

téma čísla

Roztroušená skleroza



- Diskuse o úhradách za poskytnutou zdravotní péči
- Roztroušená skleroza u dětí a dospívajících
- Fyzioterapie u pacientů s roztroušenou sklerózou
- Aktuální postupy v rehabilitaci u roztroušené sklerózy
- Epilepsie u dospívajících – co by měl vědět praktický lékař pro děti a dorost
- Roztroušená skleróza v dětství
- Pokyny Společnosti dětské neurologie pro diagnostiku a léčbu dětí a dospívajících s poruchou pozornosti a hyperaktivitou (ADHD)
- Manuál k případovým konferencím



Pracujeme pro zdravější svět™



do more
feel better
live longer



ERDOMED®

erdosteín

ČISTÍ
DÝCHACÍ
CESTY

Antibakteriální mukolytikum



Registr
ERICA¹

Hlavní závěr:

95,6 %

sledovaných dětí s ARI nepotřebovalo
při léčbě Erdomedem antibiotika

Zkratky: ARI – akutní respirační infekce

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

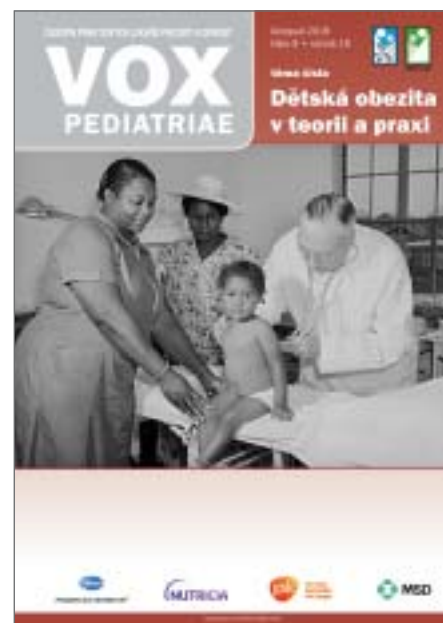
Zkrácená informace ERDOMED: **S:** Erdosteín 300 mg v 1 tvrdé tobolce, 175 mg v 5 ml suspenze. **I:** Akutní a chronické onemocnění horních a dolních cest dýchacích, včetně exacerbace chronické bronchitidy a CHOPN, hypersekreční astma bronchiale, k adjuvantní léčbě s antibiotiky v případech exacerbace s bakteriální infekcí, prevence respiračních komplikací po chirurgickém zákroku. **K:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku a na látky obsahující volné SH skupiny. **J:** atenní poruchy a renální insuficience, homocysteinurie. **ZU:** Současné podávání přípravku s antibiotiky nemá racionální opodstatnění a může způsobit akumulaci sekretů v bronchiálním stromu se zvýšením rizika superinfekce či bronchospasmu. Obsahuje sacharózu. **NÚ:** Žloutka se vyskytuje pálení žáhy, nauzea, výjimečně průjem. Ojedíněle byla pozorována ztráta nebo porucha chuti. Hypersenzitivní reakce jsou velmi vzácné. **IT:** Erdosteín potencuje účinek některých antibiotik (např. amoxicilinu, klenitromycinu), čehož lze využít k terapeutickým účelům. Byl prokázán synergický účinek s budesonidem a salbutamolem. **TL:** Pro užívání přípravku v době těhotenství, zejména v 1. trimestru, a při laktaci musí být zvlášť závažné důvody. **D:** Dospělí 1 tobolka 2–3× denně. Suspenze u dětí 15–20 kg 2,5 ml 3× denně, 21–30 kg 5 ml 3× denně, nad 30 kg 5 ml 3× denně. **B:** 100 ml suspenze, tobolky 10, 20, 60 + 300 mg. Po nasedení je suspenze použitelná 15 dnů, je-li uchovávána při teplotě 2–8°C.

Datum poslední revize textu SPC: tobolky a suspenze 24. 4. 2019. Přípravky jsou vázány na lékařský předpis a jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami s omezením E/PNE. **P:** Erdosteín je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění dospělým symptomatickým pacientům s diagnózou CHOPN od kategorie A, která má fenotyp bronchitidy a/nebo frekventní exacerbace a/nebo CHOPN s bronchiektázemi, kteří dodržují zákaz kouření a současně splňují následující kritéria: FEV1 po podání bronchodilatancia dosahuje méně než 80 % náležité hodnoty a mají alespoň 2 exacerbace/rok v anamnéze před nasazením léčby erdosteínem. Léčba není náclle hrazena, pokud během 3 měsíců nedojde ke zlepšení průběhu CHOPN. Seznamte se prosím se Souhrnem údajů o přípravku (SPC).



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

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Informace SPLDD	6
	- Otevřený dopis KSL a SSG ČR premiéroví - Ministr Vojtěch útočí na soukromé lékaře - Vyjádření ministra zdravotnictví k dopisu prezidenta České lékařské komory soukromým lékařům - Dopis prezidentovi ČLK - Lékařský nález pro posouzení zdravotního stavu ve věcech sociálního zabezpečení - Sledování objednávacích lhůt a elektronický poukaz umožní lépe zajistit dostupnost péče	
	Informace OSPDL ČLS JEP	14
	Doc. MUDr. Radomír Taláb, CSc.	15
	Roztroušená skleróza u dětí a dospívajících	
	Mgr. Iva Bílková, Cert. MDT	19
	Fyzioterapie u pacientů s roztroušenou sklerózou	
	MUDr. Martina Köváří	21
	Aktuální postupy v rehabilitaci u roztroušené sklerózy	
	MUDr. Jana Zárubová	27
	Epilepsie u dospívajících – co by měl vědět praktický lékař pro děti a dorost	
	MUDr. Jaroslava Suchá	31
	Roztroušená skleróza v dětství	
	Pokyny Společnosti dětské neurologie pro diagnostiku a léčbu dětí a dospívajících s poruchou pozornosti a hyperaktivitou (ADHD)	33
	Ze světa odborné literatury	34
	Aktuality	36
	Řádková inzerce	38
	Manuál k případovým konferencím	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

ANGELINI
BOIRON
GSK
NUTRICIA
Orion Diagnostica

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.



Kam kráčí naše společnost?

Editorial píše pod vlivem několika zážitků z posledních dnů.

Nejednou si vzpomenu na svoji babičku, která v polovině minulého století nad novinkami a nemístným chováním lidí spráskla ruce a zvolala „Kam ten svět spěje?!“. Pohoršovala se nad tím, když kluci plivali na chodník, když kouřili trávu (tedy tu skutečnou) zabalenou do novinového papíru, neočistili si boty o rohožku... Tehdy jsem nářky babičky nechápal, žil jsem v „moderním“ světě a její postoje hodnotil jako předpotopní. Dobře jsem ale vnímal obecnou úctu dětí a mladších vůči starším, autoritám, rodičům. Ve starých pražských tramvajích, kde v každém vagónu kleštičkami označoval jízdenky průvodčí, si cestující povídali. Dnes si esemeskují. I v zimě bylo v nevytopené kabině „krasina“ (vůz tramvaje, který siluetou připomínal sovětský ledoborec Krasin) tak nějak příjemně lidsky teplo. Babičky seděly na dřevěných lavicích, pod něž zasunuly síťovky s nákupem a košík s husou, která vystrašeně vystrkovala skrz plachetku dlouhý krk. V zastávce nejprve cestující vystupovali a pak teprve nastoupili do vozu noví.

Mladší pomohli starším s nástupem a výstupem, pomohli se zavazadly, uvolnili místo k sezení, děti seděly, jen když

bylo volno. Pokud se někdo z dětí choval nevhodně, byl kolektivně napomenut. Rodiče neváhali svého nezbedného potomka náležitě usměnit, jinak by byli společestujícími téměř exkomunikováni. Kladli svým dětem na srdce „nedělej mi ostudu“. Ani ten bělovlasý dědeček se nebál hříšníkovi pohrozit holí. Dnes tu odvahu nemá. Učitel byl autoritou, kterou respektovali žáci i rodiče. Za provinění (a to ve škole i mimo ni) zapsané do žákovské knížky většinou následovalo „domácí vězení“, v horším případě i výprask. Lidé si po nedávných válečných útrapách více vážili života, vzájemně si pomáhali, mladá generace byla vychovávána společností – i v té tramvaji. Možná jsou moje vzpomínky, jak již to bývá, trochu zidealizované. Překvapila mne proto informace sdělená na právě proběhlém XIV. pediatrickém kongresu v Olomouci (na jehož úspěchu se mj. podílely i naše kolegyně MUDr. Cabrnachová, MUDr. Dvořáková, MUDr. Hülleová a MUDr. Roškotová s rezidentkou), že již v r. 1957 byly položeny základy české adiktologie k řešení závislosti na alkoholu a tabáku. Dnes u dětí a dorostu dominuje marihuana před tabákem a rapidně narůstá závislost na virtuálním světě. Generace teenagerů nekomunikuje face to face, ale přes SMS, sociální sítě... Vyznání lásky letí přes satelit. Přesto při široké dostupnosti validních informací na netu k čemukoliv mám pocit, že úroveň všeobecných znalostí společnosti klesá. Dnešní rodiče s každým banálním zdravotním problémem (rýmíčka, kašlíček, bodnutí komárem...), který dříve u svého dítěte dovedla vyřešit krmička z JZD, běží hned na pohotovost. Neumějí logicky uvažovat?

My dříve narození dětské praktici se pereme s elektronizací zdravotnictví. Učíme se za pochodu, ve škole jsme to neprobírali. Někteří se elektronizaci úpěnlivě brání. Myslím ale, že většina z nás i díky vzdělávacím akcím SPLDD již běžně používá počítač, zvládla eRecept a již zjistila jeho výhody. Čeká nás povinná eNeschopenka, pak i EET. Moderní technika nám musí sloužit, nesmíme se ale stát jejím zajatcem. Výstižné motto „Lidem yšlení, strojům dřinu!“ zdobí budovu u náhonu v Plané nad Lužnicí.

V posledních letech čím dál více vnímám uvolňující se mravy ve společnosti a zhoršující se sociální interakce. Nectí se pravidlo, že moje demokracie nesmí narušovat demokracii druhého. Vnímám sklony k egoistickému chování a závisť: „Teď jdu JÁ a koukej mi uhnout z cesty“, „Státe, pečuj o mé blaho, já nemusím nic“ nebo „Moje pravda je absolutní pravdou“. Ekonomicky si v Česku žijeme velice dobře. MUDr. Kulhánková nedávno vybojovala nové očkovací výkony se zajímavým ohodnocením pro všechny PLDD. Proč tedy neustále reptáme, nežijeme v psychické pohodě, ničíme demokratické hodnoty?

Nedávno jsem nastoupil do vlaku plného cestujících. Sedadla byla obsazena, až na jedno dvojsedadlo, jež bylo „obsazeno“ dvěma taškami. Ve vagónu cestovaly děti tak ve věku 6–8 let, sportovci-házenkáři (soudě dle nápisů na dresech). Všechny děti seděly, přičemž babičky a dědečkové během jízdy vláli vstojе v uličce. Jeden z těch malých házenkářů mi spontánně vysvětlil, že taškami blokové dvojsedadlo je obsazené. Asi po půlhodině jízdy se na sedadla přišel rozvalit onen chlapeček spolu s dalším spoluhráčem, mimochodem nepůvabně sebejistým a obézním. V poklidu posvačili nadívané tousty za mohutného zapíjení nějakou barevnou (a určitě sladkou) tekutinou. Když se napapali a nabumbali, nechali tašky na sedačkách a opět vyrazili za kamarády do jiné části vagónu. Ještě více mne zarazil přístup dospělého doprovodu – nevyzval děti k tomu, aby uvolnily sezení chudákům klátícím se důchodcům, aby se ztišily, aby po sobě uklidily. Co z takové generace vyroste? Jak se bude chovat za několik let? Bude tolerantní? Pomůže v nouzi kamarádovi, nebo snad i zcela neznámému člověku?

Do ordinace se dostavil tatínek s dcerou na 18měsíční preventivní prohlídku. Byla u nás poprvé jako nový pacient. Dívka se již v čekárně vztekala a odmítala do ordinace vstoupit. Tatínek ji asi po 5 minutách přemlouvání opatrně dovlekl do ordinace, přičemž holčička do svého otce vztekale bušila a kopala. Tatínek ale své zlatíčko dále jen hýčkal. S vypětím jsme splnili všechny náležitosti preventivní prohlídky (i když s auskultačním nálezem na srdci si nejsem vůbec jistý) a na závěr jsme s tatínkem pohovořili na téma výchova dětí. Tatínek se za chování dcerky omlouval, ale z obavy, aby ho měla ráda, ji nechce nijak trestat a omezovat. Chlubil se, jak je šikovná a postaví se sama na balkóně na stoličku, z níž sleduje rej na ulici. O bezpečnost dítěte se nebojí – bezelstně argumentoval „vždyť je ještě malá a zábradlí balkonu nepřeleze“. Výchovu „od kolébky“ řada rodičů dnes pokládá za něco nepatřičného. Neuvědomují si, že nevhodné chování se bez korekce může u dítěte zafixovat se všemi negativními důsledky. Rodiče často špatné návyky u dítěte bagatelizují, v zájmu „rozvoje osobnosti dítěte“ jeho konání nijak nekorigují a dobře míněné rady odmítají. Nechám batole v ZOO přes mříže klece hladit lva?

Někdy si připadám jako ta moje babička, která svět kolem vnímala jako zkažený a která nemohla přijít na chuť telefonu a raději napsala korespondenční lístek. Teorie relativity zřejmě platí i v náhledu na vývoj společnosti v čase.

Máte podobné zkušenosti a názor? Vnímáte také, že výchovu mladé generace je potřeba posunout lepším směrem? Ale co je vlastně to „lepší“? A jak na to?

Váš Ctirad Kozderka



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

Přelom srpna a září byl nabit událostmi. Proběhla řada jednání a o dění ve zdravotnictví informovala média téměř denně. MZ ČR uzavřelo úhradovou vyhlášku pro rok 2020. Uzavřelo ji i přes nesouhlas zástupců nemocničního segmentu. Jejich představitelé se v rámci dohodovacího řízení o cenách pro rok 2020 nedohodli. Tzv. krizový štáb rozjel nátlakové akce na ministra zdravotnictví Adama Vojtěcha a zdravotní pojišťovny, jejich prioritním požadavkem bylo rozpustit finanční rezervy zdravotních pojišťoven. Koalice soukromých lékařů (KSL) musela urgentně reagovat a zaslala z těchto důvodů 11. 9. 2019 otevřený dopis premiérovi Babišovi. V dopise členové KSL a Sdružení soukromých gynekologů (SSG ČR) odmítají současnou snahu zdravotnických odborů a tzv. krizového štábu politickým nátlakem zvrátit výsledky dohodovacího řízení o úhradách zdravotní péče na rok 2020. KSL již dlouhodobě prosazuje systémové změny, které by napravily financování ve zdravotnictví a odměňování poskytovatelů zdravotní péče. KSL a SSG ČR rozhodně nejsou proti lepším pracovním a platovým podmínkám lékařů v nemocnicích, což uvedly také v dopise premiérovi. Dopis KSL a stanoviska jednotlivých zástupců organizací byly zveřejněny, stejně tak zazněly na tiskových konferencích. Náš postoj podpořilo následně i předsednictvo ČLS JEP. Odmítáme kritiku prezidenta ČLK Kubka a jeho kroky vnímáme jako snahu opět eufemisticky řečeno „rozladit“ lékařský stav.

Vysvětlující stanovisko SPLDD bylo všem členům zasláno a zveřejněno na našich webových stránkách.

Celá rozjitřená situace byla následně potencionována předložením materiálu MZ ČR dne 6. 9. 2019 s názvem **Návrh novely zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. SPLDD stejně jako SPL zásadně odmítlo zrušení možnosti kolektivně vyjednávat smlouvy pro naše členy (tzv. rámcová smlouva) a odmítlo výrazné zvýšení možnosti ministerstva ovlivňovat samotný průběh a pravidla dohodovacího řízení o cenách (úhradové dodatky). Negativní stanovisko a připomínky jsme zaslali v termínu na MZ ČR. Proti tomuto návrhu se jednotně zvedl odpor všech skupin poskytovatelů a MZ ČR ihned reagovalo svoláním společného jednání k této problematice, které se uskutečnilo 23. 9. 2019. I přes odmítnutí tohoto návrhu ze strany SPLDD i KSL prezident Kubek následně 13. 9. 2019 rozeslal všem členům poplašnou zprávu o ohrožení soukromých lékařů. Na tuto zprávu reagoval dopisem ministr zdravotnictví Adam Vojtěch. Oba materiály byly zveřejněny na www.detskylekar.cz a zaslány s komentá-**

řem a dopisem MUDr. Šonky všem členům SPLDD.

V tomto období byl dopracován ve spolupráci s prof. Chrobokem a dalšími odbornými společnostmi **návrh Příručky pro praxi v souvislosti s kultivací screeningu sluchu pětiletých dětí**. Příručka bude v tištěné podobě distribuována formou časopisu VOX paediatricae, vzor byl zveřejněn na webových stránkách SPLDD.

28. 8. 2019 proběhlo na půdě MZ ČR jednání s náměstkem JUDr. Policarem. Za přítomnosti Mgr. Uhra jsme projednávali návrhy Sdružení na omezení a zjednodušení administrativy.

28. 8. 2019 se konalo zasedání pracovní skupiny věnované budoucímu antropologickému výzkumu u dětí. Jednání svolal náměstek VZP pan Ing. Šmehlík na podnět MZ ČR.

28. 8. 2019 v odpoledních hodinách jsme s MUDr. Kulhánkovou obhajovaly **registrační listy nových kódů očkování** před zástupci jednotlivých zdravotních pojišťoven Svazu zdravotních pojišťoven. Obhájily jsme kalkulaci výkonů, která významně odměňuje edukační činnost PLDD spojenou se zajištěním očkování. Vykazování nových výkonů

bude upraveno metodikou, informace budou sděleny včas členům SPLDD.

28. 8. 2019 v pozdních večerních hodinách se sešla pracovní skupina složená ze zástupců SPLDD ČR (výkonný výbor SPLDD), OSPDL ČLS JEP, dětských obezitologů a dětských kardiologů. Naše pozvání přijali přední odborníci, kteří se věnují problematice výživy a obezity. Jednání se zúčastnil MUDr. Tláskal, prim. Boženský, doc. Urbanová, Mgr. Košťálová (SZÚ). Projednávali jsme problematiku zachytu obezity u dětí (nový výkon pro PLDD od 1. 1. 2020) a bonifikační program VZP Plus – obezita. Závěrem jsme se dohodli na další spolupráci a můžete se těšit na příští číslo časopisu VOX paediatricae, které bude věnováno mimořádně a speciálně problematice dětí s obezitou.

13. 9. 2019 se sešli členové předsednictva SPLDD, výboru OSPDL a regionálních zástupců OSPDL. Předmětem bylo nastavení další spolupráce po změně kanceláře OSPDL, plnění dalších společných činností hájících zájmy PLDD.



Informace SPLDD

■ Otevřený dopis KSL a SSG ČR premiérovi

Vážený pane premiére,

Koalice soukromých lékařů (KSL) a Sdružení soukromých gynekologů (SSG ČR) odmítají současnou snahu zdravotnických odborů a takzvaného krizového štábu politickým nátlakem zvrátit výsledky dohodovacího řízení o úhradách zdravotní péče na rok 2020. Žádáme Vás, abyste tomuto tlaku nepodlehli.

ČR nemá státní zdravotnictví a není rolí ministerstva ani vlády, aby určovaly výši platů a mezd v jednotlivých segmentech zdravotnictví. Opakované politické zásahy, o které odbory a různé vlivové skupiny opět usilují, jsou jednou ze základních příčin současného neuspokojivého stavu, ve kterém se české zdravotnictví nachází. Plošné navýšení platů v lůžkových zařízeních způsobí pouze další pokřivení podmínek a prohloubí nerovnováhu zdravotního systému, ale nevyřeší jeho současné personální potíže. Ty se nahromadily za mnoho let kvůli nesystémovým krokům minulých vedení resortu, chybám ředitelů nemocnic, a především kvůli neochotě politiků přiznat si blížící se problémy a začít je včas řešit. Jejich skutečným řešením je pouze systémová změna v podobě optimalizace sítě zdravotnických zařízení, restrukturalizace lůžkového fondu a racionalizace procesů poskytování zdravotní péče.

Po mnoha letech je v křesle ministra zdravotnictví člověk, který usiluje o systémové změny a transparentnost našeho zdravotního systému. Je to cesta správným směrem. To, že je z personálních problémů vzniklých v minulosti krizovým štábem viněn současný ministr, je nespravedlivé. Ale to, že tak činí i Vaši koaliční partneři z ČSSD, jejichž minulí ministři zdravotnictví mají na současném stavu zdravotnictví lví podíl, považujeme za vrchol cynismu a pokrytectví. A to, že za řešení problému vydávají plošné nalití dalších finančních prostředků a rezignaci na jakékoliv systémové změny, je jen opakováním starých chyb, které nás do současné situace přivedly.

Vážený pane premiére, většina segmentů našeho zdravotnictví se již druhý rok za sebou v dohodovacím řízení dohodla na

podmínkách úhrady péče a přistoupila na výrazné zlepšení kvality a dostupnosti své péče, protože uvěřila tomu, že je možná systémová změna našeho zdravotnictví, a tomu, že současný ministr má dost sil a schopností ji provést. Pokud nyní ustoupíte nátlaku, a ještě více zvýhodníte segmenty, které na nic takového nepřistoupily, a přestože se nedohodly, dostaly v úhradové vyhlášce lepší podmínky, vyšlete tím velmi negativní signál a dohodovací řízení v příštím roce tím odsoudíte k neúspěchu. Za těchto okolností bychom se nemohli cítit zavázáni již uzavřenými dohodami.

Koalice soukromých lékařů

MUDr. Petr Šonka, předseda Sdružení praktických lékařů ČR, mluvčí KSL

doc. MUDr. Roman Šmucler, CSc., prezident České stomatologické komory

MUDr. Zorjan Jojko, předseda Sdružení ambulantních specialistů ČR

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

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

V Praze dne 11. 9. 2019

■ Ministr Vojtěch útočí na soukromé lékaře

Ministerstvo zdravotnictví, které několik měsíců i za účasti právníků ČLK projednávalo nejružnější více či méně významné úpravy zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v pondělí rozeslalo **bez varování** návrh na zcela zásadní novelu tohoto zákona. Její přijetí by od základu změnilo smluvní vztahy mezi poskytovateli zdravotních služeb a pojišťovnami i způsob úhrady za provedené služby. K zákeřným způsobem podanému návrhu dalo ministerstvo lhůtu na uplatnění připomínek pouhých 5 pracovních dnů.

Ministr Adam Vojtěch (ANO) navrhuje mimo jiné:

- **zrušit institut rámcové smlouvy** o poskytování hrazených služeb a zrušit tím rovněž dohodovací řízení o rámcové smlouvě s tím, že zdravotní pojišťovny budou uza-

vírat s každým poskytovatelem smlouvu individuálně;

- **uzákonit možnost výpovědi smlouvy o poskytování hrazené péče svévolně a libovolně bez jakýchkoli důvodů** v šestiměsíční výpovědní době vždy ke konci příslušného kalendářního roku.

Existence rámcové smlouvy zajišťuje alespoň trochu rovnoprávné smluvní vztahy mezi poskytovateli zdravotních služeb a pojišťovnami. Postavení soukromého lékaře – jednotlivce vůči zdravotní pojišťovně vždy představuje vztah slabší a silnější strany. Připomíná situaci malého dodavatele zboží velkému obchodnímu řetězci. Je známo, že řetězec si stanoví smlouvu maximálně výhodnou pro sebe a maximálně nevýhodnou pro malé dodavatele. Malý dodavatel je nucen smlouvu akceptovat ve smyslu „Ber, co ti předkládáme, nebo nech a běž“. Těžko si představit, že jeden soukromý lékař povede debatu s ředitelem zdravotní pojišťovny nad textem individuální smlouvy. Tzv. typové smlouvy nejsou nikde legislativně zakotveny, a nelze tedy argumentovat (jak to činí předkladatel návrhu novely), že snad rámcovou smlouvu nahradí (nic takového navrženo není). Lze tedy očekávat, že „z kuchyně právníků zdravotních pojišťoven“ vyjde „návrh“ smlouvy s poskytovateli zdravotních služeb, který jednotlivému poskytovateli – soukromému lékaři, nebo i nemocnici, nezbude než plně akceptovat (nebo nebýt ve smluvním vztahu).

Zrušení rámcové smlouvy, kterou se řídí individuální smlouvy, včetně výčtu důvodů, pro které lze smlouvu ukončit, je tedy pro poskytovatele zdravotních služeb velmi nevýhodné, Česká lékařská komora tuto změnu zásadním způsobem odmítá.

Možnost ukončit bezdůvodně, svévolně a libovolně smlouvu o poskytování hrazených služeb ze strany zdravotní pojišťovny v šestiměsíční výpovědní lhůtě ke konci kteréhokoliv kalendářního roku dává možnost bezdůvodně „se zbavit“ „potíživců“ nespokojených s úhradami a regulacemi, vyvolávajících smířčí jednání, i „žalobců“, kteří dokonce vedou se zdravotní pojišťovnou soudní spor (často úspěšně).

Dosavadní text zákona č. 48/1997 Sb. obsahoval podobné ustanovení, ale jeho výklad



byl nejednoznačný, protože zákon současně ukládal v rámcové smlouvě vymezit důvody pro ukončení smlouvy. Nynější návrh tedy představuje jasnou možnost bezdůvodně, libovolně a svévolně ukončit s kterýmkoli poskytovatelem smlouvu, aniž se proti tomu bude moci jakkoli bránit. To významně sníží cenu lékařských praxí (kupující zejména zajišťují, na jak dlouho má prodávající zajištěn smluvní vztah se zdravotními pojišťovnami – takto bude „zajištěn“ jen na několik měsíců), zhorší možnost kalkulace poskytovatele při nákupu dražších přístrojů či techniky (naprosto nejistá návratnost investice při možnosti smlouvu kdykoliv ukončit) a umožní zdravotní pojišťovně kdykoli připravit pacienty o jejich lékaře (pojištěnci a jejich svobodná volba nebudou mít žádný vliv).

Česká lékařská komora souhlasí se smlouvou na dobu neurčitou, ovšem v podobě trvalého smluvního vztahu vypověditelného pouze z důvodů uvedených v samotné smlouvě, resp. v rámcové smlouvě. Tyto důvody musejí spočívat v hrubém nebo opakovaném porušování smlouvy nebo zákona ze strany poskytovatele zdravotní služby. Bezdůvodně, svévolně a libovolně ukončení smlouvy ze strany zdravotní pojišťovny Česká lékařská komora zásadně odmítá.

Česká lékařská komora považuje návrh ministra Vojtěcha za nehorázný útok na soukromé lékaře, za silně prokorupční návrh nastavující naprosto netransparentní vztahy v oblasti, která je financována z veřejných zdrojů. Návrh nahrávající zdravotním pojišťovnám a velkým řetězcům představuje přímé ohrožení soukromých lékařů v České republice.

MUDr. Milan Kubek – prezident ČLK

■ Vyjádření ministra zdravotnictví k dopisu prezidenta České lékařské komory soukromým lékařům

Vážené lékařky, vážení lékaři,

dnes Vám byl zaslán dopis prezidenta České lékařské komory označený jako „Ministr Vojtěch útočí na soukromé lékaře“. Rád bych Vás ubezpečil, že nic takového nečiním ani činit nehodlám a odmítám, aby pracovní návrhy Ministerstva zdravotnictví, které jsou určeny k odborné diskusi, byly dezinterpretovány a takto zneužívány k politickým účelům.

Návrh novelizace zákona o veřejném zdravotním pojištění, který je předmětem obvinění ze strany MUDr. Kubka, byl na pracovní úrovni rozeslán do vnitřního připomínkového řízení, tedy k vyjádření všem dotčeným subjektům včetně České lékařské komory a sdružení spojujících Vás, tedy praktické a ambulantní lékaře. Jeho cílem bylo mimo jiné zahájit diskusi ohledně dysfunkční úpravy tzv. rámcových smluv. Obsahem návrhu je základní popis náležitostí smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb, který se téměř nijak neodchyluje od současného znění zákona a reálného obsahu konkrétních smluv mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami. Zdůraznit je třeba to, že zmiňované zakotvení šestiměsíční výpovědní lhůty vychází plně ze stávající právní úpravy, kdy cituji část § 17 odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění: „Rámcová smlouva obsahuje vždy ustanovení, které se týká doby účinnosti, způsobu a důvodu ukončení smlouvy podle odstavce 1 s tím, že smlouvu je možno ukončit vždy k 1. lednu následujícího roku, přičemž výpovědní lhůta musí být nejméně šest měsíců.“

Přestože je mi známo, že tento obecný výpovědní důvod je především Českou lékařskou komorou zpochybňován jako neplatný, vývoj judikatury a rozhodovací praxe i na úrovni vrchních soudů jednoznačně dává za pravdu závěru, že se jedná o ustanovení kogentní, od něž se není možné odchýlit. Jinak řečeno mají obě strany možnost vypovědět smlouvu bez udání důvodu již nyní, a pokud MUDr. Kubek tvrdí něco jiného, uvádí všechny lékaře v omyl.

I přesto já i mí kolegové, kteří návrh připravili, na základě mnoha došlých připomínek

vnímáme, že navržené znění novely zákona a zrušení dohodovacího řízení k rámcovým smlouvám nemá v této podobě podporu. Zcela standardně, jako je tomu u každého návrhu, které za mého vedení ministerstvo připravuje, bude tedy vedena standardní diskuse o tom, zda jej pozměnit nebo naopak ponechat ve stávajícím znění. K této debatě již byli Vaši zástupci přizváni a předpokládám, že nalezneme společný konsensus, stejně jako jsme našli shodu v případě dohodovacího řízení o úhradách.

Pevně věřím, že útoky České lékařské komory, která se z profesní organizace mění spíše na organizaci politickou a odborovou, nenaruší naše dobré a pevné vztahy. Praktičtí lékaři, ambulantní specialisté i ostatní lékaři, kteří vyznávají věcnou a slušnou diskusi, nemusejí mít z žádného ohrožení za mého vedení Ministerstva zdravotnictví obavy.

S úctou Adam Vojtěch

■ Dopis prezidentovi ČLK

Vážený pane prezidente, reaguji na Váš dopis, kterým se obracíte na naše členy. Rád bych Vás ujistil, že návrh novely zákona č. 48/1997 Sb. projednalo předsednictvo SPL ČR dne 9. 9. 2019. Naše zásadní připomínky k této novele jsme zaslali Ministerstvu zdravotnictví ČR dne 12. 9. 2019 ve 13:46, kopie byla odeslána všem účastníkům včetně ČLK, té na tyto dvě adresy: recepce@clkcr.cz; sekretariat@clkcr.cz. Požádali jsme ministerstvo o schůzku, na které bychom projednali naše zásadní výhrady k navrhované novele. Ministerstvo reagovalo obratem a schůzka proběhne 23. 9. 2019. O tom jste jistě dobře informován. Předpokládám, že naše připomínky budeme schopni racionálně obhájit a dosáhneme změny názoru ministerstva jako již mnohokrát. Dáváme přednost racionální argumentaci a civilizovanému dialogu s partnery i oponenty. Jsme přesvědčeni, že je to lepší způsob, jak prosadit naše cíle, než nátlak, hysterický křik a vytváření apokalyptické

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

si vás dovolují 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. Jakub Štádl, MUDr. Bohuslav Procházka

7. listopad 2019

Dítě s recidivujícím kašlem

MUDr. Zuzana Vancíková, CSc.



OSPDL ČLS JEP



atmosféry. Myslím, že kdyby ČLK postupovala podobně, těšila by se mnohem většímu respektu a úctě svých partnerů i protivníků a byla by schopna efektivněji prosazovat zájmy lékařského stavu. Jistě by to bylo ku prospěchu věci a musím říci, že jako člena ČLK mě mrzí, že komora svým konfrontačním způsobem komunikace dlouhodobě nepřispívá konstruktivní debatě o problémech našeho zdravotnictví.

Rád bych Vás ujistil, že přestože SPL ČR má odlišný názor na současné vedení ministerstva, než zastává vedení ČLK, nehájíme zájmy ministra, ale výhradně zájmy našich členů. Tam, kde s názory vedení ministerstva nesouhlasíme, neváháme se ozvat. Většinou pak dokážeme vyjednat řešení akceptovatelné pro obě strany. Připustíme možnost, že jste ještě v pátek odpoledne, kdy jste dopis našim členům posílal, nebyl personálem Vaší kanceláře o připomínkách SPL informován, i když bych to v instituci disponující rozsáhlým profesionálním aparátem neočekával. Pokud by Vás skutečně zajímalo, jak se SPL ČR postaví k navrhované novele, mohl jste mi kdykoliv zavolat. Mobil na mě máte a nikdy se nestalo, že bych Vám nezvedl telefon. Stejně tak se mohli spojit právníci ČLK s právníky SPL, jako již mnohokrát, když koordinovali vzájemný postup. Soudím, že pokud se tak nestalo, a raději jste oslovil nevyžádaným e-mailem naše členy, nebylo Vaším cílem zjistit postoj SPL ČR k avizované novele a spojit síly k její nápravě. Vnímám to jako jasnou odvetu za postoj SPL ČR a KSL k současnému dění ve zdravotnictví. Nebylo ale příliš taktické použít téma, na kterém se shodneme, tedy nepovedený návrh novely shora jmenovaného zákona jako záminku pro útok na Sdružení praktických lékařů.

Nemohu souhlasit s Vaším tvrzením, že naše organizace (tj. SPL, ostatní členové KSL a ČLS JEP) někoho podrazily. Pouze vidíme situaci jiným pohledem a svůj postoj jsme si dovolili vyjádřit. Naše názory na způsob řešení problémů českého zdravotnictví jsou naprosto konzistentní a říkáme je léta. Je třeba vzít na vědomí, že je tu velká skupina lékařů, kteří jsou sice povinně členy ČLK, ale na řadu věcí mají zásadně jiný názor než její současné vedení a mají legitimní právo své názory prosazovat. Říká se tomu demokracie. Té si v SPL velmi vážíme, pěstujeme ji a ctíme za všech okolností. Rád bych Vás tedy zpravil o tom, že způsob, jakým se SPL postaví k akci tzv. „krizového štábu“, schválilo na své řádné schůzi jak předsednictvo, tak i patnáctičlenný výbor SPL ČR. Ten je

řádě zvolen delegáty konference SPL ČR, kteří jsou delegováni členy SPL. Troufám si tedy považovat za nezpochybnitelný fakt, že vedení SPL ČR hájí zájmy a postoje svých více než 5 000 DOBROVOLNÝCH členů. Vaši snahu naznačovat opak považuji za urážející.

Vážený pane prezidente, kdysi jsme se dohodli, že se v zájmu zachování korektních vztahů mezi našimi organizacemi vyhneme vzájemným útokům a budeme se snažit, abychom neakcentovali témata, ve kterých se rozcházíme, a naopak budeme pracovat na tématech, kde máme shodu. Já se cítím být svým slovem nadále vázán. Zdržel jsem se reakce, když jste hovořil a psal o nereprezentativních a nekompetentních zástupcích primární péče. Váš včerejší dopis ovšem představuje zásadní porušení naší džentlmenské dohody, ke kterému již mlčet nehodlám. Důrazně Vás žádám, abyste se vyvaroval útoků na SPL a nevměšoval se do jeho vnitřních záležitostí. Věřím, že svůj krok přehodnotíte, a umožníte tak bezkonfliktní komunikaci našich organizací a další spolupráci nad tématy, která máme společná. Jsem si jist, že by to bylo ku prospěchu celého lékařského stavu.

S pozdravem
Petr Šonka, předseda SPL ČR
14. 9. 2019

■ Lékařský nález pro posouzení zdravotního stavu ve věcech sociálního zabezpečení

V současné době registrujícím praktickým lékařům zasílá příslušná OSSZ žádost o vyplnění předepsaného tiskopisu Lékařský nález pro posouzení zdravotního stavu ve věcech sociálního zabezpečení poštou v tištěné formě. Vyplnění tohoto tiskopisu lze buď fyzicky (na psacím stroji), nebo elektronicky. Již několik roků je totiž dostupná na stránkách ČSSZ elektronická alternativa k vyplnění a odeslání tohoto tiskopisu.

Jaké jsou výhody elektronického podání:

- Nepotřebuji psací stroj ani tužku
- Vyplňuji přímo v počítači, takže mohu vybrané texty zkopírovat ze zdravotnické dokumentace do elektronického formuláře
- V případě uvedení chyby jednoduše opravím
- Některé požadované parametry program hlídá a v případě jejich neuvedení nebo

chyby mne na chybu upozorní (automatická kontrola)

- Některé parametry vybírám z nabídky
- Tiskopis budu vyplňovat pouze jeden i pro více předmětů řízení, které jsou na žadance uvedeny
- Rozpracovaný tiskopis si mohu uložit do souboru ve formátu XML, kdykoliv se k němu vrátit opětovným načtením do systému a pokračovat v práci
- Po vyplnění elektronického tiskopisu si jej mohu uložit do počítače do souboru a s výhodou použít jako podklad pro vyplnění příští žádosti (mohu jen aktualizovat), čímž ušetřím hodně času
- V tištěném tiskopisu jsem limitován rozsahem příslušného pole pro vyplnění a v případě potřeby musím pokračovat formou přílohy na volném papíru, což v elektronickém formuláři odpadá
- Ušetřím na poštovním (včetně poplatku za doporučený dopis)
- Vyplněný tiskopis mohu vyplnit a odeslat elektronicky v kteroukoliv denní (noční) dobu
- Po odeslání obdržím ihned potvrzení o odeslání na příslušnou pobočku OSSZ
- Vyplněný tiskopis s potvrzením o jeho odeslání si mohu vytisknout a uložit do zdravotnické dokumentace nebo bez tisku si mohu uložit v elektronické podobě

Jaké jsou nevýhody:

- Pro někoho složitější zorientování se v postupu, ale při opakovaném využití ePortálu ČSSZ se to dá zvládnout a jistě časem získá elektronické vyplňování na oblibě
- Zatím potřeba přepsat data o žadateli ručně ze zaslané tištěné žádosti do elektronického tiskopisu, ale při opakovaném vyplňování si žadatele již mohu jen vložit ze složky uložené v počítači v xml formátu. Časem by měla ČSSZ zasílat žádosti registrujícímu lékaři v elektronické podobě bez potřeby přepisování.
- Omezené formáty příloh (povolené formáty příloh jsou DOC, RTF, XLS, PDF, JPG a TXT),
- Při delší nečinnosti (cca 15 minut) je spojení se serverem ČSSZ z bezpečnostních důvodů ukončeno a pokud jsem si rozpracovaný tiskopis neuložil, budu muset vše vyplňovat znovu.

Základní předpoklady pro využívání služby:

- počítač
- internet



- datová schránka anebo registrace v ePortálu

Jak tedy na to:

Do adresního řádku používaného prohlížeče (Internet Explorer, Mozilla, Google, Opera, Safari...) zadám <https://portal.cssz.cz/>. Otevře se nabídka, kde vyberu složku **TISKOPISY** (<https://portal.cssz.cz/web/portal/tiskopisy>) a dále **VŠECHNY TISKOPISY**. Z nich vyberu složku **PRO LÉKAŘE**, v níž hned na první stránce kliknu na **LÉKAŘSKÝ NÁLEZ PRO POSOUZENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU VE VĚCECH SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ** (<https://portal.cssz.cz/web/portal/tiskopisy-lnpskcv>). V tomto momentu doporučuji provést **KONTROLU NASTAVENÍ POČÍTAČE** (tlačítko na obrazovce vpravo). Pokud je počítač správně nakonfigurován, pak se po kliknutí na tlačítko **VYPLNIT TISKOPIS**, otevře prázdný tiskopis, který je totožný s tištěnou formou tiskopisu. Pak již vyplňuji elektronický tiskopis obdobným způsobem jako tištěný. Pro vyplnění elektronické verze není nutné přihlášení. Pokud je ale registrující praktický lékař přihlášen, jsou údaje o něm již do tiskopisu automaticky vloženy. Tiskopis slouží jak pro cílené, tak pro komplexní vyšetření, s tím, že rozsah vyplňovaných údajů se liší právě v závislosti na tom, zda je ze strany OSSZ požadováno komplexní, či cílené vyšetření. Typ požadovaného vyšetření zaškrtnu v horní části tiskopisu. V případě cíleného vyšetření systém automaticky zablokuje položky, které nejsou požadovány (oddíl C–Pracovní a sociální anamnéza). K vyplnění tiskopisu lze využít nápovědu. Tiskopis (i rozpracovaný) si můžu uložit (při každém přerušení práce vřele doporučuji) a do systému znovu nahrát po kliknutí na tlačítko **NAČÍST TISKOPIS ZE SOUBORU**. Správně a kompletně vyplněný tiskopis je potřeba nejprve uložit do souboru v xml formátu a buď ho mohu vytisknout a fyzicky odeslat poštou, nebo odeslat elektronicky. Elektronické odeslání lze provést prostřednictvím datových schránek nebo prostřednictvím ePortálu. Aby bylo možné odeslat podání přímým kanálem ePortálu, musí se lékař do ePortálu ČSSZ přihlásit (s realizací pomůže průvodce). Dle zvoleného způsobu elektronického odeslání dojde buď k automatickému přesměrování na přístupové rozhraní datových schránek, nebo k automatickému přesměrování na webový portál **Národní identitní autority (NIA)** eidentita.cz. Po otevření zvolené komuni-

kační cesty uložený formulář do systému vložím a odešlu. Následně jsem systémem informován o odeslání zprávy.

Pro začátek trochu složitě, ale přitom jednoduché a při opakovaných žádostech čas šetřící.

Vypracování Lékařského nálezu pro posouzení zdravotního stavu ve věcech sociálního zabezpečení je specifickým zdravotním výkonem, který je proplácen pouze na základě předchozí objednávky (žádanky), kterou vystavilo oddělení lékařské posudkové služby OSSZ. Částka je většinou uvedena v žádosti OSSZ a je stanovena Cenovým předpisem MZ uvedeným ve věstníku pro dané období. Úhrada je vyplacena na základě vystavené faktury. Majitelé datových schránek mohou i fakturu poslat příslušné OSSZ zdarma elektronicky.

Zpracoval: Kozderka 21. 9. 2019

■ Sledování objednacích lhůt a elektronický poukaz umožní lépe zajistit dostupnost péče

Zdravotní pojišťovny mají podle vládního nařízení povinnost zajišťovat místní a časovou dostupnost zdravotní péče pro své pojištěnce. Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s Ministerstvem financí vůbec poprvé provedlo kontrolu, zda svou povinnost plní. Závěry ukázaly, že zdravotním pojišťovnám chybí systém sledování objednacích lhůt, kapacit poskytovatelů a stížností. Závěry kontroly jsou pro zdravotní pojišťovny cenou zpětnou vazbou. Ministerstvo zdravotnictví již chystá opatření.

Jednou z povinností zdravotních pojišťoven, na které se kontrola zaměřila, je zajištění vyšetření či výkonu zdravotní péče do určité lhůty. Ta začíná běžet od chvíle, kdy ošetřující lékař potřebu výkonu indikoval. Nicméně kontrola ukázala na zásadní překážku – zdravotní pojišťovny se o této skutečnosti nijak nedozvědí. „**Rozhodli jsme se, že to změníme a zavedeme něco jako trojcestnou žádanku. POUKAZ na vyšetření, který vystavuje například praktický lékař specialistovi, by se měl elektronicky poslat i na vědomí příslušné zdravotní pojišťovně. Ta díky tomu bude vědět, že jí začíná běžet lhůta, do které má svému pojištěnci povinnost výkon zajistit,**“ uvedl ministr zdravotnictví Adam Vojtěch.

Kontrola také zjistila, že informace o objednacích lhůtách u poskytovatelů ambulantní i lůžkové péče, které jsou pro zajištění dostupnosti péče zcela klíčové, v současné

době nejsou systémově dostupné. Pokud by zdravotní pojišťovny věděly, že čekací lhůta na vyšetření se v určité odbornosti prodlužuje, byl by to jasný indikátor toho, že péče v této odbornosti začíná být méně dostupná, například protože je méně poskytovatelů, nebo protože více pacientů tuto péči potřebuje. „**Chceme proto ve spolupráci s poskytovateli zdravotní péče a zdravotními pojišťovnami nalézt vhodný a nejméně zatěžující způsob pravidelného hlášení objednacích dob od poskytovatelů zdravotním pojišťovnám. Tím budeme vůbec poprvé systémově sledovat tento údaj,**“ vysvětlil ministr.

Další klíčový aspekt v souvislosti se zajištěním dostupnosti péče, který je nutné sledovat, je ochota poskytovatelů přijímat do péče nové klienty. Podle zjištění však o tom zdravotní pojišťovny v současné době nemají přehled. „**Nestačí tečka na mapě, že tam ten poskytovatel je, ale jde o to, zda skutečně přijímá nové pojištěnce. Pojišťovny to musejí vědět a my nyní hledáme cesty, jak to zjistit,**“ dodal ministr. Ministerstvo zdravotnictví zahájí diskusi s poskytovateli a zdravotními pojišťovnami o tom, zda lze nalézt způsob, jakým by tuto informaci mohli poskytovatelé efektivně předávat zdravotním pojišťovnám.

V zajištění dostupnosti zdravotní péče hrají důležitou roli individuální stížnosti pojištěnců. „**Je to v podstatě jediným přímým důkazem o tom, že v některých konkrétních případech je problém,**“ upozornil ministr Adam Vojtěch. Kontrola ukázala, že zdravotní pojišťovny nemají jednotný přístup nejen k evidenci stížností a podnětů, ale i k tomu, co to stížnost je. Ministerstvo zdravotnictví proto bude jednat se zdravotními pojišťovnami ohledně zavedení vhodného způsobu evidence podnětů a stížností. Ty by pak měly být pravidelně projednávány v orgánech zdravotních pojišťoven, měly se hlásit ministerstvu a uveřejňovat ve výročních zprávách. „**Pokud občané nemohou najít svého lékaře, měli by se vždy obrátit na svou zdravotní pojišťovnu, která má povinnost jim lékařskou péči zajistit. Lidé však tuto skutečnost často nevědí a obrazejí se na nejrůznější, často slepá místa. Rozhodli jsme se proto udělat jednotný interaktivní formulář na webu Ministerstva zdravotnictví, kde pojištěnec vyplní, kterého lékaře hledá, svou zdravotní pojišťovnu a kontaktní údaje. Vygeneruje se mu žádost, jež se automaticky odešle dané zdravotní pojišťovně, která ji následně začne řešit,**“



představil ministr Vojtěch. Formulář stížností na nedostupnou péči lidé mohou najít také na adrese: <https://nedostupnapece.mzcr.cz/>.

Kontroloři se zaměřili také na otázku, jaký servis poskytují zdravotní pojišťovny pojištěncům při zajišťování péče. V rámci kontroly ministerstvo nenarazilo na případ, kdy by zdravotní pojišťovna nebyla schopna klientovi poskytovatele zdravotních služeb zajistit. Některé pojišťovny mají na svých webových stránkách přehledné vyhledávací mapy. Všechny pojišťovny provozují pro pojištěnce call centra či informační linky a téměř všechny nabízejí svým klientům mobilní aplikace. V případě, že se pojištěnci nedaří sehnat vhodného lékaře svépomocí, pokoušejí se mu pomoci.

Důležitým nástrojem zdravotní pojišťovny, jak zajistit dostupnost zdravotní péče pro své pojištěnce, je motivace finanční neboli bonifikace. Ta slouží k tomu, aby například poskytovatelé přijímali nové pacienty či prodlužovali ordinační dobu. „**Záměr zajistit lepší dostupnost péče pro naše občany se výrazně projevil v úhradové vyhlášce pro příští rok, která s bonifikacemi v tomto směru počítá, a to zejména u praktiků a zubařů,**“ doplnil ministr. Tato část kontroly, kterou mělo na starosti Ministerstvo financí, zjistila, že bonifikace jsou v současné době nízké, pohybují se v desetinách promile výdajů zdravotních pojišťoven, a ne vždy jsou účinné. Zdravotní pojišťovny by tak měly zvážit zvýšení a rozšíření bonifikací a upravit je tak, aby byly více motivační. K růstu bonifikací dochází již v letošním roce zavedením programu pro ohrožené lékárny, nebo například VZP nově bonifikuje nemocnice v odlehklých oblastech.

„**Závěry kontroly Ministerstva zdravotnictví a financí vnímáme jako důležitou zpětnou vazbu, abychom upravili naši praxi a byli schopni zdravotní péči pro naše klienty ještě lépe zajistit. Než ministerstvo zavede uvedená systémová opatření, která vítáme, snažíme se v tomto směru již dnes udělat maximum. Například co se týče informací ohledně objednacích lhůt, snažíme se je u našich smluvních poskytovatelů mapovat. Kromě toho jsme uzavřeli memorandum s praktickými a zubními lékaři o výměně informací s cílem zlepšit dostupnost péče. Vítám také aktivitu ministerstva ve formě jednotného formuláře, protože pro nás je nesmírně důležité dozvědět se o problémech našich klientů**

včas,“ doplnil ředitel Všeobecné zdravotní pojišťovny Zdeněk Kabátek.

Zdroj: www.mzcr.cz

■ Fórum MT: Doktorem zdarma vždy a všude?

Jaké jsou vaše zkušenosti s neformálním ordinováním mimo pracovní dobu? Snažíte se tomu vyhnout, nebo jako lékař fungujete 24 hodin denně?

Málokoho napadne, že by se třeba instalér ve svém volném čase věnoval zdarma odpadům v jeho koupelně. Stejně tak lidé respektují, že za rady právníka se platí, podle dostupných ceníků přinejmenším tisíc korun za jednu konzultaci. U lékařů a dalších zdravotníků se ale veřejnost obvykle nezdráhá své problémy konzultovat kdykoli a kdekoli, tedy neobjednávat se, nečekat na daný termín a za konzultaci poskytnutou při běžném společenském kontaktu neplatit.

Prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc., onkolog a senátor míní, že vyhnout se poradenství mimo ordinační dobu prakticky nelze. „Žádný adept medicíny si snad ani nemyslí, že bude fungovat vždy jen v běžných ordinačních hodinách jako na úřadě. Promocí a pak atestacemi se lékař stává majetkem veřejným, ať už se tomu vzpouzí, nebo je rád,“ uvádí prof. Žaloudík. „Fungujeme pod kuratelou hesel ‚furt ve střehu‘ a ‚furt s úsměvem‘. Byť by to bylo hodinu po půlnoci na telefonu, náhodně na poště, v přestávce tenisu, při výkopových pracích nebo nečekaně při procházce vlahým hájem. Takto to veřejnost očekává a chce, vizi laskavého lékaře zachránce, ochránce a rádce lid nosí hluboko v srdci. Není triviální toto poslání trvale naplňovat ke spokojenosti všech se vším, i s námi, mimoordinačně zastíženými postiženými. Říkám si: ať, hlavně, že je o člověka zájem a má ještě důvěru, která leckde mizí,“ dodává prof. Žaloudík.

Prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA, rektor Univerzity Karlovy, přednosta Ústavu lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky 1. LF UK a VFN, zdrazňuje, že profese lékaře je poslání. „Tento obor jsem vystudoval, celý profesní život se mu věnuji a chci se mu věnovat, dokud mi budou síly stačit. Funkce rektora je oproti tomu limitována na určité období. Biochemii a laboratorní diagnostice se věnuji i nyní, abych neztratil kontakt s novými trendy a se svými pacienty,“ uvádí prof. Zima. A tak se nebrání ani příležitostnému poradenství. „Neformálně ordinuji stále,

pokud mi to pracovní povinnosti rektora dovolí, asi jen ne v noci, a snažím se pomáhat jak svým pacientům, tak přátelům a kolegům,“ píše prof. Zima.

MUDr. Zorjan Jojko, kardiolog a předseda Sdružení ambulantních specialistů ČR, připomíná, že by lékař měl myslet i na své zdraví. „Ordinační dobu máme s kolegou, s nímž pracuji ve stejné ambulanci, upravenou tak, abychom byli našim pacientům k dispozici ‚od rána do večera‘ všechny všední dny. Mimo opravdu akutní a mimořádné situace, kdy si pozveme pacienta buď brzy ráno, nebo naopak později večer či během víkendu, se snažíme svou ordinační dobu nenatahovat. Mimo jiné nám jde o to, abychom tu svou práci také aspoň nějakou dobu sami ve zdraví přežili,“ píše MUDr. Jojko.

Podle **MUDr. Andrey Vocilkové,** ambulantní dermatoložky, se neformálním radám nedá vyhnout asi v žádném oboru. „Docela to chápu. Kdo ze zdravotníků nezažil, že se mu porouchal nějaký technický pomocník – třeba auto nebo pračka – a on volal někomu šikovnějšímu v nesmyslnou dobu během víkendu a prosil o pomoc. Když se mi něco přihodí s počítačem, jsem taky ráda, když to se mnou zkusí technik řešit okamžitě a nehledá důvody, proč to teď nejde,“ poznamenala MUDr. Vocilková.

MUDr. Otto Herber, místopředseda Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP a člen prezidia ČLS JEP, považuje ordinování po skončení běžných ordinačních hodin za normální. „Jako praktický lékař bydlící uprostřed ‚svých‘ pacientů s tím nemám vůbec problém. Dokonce si myslím, že to dělá praktickou medicínu výjimečnou, když pacienti mají svého lékaře blízko sebe. Tím nemám na mysli, že bych ordinoval při nedělním obědě v restauraci,“ píše MUDr. Herber.

Prof. MUDr. Dalibor Pacík, CSc., přednosta Urologické kliniky FN Brno, píše, že bezpečnější je pro pacienta standardní systém. „Nemocný člověk očekává od lékaře profesionální výkon a ty nejlepší možné výsledky. Medicína 21. století potřebuje lékaře vzdělaného, zručného, předvídatelného, empatického (tedy zkušeného) a v neposlední řadě odpočatého. Lékař fungující – ordinující – 24 hodin denně tyto aspekty zcela jistě naplnit nemůže,“ uvádí prof. Pacík. „Vyspělá společnost vytváří (nebo by vytvářet měla) systém zdravotní péče, kde pacient s akutními obtížemi nemůže zůstat bez pomoci, ale vstupem do řádně fungujícího systému by měl najít pomoc tehdy a tam, když to



opravdu akutně mimo běžnou ordinaci dobu potřebuje," poznamenal prof. Pacík.

Prof. MUDr. Michal Vrablík, Ph.D., III. interní klinika 1. LF UK a VFN, předseda České společnosti pro aterosklerózu, zvládá po pracovní době on-line poradenství. „V době elektronických komunikačních médií není nesnadné poslat fotografii, dotaz, prosbu prakticky kdykoli a řada pacientů toho využívá. V zásadě nemám nic proti a mám domluvu s pacienty, že v případě potřeby napíší e-mail. Současně je ale vždy upozorním, že odpověď nepříjde hned," uvádí prof. Vrablík. „eRecepty intenzitu korespondence a „neformálního ordinování“ ještě zvýšily, ale při dobrém nastavení se mi zdá, že tento „formát spolupráce“ s pacienty oběma stranám může spíše pomoci. Zvládnutí toho více a pacientům šetříme cesty do ordinace nebo (často obtížné) shánění názoru či rady po telefonu," dodává prof. Vrablík.

Nemoc nepočká, upozorňuje **prof. MUDr. Rostislav Vyzula, CSc.,** onkolog, poslanec Parlamentu ČR, předseda podvýboru pro eHealth. „Medicína je na plný úvazek – 24 hodin denně, 7 dní v týdnu a 365 dní v roce. Byl jsem tak vychován, nereptal jsem nikdy, naopak mi to připadalo vždy jako samozřejmé. Nemoc si dobu svého vzniku a působení nevybírá a ani neví, zda je sobota, neděle nebo svátek," píše prof. Vyzula. „Stanovené limity přesčasových hodin mne vyvádějí z klidu. Když je někdo lékař, tak musí počítat s tím, že bude pomáhat lidem, a to vždy, nejenom v pracovní době," dodává.

MUDr. Martin Jan Stránský, FACP, ředitel Polikliniky na Národní v Praze, Assistant Clinical Professor, Yale School of Medicine, se neformálnímu ordinování vyhýbá z hle-

diska korektního přístupu. „Podstatně zajímavější situace pro (nejen) mě je, co má lékař dělat, když se setká s osobou mimo svoji praxi a dozví se, že je něco hodně špatně. Myslím situaci, kdy například během hovoru zjistím, že osoba je nemocná, ale diagnóza či péče je zjevně mimo. Nebo že tato osoba trpí nediagnostikovanou nemocí. Tam je vždy důležité vybalancovat soukromí osoby s étosem našeho povolání," uvádí MUDr. Stránský.

Zdroj: www.tribune.cz, 1. 7. 2019

■ Prof. Češka: Neochota, nebo zodpovědnost?

Fórum MT: Jaké máte zkušenosti s neformálním ordinováním? Odpovídá prof. MUDr. Richard Češka, CSc., FACP, FEFIM, předseda České internistické společnosti ČLS JEP.

Z jedné strany musím říci, že se domácímu léčení a „profesorským radám“ snažím vyhnout, jak to jen jde, dokonce si přes noc někdy vypínám telefon. Na druhé straně se neformálnímu ordinování vyhnout nelze, ať už ze společenských důvodů, nebo proto, že se člověk dostane do blízkosti urgentní situace a najednou není jiné řešení.

Tak jsem třeba řešil těžší hypoglykémii na palubě letadla dvě hodiny před přistáním v San Franciscu. (Kdybyste viděli tu úlevu kolegy – byli jsme dva lékaři na palubě –, když říkal: „Vy jste internista? Tak to je vaše, já jsem rentgenolog.“) Fakt ale je, že právě řešení urgentních situací není vůbec snadné. Hypoglykémie, ano, OK. Když jsme ale přijeli k dopravní nehodě (v autě jsme byli zkušený praktik, sestra intenzivní péče a já, který jsem v té době sloužil na JIP pravidelně a často), měli jsme pro (ne kriticky ohrožené)

zraněné především dobré slovo, pochopení, a hlavně mobilní telefon k přivolání RZP. To je jen malý příklad toho, že ani jistá erudice neznamená, že bez zázemí nemocnice nebo oddělení intenzivní péče zvládneme třeba i relativně nekomplikovanou situaci.

Možná se to právě v těch „urgentních“ situacích, kdy volá pacient, kamarád nebo prostě „někdo“, zdá jako neochota. Já si ale rozhodně nevezmu na zodpovědnost řešení „atypické bolesti na hrudi“, „podivné nevolnosti s bolestí břicha“, natož dušnosti při oteklé noze. Doporučuji jediné. Nečekat a nechat se vyšetřit. A fakt to není neochota. Jen to prostě po telefonu nedokážu, a i kdybych krásně přijel, bude můj „zásah“ jen prodloužením doby k pořádnému vyšetření. Jiná je situace, když se pacienti, přátelé, známí i mimo nemocnici nebo ambulanci obrací o neformální radu či názor. Současná medicína je komplikovaná, máme stále dokonalejší diagnostické i terapeutické možnosti, a je proto téměř nemožné podat nějakou skutečně validní analýzu.

Opomím fakt, že si raději pohovořím o posledních sportovních či kulturních událostech a prohlédnu modely krásných žen na večírku, než že bych rozebíral zdravotní problémy VIP účastníků. Ale také se mi to „nezávazné ordinování“ nelíbí ze dvou dalších důvodů. První je to, že pacient našel informace na internetu, soused mu poradil a on tak nějak nemá důvěru ke svému lékaři a potřebuje si svou nedůvěru potvrdit i „názorem pana profesora“. Nic proti second opinion. Ale oficiálně, v ordinaci a zejména je fajn, když se pacienti obrací alespoň zhruba oborově správně, což se velmi často neděje. (Kolikrát já vysvětloval náhradu ko-



PROGRAM KONFERENCE DĚTSKÁ OBEZITA A VÝŽIVA V TEORII A PRAXI

(Praha 29. 11. 2019)

Připraveno ve spolupráci s OSPDL a ČSAT

Společnost pro výživu (SPV) ve spolupráci s Odbornou společností praktických dětských lékařů OSPDL ČLS JEP vás zvou na již tradiční konferenci Dětská výživa a obezita v teorii a praxi, která se bude konat 29. 11. 2019 v Praze.

Letošní konference by měla být věnována: 1) problematice výživy dětí v prvních 1 000 dnech života, jak ji nastartovala studie obou společností před šesti lety. Výstupem výsledků byl NutriCHEQ a současná doporučení OSPDL a ČPS ČLS JEP k suplementaci dětí a dospívajících vitamínem D. 2) Výživě je věnována i problematika dalšího bloku „Dětská dyslipoproteinémie“. Tento blok je připraven ve spolupráci s Českou společností pro aterosklerózu. Budou zde přednášky prof. Vrablíka ke klinickým aspektům nemoci od dětského do dospělého věku, dále i k praktickým zkušenostem z poradenské péče, problematika familiární hypercholesterolémie a podobně. 3) Poslední blok je kromě laudační přednášky věnován aktuální problematice dětské obezity. Záchyt a sledování dětského pacienta s obezitou v ordinaci PLDD se v rámci dohody s pojišťovnou stává skutečnou realitou. Kromě uvedené informace a připomenutí si některých čísel k obezitě by konference měla nabídnout stručné „guidelines“ klinické i psychologické péče o dětského obézního pacienta.

Bližší informace a možnost přihlásit se na konferenci naleznete v nejbližších dnech na webových stránkách SPV www.vyzivaspol.cz.



lenního kloubu – to by se prof. Ivan Landor nasmál.)

Druhým důvodem, proč nerad ordinuji neformálně, je to, že občas se opravdu objeví situace jasná, která se dá vysvětlit i léčit, někdy následně pacienta třeba pozvu na kliniku. A on mi za měsíc řekne, že má potíže pořád. Naše doporučení nerespektoval, přečetl si názory na internetu, případně stačí i příbalová informace, spolupracovník (IT specialista) doporučil odvar z jitrocele a homeopatika. Přesto cítím výčitku, že jsem neudělal dost. Takže i když je lékař vždy k dispozici 24/7, domácí léčení rád nemám a snažím se mu vyhnout, jak jen to jde. Ale ono to někdy (docela často) nejde.

Zdroj: www.tribune.cz, 4. 7. 2019

CAVE! Informační dopis pro zdravotnické pracovníky

11. 09. 2019

Methotrexát – doporučení k zamezení potenciálně smrtelným chybám v dávkování při podávání methotrexátu k léčbě autoimunitních onemocnění

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore, Vážená paní magistro, vážený pane magistře, držitelé rozhodnutí o registraci přípravků s obsahem methotrexátu by Vás ve spolupráci se Státním ústavem pro kontrolu léčiv (a s Evropskou lékovou agenturou) rádi informovali o následujících skutečnostech:

Souhrn

- Jako chyby v dávkování se závažnými následky, včetně úmrtí, bylo hlášeno každodenní užívání methotrexátu určeného k podávání jednou týdně při léčbě autoimunitních onemocnění.
- Léčivé přípravky s obsahem methotrexátu musejí předepisovat pouze lékaři se zkušenostmi s jejich používáním.
- Zdravotničtí pracovníci, kteří předepisují nebo vydávají methotrexát k léčbě autoimunitních onemocnění, musejí
 - poskytnout pacientovi/ošetřující osobě úplné a jasné pokyny, že se přípravek užívá jednou týdně;
 - při každém novém předpisu/výdeji pečlivě zkontrolovat, že pacient/ošetřující osoba rozumí, že se lék musí používat jednou týdně;
 - spolu s pacientem/ošetřující osobou rozhodnout, který den v týdnu bude pacient methotrexát užívat;
 - informovat pacienta/ošetřující osobu o příznacích předávkování a poučit je,

aby v případě podezření na předávkování neprodleně vyhledali lékařskou pomoc.

Další informace o bezpečnostní otázce a následná doporučení

Methotrexát je v EU registrován ve dvou odlišných indikačních skupinách, přičemž každá z nich má jiné dávkovací schéma:

- k léčbě nádorových onemocnění, u kterých frekvence podávání methotrexátu závisí na režimu léčby a může vyžadovat každodenní podávání methotrexátu,
- k léčbě autoimunitních onemocnění zahrnujících revmatoidní artritidu, psoriázu a Crohnovu chorobu, které vyžadují podávání jednou týdně.

Navzdory již přijatým opatřením k zabránění chybám v dávkování jsou i nadále hlášeny závažné, někdy smrtelné případy, kdy pacienti léčení pro autoimunitní onemocnění užívali methotrexát denně místo jednou týdně. Přehodnocení bezpečnosti provedené na úrovni EU vedlo ke zjištění, že se tyto chyby v dávkování mohou objevit na všech úrovních procesu léčby.

Proto budou u přípravků určených k léčbě autoimunitních onemocnění přijata další opatření s cílem zabránit chybám v dávkování. Mezi tato opatření patří výrazné upozornění na vnějším a vnitřním obalu a aktualizace souhrnu údajů o přípravku a příbalové informace. Ke každému balení perorálních přípravků budou poskytnuty edukační materiály pro zdravotnické pracovníky a karta pro pacienta. Kromě toho budou přípravky ve formě tablet dostupné pouze v blistrech.

Hlášení nežádoucích účinků

Jakékoli podezření na závažný nebo neočekávaný nežádoucí účinek a jiné skutečnosti závažné pro zdraví léčených osob je třeba hlásit Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv.

Hlášení je možné zasílat pomocí tištěného nebo elektronického formuláře dostupného na webových stránkách SÚKL, vše potřebné pro hlášení najdete na: <http://www.sukl.cz/> nahlasit-nezadouci-ucinek.

Adresa pro zasílání je Státní ústav pro kontrolu léčiv, oddělení farmakovigilance, Šrobárova 48, Praha 10, 100 41, e-mail: farmakovigilance@sukl.cz.

Kontakty na držitele rozhodnutí o registraci

S případnými dalšími dotazy se, prosím, obraťte na zástupce držitele rozhodnutí o registraci

Název léčivého přípravku (léčivá látka):

METHOTREXAT EBEWE 2,5 mg tablety

METHOTREXAT EBEWE 5 mg tablety
METHOTREXAT EBEWE 10 mg tablety
METHOTREXAT EBEWE 100 mg/ml koncentrát pro infuzní roztok

Společnost:

Sandoz s.r.o.
Gemini B, Na Pankráci 1724/129,
140 00 Praha 4

Kontakt:

office.cz@sandoz.com
tel.: 225 775 111

Název léčivého přípravku (léčivá látka):

Nordimet injekční roztok v předplněné injekční stříkačce (7,5 mg; 10 mg; 12,5 mg; 15 mg; 17,5 mg; 20 mg; 22,5 mg; 25 mg)
Nordimet injekční roztok v předplněném peru (7,5 mg; 10 mg; 12,5 mg; 15 mg; 17,5 mg; 20 mg; 22,5 mg; 25 mg)

Společnost:

NORDIC Pharma, s.r.o.
Nad Svahem 1766/6, 140 00 Praha 4

Kontakt

Obecné dotazy:
info@nordicpharma.cz
tel.: +420 241 080 770
Nežádoucí účinky:
pv@nordicpharma.cz
tel.: +420 241 080 770

Název léčivého přípravku (léčivá látka)

METOJECT PEN injekční roztok v předplněném peru
METOJECT předplněná injekční stříkačka

Společnost:

Medac GmbH – organizační složka
Kamenná čtvrt 650/63, 639 00 Brno
czech@medac.eu
tel.: 543 233 857

Název léčivého přípravku (léčivá látka)

Trexan 10 mg tablety
Trexan 2,5 mg tablety
Trexan Neo 10 mg tablety
Trexan Neo 2,5 mg tablety

Společnost:

Orion Pharma s.r.o.
Antala Staška 2027/77,
140 00 Praha 4 – Krč

Kontakt:

Obecné dotazy:
orion@orionpharma.cz
tel.: +420 234 703 305
Nežádoucí účinky:
pv-orion@neoxcro.com
tel.: 739 545 061, 603 882 346

Název léčivého přípravku (léčivá látka)



INJEXATE 50 MG/ML injekční roztok v předplněné injekční stříkačce

Methotrexat Accord 25 mg/ml injekční roztok

Methotrexat Accord 100 mg/ml koncentrát pro infuzní roztok

Společnost:

Accord Healthcare s.r.o., Na Strži 2097/63, 140 00 Praha 4

Kontakt:

Obecné dotazy:

czech-info@accordhealthcare.com;

tel: +420 234 234 400;

Nežádoucí účinky:

czech@accordhealthcare.com;

tel: +420 724 926 264

Obsah tohoto sdělení schválil Státní ústav pro kontrolu léčiv.

V databázi léčiv SÚKL jsou u vakcíny INFLUVAC TETRA uvedeny 2 kódy s úhradou pro vybrané skupiny pacientů.

KÓD	0231888
NAZ	INFLUVAC TETRA
DOP	INJ SUS ISP 1 × 0,5 ml + J
UHR1	
MFC	
ENNV	250
ATC	J07BB02

KÓD	0225792
NAZ	INFLUVAC TETRA
DOP	INJ SUS ISP 1 × 0,5 ml + J
UHR1	250
MFC	250
ENNV	250
ATC	J07BB02

Léčivý přípravek INFLUVAC TETRA pod kódem 0225792 byl dodáván pro sezónu 2018/2019. Následně došlo k převodu přípravku ze společnosti BGP Czech Republic s.r.o., Česká republika (součást skupiny

Mylan) na společnost Mylan IRE Healthcare Limited, Irsko (taktéž součást skupiny Mylan), a přestože přípravek zůstal zcela identický, zařadil jej SÚKL do své databáze léčiv pod novým kódem.

Pro sezónu 2019/2020 tedy přípravek INFLUVAC TETRA dodáváme již pod kódem 0231888.

Tento kód je uveden i na dodacích listech k vakcíně (dle informací distributora). Léčivý přípravek INFLUVAC TETRA vykazujte prosím pouze pod kódem **0231888**.

Na závěr bychom Vás rádi požádali, abyste si zkontrolovali, že máte ve Vašich systémech **kód SÚKL pro přípravek INFLUVAC TETRA** správně nastaven a vykazujete **správný kód 0231888**, který je nyní jediným dodávaným kódem SÚKL pro sezónu 2019/2020.

Děkujeme za spolupráci

V Praze dne 18. 9. 2019

INFLUVAC TETRA 2019

– vykazování

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore, rádi bychom Vás informovali o způsobu vykazování vakcíny INFLUVAC TETRA pro sezónu 2019/2020.

Pro VOX připravil:
MUDr. Ctirad Kozderka

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[®]



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Alena Šebková
předsedkyně OSPDL ČLS JEP

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

především velmi doufám, že jste si alespoň trochu dokázali v uplynulém létě odpočinout a načerpat nové síly do další práce. Může se zdát, že za uplynulé období prázdnin se vlastně nic nedělo, ale opak je pravdou a je mi líto, že nezačnu příliš optimisticky.

„Obor“

Zásadní obrat nastal v červnu v osudu oboru Praktický lékař pro děti a dorost. Přes původní garanci, podepsané Memorandum o spolupráci, teze Reformy primární péče jsme se dozvěděli na jednání podvýboru pro vzdělávání (pod Výborem pro zdravotnictví PSP ČR), že ministerstvo zdravotnictví v současné době se samostatným oborem PLDD nepočítá. Samotné jednání, jehož se za PLDD zúčastnily předsedkyně OSPDL ČLS JEP, předsedkyně SPLDD ČR, vedoucí katedry PLDD, bylo jednou velkou, odpusťte mi mou hubatou pusou, šaškárnou. Na konci jsme poznaly, že vše bylo připravené a že jsme posloužily za užitečné hlupáky, aby se neřeklo, že s námi nikdo nejedná. Od poslanců ANO, kteří jsou zodpovědní za současnou situaci, jsme se dozvěděly, že nemáme v úctě jejich práci, když oni již před dvěma lety rozhodovali a velmi podrobně se situací zabývali, že chtějí univerzálního doktora (pojďme tedy zpět do padesátých let minulého století a zuby může trhat třeba kovář), z úst zástupkyně Mladých pediatriů (lékařky zaměstnané v.s. na klinice v Praze) zaznělo, že ona je pro „jeden obor“, neboť bude moci jít do praxe, až nebude chtít sloužit a bude chtít vést rodinný život (požádala jsem ji, pokud je toto jediná její motivace, ať to nedělá, neboť já nežiju rodinný život 25 let). Takto jsou vychováváni mladí lékaři našimi kolegy... Na tomto místě chci velmi poděkovat panu docentovi Svobodovi, který se nadále velmi snažil naplnit slib podpořit návrat našeho oboru a jediný z ostatních přítomných mluvil koherentně a se zájmem o budoucnost primární péče o děti a dorost.

Co tedy bude dál? V tuto chvíli je na světě specializační vzdělávání pro pediatriy, z něhož může odejít lékař do primární péče s pouhými třemi měsíci praxe u PLDD, bez jakékoli jiné praxe, vzdělání v očkování, posudkové léčbě, managementu praxe, atd., atd. Z kvalifikačního kursu se kromě lékařů, kteří mají skutečně zájem o práci v primární péči, rekrutují i tací, kteří jsou před důchodem, plánují ordinovat tři dny v týdnu a bez jakékoli praxe chtějí vzdělávat budoucí dětské praktiky. Hlavně, že ta místa někým „zapláceme“... A dalšími avizovanými rozhodnutími, o kterých se dozvídáme jen tak mimochodem, se může stát, že zmizí praktický lékař pro děti a dorost zcela, nahradí ho „registrující poskytovatel v oboru pediatrie“ – kdo to bude? Ambulantní specialista?? A budeme v Evropě!!!!

Snaha zástupců PLDD o kvalitní primární péči o děti a dorost nekončí, jen jsme čím dál tím smutnější a zažíváme pocity marnosti...

Vzdělávání

Na podzim proběhne ještě několik vzdělávacích akcí odborně zaštitěných naší odbornou společností.

Budou, samozřejmě, probíhat páteční vzdělávací semináře.

2.–3. 11. se bude v Mariánských Lázních konat vzdělávací seminář pro rezidenty a mladé PLDD. Je sestaven velmi kvalitní program, bude probíhat nejen ve formě přednášek, ale i workshopů. Prosím kolegy, kteří mají ve svých ordinacích mladé lékaře, aby je upozornili na možnost přihlásit se. Počet účastníků je omezen.

23. 11. se bude konat v Praze Zdravotnické fórum na téma Prevence návykového chování dětí a mladistvých. Záštitu ZF poskytl osobně ministr zdravotnictví Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch, přednášejícími budou mimo jiné i odborníci z celostátních úřadů drogové prevence, kriminality, ministerstev, ti, kteří

se denně snaží pomoci mladým, u kterých prevence selhala.

Přihlásit se na tyto akce lze na stránkách OSPDL ČLS JEP (www.ospdl.eu).

OSPDL se bude společně s katedrou infekčního lékařství, zastoupenou MUDr. Milanem Trojánkem, Ph.D., účastnit studie s tématem racionální antibiotické terapie. Je to téma, které je nutné neustále opakovat vzhledem k obecně vzrůstající rezistenci na antibiotika, a tak velmi doufám, že ti z vás, kteří budou ke spolupráci osloveni, se zúčastní.

29. 11. se bude konat další konference s tématem výživy, na které OSPDL tradičně spolupracuje se Společností pro výživu. Vyšla další brožura z „Edice OSPDL“ – Probiotika v praxi PLDD. Bude k dispozici na vzdělávacích akcích OSPDL.

Různé

V červenci proběhla schůzka ředitele odboru VLP Mgr. Podhrázkým s předsedkyní SPLDD a OSPDL na téma podpory rezidenčních míst pro lékaře směřující do primární péče.

V srpnu došlo k setkání zástupců PLDD, ČLS, MZ a VZP na téma Celostátní antropologický výzkum. O potřebě nových růstových grafů se hovoří již dlouho a snad se rysuje možnost uskutečnění projektu, ze kterého vyjdou použitelná data.

V září se konala schůzka zástupců PLDD a odborníků na téma sledování obézních dětí v ordinaci PLDD. Několikaletou snahou a odbornou spoluprací Sekce dětské obezitologie a OSPDL vznikl odborný materiál a završením prací zástupci SPLDD vznikl kód, který bude k využití pro lékaře, kteří se touto tematikou budou zabývat ve svých ordinacích.

Byl dokončen Doporučený postup pro podávání vitamínu D, k dispozici bude ve VOXu, NL OSPDL a na webu.

16. 9. 2019



Roztroušená skleróza u dětí a dospívajících

Doc. MUDr. Radomír Taláb, CSc.¹, MUDr. Marika Talábová²

¹Neurologická klinika LF UK a FN Plzeň a MS Centrum Teplice,

²Neurologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

■ Souhrn

V posledních 15 letech v mezinárodních a kooperativních studiích byl identifikován zvýšený počet genetických a environmentálních rizikových faktorů pro RS u dětí, které přispěly k lepšímu chápání patofyziologie RS. Za rizikové faktory RS u dětí jsou považovány puberta a pohlavní hormony, obezita, hladina vitamínu D, expozice virům, kouření, složení stravy a genetické faktory. Diagnostika musí být rozšířena o vyloučení ostatních zánětlivých onemocnění. Ne z každé demyelinizační příhody u dětí se vyvine RS. Nutná je pečlivá diferenciální diagnostika. Léčba klinicky izolovaného syndromu nebo akutní exacerbace – relapsu RS u dětí vychází ze zkušeností s léčbou u dospělých. Nedostatečná účinnost léčby první linie léky ovlivňujícími nemoc (DMD – disease modifying drugs) vyžaduje eskalaci léčby dětských pacientů.

Klíčová slova: dětská roztroušená skleróza – adolescentní roztroušená skleróza – environmentální rizikové faktory – DMD

■ Summary

In the last 15 years of international and cooperative studies has been identified an increased number of genetic and environmental risk factors for MS in children, which contributed to a better understanding of the pathophysiology of MS. At risk factors of MS in children are considered puberty and sex hormones, obesity, vitamin Ds, exposure to viruses, smoking, diet composition and genetic factors. The diagnosis must be extended to exclude other inflammatory diseases. Not every demyelinating event in children develops to MS. Careful differential diagnosis is required. Treatment of clinically isolated syndrome or acute exacerbation-relapse of MS in children is based on the experience of treatment in adults. The lack of efficacy of first-line treatment with disease modifying drugs (DMD) requires escalation.

Keywords: Infantile multiple sclerosis – adolescent multiple sclerosis – environmental risk factors – DMD

■ Úvod

Roztroušená skleróza mozkomíšní (RS) je chronické zánětlivé autoimunitní onemocnění centrálního nervového systému (CNS), kterým nejčastěji onemocní mladí dospělí mezi 20.–40. rokem života, častěji jsou to ženy (2–2,5×), přednostně je postižena bílá rasa. Prevalence narůstá se vzdáleností od rovníku, v ČR je 170/100 000 a riziko vývoje RS v běžné populaci se odhaduje na 1 : 1 000.

První jednotlivé případy výskytu roztroušené sklerózy (RS) v dětském věku jsou datovány již v 19. a mnohem četněji v minulém, 20. století. Za prvního, kdo provedl a popsal první sekční nálezy dětské RS u osmiletého chlapce v roce 1896, je považován Eichhorst (Hanefeld et al., 1993). Z Charcotových systematických studií korelace klinické manifestace s anamnézou vyplynula první diagnostická kritéria a definice diseminované sklerózy nebo „sclérose en plaques disseminées“ nebo Charcotova nemoc. Totožné nálezy byly popisovány u dětí. V roce 1965 Schumacher v diagnostických kritériích zdůraznil věk začátku onemocnění mezi 10–59 lety, a potvrdil tak možnost RS před 16. rokem života. V závislosti na věku Bauer a Hanefeld (Bauer et al., 1989) klasifikovali dětské formy RS ve třech věkových skupinách:

- **časná infantilní (early infantile MS = EIMS)** – vznik mezi prvním a pátým rokem života,
- **pozdní infantilní (delayed infantile MS = DIMS)** – vznik mezi pátým a desátým rokem života,
- **juvenilní (juvenile MS = JMS)** – začínající mezi desátým a šestnáctým rokem života.

Následovala klasifikace Menkesova a spolupracovníků z roku 2007 (Menkes et al., 2006), která rozdělila roztroušenou skle-

rózu u dětí na infantilní do 12 let a juvenilní 12–18 let.

Mezinárodní panel expertů (IPMSSG) publikoval současná kritéria a klasifikaci RS u dětí v roce 2014 s odkazem na národní programy několika zemí a MS center (MSC) Francie, Itálie, Belgie, Německa, Kanady a USA.

Definoval dvě základní formy RS:

- dětská RS (infantile multiple sclerosis – IMS) ≤ 11 let
- adolescentní RS (adolescent multiple sclerosis – AMS) 11–18 let.

Výskyt RS u dětí a dospívajících tvoří v kontextu s uvedenými registry a databázemi MSC 2,7–5,7 % všech pacientů s RS na světě. Ve 2–10 % případů dochází k první manifestaci RS před 18. rokem věku, v 0,3 % případů u dětí mladších 11 let (Krupp et al., 2013). V adolescenci a dospělosti převažuje RS u žen v poměru 2,5 : 1, u dětí do 11 let je zastoupení pohlaví vyrovnané. Prevalence adolescentní formy RS je 1,35–2,5/100 000 a formy dětské 0,4–1,4/100 000, incidence potom u adolescentní formy je 2,64/100 000 (zejména mezi 14.–15. rokem) a u formy dětské 0,13–0,6/100 000 (Alroughani et al., 2018).

■ Rizikové faktory

V posledních 15 letech byl v mezinárodních a kooperativních studiích identifikován zvýšený počet genetických a environmentálních rizikových faktorů pro RS u dětí; tyto faktory přispěly k lepšímu chápání patofyziologie RS. Za rizikové faktory RS u dětí jsou považovány puberta a pohlavní hormony, obezita, hladina vitamínu D, expozice virům, kouření, složení stravy a genetické faktory. Po 11. roce se na vzniku RS podílejí puberta a menarche, dívky mají více relapsů v perimenstruačním období, časnější menarche je spojeno se zvýšeným rizikem vývoje RS u žen, pozdější menarche může mít protektivní význam. Význam puberty a hormonálních změn pro patofyziologii RS však není dosud objasněn.



Obezita u adolescentů je asociována v dospělosti se zvýšením rizika RS. U dětí zvyšuje riziko vzniku dětské RS, zejména u dívek. Obezita zvyšuje expozici estrogenům a podporuje „low-grade inflammatory state“, zejména v tukové tkáni, což má vliv na patogenezi RS.

Snížená hladina vitamínu D zvyšuje riziko vzniku pediatrické RS, rovněž zvyšuje relaps rate. Klinické studie ukázaly asociaci rizika vzniku RS a genů kódujících enzymy zapojené do metabolismu vitamínu D. Pokud je obezita asociována se snížením biologické dostupnosti vitamínu D se současným časovým menarche, přispívají tyto oba nezávislé faktory k riziku vzniku RS (Yeshokumar et al., 2017).

Data z „Pediatric MS Network“ potvrzují zvýšenou vnímavost dětské populace k infekci virem Epsteinova a Barrové (EBV). Infekce EBV je spojena s celoživotním nosičstvím viru, kdy při selhání imunitních mechanismů může dojít k rozvinutí aktivní EBV infekce. Infekční mononukleóza v anamnéze a zvýšení titru protilátek proti antigenům EBV, zejména proti EBV nukleárnímu antigenu 1 (EBNA1 = DNA-vazebný protein), jsou spojeny se zvýšeným rizikem vzniku RS. Časná expozice virům může hrát klíčovou roli v riziku vzniku RS u dětí. Zvýšení titru protilátek proti antigenům EBV, zejména nukleárnímu antigenu EBNA1, vyvolá zvýšenou odpověď CD4+ a CD8+ T buněk. Následná zkřížená reakce s myelinovými antigeny vyvolá autoimunitní reakci a šíření na další myelinové epitopy CNS v čase. Latentní EBV infekce – EBV útočiště – jsou shluky B buněk na meningách, které exprimují markery latentní EBV infekce. Dochází k reaktivaci v plazmatických buňkách akutních lézí. Tyto děti si uchovávají zvýšenou vnímavost k RS do dospělosti a bez závislosti na rase. Naproti tomu se ukazuje, že cytomegalovirová (CMV) infekce může být asociována se sníženým rizikem vzniku RS. Kromě této virové expozice je diskutováno narůstající užití vakcinace a následný vývoj RS (Taláb et al., 2013).

Řadu let převládá v literatuře i v klinické praxi názor, že vakcinace u RS jsou velmi rizikové a nebyly doporučovány pro souvislost s první manifestací onemocnění nebo provokací relapsů v souvislosti s vakcinací. Spekulovalo se o kauzálním vztahu očkování a RS. Tyto údaje vycházely z jednotlivých kazuistik nebo malých souborů dětských pacientů. V roce 2001 publikovaná studie VACCIMUS hodnotila dopad očkování proti virové hepatitidě B u žen s RS. Neodhalila

žádnou spojitost podání této očkovací látky s rizikem RS ani s rizikem relapsu (Confavreux et al., 2001). Pouze při očkování v době aktivní RS bylo riziko relapsu zvýšené za 4–6 týdnů po očkování (Ericet al., 2016). Stálá expozice očkováním, které je vystavena populace dětí, vede k výskytu možné náhodné časové souvislosti mezi očkováním a první epizodou demyelinizace CNS. Zvýšené riziko rozvoje nebo manifestace RS po očkování proti virové hepatitidě B bylo zaznamenáno ve 3 klinických studiích, proti MMR, varicele a břišnímu tyfu v jedné klinické studii. Zvýšené riziko relapsu bylo popsáno v jedné studii po očkování proti chřipce, ve 3 studiích proti tetanu a v jedné studii po očkování proti žluté zimnici (Mailand et al., 2017). Otázka vakcinací u RS zůstává kontraverzní, nejsou žádné jednoznačné literární údaje ani doporučení. U pacientů léčených biologickou léčbou je účinnost očkování modifikovaná.

U kuřáků je riziko RS obecně vyšší. Pasivní kuřáctví u dětí zvyšuje riziko vzniku RS dvojnásobně. Kouření před 15. rokem věku je spojeno s časnou progresí RS a vyšším výskytem primárně progresivní RS. U dětí s RS byl zkoumán také vztah mezi atakou RS a expozicí pasivnímu kouření, kdy u dětí s RS byl více než dvakrát vyšší výskyt pasivního kuřáctví oproti dětem, jejichž rodiče byli nekuřáci. Toto riziko pro RS se zvyšovalo s dobou expozice 10 let a déle (Chitnis et al., 2009). Uplatňuje se pravděpodobně několik patogenních mechanismů:

- asociace kouření & riziko vývoje RS s HLA genotypem (signifikanční interakce mezi HLA DRB1*15 a absence HLA*02 u kuřáků proti nekuřákům),
- neurotoxický vliv částic cigaretového kouře (NO v cigaretovém kouři má vliv na poškození mitochondrií, axonální degeneraci, nekrozu oligodendrocytů),

- hlavní imunitní odpověď v plicích následně vyvolá RS u geneticky vnímavých jedinců – predispozice autoimunity.

Geny vnímavosti pro RS, které by mohly podmiňovat imunopatogenezi RS, jsou ze skupiny genů T buněk podmiňujících imunitní odpověď. Nejedná se však o dědičnost klasického mendelovského typu, ale polygenní. Ukazuje se vysoce signifikantní asociace RS s HLA-DR2 a slabší s HLA-A3 a B7 u bělochů. Nejsilnější genetická spojitost byla potvrzena pro alely lidského leukocytárního antigenu (HLA = human leukocyte antigen) II. třídy, subtypy HLADRB1*1501, DQA*0102 a DOB1*0602 prodloužený optotyp (Dyment et al., 2004). Alela HLA-DRB1*15 je specificky spojena s časnou fází ataky RS v mladším věku podle studie u více než 900 pacientů (Masterman et al., 2000). Nejčastěji jsou postiženi sourozenci nemocných. U příbuzných prvního stupně pacienta s RS, tj. dítě nebo sourozenec, je riziko 3–4 %, u jednovaječných dvojčat je riziko kolem 34 %, avšak dvouvaječná dvojčata mají riziko 5 %. Nedědí se vlastní onemocnění, ale pouze určitá vnímavost k RS.

Při vzniku RS u dětí se může uplatňovat kombinace všech uvedených rizik. V kohortě dětí, u nichž došlo k iniciálnímu demyelinizačnímu syndromu, mělo 57 % alelu HLA-DRB1*15, prodělalo infekci EBV a mělo hypovitaminózu D. Naopak absence všech těchto tří rizikových faktorů byla zjištěna u < 5 % dětí s demyelinizačním syndromem.

Klinický obraz

Před 18. rokem věku je forma RS v 97 % případů relaps-remitentní. Primárně progresivní forma je vzácná a vždy vyžaduje diferenciální diagnostiku. V souboru 1 540 dětských pacientů s RS vykazovalo přes 96 % na počátku relaps-remitentní průběh

Tabulka 1 Klinický obraz RS u dětí

Dětská – infantilní (multifokální)	Adolescentní – juvenilní (monofokální)
81 % akutní encefalopatie s motorickými příznaky – hemiparézy	64 % senzitivní nebo senzitivně-motorický hemisyndrom bez encefalopatie
35 % poruchy chování, cefalea, vestibulo-cerebellární syndrom	16 % optická neuritida jednostranná
23 % optická neuritida (jednostranná nebo oboustranná)	6 % epileptické křeče
22 % epileptické křeče	



a pouze ve 3,7 % případů byl zaznamenán průběh primárně progresivní (Banwel et al., 2007).

Klinicky izolovaný syndrom (CIS) může být multifokální, ale v 54–90 % případů bývá monofokální (tab. 1). V 5–16 % se objevují epileptické křeče (častěji u multifokální varianty) a v 7 % se rozvíjí nespecifický syndrom bolestí hlavy s horečkami, zvracením, letargií, křečemi a mentální alterací. Optická neuritida je častější před 10. rokem života (23 %). Další příznaky pozorované u dětských pacientů s RS jsou únava, problémy ve škole, emoční labilita.

Oproti dospělým bývá u dětí s RS kratší interval mezi první a druhou atakou, tedy vyšší výskyt relapsů: 40 % dětí vyvine 2. ataku do 1 roku, 60 % dětí do 2 let a 66 % do 3 let. Tento vývoj je charakteristický zejména pro adolescentní formu RS. Reziduální neurodeficit je přítomen u méně než 10 % dětí. Pokud dojde ke konverzi CIS do klinicky definitivní formy RS před 18. rokem věku, znamená to vysoce agresivní vývoj RS (Yeshokumar et al., 2017).

■ Diagnostika

První klinická manifestace RS u dětí představuje diagnostickou a terapeutickou výzvu, částečně proto, že může imitovat akutní diseminovanou encefalomyelitidu (ADEM). Neodmyslitelnou součástí diagnostiky je nejenom přesné neurologické vyšetření, ale také detailní rozbor anamnestických údajů, který mnohdy ovlivňuje komplikované diagnostické křížovatky zánětů CNS. Nejběžnější MR nálezy jsou periventrikulárně (77,2 %), demyelinizace *corpus callosum* (63,6 %), Gd vychytávající léze (62,5 %) a v 40,9 % tzv. Dawson's fingers (Forrester et al., 2009). Časná a správná diagnostika determinuje prognózu RS u dětí. Proto standardním klíčovým vyšetřením vedle MR zobrazení mozku a míchy je u dětí také vyšetření mozkomíšního moku a zrakových evokovaných potenciálů, případně dalších modalit EP. Význam těchto vyšetření je nezastupitelný, zejména pak tehdy, když MR zobrazení je nespecifické nebo bez abnormalit.

V diagnostice se uplatňuje MR mozku a míchy (revidovaná McDonaldova kritéria z roku 2010 a 2017), stanovení přítomnosti ≥ 2 oligoklonálních páسů v likvoru a zrakové evokované potenciály. Implementace McDonaldových diagnostických kritérií z roku 2017 akceptuje nejenom klinicky asymptomatické léze ve dvou ze čtyř typic-

kých oblastí pro RS, ale i symptomatické léze mozku a míchy. Diagnostický význam nejméně jednoho Gd enhancujícího ložiska pro důkaz diseminace v čase nebo dvou asymptomatických lézí představuje u dětí více než 90 % pravděpodobnost pro RS (Polman et al., 2011).

■ Diferenciální diagnostika

Diagnostika musí být rozšířena o vyloučení ostatních zánětlivých onemocnění. Ne z každé demyelinizační příhody u dětí se vyvine RS. Nutná je pečlivá diferenciální diagnostika.

Diferenciální diagnostika onemocnění imitujících jako RS je rozdílná s věkem. V první fázi je nutno diferencovat jiná demyelinizační onemocnění CNS, která představují buď variantu RS anebo demyelinizační onemocnění CNS imitující a vyznačují se diferencním rozsahem, lokalizací a vývojem demyelinizace ve srovnání s RS.

Musí být rozhodnuto, zda se jedná o monofázickou, nebo tranzientní multifázickou demyelinizaci. Akutní diseminovaná encefalomyelitida (ADEM) je klasická monofázická demyelinizace s multifokální neurologickou symptomatikou a horečkami. Na MR jsou přítomny oboustranné asymetricky hyperintenzní T2 vážené léze tangující bílou i šedou hmotu mozku. Rekurentní epizody ADEM vedou k diagnóze RS.

Demyelinizační léze mohou být zaznamenány v kontextu s akutními infekcemi CNS způsobenými EBV, mykoplazmaty, enteroviry i dalšími patogeny. Klinicky charakteristická chronická progresivní symptomatika zahrnující MR nálezy lézí bílé hmoty je u hereditárních onemocnění bílé hmoty CNS nebo leukodystrofií, mitochondriálních cytopatií. Neuroborelióza u dětí velmi často probíhá monosymptomaticky, pod klinickým obrazem periferní léze *n. facialis*, nebo méně časté jsou multifokální léze a centrální příznaky „MS-like“ syndromy, imitující obraz RS.

V diferenciální diagnostice musí být pamatováno na zánětlivé vaskulopatie postihující CNS a izolované angiotidy CNS, systémový *lupus erythematosus* s multifokálním neurologickým deficitem, bolestmi hlavy a MR nálezy lézí bílé hmoty CNS (Yeshokumar et al., 2017).

■ Léčba

Principy léčby bez ohledu na věk musí splňovat dva základní parametry. Aktivace

nebo substituce imunosupresorických mechanismů ovlivňujících imunitní reaktivitu v průběhu relapsu nebo jakékoliv další formy aktivity onemocnění (Gd enhancující léze zobrazené na MR). Na druhé straně pak eliminaci patofyziologických procesů v období remise, ovlivňující progresi onemocnění a symptomy související (únava, spasticita, bolesti, autonomní dysfunkce).

■ Akutní

Léčba klinicky izolovaného syndromu nebo akutní exacerbace – relapsu RS u dětí vychází ze zkušeností léčby u dospělých. Standardní první linií akutní léčby jsou kortikosteroidy – methylprednisolon, obvykle intravenózně ve standardní dávce 30 mg/kg/den (maximální dávka 1 000 mg/den). Léčba se ukončí po 3 dnech, pokud symptomy regredují, nebo pokračuje do 5 dnů s následným perorálním „taperem“ pokud symptomy přetrvávají. Standardní dávkování methylprednisolonu nebo prednisonu pro taper je 1 mg/kg/den (maximální iniciační dávka 60 mg/den) s trváním 1–2 týdnů. V případě intolerance nebo neúčinnosti kortikosteroidů u dětí jsou indikovány intravenózní imunoglobuliny ve standardní dávce 2 g/kg rozdělené do 2–5 dnů podání. U dětí s fulminantní demyelinizací nereagující na léčbu kortikosteroidy, zejména s významným stupněm funkční disability, je indikována výměna plazmy, zpravidla 5–7× v průběhu 2 týdnů.

■ Chronická

V první linii léčby RS u dětí se používají glatiramer acetát a interferony beta, které jsou rutinně indikovány posledních 20 let u dospělých nemocných s RS. Absence randomizovaných kontrolovaných studií léčby RS u dětí má řadu úskalí. Zahrnují především obtížné stanovení dávky z důvodu nedostatku dat u dětské populace a nejasnou strategii založenou na důkazech v případě nedostatečné odpovědi na léky první linie. Klinická praxe využívá převážně dat z observačních studií s malým počtem pacientů (Ghezzi et al., 2016). Adherence k injekční léčbě bývá nízká, některé studie ukázaly po 3 letech pokles na 50 %, a to zejména z důvodu lokálních komplikací injekční aplikace léčby (reakce v místě vpichu, strach z jehly) (Ghezzi et al., 2016). Léčivé přípravky 1. linie jsou „off-label“ pro děti do 12 let. Nedostatečná účinnost léčby první



linie DMD vyžaduje eskalaci u více než 40 % pacientů (Yeh et al., 2011), avšak do podzimu 2018 byla eskalační léčba druhé linie pro děti i adolescenty „off-label“. Do druhé linie léčby u dětí jsou počítány natalizumab, cyklofosfamid a rituximab (Narula et al., 2015). V České republice až do roku 2018 to byl pouze natalizumab „off-label“.

Historickým mezníkem pro další léčbu dětí s RS se staly výsledky multicentrické, randomizované, dvojité slepé, kontrolované studie PARADIGMS (Chitnis et al., 2018) a schválení fingolimodu tbl. do druhé eskalační linie léčby RS u dětí od 10 let věku FDA, EMA s následnou registrací v ČR (1,5 linie) – SPC Gilenya 22. 11. 2018. Výsledky studie PARADIGMS (fingolimod tbl. v.s. IFN beta-1a i.m.) prokázaly 82% redukcí relapsů, redukcí nových lézí na MR a mozkové atrofie. V současné době probíhají klinické studie u dětí s teriflunomidem a dimethyl fumarátem.

■ Symptomatická léčba

Cílem symptomatické léčby RS u dětí je zmírnit, optimálně eliminovat symptomy RS, které nejsou dostatečně ovlivnitelné imuno-modulační nebo imunosupresivní léčbou. Jedná se zejména o léčbu spasticity, sfinkterových poruch, bolesti, deprese, kognitivní poruchy, únavy, třesu a záchvatovitých projevů.

■ Nemedikamentózní léčba

Do komplexního léčebného postupu patří rovněž léčebná rehabilitace a všechny její formy, včetně speciálních metodik (Vojtova metoda), rekondičních pobytů, psychoterapie, ergoterapie, lázeňské léčby atd. Volba léčebných programů je významně závislá na věku, zejména dětská RS je plně závislá na součinnosti rodiny nebo nejbližších příbuzných dítěte. V případě, že se stane diagnóza RS záležitostí celé rodiny, je velká šance zajistit pro dítě s dg. RS kvalitní remisi, včetně návratu do školy mezi vrstevníky.

■ Závěr

RS je také onemocnění dětského věku, i když s nižší prevalencí a incidencí. Přibližně 90 % dětí s RS 5 let po první demyelinizační atace má nulovou disabilitu. Pouze přibližně 10 % dětí má neurologický deficit v průměru do tří let od první ataky. Tento vývoj je častější u dětí s multifokálním postižením, reziduálním neurodeficitem po první demyelinizační atace, s progresí disability mezi prvními

dvěma atakami a/nebo s frekventními relapsy v prvních 2 letech (agresivní forma RS). Alternativou pro tyto děti v případě nedostatečné účinnosti léčby první linie nebo agresivní formy pediatrické RS je v současné době fingolimod již od 10 let věku.

■ Literatura

1. Alroughani R, Boyko A. Pediatric multiple sclerosis: a review. *BMC Neurol.* 2018;18(1):27. doi: 10.1186/s12883-018-1026-3.
2. Banwel B, Ghezzi A, Bar-Or A, Mikaeloff Y, Tardieu M. Multiple sclerosis in children: clinical diagnosis, therapeutic strategies, and future directions. *Lancet Neurol.* 2007;6(10):887-902.
3. Bauer HJ, Hanefeld FA. Multiple Sklerose im Kindesalter. In: Hanefeld FA, Rating D, Christen HJ (eds.) *Aktuelle Neuropadiatrie.* Berlin: Springer Verlag, 1989:285-298.
4. Confavreux C, Suissa S, Sadder P, Bourdes V, Vukusic S; Vaccines in Multiple Sclerosis Study Group. Vaccinations and the risk of relapse in multiple sclerosis. *Vaccines in Multiple Sclerosis Study Group. N Engl J Med.* 2001;344(5):319-326.
5. Dyment DA, Ebers GC, Sadovnick AD. Genetics of multiple sclerosis. *Lancet Neurol* 2004;3(2):104-110.
6. Williamson EM, Chahin S, Berger JR. Vaccines in Multiple Sclerosis. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2016 Apr;16(4):36. doi: 10.1007/s11910-016-0637-6.
7. Forrester MB, Coleman L, Kornberg AJ. Multiple sclerosis in childhood: clinical and radiological features. *Child Neurol.* 2009;24:56-62.
8. Ghezzi A, Amato MP, Makhani N et al. Pediatric multiple sclerosis: Conventional first-line treatment and general management. *Neurology.* 2016 Aug 30;87(9 Suppl 2):S97-S102. doi: 10.1212/WNL.0000000000002823.
9. Hanefeld FA, Christen HJ, Kruse B, Bauer HJ. Childhood and juvenile multiple sclerosis. In: Bauer HJ, Hanefeld F (eds.) *Multiple sclerosis. Its Impact from Childhood to Old Age.* London: WB Saunders; 1993:14-52.
10. Chitnis T, Glanz B, Jaffin S, Healy B. Demographics of pediatric-onset multiple sclerosis in an MS center population from the Northeastern United States. *Mult Scler.* 2009 May;15(5):627-31. doi: 10.1177/1352458508101933.
11. Chitnis T, Arnold DL, Banwell B et al; PARADIGMS Study Group. Trial of Fingolimod versus Interferon Beta-1a in Pediatric Multiple Sclerosis. *N Engl J Med.* 2018; 379(11):1017-1027.
12. Krupp LB, Tardieu M, Amato MP et al.; International Pediatric Multiple Sclerosis Study Group. International Pediatric Multiple Sclerosis Study Group criteria for pediatric multiple sclerosis and immune-mediated central nervous system demyelinating disorders: revisions to the 2007 definitions. *Mult Scler.* 2013 Sep;19(10):1261-1267.
13. Mailand MT, Frederiksen JL. Vaccines and multiple sclerosis: a systematic review. *J Neurol.* 2017 Jun;264(6):1035-1050. doi: 10.1007/s00415-016-8263-4.
14. Masterman T, Ligers A, Olsson T, Andersson M, Olerup O, Hillert J. HLA-DR15 is associated with early age at onset in multiple sclerosis. *Ann Neurol.* 2000;48:211-219.
15. Menkes JH, Sarnat HB, Maria BL. *Child Neurology.* Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, 2006:1186.
16. Narula S, Hopkins SE, Banwell B. Treatment of Pediatric Multiple Sclerosis. *Curr Treat Options Neurol.* 2015 Mar;17(3):336. doi: 10.1007/s11940-014-0336-z.
17. Polman CH, Reingold SC, Banwell B et al. Diagnostic Criteria for Multiple Sclerosis: 2010 Revisions to the McDonald Criteria. *Ann Neurol.* 2011 Feb;69(2):292-302. doi: 10.1002/ana.22366.
18. Taláb R, Talábová M. Roztroušená skleróza u pacientů v adolescentním věku. *Neurol. praxi* 2013;14(3):144-149.
19. Yeh EA, Waubant E, Krupp LB et al.; National Network of Pediatric MS Centers of Excellence. Multiple sclerosis therapies in pediatric patients with refractory multiple sclerosis. *Arch Neurol.* 2011 Apr;68(4):437-444.
20. Yeshokumar AK, Narula S, Banwell B. Pediatric multiple sclerosis. *Curr Opin Neurol.* 2017 Jun;30(3):216-221. doi: 10.1097/WCO.0000000000000452.



Fyzioterapie u pacientů s roztroušenou sklerózou

Mgr. Iva Bílková, Cert. MDT, Bc. Tereza Cícvárková

FYZIOklinika, Praha

Roztroušená skleróza (RS) je onemocnění autoimunitního charakteru, které postihuje centrální nervovou soustavu. Imunitní systém napadá myelinové obaly nervových vláken, to způsobuje poruchu rozvádění nervových vzruchů po těle. Následně dochází ke zjizvení nervové tkáně a ztrátě nervových buněk. Toto demyelinizační onemocnění postihuje častěji ženy (přibližně 70 %) než muže a první příznaky se obvykle objeví po očkování, velkém stresu, infektech či operacích, a to nejčastěji mezi 20. a 40. rokem života.

Příčina tohoto onemocnění není známá, nicméně víme, že při vzniku hraje roli jak vnější, tak vnitřní faktory. Mezi vnitřní faktory řadíme prostředí, genetické faktory, imunodeficity či hormonální vliv. K vnějším faktorům patří virové infekce, nedostatek vitamínu D, ale také špatný životní styl v podobě nevhodného stravování a kouření.

■ Symptomy RS

Pro typ klinických příznaků je rozhodující místo v centrální nervové soustavě, na kterém došlo k tvorbě zánětlivého procesu a k porušení obalu nervu. Mezi první příznaky se obvykle řadí **poruchy zraku** (zánět zrakového nervu) či **senzitivní obtíže** (poruchy hluboké citlivosti a kožní citlivosti).

Mezi další či pozdější symptomy se může řadit **únava, slabost horních a dolních končetin, svalová slabost, spasticita, třes, poruchy citlivosti, poruchy rovnováhy, nejistota při chůzi, urologické potíže, poškození zraku, dvojité vidění, únava, deprese, zhoršení paměti a kognitivních funkcí, poruchy řeči a polykání**.

Symptomy se mohou individuálně u každého pacienta lišit. Nejčastěji probíhá onemocnění takzvanou relaps-remitentní formou, což znamená, že se u daného člověka střídají ataky a remise. **Ataka je období klinických obtíží a remise je obdobím klinické stabilizace.**

V současné době je roztroušená skleróza i přes neustálé pokroky v neurologii stále nevyléčitelnou nemocí, nicméně je u většiny osob léčitelná. Díky určení diagnózy a včasnému zahájení imunomodulační léčby je možné snížit množství atak, a tím stabilizovat či zpomalit rozvoj invalidity. Kromě farmakoterapie je při léčbě tohoto onemocnění kladen důraz na režimová a dietní

opatření, prevenci infekcí a v neposlední řadě rehabilitaci.

■ Pohyb a cvičení

Velice důležitou roli při léčbě RS představuje pohyb a cvičení, které napomáhá ke správné funkci svalů, kloubů a k udržení dobré kondice i přiměřené tělesné hmotnosti. Díky pravidelnému cvičení nedochází ke ztrátě svalové hmoty a je menší riziko nadměrného odvápnování kostí a vzniku osteoporózy. V neposlední řadě je velice důležité proto, že se do těla vyplavují endorfiny, což napomáhá k dobrému psychickému rozpoložení.

■ Rehabilitace v období klinických obtíží

Zcela zásadní vliv na volbu pohybového režimu má právě probíhající fáze onemocnění. V období ataky mohou být běžné každodenní činnosti vykonávány, ale mělo by dojít k **vyločení nadměrné fyzické zátěže**. Rehabilitaci v tomto období zaměřujeme na pasivní cvičení, udržování rozsahu pohybu ve všech kloubech a zařazení relaxačních technik včetně dechové gymnastiky.

■ Rehabilitace v období klinické stabilizace

V době stabilizace zdravotního stavu by měl být zahájen **pravidelný a vhodně vedený pohybový režim**, který obnoví a zvýší celkovou odolnost a kondici organismu. Při určování režimu by se měli lidé s touto diagnózou vyvarovat jak nedostatku pohybu, tak i nadměrného přetěžování. Vhodný je pravidelný pohybový aerobní trénink, například jízda na rotopedu, veslařském trenažéru, rychlejší chůze či nordic walking, plavání, turistika nebo jízda na běžkách. Ideální je některou

z těchto aktivit kombinovat se silovým tréninkem, který by měl být ovšem doplněn o strečink a relaxaci zatěžovaných svalů.

■ Manuální metody využívané při rehabilitaci osob s RS

Určení správné intenzity zatížení je nejdůležitější částí doporučení pohybové aktivity, proto je vždy důležité se poradit s odborníkem. Při rehabilitaci nelze používat univerzální schémata pohybové terapie, ale je třeba sestavit pro každého pacienta individuální plán cvičení. **Při terapii se používají metody cvičení na neurofyzilogickém podkladě, pomocí nichž se snažíme stimulovat centrální nervový systém k adaptačním procesům.**

■ Proprioceptivní neuromuskulární facilitace (PNF) – Kabatova metoda

Všechny činnosti v rámci PNF jsou zaměřeny na funkční cíle a vycházejí z přirozených pohybových vzorců každého jedince. Pohybové vzorce jsou vedeny diagonálně spolu s rotací a probíhají v několika kloubech současně s takovým postavením, aby došlo k maximálnímu protažení svalů. Tyto diagonální pohybové vzorce se používají pro končetiny, trup, krk a hlavu. Při správném použití této techniky dochází u pacientů ke zlepšení schopnosti vyvolání a vědomého ovládnutí pohybu, zvětšení pohybového rozsahu a zmírnění či odstranění bolesti svalů a kloubů. U svalů dochází ke zlepšení síly, vytrvalosti a koordinace a ke snížení svalové spasticity a uvolnění. U kloubů dochází ke zvýšení stability a rozsahu pohybu.



■ Metoda Roswithy Brunkow

Toto cvičení pomáhá aktivovat a koordinovat svalové řetězce, které mohou být oslabené nebo přetížené. Používá se při fyzioterapeutickém cvičení v rámci prevence a terapie pohybových obtíží dětí i dospělých, kteří mají poruchu držení těla a pohybových vzorců, přetížení a vadná postavení kloubů, centrální poruchy hybnosti, onemocnění páteře, urogynekologická onemocnění (inkontinence, funkční sterilita), neurologické nemoci aj.

■ Dynamická neuromuskulární stabilizace dle profesora Koláře

Tento princip je založen na vývojové kineziologii a pracuje s našimi pohybovými stereotypy, které vznikají v průběhu našeho života už od raného dětství. Špatné stereotypy se snaží v naší centrální nervové soustavě přeprogramovat a přes principy vývojové kineziologie optimalizuje naše pohybové chování.

Cvičení je vhodné při funkčních obtížích pohybového aparátu a pomáhá správně aktivovat svalové řetězce a schopnost aktivity jednotlivých svalů a motorických jednotek. Používá se u dětí i dospělých, a to především při vadném držení těla a pro zlepšení koordinace a pohybu.

■ Vojtova reflexní lokomoce

Tato metoda se využívá nejčastěji u dětí s poruchou psychomotorického vývoje, ale má své využití i u dospívajících či dospělých pacientů s RS. Při terapii se používají výchozí pozice, ve kterých se aplikují přesně definované manuální stimuly na přesně definované zóny na těle, hlavě a končetinách. V terapii se využívá dvou základních vzorů: reflexní otáčení a reflexní plazení. Pomocí reflexní lokomoce dochází k aktivaci centrální nervové soustavy a znovuoobjevení vrozených fyziologických vzorů. Dále může díky této metodě dojít ke zlepšení udržování rovnováhy a orientace v prostoru, k lepším motorickým schopnostem a ke zlepšení opěrných a úchopových funkcí.

■ Metoda Ludmily Mojžíšové

Metoda je založena na odstranění svalového napětí a vyrovnání svalové nerovnováhy, především nerovnováhy hlubokého stabilizačního systému a oblasti pánevního dna. U pacientů s RS se metoda používá

v případech urologických (sfinkterové obtíže) a gynekologických problémů (bolestivá menstruace). Dále je metoda vhodná pro pacienty s bolestmi zad, hlavy i bolestmi vyzařujícími do dolních končetin.

■ Měkké a mobilizační techniky podle MUDr. Karla Lewity

Metoda používající se u pacientů s bolestivými stavy pohybového systému, svalovým napětím, svalovou křečí a s blokádami kloubů. Jedná se o techniky, díky nimž dochází k uvolnění a mobilizaci měkkých tkání (kůže, podkoží, obaly svalů, svaly), kloubních pouzder, vazů, šlach a chrupavek. Součástí těchto měkkých technik je strečink a polohová relaxace. Mezi tyto techniky pro uvolňování kloubních bloků patří velmi často používaná postizometrická relaxace a joint play. Pomocí měkkých technik se odhalují hyperalgetické zóny, které jsou následně odstraněny.

■ Bobath koncept

U tohoto konceptu je důležité komplexní vyšetření, během něhož terapeut zjistí, které běžné denní aktivity zvládne pacient bez pomoci a které ne. Na základě kvality tonu pohybu se následně stanoví léčebný plán, při kterém se využívá různých fyzioterapeutických technik. Terapie se zaměřuje na konkrétní poškozené pohybové funkce, které pacienta nejvíce omezují, například horní či dolní končetiny nebo stabilita trupu. Díky cvičení se tělo zapojuje do správných pohybových stereotypů. Prostřednictvím cviků se potlačují chybné pohybové reakce vzniklé při poškození centrální nervové soustavy (CNS) a naopak se navozují nové, kvalitnější pohybové reakce zaměřené na podporu stabilnější chůze, pevnějšího úchopu a ostatních každodenně vykonávaných pohybů, nad kterými se úplně zdravý člověk ani nepozastavuje a provádí je automaticky.

■ Senzomotorická stimulace (SMS)

Cílem senzomotorické stimulace je znovuoobjevení pohybových stereotypů, které přestal mozek využívat. Díky metodě dochází k plné aktivaci svalů tak, aby došlo k plně koordinovanému pohybu, který bude pro tělo co nejméně náročný. Cviky spočívají ve vychylování podložky či panta z rovnovážného postavení a vedou k aktivaci propriocepce a zlepšení aktivace příslušných ner-

vových drah. Pro senzomotorickou stimulaci se používají nejrůznější pomůcky jako například nafukovací míče, balanční čocky, minitrampoliny, Propriomed, Posturomed a další. Cvičení se používá především u pacientů s poruchou rovnováhy.

■ Další podpůrné metody fyzioterapie

V rámci rehabilitace dále využíváme techniky manuální medicíny (techniky měkkých tkání, mobilizace periferních kloubů, postizometrickou relaxaci atd.), ovlivnění hlubokého stabilizačního svalového systému páteře, edukaci a úpravu pohybových stereotypů, relaxační techniky, prostředky fyzikální terapie, protetické pomůcky a další postupy podle aktuálních obtíží pacienta.

Ať už se pacient rozhodne pro jakoukoliv pohybovou aktivitu, je důležité, aby dodržoval obecné zásady, jako je pravidelnost cvičení, plynulé provádění cviků a postupné zvyšování obtížnosti. Dalšími důležitými zásadami jsou správné držení těla, správnost prováděných cviků, správné dýchání a uvědomování si pohybu a jeho zpětná kontrola.



Aktuální postupy v rehabilitaci u roztroušené sklerózy

**prim. MUDr. Martina Köváří¹, Mgr. Lucie Suchá², Mgr. Michaela Havlíčková¹,
Mgr. Lenka Roubíčková¹, Mgr. Klára Novotná², Mgr. Romana Lavičková²**

¹ Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. LF UK a FN Motol, Praha

² Neurologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

■ Abstrakt

Součástí terapie roztroušené sklerózy (RS) by měla být i ucelená rehabilitace. Bohužel právě ona je velmi často v praxi opomíjena, přestože o jejím významu již v současné době není pochyb. Článek pojednává o současných možnostech a cílech komplexní rehabilitace, o vhodných pohybových programech, neurofyziologických technikách a současných moderních rehabilitačních trendech.

Klíčová slova: roztroušená skleróza, ucelená rehabilitace, neurofyziologické techniky, spasticita, dysfagie, pánevní dno, rovnováha, funkční elektrická stimulace.

■ Abstract

Comprehensive rehabilitation should be important component of multiple sclerosis treatment. Unfortunately it is often neglected in spite of undoubted fact of its importance. The article covers contemporary view of rehabilitation possibilities and aims, the appropriate locomotion programs, neurophysiological techniques and modern trends.

Key words: multiple sclerosis, comprehensive rehabilitation, neurophysiological techniques, spasticity, dysphagia, pelvic floor, stability, functional electrical stimulation

■ 1. Úvod do problematiky

Soustavná rehabilitace pacientů s roztroušenou sklerózou v České republice vždy byla a stále je velkým problémem, přestože o jejím významu v současné době celosvětově již není pochyb. Pro podporu rehabilitace vznikl v devadesátých letech v Evropě mezinárodní multidisciplinární tým odborníků věnujících se této problematice s názvem RIMS (Rehabilitation in multiple sclerosis).

Výzkumná činnost v rehabilitační oblasti stále probíhá, i když nedosahuje rozměrů výzkumu farmakologického. V České republice v současnosti však stále chybí síť specializovaných pracovišť zabývajících se touto problematikou. U některých RS center je snaha o částečné pokrytí této péče taková, že součástí jejich týmu jsou i fyzioterapeuti, ergoterapeuti, psychologové a psychoterapeuti. Bohužel těchto „funkčních“ center je jen pomálu, ve většině RS center není možno tuto rehabilitační péči pacientům nabídnout a často pacienti od svých lékařů informaci o důležitosti rehabilitační péče a pohybové terapie vůbec nedostanou.

Rehabilitační léčba RS má být péčí ucelenou, v moderní terminologii komprehenzivní. Kromě složky léčebné zahrnuje i komponentu sociální, pedagogickou a pracovní. Tvorba zákonné normy o ucelené rehabilitaci je v současné době v chodu a lze doufat, že bude v dohledné době schválena Poslaneckou sněmovnou Parlamentu České republiky.

Problematickou péči o pacienta s roztroušenou sklerózou může kvalitně zvládnout pouze ošetřující tým sestávající z ošetřujícího neurologa, rehabilitačního lékaře, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, logopeda, psychologa, psychoterapeuta, sociálního pracovníka a často i protetika. Léčba každého pacienta by měla být individuální, tzv. tailor-made (ušitá na míru).

■ 2. Možnosti rehabilitace v časně fázi onemocnění

Již v časně fázi onemocnění, kdy je pacient bez neurologického deficitu nebo jen s deficitem malým, by již měl být motivován k zahájení pohybové terapie. V současné době se doporučuje kombinace aerobního (vytr-

valostního) a anaerobního (posilovacího) cvičení nebo trénink kombinovaný (Dalgas, Stenager, Ingemann-Hansen, 2008, White, McCoy, Castellano et al., 2004). Aerobní trénink jednoznačně snižuje únavu a zlepšuje kardiovaskulární kondici i svalovou sílu. Posilovací trénink zvětšuje objem svalových vláken (Dalgas, Stenager, Jakobsen, 2010) a dlouhodobě aplikovaný posilovací trénink zlepšuje svalovou sílu a funkční mobilitu pacienta (Broekmans, Roelants, Feys, 2011). Doporučení omezit fyzickou aktivitu a „šetřit se“ již neplatí.

Dle doporučení American College of Sports Medicine (ACSM) modifikovaných pro podpůrné terapeutické postupy u RS se uvádí, že aerobní trénink by měl probíhat 3–5× týdně po dobu 30 minut, a to při maximální tepové frekvenci (TF max) 60–85 % a při maximální spotřebě kyslíku 50–70 % (tab. 1).

Tabulka 1

Doporučení American College of Sports Medicine (ACSM) 2009 – aerobní cíle
Cíl: zlepšení kardiovaskulární zdatnosti
Cave: únava a teplota
Parametry: 60–85 % TF max, 50–70 % VO ₂ max
Doporučená frekvence 3–5× týdně 30 min

V klinické praxi však máme zkušenost, že stačí aerobní trénink 2–3× týdně pro udržení kondice pacienta. Intenzitu cvičení můžeme sledovat pomocí sporttesteru, v praxi se však řídíme hlavně individuální únavou pacienta. K vyhodnocování únavy můžeme využít subjektivních škál hodnocení zátěže, např. Borgovu škálu. Žádný cvičební program by



neměl zhoršit neurologický deficit či vyvolat delší svalový třes či zhoršit instabilitu.

Z aerobních aktivit se doporučuje nordic walking, jogging, cyklistika, veslařský trenažér, plavání či jízda na rotopedu.

Posilovací trénink by měl zahrnovat 1–2 série posilovacích cvičení při počtu 8–15 opakování, intenzita zátěže by měla dosahovat zhruba 50–70 % maximální svalové síly (tab. 2) (Hoskocová, Honsová, Keclíková, 2008).

Tabulka 2

Doporučení American College of Sports Medicine (ACSM) 2009 – pro odporový trénink
Cíl: zvýšení síly, výkonu a funkční zdatnosti
Cave: únava a teplota
Parametry: 50–70 % maximální svalové síly, 1–2 série po 8–15 opakováních
Doporučená frekvence: 2–3× týdně

■ 3. Možnosti rehabilitace při zřetelném neurologickém deficitu

Při již vzniklém neurologickém deficitu (spastická paréza, mozečková symptomatologie) je třeba rozšířit stávající program o individuální fyzioterapii, ve které se kombinují různé techniky na neurofyziologickém podkladě, a v případě výrazné spasticity pak progresivní statický strečink. Techniky na neurofyziologickém podkladě využívají tzv. plasticity nervového systému. Jedná se o schopnost centrální nervové soustavy přizpůsobovat se novým podnětům svou funkční i strukturální přestavbou, regenerací a reparací. Fyzioterapie pracuje s externími stimuly a právě vhodnou, intenzivní a opakovanou stimulací podporuje tyto adaptivní změny centrální nervové soustavy (Kesselring J, 2005). Pro co nejlepší výsledek je však potřeba fyzioterapii zahájit včas. V pozdějších fázích onemocnění se schopnost neuroplasticity postupně ztrácí. Při rehabilitaci je vždy důležitý aktivní přístup pacienta, který se v průběhu fyzioterapie snaží vnímat vlastní tělo a snaží se nově naučené stereotypy zařadit do běžného života pravidelným domácím cvičením.

■ Při terapii pacientů s RS nejčastěji používáme následující metody a koncepty

Vojtův princip neboli Vojtova reflexní lokomoce

Tato technika vychází z předpokladu, že základní hybné vzory jsou programovány geneticky v centrálním nervovém systému každého jedince a je možné je adekvátními podněty vyvolat. Terapeut pomocí přesného manuálního dotyku v tzv. reflexních zónách se snaží vyvolat odpovídající pohybové vzory. Mezi základní pohybové vzory patří tzv. reflexní plazení a otáčení. Tato technika by se měla ideálně aplikovat denně (v případě potřeby i několikrát denně), a proto se snažíme zacvičit v terapii i rodinné příslušníky (Vojta, Peters, 1995).

Proprioceptivní neuromuskulární facilitace (PNF)

Principem je cílené ovlivnění motorických neuronů předních rohů míšních pomocí aferentních impulsů ze svalových, šlachových a kloubních proprioceptorů. V terapii se používají trojrozměrné pohybové vzorce vedené přesně časoprostorově v diagonálách se současnou rotací, a to za aktivní účasti pacienta (při určitém stupni zachované svalové síly) i bez ní. Pohyb je usnadňován svalovým protažením, kloubní trakcí, odporem proti pacientovu pohybu, přesným manuálním kontaktem na pracujících svalech, slovním pokynem a zrakovou stimulací.

Bobath koncept

Jedná se o komplexní rehabilitační přístup, jehož cílem je dosažení maximální funkční schopnosti v rámci tíže postižení. Obsahuje řadu dynamických reakcí směřujících k udržení postury těla před pohybem, během pohybu i po jeho dokončení. Jedná se o automatické reakce (vzpřimovací, rovnovážné, obranné), které se u dítěte postupně vyvíjejí a slouží ke koordinaci pohybu a kontrole postury ve vztahu k okolí. Pomáhá k normalizaci svalového napětí, podporuje fyziologické pohybové vzorce, pomáhá zlepšovat vnímání a procítění pohybu. Tento koncept ideálně používá 24 hodin denně celý tým včetně středního zdravotnického personálu, ošetřovatelů a rodiny (Bobathová, 1997).

Senzomotorická stimulace

Tato speciální metodika vytvořená profesorem V. Jandou zahrnuje cviky a balanční

techniky využívané při terapii funkčních poruch pohybového aparátu. Balanční cviky jsou prováděny v různých posturálních polohách. V metodice se klade velký důraz na facilitaci pohybu z chodidla. Tato technika napomáhá správné centraci kloubů, a tím snižuje jejich přetížení, zlepšuje koordinaci pohybů a rovnovážné funkce těla (Janda, Vávrová, 1992).

Dynamická neuromuskulární stabilizace podle profesora Koláře

Tato metoda využívá koordinovaného zapojení trupových svalů (břišní svaly, hluboké extenzory páteře, bránice, pánevní dno a hluboké flexory krční páteře) pro zlepšení stabilizace trupu v rámci lidské postury a pohybu. Optimální trupová stabilizace umožňuje izolovanou hybnost končetin bez nežádoucích synkinéz, které zvyšují energetickou náročnost pohybu. Koncept vychází z motorické ontogeneze, tedy z přirozeného vývoje dítěte v prvních dvou letech života. Jednotlivé pozice jsou využity k diagnostice i terapii v rámci neuro-muskulo-skeletárního systému. Pacient ve spolupráci s fyzioterapeutem zařazuje tyto modely i do pozic běžného denního života.

■ 4. Speciální rehabilitační program dle symptomů

4.1. Terapie spasticity

Symptomatická terapie spasticity je na rozdíl od léčby kauzální podceňována jak pacienty, tak lékaři (Habek, Karni, Balash 2010). Dle různých literárních zdrojů se incidence spasticity uvádí mezi 34–84 % (Rizo, Hadjimichael, Preiningerova, 2004). Ve studii z Anglie z roku 2003 se dokonce uvádí, že až u 50 % nemocných není spasticita léčena adekvátně nebo vůbec (Barnes, Kent, Semleyn, 2003). Problémem je i škálování spasticity – na pracovišti FN Motol a VFN je rutinně používána modifikovaná Ashworthova škála a škála dle Tardie – dále rozpracovaná Jeanem Michaelem Graciesem (Gracies, Bayle, Vinti, 2010). Ve farmakologické léčbě jsou používána jednak perorální myorelaxancia, jejichž efekt je malý a krátkodobý a bohužel působí relaxačně i na svaly nespastické, často zhoršují únavu a kontinenci. Dále se mohou podávat léky na bázi modulatorů endokanabinoidního systému (v ČR preparát Sativex), ale tyto léky



jsou pacientům obtížně dostupné vzhledem k nehrazení terapie pojišťovnami a jistým zákonným opatřením a jsou určeny jen k terapii dospělých pacientů. Multicentrická mezinárodní studie s výraznou účastí českých center však tento efekt jednoznačně prokázala (Novotná, Mareš, Ratcliffe, 2011). U těžkých difuzních spasticit se zvažuje možnost implantace baklofenové pumpy, z čehož dle literárních zdrojů profitují pacienti se závažným stupněm spasticity (Ervin A, Gudesblatt, Bethoux, 2011, Rawlin, 2014). V současné době se u výrazně spastických svalů interferujících s aktivitami denního života (ADL) jeví jako velmi perspektivní lokální léčba botulotoxinem. Tyto aplikace jsou však stále ještě off-label, držíme-li se doporučení dle SPC (summary of product characteristics – česky souhrn údajů o léčivém přípravku) léku. Studie i naše zkušenosti prokazují úspěšné použití botulotoxinu při hyperaktivitě adduktorů kyčle, která znemožňuje intimní hygienu pacienta (Hyman, Barnes, Bhakta, 2000), dále v léčbě *pes equinus* způsobeným hyperaktivním *m. triceps surae* nebo u hyperextenze palce při hyperaktivním *m. extensor hallucis longus* (Habek, Karni, Balash, 2010). Je však nutné zdůraznit, že farmakologická léčba spasticity se neobejde bez léčby rehabilitační – a to ideálně používáme-li prolongovaný statický progresivní strečink (aplikovatelný na každou protahovanou skupinu cca 10 min denně) v kombinaci s tzv. opakovanými rychlými pohyby ve směru funkce svalů, které chceme facilitovat. Tuto autoterapii pak doplňujeme fyzioterapií na neurofyzilogickém podkladě (jednotlivé techniky viz výše), které však čekají na svůj EBM průkaz. Dle dostupných literárních zdrojů spasticitu dále snižuje i použití chladových stimulů (Schwid, Petrie, Murray et al., 2003) a je pár pilotních prací popisujících krátkodobé snížení spasticity transkutánní elektrostimulací (Szececi, Schlick, Schiller et al., 2009). S těmito dvěma postupy však naše pracoviště nemá žádné zkušenosti.

4.2. Terapie poruch pánevního dna

Dysfunkce svalů pánevního dna je u pacientů relativně častým symptomem. V souvislosti s roztroušenou sklerózou mozkomíšní uvádí až 80 % pacientů problém v oblasti urogenitálního traktu a 40-50 % udává funkční poruchu vyprazdňování střevního obsahu (Chia, Fowler et al., 1995). Tak, jak roztrou-

šená skleróza mozkomíšní zasahuje různé části centrálního nervového systému, různí se klinický obraz problematiky dysfunkce pánevního dna. Nejčastějším nálezem je u pacientů tzv. dráždivý močový měchýř (overactive bladder), který je charakterizován polakisurií, nykturií a urgencemi s inkontinencí moči nebo bez ní (Krhut, Mainer, 2002). U pacientů se vyskytuje při plakách v oblasti *pons Varoli* nebo výše (např. v oblasti periaquedukální šedi, talamu, insuly, *gyrus cinguli*, *gyrus frontalis inferior*) (Fowler, 2006). Dále nalézáme detrusoro-sfinkterovou dyssyngergii, projevující se retardací startu mikce, neúplným vyprázdněním močového měchýře, retencí a přerušovaným močením. Objevuje se u pacientů s plakami v oblasti míchy nebo kmene (Krhut, Mainer, 2002). Inkontinence moči se vyskytuje ve formě stresové (únik při kašli, zvedání břemen, předklonu), reflexní (hyperaktivita detrusoru) nebo urgentní (při dráždivém močovém měchýři), popřípadě ve smíšené podobě. Příznaky obstrukce se mohou projevit při spastickém sfinkteru. V rámci anorektální dysfunkce je uváděna buď inkontinence plynů/stolice, nebo opačný problém, obstipace. Přestože dysfunkce mohou výrazně snižovat kvalitu života, pacienti se často ostýchají o problému mluvit, a je proto třeba po nich cíleně pátrat.

K přesné diagnostice a cílené terapii urologických dysfunkcí provádí urolog měření kapacity a úroveň dráždění močového měchýře, vyšetří případné reziduum moči a kontroluje zánětlivé parametry vycévkované moči. Gastroenterologie vybavená rektální manometrií může ukázat na schopnost aktivovat anální svěrač a změřit jeho dráždivost.

Terapie dysfunkce svalů pánevního dna je u pacientů s roztroušenou sklerózou mozkomíšní konzervativní a zahrnuje obvykle farmakoterapii, vzácně i aplikaci botulotoxinu do spastického sfinkteru.

V rehabilitaci je možností volby cílená fyzioterapie zaměřená na pánevní dno. Pacient je na začátku podrobně vyšetřen; výhodné je využití specializovaného PERFECT schématu (Laycock, Jerwood, 2001). Nejčastějším nálezem je oslabená síla svěrače, velmi malá výdrž při stisku, pokles při zvýšení nitrobršního tlaku a často též neschopnost vnímat náplň močového měchýře či rekta.

Fyzioterapeut s pacientem trénuje sílu svalů pánevního dna a zejména výdrž, která v důsledku může zmírnit urgenci a redukovat příhody inkontinence (De Groat, 1997). Při velmi malé síle svalů lze aktivaci podpořit elektrogymnastikou (Robinson, Snyder-Mackler, 2008). Výhodné se jeví využívání biologické zpětné vazby pomocí různých typů feedbacku. Pro fyziologické fungování svalů je třeba cvičit v pozicích, které pacient využívá v běžném denním životě, a natrénovat je i na vyšší zátěži, například dřep, popoběhnutí atd. Pánevní svaly jsou zapojovány i v rámci globálních cvičebních metod (dynamická neuromuskulární stabilizace, Vojtova reflexní lokomoce, metoda Ludmily Mojžíšové a jiné).

4.3. Terapie dysfagie u pacientů s roztroušenou sklerózou

Prevalence obtíží s polykáním u pacientů s roztroušenou sklerózou bývá udávána v rozmezí 29 % (De Pauw, Dejaeger, D'Hooghe, 2002) a 43 % (Abraham, Scheinberg, Smith, 2001). Dle obou výše zmíněných studií se stoupajícím skóre EDSS stoupá i počet pacientů s dysfagickými obtížemi. Příčiny, projevy i závažnost dysfagických obtíží mohou být velmi různorodé a jsou závislé na lokalizaci lézí v centrální nervové soustavě. Diagnostiku provádíme standardně klinickým vyšetřením a některou z objektivních zobrazovacích metod – videofluoroskopií či pomocí FEES (Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing). Nejzávažnějšími komplikacemi dysfagie jsou stejně jako u ostatních diagnóz vznik aspirační bronchopneumonie, malnutrice a dehydratace. Z provedených studií vyplývá, že až 93,8 % obtíží lze odstranit vhodnými kompenzačními metodami (Calcagno, Ruoppolo, Grasso, 2002) – tj. metodami, které nemění charakter a míru poruchy, ale odstraňují eventuální aspirace či dyskomfort při polykání. Mezi efektivní kompenzační metody u pacientů s roztroušenou sklerózou řadíme posturální techniky, polykací manévry, senzorické stimulace, úpravu podávaných objemů či konzistencí. I terapeutické techniky, které zmírňují či odstraňují stávající poruchu, bývají z naší zkušenosti u pacientů s dobrou compliance velmi efektivní. Za nejvhodnější terapii eventuální dysfunkce krikofaryngeálního svěrače je u pacientů s RS považována aplikace botulotoxinu, která subjektivně i objektivně zlepšila kva-



litu polykání u 100 % pacientů (Restivol, Marchese-Ragona, Patti, 2011). Vzhledem k vysoké efektivitě terapeutických metod a zároveň vysokému riziku vzniku život ohrožujících komplikací spojených s dysfagií by měli být všichni pacienti udávající obtíže s polykáním dispenzarizováni některým z dysfagiologických týmů fungujících v ČR.

4.4. Terapie kognitivních poruch

Lehké poruchy paměti jsou dle dostupných literárních údajů přítomny až u poloviny pacientů již od počátku onemocnění. Jedná se o poruchu exekutivních funkcí, koncentrace, rychlosti zpracování informace, verbální paměti apod., které přispívají ke snížení kvality života pacientů. Kognitivní testy nejsou rutinně v praxi prováděny i přes jejich nesmírnou důležitost (Patti, 2009). Kromě možnosti vlivu léků DMD (disease modifying drugs) má jistě význam i kognitivní rehabilitace, což bylo prokázáno v několika publikovaných studiích (např. Brissart, Leroy, Morele et al., 2012).

4.5. Terapie poruch chůze

Zlepšení poruchy chůze bývá jedním z hlavních rehabilitačních cílů u pacientů s RS. Již od počátku onemocnění lze i u pacientů s malým stupněm deficitu v EDSS (Expanded Disability Status Scale) 0–2,5 zjistit snížení rychlosti chůze a zhoršení posturální stability (Martin et al, 2006). S progresí onemocnění se tento deficit pak dále prohlubuje. Chůze je pomalejší, krok je kratší a celkově je chůze výrazně energeticky náročnější. Pacienti zvyšují stabilitu kroku zkrácením jeho délky, což je protektivní strategie, která upřednostňuje posturální stabilitu před rychlostí (Benedetti et al., 1999, Novotná, Preiningerová, 2013). Kvalita chůze se dále horší, musí-li pacient při chůzi ještě zaměřit pozornost i na další úkoly (např. musí-li hovořit) (Hamilton et al., 2009). Porucha chůze je jedním z nejdůležitějších ukazatelů závažnosti postižení. Proto je vhodné poruchy chůze přesněji objektivizovat – v praxi používáme k měření její rychlosti hlavně 10metrový test chůze či tzv. Timed 25-Foot Walk Test (test 7,62 metru). Při měření vytrvalosti chůze pak používáme dvouminutový (2MWT) či šestiminutový test chůze (6MWT). Chceme-li zjistit i schopnosti koordinace (přesun ze sedu do stoje, otočka při chůzi a návrat zpět do sedu), pak můžeme použít

tzv. Time Up and Go Test (TUG). V terapii pak kromě neurofyzilogických technik výše uvedených v současné době používáme moderní přístroje sloužící k nácviku chůze, které uvádíme v další kapitole.

4.6. Moderní pomůcky pro zlepšení chůze

Pacienti s fyzioterapeuty často řeší nestabilitu chůze způsobenou zakopáváním o špičku. Jedná se o tzv. syndrom padající špičky (foot drop), kdy pacient není schopen provést během švihové fáze kroku dostatečnou dorziflexi hlezna. U pacientů s RS je způsoben spastickou (streč-senzitivní) parézou dorzálních flexorů hlezna a prstců. Podobně jako u pacientů s periferní parézou se však objevuje při převaze parézy ve vlastním slova smyslu nad hyperaktivitou více spastických antagonistů (*m. triceps surae* – viz níže). Pacientům může být ke korekci této patologie chůze předepsána peroneální ortéza různého typu (plastová, karbonová), která pasivně drží hlezno v neutrálním postavení. Některým pacientům je však tato ortéza nepohodlná nebo jim vadí, že je příliš viditelná a nevejde se do každé obuvi. Jednou z dalších možností korekce tohoto symptomu je funkční elektrická stimulace (dále FES) peroneálního nervu. Jde o stimulaci periferního (tj. primárně nepoškozeného) nervu s následnou svalovou kontrakcí, která nahrazuje neefektivní volní aktivitu. FES je naprogramována na míru pacientovi pro správné zapojení (timing) anterolaterální skupiny svalů bérce během švihové fáze. Pro aktivaci FES se využívá patní spínač, u sofistikovanějších systémů (v ČR např. WalkAide) gyroskop (pro měření úhlu osy holeně) a akcelerometr. Kromě zřejmých kontraindikací FES (jako je porušení kožního krytu v místě aplikace aj.) je třeba připomenout kontraktury plantárních flexorů hlezna. Relativní kontraindikací je převaha hyperaktivity *m. triceps surae* nad parézou dorzálních flexorů, která se projeví při rychlém protažení dorzálních flexorů při stimulaci a někdy vyvolá až klonus. Tento problém však lze řešit lokální chemodenervací (aplikací botulotoxinu). Chůze s FES je energeticky úspornější a u správně indikovaných pacientů pomáhá zvyšovat rychlost chůze a maximální vzdálenost chůze (Paul et al., 2008; Barrett, Mann, Taylor, Strike, 2009). Subjektivně největší zlepšení vnímají pacienti při chůzi s FES v terénu. Pro zvážení vhodnosti využití terapie FES je potřeba ki-

neziologické vyšetření zaměřené na rozsah pohybu, svalovou sílu a spasticitu svalů dolních končetin fyzioterapeutem, který má s FES zkušenosti. V terapii poruch chůze pak dále můžeme používat tréninkové chodníky s virtuální realitou (Swinnen, Beckwée, Pinte et al., 2012), eventuálně robotické systémy jako je například přístroj Lokomat (Vaney, Gattlen, Lugon-Moulin et al., 2012). Tréninkové programy se stanovením správného protokolu cvičení jsou v současné době součástí probíhajících studií a na jejich zhodnocení se stále čeká.

4.7. Moderní pomůcky pro trénink rovnováhy u RS pacientů

Poruchy rovnováhy jsou u pacientů s RS velmi častou obtíží a mohou být přítomny již od raných fází onemocnění. Příčin poruch rovnováhy může být celá řada: porucha propriocepce, oslabení svalové síly, porušená svalová koordinace, poškození zraku apod. Při vyšetřování rovnováhy je u pacientů s RS oproti běžné populaci přítomna zpožděná posturální reakce, zvýšené vychýlky těžiště během klidného stoje a neschopnost pohybu mimo opěrnou bázi (Cameron, Lord, 2010). Rehabilitační postupy se tedy snaží oslovit všechny tyto patologie. Kromě tradičních rehabilitačních postupů zaměřených přímo na trénink stability, jako jsou senzomotorická cvičení, cvičení s využitím labilních ploch (např. i posturomed), se pracuje s celkovým zlepšením posturálního nastavení pacienta pomocí aktivace svalů hlubokého stabilizačního systému. Moderním trendem je využití různých původně herních systémů, jako je např. Nintendo Wii nebo X-box Kinect. Oba tyto systémy využívají práci s těžištěm pro ovládání herní aplikace a tím vlastně trénují stabilitu (práce s těžištěm, rychlé přenášení váhy). Několikatýdenní trénink v domácím prostředí po správném zainstruování fyzioterapeutem má srovnatelné výsledky jako konvenční balanční trénink (Robinson, Dixon, Macsween, van Schaik, Martin, 2015; Kramer, Dettmers, Gruber, 2014). Výhodou těchto herních systémů je právě jejich „hravost“, která pacienta motivuje k pravidelnému tréninku i v domácím prostředí. Na rozdíl od složitějšího a komplexnějšího tréninku, který umožňuje například přístroj BalanceMaster, jsou tyto herní systémy cenově dostupnější i pro menší rehabilitační ordinace nebo pro zakoupení pacientem k domácímu tréninku. Pomocí pravidelného



„herního“ tréninku v domácím prostředí dochází také ke zvýšení celkového objemu fyzické aktivity pacienta, snížení inaktivity a nadměrného sezení, a slouží tedy i jako prevence dekonidice. Pravidelné „hraní“ v domácím prostředí také může napomoci udržet zlepšení rovnováhy získané strukturovaným cvičením s fyzioterapeutem (Taylor, Griffin, 2015).

4.8. Vybavení vhodnými pomůckami

Pacienti s těžším stupněm EDSS nebo větším handicapem mohou ke zlepšení kvality svého života využít různé zdravotní či kompenzační pomůcky. Např. u pacientů s parézou dorsiflexorů nohy (tedy „padavou špičkou“) začínáme s peroneální páskou nebo na míru protetikem vyrobenou ortézou. Ortézy jsou vhodné i u hyperextendovaného kolene. Při problémech s rovnováhou či slabostí DKK doporučujeme pacientům trekové hole či hole na nordic walking, před vycházkovou holí preferujeme dvě francouzské hole z důvodu symetrického zatěžování. Některým pacientům následně vyhovuje různý typ chodítka. U nejvíce postižených pacientů nebo pro delší přesuny u chodících pacientů využíváme mechanický či elektrický vozík, možné je zažádat revizního lékaře i o polohovací postele či vertikalizační stoly. Pro pacienty s třesem se dají využít různé zátěžové vesty či závaží na končetiny. Některé pomůcky lze zapůjčit přes zdravotní pojišťovnu, jiné přes pracoviště Úřadu práce ČR. V poslední době využívají pacienti i možnost podání grantu nadacím.

5. Závěr

Závěrem bychom rádi zdůraznili, že rehabilitační péče by měla pacienta provázet již od stanovení diagnózy a vhodný pohybový režim a individuální fyzioterapie by měly být prováděny dlouhodobě a v podstatě celoživotně. Pohyb podstatně snižuje únavu, zlepšuje kondici, snižuje depresi a aplikace technik na neurofyziologickém podkladě urychluje proces neuroplasticity. Součástí rehabilitační péče mohou být dále i balneologické procedury (cvičení v bazénu, vířivé vany) a procesy fyzikální terapie (jako jsou například chladové stimuly pro snížení spasticity). Rozvíjí se i celá sekce přístrojové rehabilitace sloužící k reedukaci rovnováhy, stoje a chůze (dynamické chodníky s virtuální realitou, robotické systémy, funkční

elektrická stimulace aj). Lze jen doufat, že i možnosti rehabilitace u RS pacientů se budou rozvíjet alespoň částečně tak rychle jako farmakoterapie a že rehabilitace bude ošetřujícími neurology méně opomíjena a o to více doporučována.

Literatura

1. Abraham S, Scheinberg LC, Smith CR, LaRocca NG. Neurologic Impairment and Disability Status in Outpatients with Multiple Sclerosis Reporting Dysphagia Symptomatology. *Neurorehabil Neural Repair*. 1997;11:7-13.
2. Barrett CL, Mann GE, Taylor PN, Strike P. A randomized trial to investigate the effects of functional electrical stimulation and therapeutic exercise on walking performance for people with multiple sclerosis. *Mult Scler*. 2009;15(4):493-504. doi: 10.1177/1352458508101320.
3. Benedetti MG, Ouoerbi RM, Sioncini L, Bonato P, Tonini A, Gainnini S. Gait abnormalities in minimally impaired multiple sclerosis patients. *Mult Scler*. 1999;5(5):363-368.
4. Bobathová B. Hemiplégia dospělých. Bratislava: Liečebň Gúth, 1997.
5. Broekmans T, Roelants M, Feys P et al. Effects of long-term resistance training and simultaneous electro-stimulation on muscle strength and functional mobility in multiple sclerosis. *Mult Scler*. 2011;17:466-477.
6. Brissart H, Leroy M, Morele E, Baumann C, Spitz E, Debouvier M. Cognitive rehabilitation in multiple sclerosis. *Neurocase*. 2013;19(6):553-565. doi: 10.1080/13554794.2012.701644.
7. Calcagno P, Ruoppolo G, Grasso MG, De Vincentiis M, Paolucci S. Dysphagia in multiple sclerosis – prevalence and prognostic factors. *Acta Neurol Scand*. 2002 Jan;105(1):40-43.
8. Cameron MH, Lord S. Postural control in multiple sclerosis: implications for fall prevention. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2010 Sep;10(5):407-412. doi: 10.1007/s11910-010-0128-0.
9. Dalgas U, Stenager E, Jakobsen J et al. Muscle fiber size increases following resistance training in multiple sclerosis. *Mult Scler*. 2010;16:1367-1376.
10. De Pauw A, Dejaeger E, D'hooghe B, Carton H. Dysphagia in multiple sclerosis. *Clin Neurol Neurosurg*. 2002 Sep;104(4):345-351.
11. De Groat WC. A neurologic basis for the overactive bladder. *Urology*. 1997 Dec;50(6A Suppl):36-52.
12. Erwin A, Gudesblatt M, Bethoux F, Bennet SE, Koelbel S, Plunkett R. Intrathecal baclofen in multiple sclerosis – too little, too late? *Mult. Scler*. 2011;17:623-629.
13. Fowler CJ. Integrated control of lower urinary tract – clinical perspective. *Br J Pharmacol*. 2006 Feb;147 Suppl 2: S14-S24.
14. Gracies JM, Bayle N, Vinti M et al. Five step clinical assessment in spastic paresis. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2010 Sep;46(3):411-421.
15. Habek M, Karni A, Balash Y, Gurevich T. The place of the botulinum toxin in the management of multiple sclerosis. *Clin Neurol Neurosurg*. 2010 Sep;112(7):592-596.
16. Hamilton F, Rochester L, Paul L et al. Walking and talking: an investigation of cognitive motor dual tasking in multiple sclerosis. *Mult Scler*. 2009;15(10):1215-1227.
17. Havrdová E a kol. Roztroušená skleróza. Praha: Mladá Fronta, 2013.
18. Hyman N, Barnes M, Bhakta B et al. Botulinum toxin (Dysport) treatment of hip adductor spasticity in multiple sclerosis: a prospective, randomised, double blind, placebo controlled, dose ranging study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2000 Jun;68(6):707-712.
19. Chia YW, Fowler CJ et al. Prevalence of bowel dysfunction in patients with multiple sclerosis and bladder dysfunction. *J Neurol*. 1995 Jan;242(2):105-108.
20. Janda V, Vávrová M. Senzomotorická stimulace. *Rehabilitácia*. 1992;25(3):14-34.
21. Kesselring J. Neurorehabilitation – applied neuroplasticity. *Mult Scler*. 2006;11:2-4.
22. Kolář P et al. Rehabilitace v klinické praxi. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1.
23. Kramer A, Dettmers C, Gruber M. Exergaming with additional postural demands improves balance and gait in patients with multiple sclerosis as much as conventional balance training and leads to high adherence to home-based balance training. *Arch Phys Med Rehabil*. 2014;95(10):1803-1809.
24. Krhut J, Mainer K. Inkontinence ve stáří – zvláštnosti diagnostiky a léčby. *Urol. praxi*. 2002;3(2):56-61.
25. Laycock J, Jerwood D. Pelvic Floor Muscle Assessment: The PERFECT Scheme. *Physiotherapy*. 2001;87(12):631-642.
26. Lo AC, Triche EW. Improving Gait in multiple sclerosis using robot-assisted, body weight supported treadmill training. *Neurorehabil Neural Repair*. 2008;22(6):661-671.
27. Martin CL, Phillips BA, Kilepatrick TH et al. Gait and balance impairment in early multiple sclerosis in the absence of clinical disability. *Mult Scler*. 2006;12:620-628.
28. National Clinical Guideline Centre (UK). Urinary Incontinence in Neurological Disease: Management of Lower Urinary



Stabilita systému zdravotního pojištění meziročně vzrostla

Systém veřejného zdravotního pojištění hospodařil v roce 2018 s příjmy 309,8 mld. Kč a výdaji 295,3 mld. Kč. Dosáhl tak přebytku 14,5 mld. Kč. Jedná se o nejlepší výsledek od doby ekonomické krize v roce 2009. Zdravotní pojišťovny vynaložily na zdravotní péči o 20 mld. Kč navíc. Významný růst příjmů systému zároveň umožnil navýšení rezerv na účtech zdravotních pojišťoven na 45 mld. Kč včetně přebytků z minulých let.

„Dlouhodobě prosazují, aby zdravotní pojišťovny v době hospodářského růstu hospodařily přebytkově. To znamená, aby v dobách dobrých vytvářely rezervy, které by bylo možné použít v dobách špatných. Tyto rezervy zajistí, aby se v době případného hospodářského útlumu, kdy klesá či stagnuje výběr pojistného, nesnižovala kvalita ani dostupnost zdravotní péče pro pacienty,“ říká ministryně financí Schillerová.

Zdravotní pojišťovny již třetí rok míru rezerv kontinuálně navyšují. Oproti roku 2015 ji zvýšily téměř trojnásobně. V roce 2018 dosáhl poměr těchto zůstatků na účtech téměř 15,3 % celkových ročních výdajů, avšak je zjevné, že ani tento podíl zatím nedosahuje předkrizových hodnot. Jedná se tedy o částku, kterou by bylo možné v případě výpadku příjmů financovat zdravotní služby přibližně po dobu 50 dnů. Proto Ministerstvo financí podporuje odpovědné hospodaření pojišťoven.

„Pojišťovny pokračují v pozitivním trendu a daří se jim i letos navyšovat finanční polštář, který v případě zpomalení ekonomiky doplní do systému chybějící prostředky tak, aby výpadek nepocítili poskytovatelé ani pojištěnci, kterým by v opačném případě mohlo hrozit snížení dostupnosti péče. Je tedy nutné udržovat rezervy na určité úrovni, abychom zajistili dlouhodobou stabilitu systému. Máme stále živě na paměti rok 2009, kdy se ekonomika propadla a jen díky rezervám se to nedotklo pacientů. V současné době stále nejsme co do výše rezerv na předkrizové úrovni, proto jsou skvělé zprávy, že systém veřejného zdravotního pojištění hospodaří přebytkově. Je to další důkaz toho, že se zdravotnictví nebývale daří. Výsledky hospodaření systému veřejného zdravotního pojištění ukazují, že se díky narůstajícím příjmům daří nejen navyšovat potřebné rezervy, ale také jde čím dál více finančních prostředků na zdravotní péči, tedy za pacienty,“ doplňuje ministr zdravotnictví Adam Vojtěch.

Zdroj: www.mzcr.cz, 29. 7. 2019

- Tract Dysfunction in Neurological Disease. London: Royal College of Physicians (UK); 2012 Aug. NICE Clinical Guidelines, No. 148.
29. Novotná K, Preiningerová J. Poruchy chůze u pacientů s roztroušenou sklerózou. *Neurol. praxi.* 2013;14(4):185–187.
30. Novotná A, Mares J, Ratcliffe S, Nováková I, Vachová M, Zapletalová O et al. A randomized, double blind, placebo-controlled, parallel-group, enriched design study of nabiximols (Sativex) as add-on therapy, in subjects with refractory spasticity caused by multiple sclerosis. *Eur J Neurol.* 2011 Sep;18(9):1122–1131. doi: 10.1111/j.1468-1331.2010.03328.x.
31. Patti F. Cognitive impairment in multiple sclerosis. *Mult Scler.* 2009;5(1):2–8.
32. Paul L, Rafferty D, Young S et al. The effect of functional electrical stimulation on the physiological cost of gait in people with multiple sclerosis. *Mult Scler.* 2008;14(7):954–961. doi: 10.1177/1352458508090667.
33. Pillutti LA, Lelli DA, Paulseth JE et al. Effects of 12 weeks of supported treadmill training on functional ability and quality of life in progressive multiple sclerosis: A Pilot Study. *Arch Phys Med Rehabil.* 2011;92(1):31–36.
34. Rawlins PK. Intrathecal baclofen therapy over 10 years. *J. Neurosci Nurs* 2004;36(6):589–595.
35. Restivo DA, Marchese-Ragona R, Patti F et al. Botulinum toxin improves dysphagia associated with multiple sclerosis. *Eur J Neurol.* 2011 Mar;18(3):486–490.
36. Rizo MA, Hadjimichael OC, Preiningerová J, Vollmer TL. Prevalence and treatment of spasticity reported by multiple sclerosis patients. *Mult Scler.* 2004;10:589–595.
37. Robinson AJ, Snyder-Mackler L. Electrical Stimulation and Biofeedback for Genitourinary Dysfunction. In: *Clinical Electrophysiology, Electrotherapy and Electrophysiologic testing*. Third edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2008:301–349. ISBN 978-0781744843.
38. Robinson J, Dixon J, Macsween A, van Schaik P, Martin D. The effects of exergaming on balance, gait, technology acceptance and flow experience in people with multiple sclerosis: a randomized controlled trial. *BMC Sports Sci Med Rehabil.* 2015 Apr 17;7:8. doi: 10.1186/s13102-015-0001-1.
39. Schwartz I, Meiner Z. Robot-assisted gait training in neurological patients: who may benefit? *Ann Biomed Eng.* 2015;43(5):1260–1269.
40. Schwidt SR, Petrie MD, Murray R et al. A randomized controlled study of the acute and chronic effects of cooling therapy for MS. *Neurology.* 2003;60(12):1955–1960.
41. Swinnen E, Beckwée D, Pinte D, Meeusen R, Baeyens JP, Kerckhofs E. Treadmill training in multiple sclerosis: can body weight support or robot assistance provide added value? A systematic review. *Mult Scler Int.* 2012;2012:240274. doi: 10.1155/2012/240274.
42. Szecsi J, Schlick C, Schiller M, Pöhlmann W, Koenig N, Straube A. Functional electrical stimulation-assisted cycling of patients with multiple sclerosis: biomechanical and functional outcome – a pilot study. *J Rehabil Med.* 2009 Jul;41(8):674–680.
43. Taylor MJ, Griffin M. The use of gaming technology for rehabilitation in people with multiple sclerosis. *Mult Scler.* 2015 Apr;21(4):355–371. doi: 10.1177/1352458514563593.
44. Vaney C, Gattlen B, Lugon-Moulin V et al. Robotic-assisted step training (Lokomat) not superior to equal intensity of over-ground rehabilitation in patients with multiple sclerosis. *Neurorehabil Neural Repair.* 2012 Mar–Apr;26(3):212–221.
45. Vojta V, Peters A. *Vojtův princip: svalové souhry v reflexní lokomoci a motorická ontogeneze.* Praha: Grada Publishing, 1995.



Epilepsie u dospívajících – co by měl vědět praktický lékař pro děti a dorost

MUDr. Jana Zárubová^{1,2}

¹ Neurologická klinika 2. LF UK a FN Motol

² Neurologie, Medicon, a.s., Praha

Souhrn

Cílem článku je informovat praktické lékaře pro děti a dorost o tom, jak mohou pomoci dospívajícím s epilepsiemi. Péče o tyto pacienty může ovlivnit průběh jejich onemocnění v dospělosti, kvalitu velké části jejich života. Vhodná volba antiepileptik může zmírnit nežádoucí vedlejší účinky, především chronickou toxicitu a její dopady. Komplexní multidisciplinární péče může zmírnit dopady psychosociální. Epilepsie dospívajících je heterogenní skupinou nozologických jednotek – epilepsií a epileptických syndromů, které začínají v dětství a/nebo adolescenci z různých příčin a projevují se různými typy neprovokovaných a/nebo reflexních epileptických záchvatů v různé frekvenci. Mají variabilní průběh a odlišně reagují na léčbu. Jsou často spojeny s komorbiditami, kterým je možné předcházet nebo je včas léčit. Kromě záchvatů v rámci chronického onemocnění mohou dospívající prodělat akutní symptomatický/é epileptický/é záchvat/y a mít neepileptické záchvaty.

O jak častý problém se jedná?

V ČR žije přibližně 80 000 lidí s aktivní epilepsií (prodělali minimálně jeden epileptický záchvat v posledních 5 letech) a dalších 160 000 v remisi, ať už s farmakologickou léčbou, nebo bez ní. Kolik dospívajících v ČR má epilepsii jako chronické onemocnění, není známo. Z veřejné databáze Českého statistického úřadu v ČR k 31. 12. 2018 žilo 10 649 800 obyvatel, z toho 467 391 ve věku 15 až 19 let (4,4 % populace). (1) Některé věkově vázané epileptické syndromy v dospívání končí, jiné právě v tomto období začínají. Nástup produkce pohlavních hormonů ovlivňuje excitabilitu mozku a u rizikových, predisponovaných jedinců dochází k první klinické manifestaci epilepsie právě v adolescenci. Část prodělaných epileptických záchvatů jsou akutní symptomatické. Tyto adoles-

centy nepovažujeme za pacienty s chronickým onemocněním epilepsií.

Kolik dospívajících přichází do ordinací pediatrii s tím, že mají záchvatové stavy, o kterých není jistota, zda se jedná o epileptické záchvaty nebo jejich imitátory, rovněž není známo.

I určení, o jakou věkovou skupinu se vlastně jedná, naráží na různé definice. *(Česká legislativa definuje dospívání jako období od ukončení ZŠ do ukončení přípravy na povolání, tedy cca 14–19 let. (2) Podle wikipedie je adolescence (z lat. adolescens, dospívající, mladý) období mladého člověka mezi pubertou (pohlavním dozráváním) a ranou dospělostí, zpravidla od 11–13 do 21 let věku.)*

Pediatři se mohou setkávat s dospívajícími, kteří trpí záchvaty. Tabulka 1 je rozděluje do základních skupin, které budou níže podrobněji popsány.

Epilepsie a epileptické syndromy (samostatná onemocnění)

U části dospívajících se jedná o epilepsii, epileptický syndrom, který **začal v dětství a v dospívání pokračuje. Záchvaty jsou díky léčbě/režimovým opatřením pod kontrolou, přetrvávají nebo došlo v adolescenci k jejich relapsu.** Tito pacienti jsou v péči dětského neurologa, mají stanovenou diagnózu

a zavedenou léčbu. Pokud u nich přetrvávají záchvaty i poté, co byla vyzkoušena dvě tolerovaná antiepileptika do maximálních dávek, mají být vyšetřeni neurologem/epileptologem (<http://www.clpe.cz/seznams-tatut.htm>), a při přetrvávajících záchvatech déle než 2 roky v centrech vysoce specializované péče pro farmakorezistentní epilepsie (Centrum pro epilepsie FN Motol, Praha, a Centrum pro epilepsie Brno).

Existují **věkově vázané epileptické syndromy**, které s vývojem mozku **skončí ve školním věku** a v dospívání/dospělosti není třeba léčby (epilepsie s centrotemporálními hroty, syndrom dětských absencí). I u těchto pacientů existuje nízké riziko, že mohou v dospívání nebo dospělosti prodělat sporadický vyprovokovaný záchvat nebo že dojde k relapsu epilepsie. Tento fakt by měl být zohledněn **při výběru vzdělání a budoucí profese.** Nelze doporučit takové, které vyžadují absolutní zdraví (voják, hasič, záchranář, pilot apod.).

U části dospívajících se **epilepsie objeví v dospívání nově.** Za prvé se jedná o skupinu **genetických/idiopatických generalizovaných epilepsií**, jejichž klinická manifestace je věkově vázána právě na období dospívání (juvenilní myoklonická epilepsie, juvenilní absence, generalizované tonicko-klonické záchvaty pouze) a má genetickou etiologii s často pozitivní rodinnou anamnézou, za druhé se jedná o **fokální epilepsie**, zejména temporální. Faktorem spolupodílejícím se

Tabulka 1. Dospívající se záchvaty

Dospívající se záchvaty	
Epilepsie a epileptické syndromy	samostatné onemocnění
	kombinované postižení
Akutní symptomatické epileptické záchvaty	
Neepileptické záchvaty	somatické
	psychogenní



na manifestaci je zřejmě z velké části vliv začátku periodické produkce pohlavních hormonů na mozkovou excitabilitu.

Juvenilní myoklonická epilepsie (JME) představuje nejčastější genetickou/idiopatickou generalizovanou epilepsii (kolem 10 % generalizovaných epilepsií). Typickým klinickým příznakem jsou ranní myoklonie (nepravidelné, vůlí neovlivnitelné, prudké záškuby), postihující zpravidla horní končetiny (pacientovi vypadává kartáček na zuby, rozlévá ranní nápoje apod.). Mohou různé dlouho předcházet první generalizovaný tonicko-klonický záchvat, který bývá často spuštěn požitím alkoholu a spánkovou deprivací (např. po diskotéce, plesu, víkendu s kamarády apod.). Základním vyšetřením, které může pomoci v diagnóze JME, je elektroencefalografie (EEG), která zachytí patognomický vzorec epileptiformních výbojů, tzv. spike and waves nebo polyspike and waves (SWC, PSWC). U těchto pacientů se setkáváme s vyšším výskytem rizikového chování, impulsivitou a narušenými exekutivními funkcemi v důsledku dysfunkce čelních laloků.

Juvenilní absence (JAE) jsou syndromem charakterizovaným záchvaty typu absencí (krátký záraz v činnosti, zahledění, prázdný pohled s areaktivitou), které se objevují ve věku od 8 do 20 let (vrchol 9–13 let). Na rozdíl od absencí u syndromu dětských absencí mají nižší frekvenci, někdy může být v průběhu absence i částečně zachováno vědomí a pacient může být schopen reagovat, ale ne v případě komplexnějších úloh. Zřídka se u adolescentů mohou před absencemi objevit generalizované tonicko-klonické záchvaty, které se jinak vyskytují spolu s absencemi u asi 80 % dospívajících s JAE. Mívají výskyt vázaný na dobu po probuzení. Diagnosticky je i u tohoto syndromu potvrzujícím EEG s patognomickým vzorcem SWC, PSWC na normálním pozadí. Tento syndrom je často hůře léčitelný a farmakoterapie je obvykle celoživotní. V anamnéze nejsou přítomny rizikové faktory pro epilepsie, s výjimkou febrilních křečí u některých pacientů. Pacienti s JAE mohou mít poruchu pozornosti s hyperaktivitou a potíže s učením.

Generalizované tonicko-klonické záchvaty je syndrom dříve nazývaný „generalizované tonicko-klonické záchvaty při probuzení“. Dospívající mají pouze nepříliš časté generalizované tonicko-klonické záchvaty. Častým spouštěčem je spánková deprivace. Neurologický náález, vývoj a MR mozku jsou

normální. Diagnózu potvrdí EEG, ve kterém jsou výboje SWC, PSWC, u poloviny pacientů je zachytíme pouze ve spánku.

■ Fokální epilepsie začínající v adolescenci

Fokální epilepsie je velká skupina epilepsií, u kterých je epileptogenní zóna omezena na určitou oblast mozku. Klinicky se projevují fokálními epileptickými záchvaty, které někdy mohou přecházet do bilaterálních tonicko-klonických. Fokální záchvaty rozdělujeme na záchvaty bez poruchy vědomí (epileptické aury, fokální motorické) a s poruchou vědomí (s motorickými projevy nebo bez motorických projevů). Semiologie může být neobvyklá a dospívající se může stydět nebo bát o projevech záchvatů mluvit, že bude považován za psychiatricky nemocného. Charakteristická je stereotypie záchvatů u konkrétního jedince. Pomoci k diagnóze může home video pořízené na mobil rodiči, kamarády, jinými svědky záchvatu. Příčiny fokálních epilepsií mohou být strukturální (mesiální temporální skleróza, fokální kortikální dysplazie či jiné vrozené vývojové vady mozku, nízkostupňové nádory a další), genetické (autozomálně dominantní epilepsie se sluchovými projevy), infekční (po encefalitidách), metabolické (tito pacienti bývají diagnostikováni již v dětství, kdy konkrétní vrozená porucha metabolismu vede k epilepsii a může pomoci specifická léčba, např. u deficitu glukózového transportéru 1 (GLUT1 deficit) ketogenní dieta, autoimunitní (anti-NMDA encefalitida s iniciálními chřipkovými příznaky a psychiatrickými projevy, limbické encefalitidy s protilátkami LGI1 a CASPR2 a další).

■ Epilepsie a kombinované postižení

Epilepsie může komplikovat život dospívajících s jiným onemocněním a doprovázející tělesnou a/nebo mentální disabilitou (DMO, mentální retardace, Downův syndrom, autismus a další). (3)

Epilepsii má jeden ze čtyř lidí s mentálním postižením. Situace má některá specifika:

- Epilepsie mívá těžší průběh, je celoživotní.
- Je obtížnější dosáhnout kontroly záchvatů, často je farmakorezistentní.
- Pacienti jsou ve vyšším riziku úmrtí, kterému často lze předejít.

- Tito pacienti jsou vnímavější k nežádoucím vedlejším účinkům léků, zejména kognitivním.

Příčiny mentální disability můžeme dělit podle věku vzniku:

1. Prenatální, před 28. týdnem těhotenství (genetické – chromozomální vady, vrozené vady metabolismu, např. fenylketonurie nebo galaktosémie, lékové či jiné exotoxické vlivy, např. alkohol, drogy, hypoxémie plodu, malformace kortikálního vývoje).
2. Prenatální, po 28. týdnu těhotenství a dříve než týden po porodu (předčasný porod nebo perinatální trauma).
3. Postnatální, déle než týden po porodu (infekce, např. encefalitidy, endokrinní poruchy, např. hypothyreóza, kraniocerebrální poranění, nádory, toxické poškození mozku).

Nejčastější syndromy spojené s mentální disability a epilepsií jsou tuberózní skleróza, Sturgeův-Weberův syndrom, Angelmanův syndrom a Rettův syndrom. Z hlediska epileptických syndromů jsou nejčastěji provázeny mentální retardací syndrom Dravetové a Lennoxův-Gastautův syndrom.

Tito dospívající jsou zpravidla v péči několika specialistů, dětského neurologa, psychiatra, ortopeda, rehabilitačního lékaře, klinického psychologa, speciálního pedagoga, logopeda a dalších. Úkolem ošetřujícího pediatra je koordinace péče a diagnostika/léčba interkurentních onemocnění. Za optimální se považuje péče založená na konceptu „kruhu bezpečí“, uvnitř kterého je postižený. Kruh tvoří rodinní příslušníci (rodiče, sourozenci, prarodiče), poskytovatelé péče zdravotní (jedním je pediatr) i psychosociální (asistenti, pracovníci stacionářů apod.) a edukační (speciální pedagogové, školští asistenti). Všichni mají klíčové informace o poskytování správné pomoci při výskytu epileptického záchvatu, včetně **rescue medikace** k zastavení záchvatu (**bukální midazolam**, rektální diazepam), kdy volat RZS, o chronické farmakoterapii (prevence nesprávně volených jiných léčivých přípravků s rizikem interakcí, zhoršení epilepsie), o pomůckách (ochranné helmy nebo čepice – <https://ribcap-healthcare.com>), poruchách chování, možnostech komunikace. Je jasně určená komunikace mezi poskytovateli péče a klíčovými podporujícími osobami.



■ Akutní symptomatické epileptické záchvaty

Akutní symptomatické záchvaty jsou epileptické záchvaty vznikající v těsné časové souvislosti s probíhajícím postižením CNS různé povahy. Od záchvatů neprovokovaných se liší prognózou – mají vyšší časovou mortalitu, která souvisí s etiologií, a nižší riziko rozvoje epilepsie. (4) Kromě odlišné patogeneze se předpokládá různý patofyziologický mechanismus vzniku záchvatu. Akutní symptomatické záchvaty představují až 40 % všech prvních záchvatů. Jejich příčina je jasně identifikovatelná. Nejčastěji se jedná o akutní cévní příhody různé povahy, kraniocerebrální poranění, zánětlivá onemocnění CNS, toxické a metabolické poruchy, užívání alkoholu a drog (intoxikace i abstinenční syndrom). Nejzávažnější formou akutního symptomatického záchvatu je akutní symptomatický *status epilepticus*. Z hlediska prognózy je důležité identifikovat příčinu záchvatu či statu, neboť léčba se zaměřuje na ovlivnění vyvolávající příčiny a na zastavení záchvatu. Akutní symptomatické záchvaty

časově souvisejí se vznikem infarktu. Tuto časovou souvislost si různí autoři vykládají odlišně. Většinou se za období, kdy vznikají, považovaly 1–2 týdny po vzniku infarktu. Byly publikovány práce, které definují délku období vzniku akutního symptomatického záchvatu arbitrárně pro většinu infarktů 7 dní. Kromě postižení CNS infarktem lokálním může dojít k poškození i infarktem celkovým, metabolickým (hypoglykémie, hyponatrémie apod.). U dospívajících, častěji dívek, se setkáváme více než v jiných věkových kategoriích s problémem poruch příjmu potravy, které mohou vést k metabolickým dysbalancím a akutním symptomatickým záchvatům. Tady může být spolupráce pediatra, rodičů a dětského neurologa/neurologa klíčová, protože pacienta/ku dlouho zná a může zaznamenat skokový výkyv v hmotnosti a jiné známky rozvoje poruchy příjmu potravy.

■ Neepileptické záchvaty

Diagnostické omyly jsou v epileptologii časté a diferenciální diagnostika je mnohdy obtížná. Existují více či méně povedení

imitátoři epileptických záchvatů. Ve 42 % záchvatových událostí hlášených rodiči se nejedná o epileptický záchvat. Až **třicet procent pacientů léčených pro epilepsii má jen záchvaty neepileptické**. Nejobtížnější na diagnostiku a péči jsou pak pacienti, kteří mají kombinaci **záchvatů epileptických + neepileptických**.

Neepileptické záchvaty dělíme na somatické (mezi nejčastější u dospívajících patří konvulzivní synkopy a tetanické záchvaty) a **psychogenní** (zde jsou nejčastějším příkladem záchvaty paniky a disociativní záchvaty, v epileptologické literatuře a mezi neurology označované jako PNES, psychogenic non-epileptic seizures).

■ Somatické neepileptické záchvaty

Ztráta vědomí, pád, křeče nebo ložiskové neurologické příznaky mohou být způsobeny hypoperfúzí a hypoxémií mozku nebo změnami pH krve při hyperventilaci. K odlišení často pomůže už dobře odebraná anamnéza.



- ★ *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. **Pomocné látky:** éterická voda. **Indikace:** Homeopatický lékový přípravek účinný tradičně v homeopatii se zmírnění potíží spojených s růstem zubů u kojenců a batolat (jako jsou např. bolesti při prořezávání zubů, podrážděnost, červené tváře, příjem, **Dávkování:** 3 až 6 jednodávkových dávek (1 ml) během 24 hodin po dobu 3 až 6 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. Otevřít sáček. Ze sady oddělit jeden jednodávkový obal. Pečlivě uzavřít sáček se zbývajícím dávkami přetrhnutím okraje na jeho otevřené straně. Jednodávkový obal otevřít otočením jeho zúženého konce. Dítě posadit nebo držet ve vzpřímené poloze a jemným stlačením jednodávkového obalu aplikovat celý obsah dítěti do úst. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky tohoto přípravku. **Nežádoucí účinky:** Žádné nežádoucí účinky se neobtěžují. **Interakce:** Žádné interakce se neobtěžují. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Tento roztok je určen pouze k vnitřnímu užití. Perorální roztok se nesmí aplikovat do očí ani do uší. Perorální roztok se nesmí podávat injekčně. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Není relevantní. **Důležitá rozhodnutí o registraci:** BOIRON, 2, avenue de l'Ouest Lyonnais, 69510 Mérieux, France. **Datum první registrace:** 16. 8. 2017. Přípravek je volně prodejný a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.



Nejčastější somatické neepileptické záchvaty u dospívajících:

- Synkopy/konvulzivní synkopy (kardiogenní – arytmogenní, autonomní reflexní – vazovagální, ortostatické)
- Migréna, migréna s aurou
- Tetanie

■ Psychogenní neepileptické záchvaty, PNES

Nejčastější PNES u dospívajících:

- Disociativní záchvaty
- Panické ataky
- Manýrismus, disruptivní chování u erotické formy těžké mentální retardace...

U dětí a dospívajících je fyzické a sexuální zneužívání méně časté než u dospělých s PNES (9 až 14 %), ale mnoho z nich zažilo jiné trauma, jako je šikana, svědectví násilí, smrt rodiče nebo blízkého příbuzného. (5) Na dg. PNES je důležité myslet a zmínit ji jak před dospívajícím, tak před rodiči. Je zásadní zdůraznit, že se jedná o onemocnění, které se léčí jinak než epilepsie. Pacient/ka není schopen/na záchvatům zabránit. Velmi užitečná publikace pro laiky je volně ke stažení na webu https://www.epistop.cz/images/publikace/PNES-informacni_brozura.pdf.

■ Co může současná medicína dospívajícím s epilepsií nabídnout?

Cílem léčby je pacient bez záchvatů a bez nežádoucích vedlejších účinků. Stávající farmakoterapie umožňuje takové kompenzace onemocnění dosáhnout u přibližně 70 % pacientů. V dospívání je důležitá volba antiepileptik účinných a bezpečných. Velmi důležitý je terapeutický vztah adolescenta s lékaři. Dodržování režimových opatření a adherence k léčbě je v této věkové kategorii velkým problémem. Je důležité, aby doporučení byla od neurologů a pediatrií ve shodě a omezovala mladého člověka pouze racionálně. Za základní považujeme pravidelné užívání antiepileptik, může pomoci nastavení upozornění na mobilu, užívání ve stejnou dobu. Prevenci spánkové deprivace je vhodné řešit s určitou mírou tolerance a v závislosti na konkrétním typu epilepsie. Mladými lidmi oblíbené energetické nápoje lze povolit v množství 1/den. Alkohol ani drogy nedoporučujeme. Jednou z možných cest, jak překlenout období dospívání s epi-

lepsií, je sport nebo jiný koníček, ve kterém pacienti najdou smysl, radost a naučí se sebekázní. Fungující a správně podporující rodinné zázemí je také důležitým stabilizačním prvkem. **Přetrvávající závažné záchvaty**, především generalizované tonicko-klonické a fokální s přechodem do bilaterálních tonicko-klonických, představují **riziko vyšší morbidit a mortality**. Nejčastější poranění při generalizovaných tonicko-klonických záchvatech jsou úrazy hlavy, zlomeniny, poranění chrupu. Pacienti s přetrvávajícími záchvaty jsou také ohroženi nehodami s možnými vážnými následky (tonutí, popálení, opaření). Lidé s aktivní epilepsií mají 3–6× vyšší riziko předčasného úmrtí (suicidium, náhlé úmrtí neboli sudden death in epilepsy/SUDEP). Tato rizika je třeba dospívajícím sdělit a vysvětlit přiměřeně jejich intelektu, emočnímu rozpoložení a odhadnuté schopnosti se v daném okamžiku s tak závažným faktem vyrovnat.

■ Komorbidit

Lidé s epilepsií mají vyšší riziko psychických i somatických komorbidit. Některé jsou způsobeny dysfunkcemi určitých oblastí mozku (limbický systém, frontální laloky), některé působením antiepileptik, některé vlivem průběhu samotného onemocnění (nepředvídatelná ztráta kontroly nad svým vědomím, chováním) a velmi často kombinací všech zmíněných faktorů.

Velmi časté jsou komorbidit psychiatrické:

- Změny nálady, deprese, suicidální tendence (mohou být i nežádoucím vedlejším účinkem některých depresogenních antiepileptik)
- Úzkostné poruchy
- Kognitivní a mnestické poruchy
- Psychózy

Pediatr dospívajícího dobře zná a může jako první postřehnout změnu nálady a chování, s pacientem o problému mluvit a jednoduchými screeningovými metodami (GAD-7, NNDI-E, EpiTrack®) podezření potvrdit, spojit se s neurologem, doporučit vyšetření klinickým psychologem, psychiatrem. Signálem může být také zhoršení prospěchu ve škole.

Mezi časté somatické komorbidit patří:

- Osteopatie (indukované antiepileptiky, omezením pohybem na slunci, malou pohybovou aktivitou)
- Neuroendokrinní (způsobené ovlivněním hypothalamo-hypofyzární osy

záchvaty, interiktální subklinickou epileptickou aktivitou a/nebo antiepileptiky). Nejčastěji se jedná o reprodukční endokrinní poruchy (syndrom polycystických ovarií, hypothalamický hypogonadismus, erektilní dysfunkce, oligo- až azoospermie) a tyreopatie.

- Hematologické komorbidit (leuko-, trombocytopenie, anémie).

■ Přechod do dospělosti

Období dospívání je přípravou na předání pacientů s epilepsií do péče kolegů poskytujících péči dospělým. Můžeme nacvičovat dospělé chování (návštěva s rodiči / bez rodičů, vykání, zodpovědnost – pamatuje si / připravuje si léky, omezení reálná a přizpůsobená individuálně s využitím předání zodpovědnosti a vlastní volby, hledáme cesty, jak to jde, ne co nejde, náramky s USB, aplikace do mobilu, tabletu, smart watch apod.). U pacientů s mentálním handicapem diskutujeme s rodiči plány po dosažení plnoletosti, posouzení právní způsobilosti. Dospívající se zapojují do diskusí, jak žít s epilepsií v tomto věku (<http://www.thetea-room.com>) i jak by měla vypadat péče o ně. (6)

■ Literatura

1. Český statistický úřad. Obyvatelstvo [online]. Dostupné na https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo_lide.
2. Jandourek J. Adolescence. In: Sociologický slovník. Praha: Portál, 1997:13.
3. Kerr M, Linehan C, Thompson R et al. A White Paper on the medical and social needs of people with epilepsy and intellectual disability: the Task Force on Intellectual Disabilities and Epilepsy of the International League Against Epilepsy. *Epilepsia*. 2014 Dec;55(12):1902–1906.
4. Krijtová H, Krýsl D, Marusic P. Akutní symptomatické záchvaty a akutní symptomatický status epilepticus – definice, příčiny a léčba. *Neurol. praxi*. 2011;12(4):256–264.
5. Benbadis SR. Nonepileptic behavioral disorders: diagnosis and treatment. *Continuum (Minneapolis)*. 2013 Jun;19(3 Epilepsy):715–729.
6. Chandra A. Living with epilepsy. *BMJ Paediatr Open*. 2019 Aug 1;3(1):e000497. doi: 10.1136/bmjpo-2019-000497.



Roztroušená skleróza v dětství

MUDr. Jaroslava Suchá

Neurologická klinika FN Plzeň
Centrum pro roztroušenou sklerózu

Roztroušená skleróza (RS) je autoimunitní onemocnění, které postihuje centrální nervový systém (mozek, mícha, zrakový nerv). Jde o chronické zánětlivé onemocnění, které začíná obvykle ve 2. až 3. dekádě, méně často později a vzácně v mladším věku. V případě dětské RS mluvíme o infantilní (do 11 let) a juvenilní formě (12–18 let), které představují cca 5 % všech nemocných.

Průběh dětské formy je téměř vždy relaps-remitentní (RR) oproti vzácnému výskytu primární progresse (PP). Stejně jako u dospělých mohou být první příznaky nenápadné a špatně vyhodnocené. Provedením magnetické rezonance (MR) mozku a následně vyšetřením likvoru izoelektrickou fokusací na oligoklonální pásy můžeme určit diagnózu klinicky izolovaného syndromu (CIS) nebo RS. Zásadní je postižení v prostoru a čase v typických lokalizacích (periventrikulární, *corpus callosum*, juxtakortikální, infratentoriální, míšní léze). Při malém nebo nespecifickém nálezu na MR vyšetření opakujeme v odstupu několika měsíců, maximálně za rok. Likvorové vyšetření napomáhá diferenciálnědiagnosticky vyloučit jiné onemocnění.

Včasná diagnostika je důležitá pro možnost brzkého zahájení léčby, a tím ochrany mozku před dalším zánětem. Je známo, že od počátku onemocnění dochází k poškození myelinu a ztrátám axonů, které jsou nevratné, ale klinický obraz v té době vypadá příznivě díky kompenzačním mechanismům mozku.

V léčbě ataky stejně jako u dospělých používáme metylprednisolon. V chronické léčbě lze použít disease modifying drugs (DMD) jako interferony a glatiramer acetát, v posledním roce potvrzena účinnost i bezpečnost léčby druhé linie DMD – fingolimod pro děti od 10 let.

■ Kazuistika 1

Pacientka nar. 1991 přijata 9/2006 na neurologii s poruchou vizu na levé oko, závratě. Provedeno vyšetření MR mozku, kde popsány vícečetné v T2 obraze hyperintenzivní ložiska s maximem v pontu, další v tha-

lamech, *corpus callosum*, periventrikulární i juxtakortikálně. Postkontrastně některá ložiska enhancují. Pacientka zahájila od 11/2006 léčbu interferonem beta-1a 1× týdně i.m. Bohužel, již 12/2006 přijata pro kmenovou ataku s diplopií, přeléčena kortikoidy, avšak další ataky 3/2007 a 5/2007 vedly ke změně na vícedávkový interferon 3× týdně s.c. Dále pacientka studovala střední školu, klinicky relativně stabilizovaná. Na kontrolním MR mozku 11/2008 nové léze a některé aktivní. Vzhledem k trvalým vedlejším účinkům interferonu přistoupeno na pulsní podávání intravenózních imunoglobulinů (IVIG). Klinicky pacientka bez atak, dokončila střední školu. Na kontrolním MR mozku 5/2010 opět nárůst počtu ložisek a některá aktivní. Pro tuto neúčinnost vrácen interferon, po němž dochází opět k atace a výrazné aktivitě na MR mozku 1/2011. V dalším půl roce dochází k dalším atakám, a tedy rozhodnutí o eskalaci léčby. Od 11/2011 léčba eskalována na fingolimod. Pacientka nastoupila do práce ve školství, stabilizovaná klinicky i na MR. Další ataka 12/2016 v souvislosti s nechtěným otěhotněním a následnou interrupcí tabletovou formou. Došlo i k progresi ložisek a aktivitě v MR mozku. Klinicky došlo ke zhoršení o několik stupňů EDSS. Dále proto od 9/2017 eskalována léčba na natalizumab 300 mg i.v. 1× měsíčně. Na této léčbě stabilizovaná. Po 12 měsících léčby otěhotněla, léčba přerušena. Průběh těhotenství bez větších komplikací, pouze docházelo ke zvýraznění křečí v končetinách, které po porodu při adekvátní léčbě zlepšené. Porod 5/2019 sekci ve 39. týdnu. Pacientka nekojila a ihned po porodu opět zahájena léčba natalizumabem s další klinickou stabilizací. Po celou dobu těhotenství dostatečné hladiny vitamínu D v séru.

■ Závěr

Patnáctiletá pacientka byla včas diagnostikována i léčena, přesto aktivita nemoci vyžadovala eskalaci na 2. linii léčby. Aktivita nemoci byla nízká, dokud nedošlo ke stresovým situacím v souvislosti s nechtěným otěhotněním a vynuceným potratem. Navíc v té době byla léčena fingolimodem, kde pro riziko teratogenity je doporučeno vysazení 2 měsíce před početím. Naopak následná léčba natalizumabem toto omezení nemá. Kromě jiných laboratorních vyšetření v graviditě stanovujeme hladiny vitamínu D v séru, které mají příznivý vliv na imunitu matky i plodu.

■ Kazuistika 2

Pacientka nar. 1989 se dostavila na oční vyšetření 3/2019 pro mlhavé vidění na PO, bolest při pohybu okem, zároveň asi měsíc pocit únavy, nejistoty v prostoru. Léčena 5 g metylprednisolonu pro retrobulbární neutitis (RN) s následným zlepšením. Ihned odeslána k neurologickému vyšetření do RS centra, kde anamnesticky zjištěno, že v r. 2006, tj. v jejích 17 letech, byla v okresní nemocnici pro pravostrannou symptomatologii. Po léčbě magnéziem se zlepšila. Byla provedena MR s nálezem dvou ložisek, zvažovaná lumbální punkce matkou pacientky odmítnuta.

Další obtíže v 5/2015 vertigo, pro které hospitalizována na ORL. Vestibulární syndrom zprvu hodnocen jako periferní, ale vestibulární vyšetření periferní lézi neprokázalo, a proto indikováno vyšetření MR mozku s popisem vícečetných hypersignálních ložisek v mozku, prodloužené míše a susp. i na přechodu prodloužené míchy v krční; jsou podezřelá z RS. Spádový ambulantní neu-



rolog, kam byla nemocná odeslána, další vyšetření neindikoval.

Nyní po RN 5/2019 provedena MR mozku s popisem mnohočetných plak při RS. Ve srovnání s vyšetřením 6/2015 velký počet nových ložisek, pouze několik se jich změnilo – celkově převažuje progresse nálezu.

OA: 2015 *m. Crohn* – resekce tl. střeva, 2/2016 porod, RA: babička psoriáza

30. 5. 2019 se pacientka dostavila pro nové obtíže charakteru mozečkové ataky, přeléčena 5 g metylprednisolonu. Jako vysoce aktivní RS indikována k léčbě ve druhé linii DMD. Vzhledem k negativnímu výsledku JCV protilátek bylo možno 7/2019 zahájit léčbu natalizumabem v dávce 300 mg i.v. 1× za měsíc.

■ Závěr

V této kazuistice je několik chybných postupů. Při prvním zjištění ložisek na MR mozku v jejích 17 letech měla být pacientka dále sledována, měla být provedena plánovaně kontrolní MR i při klinicky stabilním stavu. Vyšetření likvoru lze odložit při nespécifickém nebo minimálním MR nálezu, protože v tomto období může být nález negativní, ale rozvoj RS v budoucnu nevylučuje. Dále pacientka s vestibulárním syndromem s výrazným nálezem na MR v r. 2015, který již splňoval specifickou lokalizaci pro RS a byl výrazný, měla být odeslána do RS centra. Pacientka mohla být čtyři roky léčena DMD léčbou s vysokou pravděpodobností,

že nevyvine další ataku. V neposlední řadě je třeba upozornit na anamnézu *m. Crohn* u nemocné a psoriázy v RA. Pokud se vyskytují v rodině nebo v osobní anamnéze jiné autoimunity, je vyšší pravděpodobnost, že neurologické příznaky mohou souviset s RS. V současné době je v České republice patnáct specializovaných center pro RS, která zajišťují léčbu všem pacientům s RS na DMD léčbě a sledují další pacienty v ohrožení rozvojem RS nebo v primární či sekundární progresi.

■ Na lékaře specialisty se čeká měsíce, i když může jít o život

Bohužel máme plno, mohu vás objednat nejdříve za tři měsíce. Tato slova slyší v ordinacích specialistů stále víc pacientů. Včetně těch, kteří mají podezření na život ohrožující diagnózy a každý další den v nejistotě a bez zásahu odborníka může mít tragické následky. Praktičtí lékaři i pacienti si stěžují, že čekací doby u specialistů se v posledních letech násobně prodlužují, ministerstvo zdravotnictví slibuje, že problém vyřeší.

„Poslal jsem pacienta do nemocnice s podezřením na flebotrombózu, hluboký zánět žil. U nás jsou dvě nemocnice, obě ho poslaly domů, že mají plno. Ať přijde za dva nebo za tři dny,“ řekl Právu například praktický lékař Jan Boháč z Třince. „To jsem ještě nikdy nezažil, u takového onemocnění může jít někdy o minuty. Uvolněná krevní sraženina může člověka zabít,“ dodal s tím, že závažná diagnóza se u odmítnutého pacienta naštěstí nakonec nepotvrdila. S podobnými příběhy se roztrhl pytel. Redakce Práva zná příběh ženy, která začala trpět nesnesitelnými bolestmi hlavy a neurolog jí řekl, že by ji mohl vyšetřit za tři měsíce. „Měla jsem problémy s nespavostí, čtyři dny jsem nebyla schopná spát ani minutu. Na vyšetření u specialisty bych ale čekala tři a půl měsíce, nakonec jsem to vyřešila pohotovostí, kde mi dali léky a problémy hned zmizely,“ svěřila se Právu jiná čtenářka.

„V červnu jsem se objednávala na oční, dali mi nejbližší termín v lednu 2020,“ popsala své zkušenosti Právu jiná žena.

Další zase popisovala, jak jejímu otci v posledním stadiu rakoviny v nemocnici sdělili, že jej na zákrok na tzv. gama noži mohou vzít až za měsíc, přičemž muži už zbývaly jen tři měsíce života.

„Největší problém je u nás revmatologie a neurologie. Tam, kde se dříve čekalo týden, se dnes čeká dva až tři měsíce. Na kolonoskopii se čeká měsíc a půl. A to jsou u nás dvě nemocnice na čtyřicet tisíc obyvatel,“ řekl Právu Boháč.

Nemocí ruku v ruce se stárnutím populace zkrátka přibývá a specialisté nestíhají. Podle místopředsedy Společnosti všeobecného lékařství Otto Herbera je ale problém také v tom, že specialisté jsou zavaleni banálními úkony a na skutečně vážné případy jim mnohdy nezbývá čas.

„Není výjimkou, že dělají pacientům převazy nebo kontroly po úrazech, což by měli dělat praktičtí lékaři,“ řekl Právu Herber.

„Na rozdíl od praktiků nemají specialisté povinnost mít zástup, takže když si třeba chirurg vezme v létě měsíční dovolenou, nikdo jej nezastupuje. Pak je přetížená jiná chirurgie na oblasti a lhůty se prodlužují,“ uvedl Herber. „Týká se to i vyšetření CT nebo magnetické rezonance,“ dodal. V ČR je přitom přístrojů na vyšetření CT víc než dost – podle aktuálních informací jde o 158 tomografů, přičemž doporučený počet je sto –, ale čekací lhůty se prodlužují.

Špitály plné i o víkendech

Prezident Svazu pacientů ČR Luboš Olejár Právu řekl, že trend prodlužujících se lhůt sleduje už přes rok a stále se zhoršuje. „Lidé nám dokonce už píší, jestli jim můžeme doporučit nějaké zařízení, kde je vezmou. Týká se to zejména neurologie, ortopedie, vyšetření na sono a podobně. Pacienti chodí často i o víkendech do nemocnic, které jsou přeplněné,“ sdělil Olejár.

Ministerstvo zdravotnictví podle mluvčího Jana Brodského situaci řeší. „Pracujeme na tom, abychom předložili několik variant řešení k odborné diskusi, které povedou k zabezpečení místní a časové dostupnosti zdravotních služeb pro pacienty,“ řekl Právu Brodský.

„S cílem řešit nedostatek lékařů specialistů v některých oborech a regionech jsme dále například připravili i jedenáctiletý akční plán na navýšení počtu studentů lékařských fakult a platů učitelů,“ podotkl mluvčí. „Aktuálně také pracujeme na návrhu nové podoby rezidenčních míst (dotací pro mladé lékaře), která by umožnila mimo jiné zohlednit ve výši dotace i potřebnost lékařů dané specializace v regionu,“ dodal.

Zdroj: J. Martinek, Právo, novinky.cz, 18. 8. 2019



Pokyny Společnosti dětské neurologie pro diagnostiku a léčbu dětí a dospívajících s poruchou pozornosti a hyperaktivitou (ADHD)

schváleno výborem Společnosti dětské neurologie dne 9. 1. 2013

■ Úvod

Vytvoření těchto pokynů dětskou neurologickou společností je vedeno snahou, aby dětem s ADHD byla v co největší možné míře zajištěna dostupná péče. Řada dětí s ADHD přichází právě k dětskému neurologovi jako k prvnímu odbornému lékaři.

Vzhledem k dlouhé tradici a zkušenosti, kterou má dětská neurologie v České republice v péči o děti s neurovývojovými poruchami (dříve lehká mozková dysfunkce, minimální mozkové postižení), je řada dětských neurologů erudovaných v problematice ADHD.

Soustředění péče o děti s ADHD výlučně na dětské psychiatry je v současné době těžko uskutečnitelné vzhledem k disproporcii mezi narůstajícím počtem pacientů a kapacitami dětské psychiatrie.

Celosvětově je obvyklou praxí, že o děti s ADHD se starají dětské psychiatry, neurologové, ale i dětské lékaři se vzděláním v této problematice.

■ Základní pokyny

1. ADHD je neurovývojová porucha, která se vyskytuje u 5–8 % školních dětí. Jedná se o chronickou poruchu, která významně ovlivňuje kvalitu života. Je spojena s výskytem řady komorbidních onemocnění, sociálních a školních problémů a s rizikem rozvoje kriminálního jednání a užívání návykových látek. Projevy ADHD jsou patrné již v předškolním věku a včasná diagnostika a léčba má velký význam pro prognózu pacientů.
2. Péče o dítě s ADHD musí být komplexní a multidisciplinární. Vzhledem k častým komorbidním onemocněním se na ní podílí dětský lékař, dětský psychiatr, dětský neurolog, psycholog, logoped a speciální pedagog.
3. Diagnostika ADHD je založena na hodnocení klinických příznaků. Diagnostiku stanovuje

dětský psychiatr nebo dětský neurolog vzdělaný v této problematice. Diagnostika je založena na kritériích Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch – DSM-IV nebo Mezinárodní klasifikace nemocí 10. vydání. Součástí diagnostických kritérií je posouzení chování dítěte ve dvou prostředích, kromě posouzení rodiče je nezbytné také posouzení učitelem. K diagnostice lze využít škály – např. škálu Connersové pro rodiče a učitele. Součástí diagnostického procesu je také psychologické vyšetření.

Dětský neurolog spolu s ostatními odborníky musí vyloučit jinou základní diagnózu, která se může příznaky ADHD projevovat.

4. Po stanovení diagnózy se dětský neurolog podílí spolu s dalšími odborníky na zajištění komplexní péče o dítě s ADHD, což obnáší edukaci rodiny a školy, režimová opatření, zajištění adekvátního školního zařazení a psychoterapeutickou péči o dítě a rodinu.
5. Dětský neurolog po stanovení diagnózy zahajuje po zhodnocení závažnosti příznaků a po dohodě s rodiči farmakologickou léčbu ADHD. K základním lékům užívaným pro léčbu ADHD patří stimulancia (methylfenidát) jako lék první volby a atomoxetin (v indikovaných případech při neúčinnosti nebo nevhodnosti léčby methylfenidátem). Léčba je zahajována methylfenidátem s postupnou titrací denní dávky do optimálního účinného dávkování. Zahájení léčby methylfenidátem je kontraindikováno při výskytu náhlého úmrtí a kardiovaskulárních onemocnění v rodinné anamnéze a při výskytu kardiovaskulárního onemocnění u dítěte. Dětský neurolog je oprávněn k preskripci atomoxetinu, který byl indikován dětským psychiatrem („represkripcí“).

6. Behaviorální metody a psychosociální intervence jsou doporučovány jako první terapeutické přístupy u pacientů s mírnými příznaky ADHD, v případech, kdy diagnóza ADHD není zcela jednoznačná nebo pokud rodiče farmakologickou léčbu odmítají.

7. Dětský neurolog nebo dětský lékař odesílá dítě na psychiatrické vyšetření vždy v těchto případech:

- nejistotě při stanovení diagnózy
- podezření na komorbidní psychiatrické onemocnění – úzkostná porucha, deprese, porucha chování
- dítě mladší než 6 let
- dítě s anamnézou užívání návykových látek nebo antisociálního chování
- podezření na jiné psychiatrické onemocnění jako základní diagnózu (např. bipolární poruchu)
- v případě nedostatečného efektu léčby stimulancií
- v případě komorbidních onemocnění, která jsou indikována k léčbě atomoxetinem (úzkostná porucha, užívání návykových látek, nespavost, tiková porucha, poruchy chování), anebo v případě, že rodiče léčbu stimulancií odmítají
- pacienta v období dospívání, který přichází poprvé s příznaky ADHD, a pacienta v období dospívání, u něhož se nepodařilo ukončit farmakologickou léčbu a ADHD přetrvává

8. Každé dítě s ADHD má projít psychiatrickým vyšetřením. U dětí bez komorbidních onemocnění (viz bod 7) lze toto vyšetření provést po stanovení diagnózy a zahájení léčby dětským neurologem.



Ze světa odborné literatury...

■ Vliv krátké anestezie na vývoj nervového systému u dětí

Riziko zpomalení vývoje mozku vlivem krátkodobé anestezie nebylo v minulosti prozkoumáno v rámci větších přehledových studií a výsledky menších studií měly různé, nepříliš dobře interpretovatelné výsledky. Až na jaře 2019 byla publikována randomizovaná studie, které se zúčastnilo 700 pacientů, kteří podstoupili výkon v inhalační anestezii či lokální svodné anestezii ve věku 5 let. Před operací a po ní byl hodnocen inteligenční kvocient (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence Third Edition Full Scale Intelligence Score). Výsledky ukazují, že ani jeden typ anestezie neměl vliv na kvalitu výkonu dítěte, krátká anestezie tedy nespůsobuje zpomalení vývoje a ztrátu mozkových funkcí. Ze starších studií týkajících se především mladších dětí však určité změny vyplývají a vliv anestetik na vyvíjející se mozek je nesporný. Především celková intravenózní anestezie, prolongované či opakované expozice, vykazují větší míru neurotoxicity na vyvíjející se mozek. Byl popsán častější výskyt pozdního nástupu řeči, dysfázie, ADHD, méně často zpomalení v motorickém vývoji. Jistě tedy stále platí, že potenciální riziko by mělo být vždy pečlivě uváženo a srovnáno s benefitem chirurgického výkonu, speciálně u dětí mladších tří let.

■ Farmakoterapie insomnie u dětí a dospívajících

Spánková deprivace u jinak zdravých dětí je v naprosté většině případů úspěšně vyřešena jen behaviorální terapií, změnou či úpravou režimu nebo prostředí, ve kterém dítě spí. Farmakoterapie však může být nutná u dětí s psychiatrickými diagnózami, úzkostnými stavy, depresí, poruchou autistického spektra nebo dalšími neurovývojovými komorbiditami.

Volba farmaka závisí na konkrétním typu potíží a přidruženým diagnózám.

1. Antihistaminika – mohou být použita při výjimečné situaci, u dítěte, které dlouhodobě poruchou spánku netrpí, zvláště pokud například souvisí s atopií či alergií (svědění, kašel, alergická rýma jako příčina nespavosti)
2. Melatonin – je lékem u volby u pacientů s cirkadiánními poruchami, neměl by být užíván zdravými dětmi, ale cíleně

u pacientů, u kterých se předpokládá dlouhodobá léčba – například u dětí s PAS, ADHD

3. Benzodiazepiny i non-BZD agonisté – jejich používání u dětí je velmi omezené, uplatňuje se spíše u adolescentů jako anxiolytika
4. Alfa-adrenergdní agonisté (např. clonidin) – také velmi limitované užití u dětí, off-label se užívají v těch případech, kdy nepomůže melatonin, ale bezpečnost není studiemi příliš prozkoumána.
5. Antidepresiva – mohou mít efekt na poruchy spánku u osob s depresemi. V jiných indikacích se u dětí nepoužívají.

■ Orální imunoterapie potravinových alergií

Novou metodou v léčbě potravinových alergií je orální expozice alergenu v postupně se zvyšující dávce, v ideálním případě až do dosažení cílené plné denní dávky potravin. Byla publikována nová studie, do které bylo zapojeno více než 1 000 pacientů. U naprosté většiny z nich došlo skutečně ke kompletní desenzibilizaci, nebo alespoň k toleranci menších dávek alergizujících potravin. Testování zatím probíhá jen pro jednotlivé potraviny, ale mnoho pacientů trpí multipotravinovou alergií. Orální desenzibilizace více alergizujících potravin najednou je již také ve vývoji. Zároveň se testuje i používání pomocných látek, jako jsou probiotika nebo anti-IgE protilátka jako adjuvans k orální imunoterapii.

■ Závažné stavy po kouření elektronických cigaret/intoxikace nikotinem

Od roku 2010 se po celém světě ve velké míře rozmáhá kouření elektronických cigaret a dalších přípravků obsahujících nikotin (náplasti, vaporizéry apod.). V USA bylo dosud popsáno asi 120 případů závažných otrav nikotinem i dalších vážných stavů u adolescentů v pravděpodobné souvislosti s kouřením elektronických cigaret. Projevy intoxikace nikotinem se objevují bezprostředně po požití. Mezi méně závažné příznaky patří nevolnost, zvracení, letargie, iritace očí. Jako vážnější stavy byly popsány křeče, porucha vědomí, zástava dechu, srdeční zástava. Smrt byla popsána u několika málo případů po požití batoletem a u několika adolescentů. Příčinou může být různě vysoká koncentrace nikotinu

v přípravcích – neodpovídající informacím na obalu výrobce, nebo také celá řada lákavých sladkých příchutí tekutých náplní do e-cigaret, které dětem chutnají, důsledkem čehož je vykouření výrazně většího množství a větší pravděpodobnost intoxikace.

■ Dlouhodobé komplikace u dospělých narozených před 30. gestačním týdnem

Data, která by relevantně popisovala morbiditu dospělých narozených předčasně, začínají být dostupná až v posledních 10 letech. Fakt, že s klesajícím gestačním týdnem porodu stoupá incidence celé řady chronických onemocnění, je všeobecně znám. Ale dlouhodobý výhled jsme pro tyto děti donedávna neměli.

Data ukazují výrazný nárůst chronických onemocnění ledvin u předčasně narozených dospělých. Bylo zkoumáno více než 4 miliony předčasně narozených pacientů a výskyt chronických onemocnění ledvin ve srovnání s pacienty narozenými mezi 37.–41. gestačním týdnem.

U některých z nich byla zjištěna menší velikost ledvin, vyšší krevní tlak a časný vznik mikroalbuminurie jako brzké známky rozvoje chronického onemocnění ledvin. Data ukazují výrazně častější rozvoj primární „esenciální“ hypertenze u dětí narozených před 28. gestačním týdnem, která je spojena s nárůstem incidence chronických onemocnění ledvin a dalších kardiovaskulárních chorob již ve věkovém rozmezí 35–45 let. Dále je popisován nárůst inzulinové rezistence u těchto pacientů již ve věkové kategorii 18–27 let. Jistě v tom hraje roli i fakt, že velká část předčasně narozených dětí se v průběhu let dostane váhově do úrovně obezity s BMI nad 30.

Dále je reportována zvýšená míra neplodnosti a u žen (u mužů ne) také vyšší riziko předčasněho porodu.

Nicméně se zvyšující se kvalitou péče o předčasně narozené děti se očekává také pokles adultní morbidity i časnější mortality předčasně narozených pacientů.

Zdroj:

UpToDate – www.uptodate.com

Za podpory firmy Angelini Pharma Česká republika s.r.o.



■ Překlady z odborné literatury – roztroušená skleróza

1. Incidence RS u dětí roste celosvětově, což je dáno dřívejším poddiagnostikováním a uzavíráním prvních příznaků RS jako jiné diagnózy.
2. Klinická manifestace RS je shodná u dospívajících i dospělých pacientů. Jednoznačně však závisí na věku manifestace. Čím mladší je pacient v době prvních příznaků, tím pravděpodobnější je poškození buněk mozkového kmene či mozečkových buněk a s tím i rozvoj akutní diseminované encefalomyelitidy (ADEM) nebo optické neuritidy. Ty mohou být i úplně prvním časným projevem choroby.
2. Průběh onemocnění je častěji proměnlivý, střídají se období remise a relapsů, mladší pacienti relabují častěji, přičemž četnost relapsů koreluje s tíží postižení v budoucnu.
3. Mírné či závažnější dlouhodobější postižení a omezení běžného denního režimu se projevuje u dětí po delším intervalu od prvních příznaků ve srovnání s dospělými, ale i tak celkově v nižším věku než u dospělých. Z relapsů se ovšem dětský pacient velmi často zotaví kompletně. Horší prognózu má průběh s častými relapsy v začátku onemocnění.
4. Frekvence kognitivní dysfunkce je relativně vysoká s rychlým zhoršováním stavu, zároveň opět autoři zmiňují schopnost opětovného alespoň částečného zlepšení.
5. MR je základním diagnostickým a prognostickým vyšetřením. Výsledky však

nejdou tak přesvědčivé jako u dospělých pacientů, především z dlouhodobého hlediska. Část dětských pacientů ani nespĺňuje klasická kritéria. Postižení způsobené lézí je sice relevantní, ale léze jsou méně destruktivní, mají více vyjádřený zánětlivý charakter, navíc mají schopnost se časem zhojit. Špatným prognostickým znakem je poškození mozkového kmene.

6. Diagnostická kritéria mohou být použita pro pacienty 12–18 let a v těch případech, kdy byl ADEM prvním projevem nemoci.
7. Velmi důležitá je komplexní diferenciální diagnostika, protože mnoho chorob dětského věku může mít podobné příznaky, včetně všech dalších demyelinizačních procesů (např. nedávno identifikovaný anti-MOG abs syndrom). Vždy je třeba provést MR mozku a míchy a odběr mozkomíšního moku – i když oligoklonální pásy jsou u dětských pacientů méně frekventní, nicméně jejich přítomnost značí většinou horší prognózu.
8. Pozitivní rodinná anamnéza a vliv zevního prostředí jsou zásadní pro rozvoj RS.
9. Hlavním cílem léčby je minimalizovat axonální poškození a zánětlivé změny často již při první manifestaci onemocnění. To se ukázalo jako prognosticky nejvýznamnější. Léčba je v základu stejná jako u dospělých a vyžaduje multidisciplinární spolupráci dětského neurologa, RHB, psychologa a sociálních pracovníků. Z konkrétních přípravků je v první řadě používán interferon beta nebo glatiramer acetát. V druhé řadě

pak biologická léčba (např. natalizumab).

10. Dlouhodobější data zatím nejsou k dispozici, budoucí prognóza (tj. řádově v desítkách let) pacientů, u kterých se RS manifestovala v dětském věku, je tedy neznámá a je třeba doplnit další rozsáhlé studie.

Zdroje:

1. Ghezzi A, Baroncini D, Zaffaroni M, Comi G. Pediatric versus adult MS: similar or different? *Mult Scler Demyelinating Disord.* 2017;2:5. doi: 10.1186/s40893-017-0022-6.
2. Waldman A, Ness J, Pohl D, Simone IL, Anlar B, Amato MP, Ghezzi A. Pediatric multiple sclerosis: Clinical features and outcome. *Neurology.* 2016 Aug 30;87(9 Suppl 2):S74–S81. doi: 10.1212/WNL.0000000000003028.
3. Alroughani R, Boyko A. Pediatric multiple sclerosis: a review. *BMC Neurol.* 2018 Mar 9;18(1):27. doi: 10.1186/s12883-018-1026-3.

■
Připravila MUDr. K. Vitoušová

Souhrn rozdílů klinických znaků RS u dětí a dospělých

Kategorie	Popis
Pohlaví	U dětí do 11 let je poměr výskytu u ženského a mužského pohlaví výrazně nižší, od pubertálního věku jednoznačně převažují ženy.
Klinické symptomy	První manifestace bývá typicky monofokální, ovšem v nižší věkové kategorii je výrazně častěji i multifokální. Příznaky bývají stejné jako u dospělých pacientů s výjimkou postižení mozkového kmene, to bývá v pediatrické populaci častější.
Závažnost relapsů	Relapsy jsou počítány u dětí jako prognosticky závažný symptom vždy.
Klinické příznaky po první atace	Navzdory závažným neurologickým deficitům v průběhu období relapsů se většina dětí zotaví téměř nebo kompletně.
Následky / postižení	I přesto, že interval od první ataky do rozvoje ireverzibilních závažných neurologických postižení je u dětí delší, dosahují jich ve velmi nízkém věku.



Aktuality...

Fonendoskop: Jak vznikl a jak si vybrat ten pravý?

Fonendoskop patří téměř ke každému lékaři a dalšímu zdravotnickému personálu. Už více než 200 let je jednou z nejběžnějších lékařských pomůcek využívaných při vyšetření srdce, plic a dalších vnitřních orgánů.

Víte ale, jak vznikl a jak si vybrat ten pravý pro vás?

Laennec, Littmann – důležitá jména v historii fonendoskopu

Když v roce 1816 francouzský lékař René Laennec sroloval do trubičky papír, aby si mohl lépe poslechnout ozvěny srdce u mladé pacientky, ještě ani netušil, že z jeho dočasné pomůcky – prvního stetoskopu – jednou stane nepostradatelnou pomůckou.

S objevem stetoskopu je spojena řada příběhů, ale Laennec sám uvedl, že věk a pohlaví pacientky, u které se projevovaly příznaky srdečního onemocnění, mu nedovolovaly vykonat vyšetření prostým přiložením ucha na její hrudník. Proto ho napadlo srolovat papír do trubice a vykonat poslech prostřednictvím tohoto provizorního nástroje. K jeho překvapení byly ozvěny srdce slyšet zřetelně a relativně nahlas.

Laennec svůj vynález neustále vylepšoval a studoval díky němu také různé patologie srdce. Na základě svých poznatků vydal knihu *De l'Auscultation Médiate*, ke které si mohli zájemci dokoupit jednoduchý dřevěný stetoskop. Jeho kniha se přeložila do několika jazyků a i po Laennekově smrti další odborníci nadále stetoskop upravovali. Postupně k němu byla přidána membrána, flexibilní trubice, až vznikl na konci 19. století první fonendoskop.

Současný vzhled s trubicí ve tvaru písmene Y získal až v roce 1962. Zasluhu na něm má americký, už v té době známý kardiolog David Littmann. Fonendoskopy Littmann nadále vyvíjí a vyrábí technologický gigant 3M.

Jak získat relevantní informace o konkrétních modelech?

Fonendoskop tak dnes patří neodmyslitelně téměř ke každému lékaři. Jeho výběr však často podceňujeme. Především medicí a čerství absolventi se s fonendoskopem dlouho potýkají, než najdou ten pravý. Pokud si ale vyberete kvalitní přístroj už na začátku praxe, může vám vydržet velmi dlouho. Kromě toho bude váš poslech jasnější a celkový pocit z vyšetření bude i pro pacienta příjemnější. Jak ale získat prvotní přehled o tom, jaké fonendoskopy jsou na trhu?

- Vyzkoušejte přímo v praxi fonendoskopy vašich kolegů.
- Nezkoušejte fonendoskopy jenom na sobě, ale také na lidech kolem vás.
- Přečtěte si nejrůznější online recenze.
- Zeptejte se kolegů na spokojenost, výhody a nevýhody konkrétních značek a modelů, které vlastní nebo vlastnili.

Při výběru ale nezapomínejte, že každému vyhovuje něco jiného, každý má jiný tvar ucha, jiný sluch, jinou specializaci.

Na co si dát pozor při výběru fonendoskopu?

- **Směřování sluchátek** – Při zkoušce fonendoskopu se ujistěte, že olivky ve vašich uších směřují k vašemu nosu, tedy dopředu, aby byla zajištěna co nejjasnější sluchová stopa.
- **Rovnoměrnost vidlice** – Sledujte také, zda se kovové ušní trubičky v nepoužívaném stavu složí rovnoměrně. Jde o maličkost, ale pokud jsou sluchátka těžko ohebná a nerovnoměrná, může vám to činit problémy při vyšetření, při nasazování a dojde ke snížení komfortu při využívání fonendoskopu. Může to mít také dopad na délku a kvalitu celého vyšetření.
- **Materiál sluchátek (pecek)** – Pokud jsou z tvrdého materiálu, mohou vás v uších tlačit. Měkký, flexibilní materiál se vašim uším přizpůsobí a nebudete se tak muset při vyšetření soustředit na nepříjemný tlak nebo dokonce bolest a budete se plně věnovat vyšetření pacienta.
- **Membrána** – Přiložte membránu fonendoskopu na svůj hrudník a zkuste, jak hlasitě a zřetelně slyšíte ozvěny srdce. Kvalita samotné membrány se totiž může lišit, a proto je možné, že levnější přístroj bude mít nižší míru decibelů. Pokud potřebujete slyšet i ty nejmenší odchylky, je třeba dbát na kvalitu přístroje.
- **Flexibilita trubice** – Vezměte fonendoskop, který zrovna testujete, za sluchátka a hadici s membránou nechte volně spustěnou k zemi. Pokud se trubice zcela napne, je vyrobena z kvalitního materiálu. Pokud zůstane trochu pokrčená nebo jí déle trvá narovnat se, jde o méně kvalitní materiál. Takovýto fonendoskop může opět znamenat zhoršený poslech při vyšetření.

Věnujte se nácviku auskultace

Fonendoskop má už více než 200 let, a proto se v současné době vedou diskuse o tom, jestli má auskultace vůbec budoucnost. Jedni jsou toho názoru, že fonendoskop je v dnešní době rozvíjející se echokardiografie a kapesních ultrazvuků už mrtvý, jiní jsou zas toho názoru, že zvuk nemůže být nahrazen obrazem. Problém je ale především v tom, že lékaři neumějí s fonendoskopem pořádně zacházet. Už pár let ale mohou lékaři využívat také elektronické fonendoskopy. Díky nim mohou potlačit ruchy z okolí nebo naopak vytáhnout do popředí přesně ty zvuky, které potřebují diagnostikovat. V dnešní době už jsou dokonce k dispozici takové digitální stetoskopy, které jsou schopné přenést zvuky ze stetoskopu beze změny do aplikace v iPhoneu nebo Androidu a převést je také do obrazového záznamu. Lékař pak může nadále se záznamem pracovat nebo jej sdílet online s ostatními odborníky.

Jde jen o jednu z technologických vymožeností, které mohou usnadnit práci lékaře, urychlit a eliminovat různá vyšetření. Dokonce díky ní může odborník na jednom konci země zkontrolovat záznam pacienta z druhého konce země.

Ať jste se rozhodli pro koupi elektronického, nebo klasického fonendoskopu, určitě se i nadále věnujte nácviku auskultace, abyste váš fonendoskop uměli využít naplno. Praktická cvičení na vás čekají například prostřednictvím těchto webových stránek a aplikací (většina je v angličtině a němčině):

- MurmurLab.org
- MurmurQuiz.org



- <https://www.jove.com/science-education/10124/kardiologische-untersuchung-ii-auskultation?language=German>
- <https://www.easyauscultation.com/>
- https://www.3mcesko.cz/3M/cs_CZ/littmann-ctl/advantages/promotions/

Zdroj: www.tribune.cz, Littmann, 24. 4. 2019

Nadváha v časném dětství zvyšuje riziko hypertenze

Podle výsledků studie publikované v prestižním časopisu Evropské kardiologické společnosti (ESC) *European Journal of Preventive Cardiology* mají čtyřleté děti trpící nadváhou již ve svých šesti letech věku dvojnásobné riziko hypertenze.

Ta následně zvyšuje nebezpečí vzniku infarktu myokardu nebo cévní mozkové příhody.

Podle WHO je dětská obezita jedním z nejzávažnějších problémů veřejného zdraví 21. století. Jde o celosvětový problém s narůstající prevalencí a alarmujícími daty. V roce 2016 trpělo nadváhou 41 milionů dětí ve věku do pěti let. „Mýtus, že nadváha v dětském věku nemá žádné další konsekvence, brání prevenci a kontrole tohoto zdravotního problému,“ varuje autor studie dr. Iñaki Galán, Carlos III Health Institute Madrid, Španělsko, s tím, že je třeba, aby rodiče s malými dětmi byli více fyzicky aktivní a dbali na zdravou stravu. „Ženy by se před otěhotněním měly snažit zhubnout, aby zabránily nadměrně přibraným kilům v těhotenství. Stejně tak by měly přestat kouřit, protože právě to jsou rizikové faktory vzniku dětské obezity,“ dodává.

Studie zkoumala souvislost mezi nadváhou a vysokým krevním tlakem u 1 796 čtyřletých dětí, které byly sledovány i o dva roky později. Krevní tlak byl měřen v obou obdobích, stejně jako BMI a obvod pasu. Oproti dětem s normální zdravou hmotností ve věku čtyři až šest let bylo u těch s nadváhou 2,49× až 2,54× vyšší riziko hypertenze. U dětí s novou nebo přetrvávající abdominální obezitou bylo riziko hypertenze 2,81× až 3,42× vyšší. U dětí, u nichž se podařilo váhu snížit, zvýšené riziko hypertenze nebylo. Zjištění se vztahovala na všechny děti bez ohledu na pohlaví nebo socioekonomický status.

„Existuje řada rizik. Při sledování až do dospělosti se ukazuje, že obezita a nadváha vedou k hypertenzi, která zvyšuje riziko vzniku kardiovaskulárního onemocnění. Výsledky však ukazují, že děti, u nichž se podaří dosáhnout opět správné hmotnosti, mají zpět i správný, zdravý krevní tlak,“ říká dr. Galán. Nejlepší způsob, jak si udržet zdravou váhu a zhubnout nadbytečné kilogramy, je podle něho dostatek fyzické aktivity a zdravá strava. Vedle rodičů by zde roli měla hrát i škola, kde by měly být na rozvrhu tři až čtyři hodiny fyzické aktivity týdně. Učitelé by měli dbát na fyzickou aktivitu o přestávkách. Je potřeba, aby školy nabízely možnosti sportovních aktivit a samozřejmě zdravou nutričně vyváženou stravu, včetně svačín. Lékaři by měli v časném dětství pravidelně hodnotit BMI spolu s obvodem pasu. Právě tento kombinovaný způsob je podle dr. Galána nej přesnější, užíváním pouze jednoho druhu měření může podle studie uniknout 15–20 procent případů dětské nadváhy. „Někteří pediatri se domnívají, že riziko obezity začíná až v období adolescence, studie však jasně ukazuje, že se mýlí. Je zřejmé, že nadváha musí být odhalena co nejdříve, aby bylo možné předejít jejímu ničivému vlivu na krevní tlak,“ upozorňuje lékař.

Děti s nadváhou by proto měly mít kontrolován krevní tlak a v případě tří zvýšených měření by měla být diagnostikována hypertenze, která je v časném dětství tím nejzávažnějším důsledkem nadváhy. Samozřejmě je nutné nejprve vyloučit další příčiny možného vzniku hypertenze, jako srdeční poškození, onemocnění ledvin, genetické příčiny či hormonální poruchy. Je-li příčinou hypertenze nadváha, je pro zlepšení třeba nejprve jednoznačně doporučit fyzickou aktivitu a zdravé stravování. V případě, že nepomůže změna životního stylu, je nutné uvažovat o medikamentózní léčbě hypertenze.

Zdroj: www.tribune.cz, 30. 7. 2019

Pacienti už nebudou bloudit, lékaři získají víc času, říká ministr Adam Vojtěch

Čekání na deus ex machina. Tak by se dalo popsat posledních 20 let českého zdravotnictví a přístup jeho hlavních zúčastněných, říkám si pokaždé, když si v novinách přečtu vyjádření expertů, jaké všechny problémy naše zdravotnictví má.

Závratné vyřešení shora zatím nenastalo, a tak nezbývá než nyní čelit všem těm problémům, které se mezitím nahromadily. Já na nic nečekám a od prosince 2017 na ministerstvu poctivě pracujeme na jednom opatření za druhým. Moji kritici namítají, že jsem ve funkci už rok a půl a jak to, že se třeba desítky let zanedbávaná organizace péče ještě nenapravila?! To bych se měl spíš ptát já, co tu řadu let dělali ti, kteří měli šanci zdravotnictví zásadně změnit. A nezměnili. Základy na počkání neumím, ale vzít za práci ano. A právě organizace péče je něco, na co se konečně někdo pořádně podíval a udělal první krok ke změně. Bloudění pacienta systémem, dlouhé čekací lhůty, přetížení specialisté a slabí praktičtí lékaři. To jsou největší bolesti našeho zdravotnictví.

Co s tím?

Klíčem úspěchu je reforma primární péče, kterou již přes rok připravujeme a postupně uvádíme v život. Primární péče musí být mnohem silnější. Zejména praktičtí lékaři, kteří by měli být základním kamenem zdravotní péče a průvodcem pacienta systémem. Díky větším kompetencím budou umět pacientovi pomoci s většinou jeho problémů a ve vážnějších případech co nejrychleji pacienta dostanou ke specialistovi.

Praktici převzou od specialistů část pacientů – ty s lehčími problémy nebo ty, které je potřeba pravidelně kontrolovat a předepisovat jim léky. Péče se zrychlí a zefektivní. A hlavně, specialisté budou mít víc času na opravdu vážné případy a zkrátí se čekání na vyšetření.

Pacienti již nebudou muset kvůli pouhému receptu dojíždět desítky kilometrů. Pomoc najdou u svého lékaře v místě bydliště. A ten na ně bude mít mnohem víc času než přetížený specialista, bude moci včas odhalit jakýkoliv problém a poslat pacienta urychleně na správné místo.

Průkopníkem je v tomto směru onkologie. Pacienty po úspěšné onkologické léčbě bude po dohodě onkologů a praktiků nově sledovat jejich praktický lékař. Toto zvyšování kompetencí reflektuje nově uzavřená dohoda lékařů se zdravotními pojišťovnami na příští rok.

Je mezi nimi například i časný záchyt demence, obezity, management kolorektálního screeningu či péče o prediabetika. A právě v ČR, kde čelíme epidemii diabetu, je to ta správná cesta, jak s tím bojovat. Protože cukrovku musíme řešit dřív, než propukne. Dalším krokem bude péče o diabetiky a chronické pacienty. Změny zavádíme citlivě



a postupně, ve spolupráci s odborníky. Neděláme revoluci, ale evoluci. Škoda jen, že se k tomu neodvážil již někdo přede mnou.

Dlouhé čekání na vyšetření u specialisty může být také způsobeno tím, že zdravotní pojišťovny dostatečně neplní svou zákonnou povinnost a nezajišťují místní a časovou dostupnost služeb pro své klienty. Proto jsme si na to posvětili a poslali do pojišťoven ministerskou kontrolu. Výsledky budou na podzim a v návaznosti na ně určitě připravíme varianty řešení, které zabezpečí dostupnost péče pro naše občany.

Dalším problémem je nedostatek dat. Proto plánujeme opatření, aby všichni ambulantní specialisté povinně informovali o délce čekacích dob v jejich ordinacích. Pacient tak bude informován a bude si moci vybrat lékaře, který jej ošetří v preferované lhůtě, a ten bude povinen ho přijmout.

Rovněž zvažujeme povinnost ošetřujícího lékaře předem informovat pojišťovnu o nutnosti navazující služby. Ta by poté měla lepší mož-

nost sledovat vytížení kapacit lékařů. Současně jsou lékaři stále více ze strany pojišťoven finančně motivováni za přijímání nových pojištěnců a za delší pracovní dobu v rámci týdne. A ambulantní specialisté konkrétně i za to, že přijmou od praktického lékaře pacienta na vyšetření v urgentním stavu týž den, což rozhodně povede k výraznému zvýšení dostupnosti péče a včasnému ošetření.

Nemluvě o zásadním snižování administrativy lékařů, kteří tak budou mít víc času na pacienty, a řešení nedostatku lékařů v některých specializacích systémovými kroky, jako je navýšení kapacit lékařských fakult nebo finanční podpora mladých lékařů skrze rezidenční místa. Zkrátka nespolehneme na to, že to „nějak“ dopadne, jako moji předchůdci, ale děláme konkrétní kroky s jasným cílem. Zlepšit zdravotní péči pro naše občany.

Zdroj: www.mzcr.cz, 19. 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**. Tel. 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.

579 9-19

Hledám po dobu léčení **zástup** do ordinace PLDD **v Praze 8**. Jedná se o 6 měsíců od září 2019 do února 2020. Případně je po dohodě možné i přenechání praxe. Telefon: 606 805 007.

580 9-19

Prodám zařízení ordinace dětského lékaře za výhodnou cenu. Informace, ev. foto na tel.: 739 087 897

581 9-19

Přenechám výnosnou **praxi PLDD v Břeclavi** za symbolickou cenu, tel. 776 290 125

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

VYDEJTE SE ZA HRANICE ÚLEVY OD PŘÍZNAKŮ ABKM*

SE ZAMĚŘENÍM NA STŘEVNÍ MIKROBIOTU



INOVOVANÁ RECEPTURA

- ✓ bezpečná a dobře tolerovaná¹
- ✓ zmírňuje symptomy ABKM:
atopickou dermatitidu, zácpu^{2**}
- ✓ redukuje projevy astmatu³
- ✓ moduluje střevní mikrobiotu³



JEDINÁ FORMULE S EXTENZIVNÍM HYDROLYZÁTEM A SYNBIOTIKY V ČR

REFERENCE: 1. Ament-Beekveld M, et al. J Nutr Sci. 2018;3:e42. 2. van der Aa L.B. et al. Clin Exp Allergy. 2020;40:795-804. 3. van der Aa L.B. Allergy. 2019;74:170-171. * ABKM - Alergie na bílkovinu kravského mléka ** IgE-pozitivní děti
DŮLEŽITÉ UPOZORNĚNÍ: kojenecká výživa je nejpřirozenějším způsobem výživy kojenčů. Kojenecká výživa by měla být používána na doporučení lékaře. Začátek používání a další informace na www.nutrilon.cz a na infolince 800 100 000.
Nutrilon Allergy Care Syneo je potrava pro zvláštní výživu - potrava pro zvláštní lékařské účely určená pro tělesnou dietní výživu při alergii na bílkovinu kravského mléka. Tyto potraviny mají být používány pod dohledem lékaře.
MATERIÁL PRO ODBORNOU VĚŘNOST - NEŠÍRIT NA LAICKOU VĚŘNOST. 09/2019



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 MenB*
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 PŘÍPRAVĚ VERZÍ

[illegible]