 50 mmol/l). Předpokládána vrozená hemolytická anémie, s odstupem od transfuzí pak EMA testem potvrzen nález specifický pro hereditární sférocytózu.

Hereditární sférocytóza (HS)

je nejčastější vrozená korpuskulární hemolytická anémie (incidence 1:5000/rok). Podkladem je defekt membránových proteinů (spektrín, ankyrin, proužek 3, který vede k porušení jejich vazeb a destabilizaci membrány, jež se stává rigidní a náchylnou k destrukci. Onemocnění je podmíněno mutacemi v genech (SPECT, ANK...), většinou s autozomálně dominantní dědičností (75 %). Diagnostický je nález sférocytů v nátěru periferní krve a funkční průkaz snížené odolnosti membrány v osmotickém, hypertonic-kém nebo kyselém prostředí (PINK test, test kryohemolýzy), případně významná redukce intenzity fluorescence při značení epsilon-5-maleimidem, prokazatelná průtokovou cytometrií (EMA test). Hereditární sférocytóza se manifestuje obvykle v novorozeneckém nebo časném kojeneckém věku jako protrahovaný poporodní ikterus a anémie s hemolýzou, někdy i s potřebou transfuzí. Později přechází do obrazu chronické hemolytické anémie s vývojem splenomegalie a cholelitiázy, typické jsou hemolytické krize po infektech a riziko tranzitní aplastické krize při infekci parvovirem B19. U pacientů s těžkou formou HS, s opakovanou potřebou transfuzí, progresivní splenomegalií nebo časným vývojem cholelitiázy je jako léčebný zásah indikována splenektomie. U dětí se vzhledem k riziku OPSI doporučuje časovat zákrok po 10. roce věku.

Diagnóza hereditární sférocytózy je snadná při pozitivní rodinné anamnéze, jinak je nutné odlišit další možné příčiny vrozené korpuskulární anémie (enzymopatie, hemoglobinopatie).



■ Případ 3 – anémie s retikulocytopenií (erythroblastopenie)

Batole s postupně narůstající únavou, bledostí, bolestmi kostí. V anamnéze před několika týdny nespecifický respirační infek. V klinickém nálezu dominuje bledost, hyperkinetická cirkulace. Rodinná anamnéza je negativní.

KO 1: dívka 2,5 roku – TEC

Leuko ($\times 10^9/l$)	6,4
Ery ($\times 10^{12}/l$)	2,28
Hb (g/l)	66
MCV (fl)	73
MCH (pg)	29
Ret (%)	0,74
trombo ($\times 10^9/l$)	178
Dif	bez atypií
Bili/konj ($\mu\text{mol}/l$)	20/6
feritin (mg/l)	48

nález: izolovaná těžká anémie s retikulocytopenií, hraniční mikrocytóza, jinak normální parametry KO, hladiny zásobního železa v normě.

Nejpravděpodobnější příčinou anémie s retikulocytopenií v časném dětském věku je **tranzientní erythroblastopenie dětského věku (TEC)**, získaný, v.s. autoimunitně podmíněný přechodný útlum erythropoezy. Anémie se vyvíjí subakutně po prodělaném nespecifickém infektu. Kromě izolované normocytární anémie s nízkou hodnotou retikulocytů je normální laboratorní i somatický nález. Vyšetření kostní dřeně k průkazu izolované aplazie červené řady není při klasickém obrazu a běžném průběhu nezbytné. Onemocnění se spontánně upravuje do 4–8 týdnů, při významném poklesu hemoglobinu a symptomatické anémii podáváme transfuzi erytrocytů, jiná specifická léčba není potřeba.

U kojenců a batolat s protrahovaným průběhem nebo opakovanou potřebou transfuzí je nutno diferenciálnědiagnosticky odlišit vzácnou vrozenou **hypoplastickou anémií Diamondovu-Blackfanovu**, geneticky podmíněné (mutace v genech pro ribonukleoproteiny) onemocnění na bázi poruchy syntézy ribozomů, které je kromě časně aplazie erythropoezy charakterizováno určitými vývojovými vadami a zvýšeným rizikem vzniku malignit.

KO 2: dívka, 3 roky – akutní lymfoblastická leukémie

Leuko ($\times 10^9/l$)	2,9
Ery ($\times 10^{12}/l$)	1,28
Hb (g/l)	37
MCV (fl)	77
MCH (pg)	
Ret (%)	0,88
trombo ($\times 10^9/l$)	93
dif	mladší formy lymfo 2 %
Bili ($\mu\text{mol}/l$)	6,2
feritin (mg/l)	54

nález: těžká normocytární anémie s retikulocytopenií, ale i s mírnou leuko- a trombocytopenií

Přestože nebyly patrné specifické klinické projevy lymfoproliferace (hepatosplenomegalie, zvětšené lymfatické uzliny), tak vzhledem k pancytopenii indikováno vyšetření kostní dřeně, prokazující uniformní infiltraci lymfoblasty.

Léčba: transfuze ery, chemoterapie dle protokolu AIEOP-BFM-ALL-2017.

Kromě útlaku krvetvorby patologickými buňkami může být anémie s retikulocytopenií také prvním projevem závažného selhání krvetvorby, a to jak získaného – aplastická anémie, tak vrozeného. V těchto případech ale většinou velmi rychle dominuje i pokles dalších krevních elementů (trombocytopenie s neutropenií), provázena klinickými symptomy krvácení a infekcí. Diagnózu potvrdí nález hypoplastické krvetvorby ve všech řadách – v histologickém vzorku kostní dřeně. Selhání kostní dřeně je stav vyžadující urgentní specializovanou diagnostiku i léčebný zásah hematologa.

KO 3: Dívka, 1,3 roku, pův. IUGR – anémie jako první projev vrozeného selhání kostní dřeně

Leuko ($\times 10^9/l$)	4,9
Ery ($\times 10^{12}/l$)	2,45
Hb (g/l)	67
MCV (fl)	85
MCH (pg)	29
Ret (%)	1,3
trombo ($\times 10^9/l$)	134
dif	bez atypií
Bili konj ($\mu\text{mol}/l$)	4,9/1,6
Feritin (mg/l)	34

nález: normo- až makrocytární anémie s lehkou retikulocytopenií a trombocytopenií. Anémie se spontánně upravila do 3 týdnů, vzhledem k chudému klinickému nálezu původně hodnoceno jako TEC. V následném sledování byl s odstupem zachycen stabilní pokles hodnoty trombocytů, imunitní příčina trombocytopenie nepotvrzena, proto bylo ve věku 2,5 roku provedeno vyšetření kostní dřeně, prokazující lehce hypoceulární krvetvorbu s absencí atypických buněk. Vzhledem k drobnějšímu vzrůstu a vyvíjejícím se hyperpigmentacím, i přes absenci specifických vývojových vad, zároveň proveden screening **Fanconiho anémie** – DEB test, kterým byla prokázána zvýšená chromozomální fragilita. Cíleným genetickým vyšetřením pak byla potvrzena mutace v komplexu FANC-A. Anémie byla tedy v tomto případě prvním projevem selhávání krvetvorby u vrozené poruchy DNA repair – Fanconiho anémie.

Léčba: monitorace vývoje, opatření k minimalizaci genotoxických zásahů (vyloučení rentgenového záření, preventivní očkování), při progresi do selhání kostní dřeně indikace anabolik, ev. alogenní transplantace kostní dřeně (HSCT).

■ Případ 4: Makrocytární anémie

KO: dívka, 10 měsíců – megaloblastická anémie při karenci vitamínu B12

Anamnéza: kojené dítě matky veganky, PMR od 6 měsíců věku, při preventivní prohlídce nápadně bledá, hypotonická, MRI CNS – atrofie mozku, pleurální efuze

Leuko ($\times 10^9/l$)	3,7
Ery ($\times 10^{12}/l$)	1,17
Hb (g/l)	45
MCV (fl)	107
MCH (pg)	
Ret (%)	2,8
trombo ($\times 10^9/l$)	40
dif	bez atypií
Bili konj ($\mu\text{mol}/l$)	49/5,6
Feritin (mg/l)	885
B12 sérum (ng/l)	** 36

nález: těžká makrocytární anémie s leuko- a trombocytopenií, LDH 19,1 $\mu\text{kat}/l$, kostní dřeň – erytroidní řada bohatá, megaloblastická přestavba, dyserythropoeza, hypersegmentace neutrofilů – vyjádřený obraz těžké karence vitamínu B12

Léčba: transfuze ery, vit. B12 parenterálně 3 měsíce, převod na umělou výživu



Tabulka 1 Fyziologické hodnoty červeného krevního obrazu v dětském věku (Nathan, Oski – Hematology of Infancy nad Childhood, 1998) (-2SD = hranice anémie podle věku a pohlaví)

věk	ery ($\times 10^{12}/l$) medián	(-2SD)	hgb (g/dl) medián	(-2SD)	MCV (fl) medián	(-2SD)
novorozenec	5,8		18,0	(14,5)	108	(100)
2 týdny	5,1		16,8	(13,0)	96	(90)
3–6 měsíců	3,8	(3,1)	11,5	(9,6)	91	(74)
1–2 roky	4,5	(3,7)	12,0	(10,5)	78	(70)
2–6 let	4,6	(3,9)	12,5	(11,5)	81	(75)
6–12 let	4,6	(4,0)	13,5	(11,5)	86	(77)
12–18 let chlapci	4,9	(4,5)	14,5	(13,0)	88	(78)
12–18 let dívky	4,6	(4,1)	14,0	(12,0)	90	(78)
18 let chlapci	5,2	(4,5)	15,5	(13,5)	90	(80)
18 let dívky	4,6	(4,0)	14,0	(12,0)	90	(80)

Izolovaná makrocytární anémie je v dětském věku vždy stav patologický, vyžadující zvýšenou pozornost pediatra. Kromě selhání krvetvorby (např. u Fanconiho anémie) může být důsledkem inefektivní erythropoezy, např. **u megaloblastické anémie z nedostatku vitamínu B12 nebo kyseliny listové** nebo specifických vrozených (kongenitální dyserythropoetická anémie) nebo získaných poruch krvetvorby (myelodysplastický syndrom), ev. vrozených poruch metabolismu (Pearsonův syndrom, vrozené poruchy metabolismu B12). Tyto stavy jsou většinou provázeny somatickými a laboratorními odchylkami včetně širších změn v krevním obraze, které vedou pediatra k časně indikaci specializovaného vyšetření.

Diskuse

Ačkoli sideropenie je nejčastějším podkladem anémie v dětském věku, nelze opomenout jiné závažnější příčiny poruchy krvetvorby nebo zvýšeného rozpadu erytrocytů, zejména v situacích, kdy karence železa není nasnadě. Vzhledem k tomu, že u dětí je i symptomatická anémie většinou provázena pouze chudým somatickým nálezem, je nutno věnovat pečlivou pozornost nejen anamnestickým údajům (výskyt krevních chorob v rodině, stravovací návyky, krvácení), ale i cílenému klinickému vyšetření: známky hemolýzy, hepato/splenomegalie, somatické vývojové abnormality (porucha růstu, abnormality pohybového aparátu, café-au-lait skvrny). Často je ale hlavním vodítkem správné vyhodnocení krevního obrazu. Varovné změny, svědčící proti prosté sideropenii, jsou anémie normocytární, makrocytární nebo s nízkým počtem retikulocytů, jiná cytopenie nebo změny v diferenciálním rozpočtu leukocytů. V této situaci tedy není indikována léčba preparáty železa a podle klinického a laboratorního nálezu by měla být směřována další vyšetření. Do péče dětského hematologa patří pacienti s významnou anémií nebo hemolýzou vyžadující transfuzi, s ověřenou cytopenií ve více řadách a ti s podezřením na poruchu krvetvorby.

Mikrocytární hypochromní anémie – diferenciální diagnostika

	ery	MCH	ret.	Bili, LDH	ferritin	sTFR	VKFe transf.	specif. znak
Sideropenie	N	↓	↓	norm	↓	↑	↑	Snížený ferritin
ACD	N ↑	N - ↓ ↓	N ↑	norm	N - ↑	N	N -	markery zánětu
Thalasemie		↓		zvýš.	N - ↑	N	N	Morfologie ery, Elfo Hb
Sideroblastická anémie	N		N	norm	N -	N		sideroblasty ve dřeni

Anémie – kategorizace podle základních laboratorních parametrů

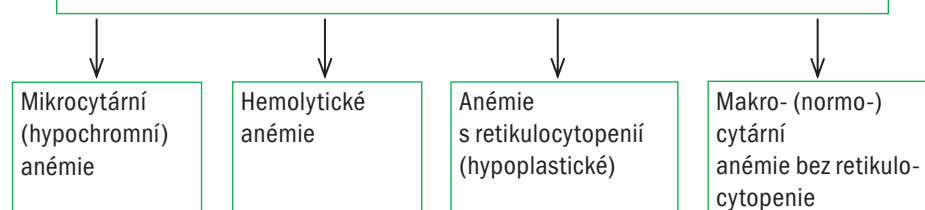
1. Krevní obraz

- ery, Hb, HCT
- morfologie erytrocytů
- MCV – střední objem ery
- MCH – střední koncentrace Hb v ery (Hb/HTK)
- MCHC – střední obsah barviva v ery (Hb/ery)
- retikulocyty – marker erythropoezy
- leuko, trombo, diferenciální rozpočet leukocytů

2. Markery hemolýzy: bilirubin přímý/nepřímý, LDH

3. Markery metabolismu železa: sérový ferritin (Fe + VKFe + sat transferinu, sTFR)

4. PAT (přímý antiglobulinový = Coombsův test)



Literatura u autora



Aktuality...

Přehledně: S jakou kvalitou zdravotní péče se lze setkat v oblíbených destinacích

Úroveň zdravotní péče v zahraničí je často jiná než ta, na kterou jsme zvyklí u nás v České republice. V oblíbených, nejčastěji navštěvovaných destinacích se můžete setkat se snahou místních zdravotnických zařízení vydělat na potížích turistů.

Ve spolupráci s odborníky z ERV Evropské pojišťovny přinášíme přehled úrovně zdravotní péče i případných problémů, které vás mohou potkat v případě zdravotních potíží ve třech nejoblíbenějších destinacích Čechů.

Egypt: Pozor na falešnou asistenci

Pokud vás postihnou zdravotní problémy v Egyptě, obratem kontaktujte asistenční službu, ideálně z vlastního telefonu. „Zaznamenali jsme totiž nové druhy podvodů, kdy hotelový lékař zavolá sám a spojí klienta s falešnou asistencí, která potvrdí, že zaplatí, ale pak to musí uhradit klient,“ upozornil Vlastimil Divoký z ERV Evropské pojišťovny. Navíc hrozí časté nebezpečí, že se pacient dostane do neproověřených rukou nedostudovaných lékařů a cena za ošetření je několikanásobně nadsazená. Snahu místních vydělat na turistech v případě potíží potvrzuje případ klienta se zánětem středního ucha, které se obvykle řeší antibiotickými kapkami do ucha. Hotelový lékař ale udělal navíc dvě kontrolní „vyšetření“, pacientovi aplikoval pět injekcí, dvoje kapky do ucha a dávku antibiotik. Za takto účelovou „léčbu“, která zbytečně zabrala tři dny, si náúčtoval 770 eur (zhruba 20 tisíc korun), které si velmi nevybíravým způsobem vymohl od klienta. Kdyby muž vše řešil přes asistenční službu, ošetřili by ho kvalifikovaně v prověřené klinice, bez opětovných návštěv lékaře. Výrazně nižší by byla pochopitelně i celková cena ošetření, která se pohybuje v rozmezí 75 až 120 eur (zhruba 1 900 až tři tisíce korun). „Vůbec největší pozor bychom si v Egyptě měli dát na kvalitu zdravotnictví ve veřejných nemocnicích, kde je v porovnání s Českou republikou zhruba pětikrát nižší úroveň péče,“ doplnil Divoký. Jak dále dodal, v prověřených klinikách je péče srovnatelná s naší. Co se týče dostupnosti lékařské péče v nejoblíbenějších lokalitách Egypta, v Hurghadě je situace lepší než v Marsa Alam, která je původně malou rybářskou vesnicí.

Turecko: Lékař pacienta v hotelu neošetří

V Turecku je mnoho nemocnic sdruženo v jedné velké síti. Stejně jako v Egyptě se i zde můžete setkat s tím, že zdravotnické zařízení bude uměle prodlužovat léčbu, aby z pacienta vytáhlo co nejvíce peněz. Opět tedy platí, pokud budete potřebovat lékařskou pomoc, nejprve kontaktujte asistenční službu. Také je nutné počítat s tím, že v Turecku lékaři nejedí do hotelů, nýbrž raději pošlou auto pro pacienta. Kvalita zdravotní péče je v Turecku vyšší než v Egyptě. Soukromé, pojišťovnou prověřené kliniky mají srovnatelnou úroveň péče jako u nás. Ostatní zdravotnická zařízení poskytují v porovnání s ČR o 30 až 40 procent nižší kvalitu.

Řecko: O pacienta v nemocnici se musí postarat rodina

V řeckých nemocnicích je zásadním problémem velký nedostatek sester. Běžně se proto o pacienty po dobu léčby starají členové rodiny nebo známí. Z důvodu nedostatku personálu je zároveň nutné počítat s delšími čekacími lhůtami ve státních nemocnicích. Bohužel i zde se objevují ne vždy plně kvalifikovaní lékaři.

Zdroj: bab, novinky.cz, 19. 8. 2019

Češi žijí ve zdraví o dva roky méně, než je evropský průměr

Se zlepšováním úrovně zdravotní péče v Evropě postupně klesá úmrtnost, prodlužuje se délka života a stoupá počet let prožitých ve zdraví. Ženy po dosažení 65 let věku čeká podle evropského statistického úřadu Eurostat průměrně ještě dalších 9,4 roku bez vážnějších nemocí, muže 9,6 roku.

V případě českých penzistek je to proti evropskému průměru o rok méně, a u mužů dokonce o dva. Údaje vycházejí z analýzy projektu Evropa v datech.

Naděje na delší dožití v průběhu minulého století podle demografů Eurostatu prudce vzrostla. A to jak v důsledku zvýšení životní úrovně a lepšího životního stylu či prevence, tak i díky pokroku medicíny.

Podle evropských statistik připadá nejvíce let prožitých po 65. roce bez vážných onemocnění Norkům a Norům (15,9), v rámci EU zase Švédům (15,8) a Švédům (15,4). To je výrazně více než evropský průměr 9,4 roku pro ženy a 9,6 pro muže.

Máme co dohánět

„V České republice je situace bohužel horší. Tuzemské ženy se po 65. roce věku dožívají ve zdraví dalších 8,5 roku, pánové jen 7,6. To je nejen o dva roky méně oproti evropskému průměru, ale také dvojnásobně kratší doba, než jakou bez vážnějších onemocnění prožijí penzisté ve Švédsku,“ říká Adéla Denková z projektu Evropa v datech. Například Slovenky ale po dosažení 65 let žijí ve zdraví jen dalších 4,1 roku a jejich mužské protějšky pouze 3,8.

Podle posledních dat, která Eurostat zveřejnil na konci letošního června, dosahuje tzv. standardizovaná úmrtnost 1 002 osob na každých 100 tisíc obyvatel EU ročně. Ještě v roce 2004, kdy do Evropské unie vstupovala i Česká republika, činila úmrtnost o 200 osob více.

„Existuje úzký vztah mezi prodlužující se délkou života a mírou úmrtnosti. Zvyšování délky života může být důsledkem prevence, ochrany zdraví či zlepšování zdravotní péče,“ uvádí Ondřej Májek z Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR. V České republice nyní ročně umírá 1 206 obyvatel na každých 100 tisíc. V roce vstupu do EU to bylo 1 541 lidí a o deset let dříve přes 1 800. Aktuální úmrtnost v Česku je přesto v mezinárodním srovnání stále nadprůměrná.

Je čím se pochlubit

Češi se však mohou pyšnit čtvrtou nejnižší standardizovanou úmrtností během těhotenství, porodu a šestinedělí, ale třeba i kvůli žloutence. U rakoviny prsu vykazujeme osmou nejnižší mortalitu a u vrozených vad dokonce vůbec nejnižší z celé EU.

Tuzemská lékařská péče jako celek není jen kvalitní, ale i velmi efektivní při relativně nízkých nákladech. Ukazuje to srovnání naděje dožití a výdajů do zdravotnictví v poměru k hrubému domácímu produktu (HDP).

„Češi se dožívají vyššího věku než například Američané, a to při méně než polovičních nákladech na zdravotnictví,“ vysvětluje David Navrátil, hlavní ekonom České spořitelny. Právě obyvatelé USA vydávají na zdravotnické služby, prostředky a léky ročně částku odpovídající 17 % amerického HDP. Naděje na dožití při narození zde přitom činí 78,6 roku. To je o půl roku méně než v Česku, kde se na zdravotnictví vynakládá sedm procent HDP.

Zdroj: V. Pergl, Právo, novinky.cz, 23. 8. 2019



Zemřel Rudolf Kramář. Chirurg se podílel na první transplantaci srdce u nás

V úterý v ranních hodinách zemřel docent Rudolf Kramář, legenda české kardiovaskulární chirurgie a jeden ze čtyř chirurgů, kteří roku 1984 prováděli první transplantaci srdce v Československu. Bylo mu 89 let. Během své kariéry obohatil českou i světovou kardiovaskulární chirurgii o mnoho nových metod či postupů. Novinky o tom informovala tisková mluvčí IKEM Markéta Šenkýřová.

Kramář zemřel krátce nad ránem ve „svém“ Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM) v Praze.

„Tyto chvíle patří mezi ty nejsmutnější, které člověk zažívá. Odešel poslední z našich chirurgických „otců“, kteří stáli u zrodu IKEM. Svým vztahem k pacientům, ale i životu vůbec nám byl v mnohém vzorem. Chvilu s ním prožité zůstanou v mém srdci navždy,“ reagoval na zprávu Jan Pirk, přednosta Kardiocentra IKEM.

K uctění památky výjimečné osobnosti tak bude podle mluvčí nad institutem vlát až do posledního rozloučení s docentem černá vlajka.

Ochrana cévních protéz před infekcí

Rudolf Kramář se narodil 30. září 1930 v obci Řásná u Telče, pak se jeho rodina přestěhovala do Hradce Králové a od roku 1938 žila v Kamenném Přívozu na Benešovsku. Maminka byla švadlenou, tatínek vedoucím v místním kamenolomu. Vystudoval reálné gymnázium v Benešově u Prahy a v roce 1956 promoval na Fakultě vnitřního lékařství Karlovy univerzity (dnešní 1. LF UK). V září roku 1956 nastoupil na chirurgii do nemocnice v Litoměřicích, o šest let později už pracoval v pražském Ústavu klinické a experimentální chirurgie v Thomayerově nemocnici. Tam se nejprve věnoval problematice cévní chirurgie a později, po zahájení kardiochirurgického programu, i tomuto oboru.

„V obou odvětvích exceloval nejen v klinické praxi, ale také při zavádění nových metod a postupů. Za připomenutí stojí vypracování metody ochrany cévních protéz před infekcí, spoluúčast na zahájení programu cévních rekonstrukcí v léčbě vaskulogenní impotence, stejně tak jeho významný přínos k metodickému přístupu v chirurgické léčbě vazorenální hypertenze,“ zmínila Šenkýřová.

Do podvědomí veřejnosti se zapsal svojí účastí na přípravě transplantací ledvin a později i srdce, kdy se v roce 1984 účastnil jako jeden ze čtyř chirurgů první transplantace tohoto orgánu v tehdejší ČSSR. Pomohl i při zahájení chirurgické léčby ischemické choroby srdeční, zaměřoval se na technické a taktické možnosti ovládající rozsah vlastních výkonů i na prevenci možných komplikací.

V oblasti kardiochirurgie se podílel také na rozvoji chlopenní chirurgie či na chirurgické léčbě onemocnění hrudní aorty.

Publikoval desítky článků v českých a zahraničních odborných časopisech, absolvoval též jednoroční stáž na chirurgické klinice Univerzity v Chicagu a podílel se na zahájení a rozvoji cévní chirurgie na několika českých pracovištích i v tehdejší Jugoslávii.

Chťel léčit, ne úřadovat

„Kramář se za svého života nestal členem žádné politické strany. V roce 1989 se aktivně účastnil debat s veřejností, na jejichž základě přišla po revoluci nabídka na post ministra zdravotnictví, kterou odmítl s tím, že chce léčit lidi, ne úřadovat,“ připomněla mluvčí IKEM. Doplnila ještě zajímavost, že byl svého času nejstarším registrovaným ligovalým hráčem volejbalu v ČR, přestal hrát až dlouho po 70. narozeninách.

Zdroj: fš, novinky.cz, 20. 8. 2019

INZERCE

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 Bříže**, 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.

574 6-19

Hledám nástupce, PLDD, do velmi dobře zavedené ordinace **v Jihlavě** na plný nebo i částečný úvazek. Tel. 603 590 068.

575 7-19

Prodám s.r.o. se zaměřením na ambulantní zdravotnickou činnost a obchodní činnost. Cena dohodou. Zn.: 603 868 408, email: jitkazou@centrum.cz.

576 7-19

Přenechám ordinaci PLDD ve Volarech, kontakt 723 875 326.

577 8-19

Hledám nástupce do prosperující ordinace **na Praze 13**, metro B Luka. Zpočátku zástup na 1–2 dny v týdnu (dle dohody), později odkoupení praxe, tel. 606 446 799.

578 8-19

Hledám pediatra pro převzetí dobře zavedené **ordinace PLDD s.r.o. na Znojemsku**. Nástup možný od 1. 1. 2020. Tel.: 739 087 897.

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

Pro členy SPLDD a OSPDL zdarma.

Autodidaktický test 7/2019

Kalciofosfátový metabolismus

- 1. V lidském těle je kalcium nejvíce se vyskytujícím minerálem. Představuje cca 1,5 % tělesné hmotnosti. Je důležitý pro správnou funkci buněk, zejména svalů a nervového systému. Důležitou roli hraje také v hemostáze. Nejvíce je ho ale uloženo v mineralizované kostní hmotě a zubech. Kolik kalcia v lidském těle se nachází v kostní hmotě?**
 - a) 79 %
 - b) 89 %
 - c) 99 %
- 2. Zhruba polovina kalcia obsaženého v krvi je vázána na albumin a je metabolicky neaktivní. Druhá polovina je metabolicky aktivní. Nazýváme ji:**
 - a) volné kalcium
 - b) ionizované kalcium
 - c) albumin free calcium
- 3. Metabolismus kalcia řídí dva, resp. tři hormony – parathormon a kalcitonin, resp. kalcifediol a kalcitriol.**
 - a) parathormon je produkován parafolikulárními C buňkami štítné žlázy
 - b) kalcitonin je produkován parafolikulárními C buňkami štítné žlázy
 - c) parathormon je produkován v příštítných tělíscích
 - d) kalcitonin je produkován v příštítných tělíscích
- 4. Kalcémii reguluje především vitamin D a parathormon, v menší míře kalcitonin. Jako vitamin D označujeme skupinu kalciferolů, která je rozpustná v tucích. Protože dvojitou hydroxylací dochází k jeho přestavbě, je nově zařazen mezi steroidní hormony. Kromě regulace kalciofosfátového metabolismu významně ovlivňuje imunitu.**
 - a) vitamin D rostlinného původu označujeme jako ergokalciferol (vitamin D2)
 - b) vitamin D živočišného původu označujeme jako ergokalciferol (vitamin D3)
 - c) vitamin D živočišného původu označujeme jako cholekalciferol (vitamin D2)
 - d) vitamin D živočišného původu označujeme jako cholekalciferol (vitamin D3)
- 5. Hlavním zdrojem vitaminu D3 je jeho endogenní produkce v kůži z provitaminu 7-dehydrocholesterolu působením UVB. Cholekalciferol je dále metabolizován:**
 - a) hydroxylací v plicích na kalcifediol
 - b) dvojitou hydroxylací v plicích a ledvinách na kalcitriol
 - c) dvojitou dekarboxylací v játrech a ledvinách na kalcitriol
 - d) dvojitou hydroxylací v játrech a ledvinách na kalcitriol
- 6. Kojenec vyšetřován pro opakované infekce, zejména virové a mykotické. V poporodním období prodělal tetanii. Je dobře vybavitelný Chvostkův příznak. Je patrná faciální dysmorfie s palatoschisis, nápadná je micrognathia. Zjištěna koarktace aorty. Laboratorní vyšetření prokázalo významné snížení T lymfocytů a opakovaný nález hypokalcémie. Sonografickým vyšetřením se nepodařilo prokázat thymus. Jaká je nejpravděpodobnější diagnóza?**
 - a) DiGeorgeův syndrom
 - b) Leschův-Nyhanův syndrom
 - c) Ehlersův-Danlosův syndrom
 - d) Wiskottův-Aldrichův syndrom
- 7. Rachitida je charakterizovaná zastavením mineralizace růstové ploténky a jejího okolí. Pro správnou mineralizaci v době růstu skeletu je nutná nejen dostatečná saturace extracelulární tekutiny kalcium a fosforem, ale též náležitý poměr těchto minerálů – tzv. kalcifikační index. Kalcifikační index Ca^2/P^2 (v mmol/l) má být v rozmezí:**
 - a) 10–20
 - b) 20–80
 - c) 80–120
 - d) 12 500–50 000



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

ROSTOU RYCHLE.
VY JE MŮŽETE OCHRÁNIT RYCHLEJI!

96% redukce případů IMO B
v regionu SLSJ v Québecu.¹

**Vakcína BEXSERO je indikována
k imunizaci proti MenB již od 2 měsíců věku.³**

Nejvyšší
riziko MenB¹
je u dětí do
1 roku.²

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

ZOBRAZENÁ INFORMACE O PŘÍPADOVÝCH VÝSTUPOCH

[illegible]