



- Úhrady v roce 2022
- Ošetřovné
- Vážíme si zdraví lidí?
Public health – nesnáze,
výhodiska i naděje
- Primární prevence
vrozených vad
- Vzácná intrakraniální
komplikace akutního
hnisavého středoušního zánětu
– otický hydrocefalus
- Jak na obouvání dětí z pohledu
fyzioterapeuta
- Syndrom počítačového
vidění – projevy a možnosti
předcházení

S láskou k přírodě a našim dětem



PŘÍRODNÍ SIRUP VYSOKÉ KVALITY



ERDOHerbal medový sirup obsahuje
přírodní složky rozpuštěné v medu ověřené kvality a původu.

- ✦ Extrakty z proskurníku a tymiánu pro zdravé dýchací cesty,
propolis a niacin pro normální stav sliznic.

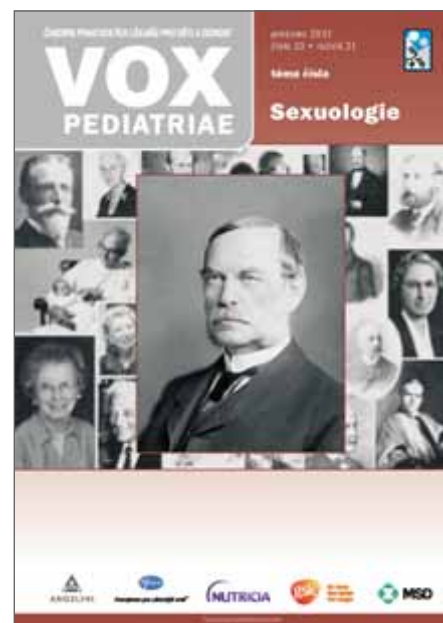
Neobsahuje řepný cukr, alkohol, konzervanty a jiná aditiva. Doplněk stravy.



Angelini Pharma Česká republika s.r.o., Palachovo náměstí 5, 625 00 Brno, www.erdoherbal.cz

www.erdoherbal.cz

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Informace SPLDD	6
	Úhrady v roce 2022	
	Ošetřovné	12
	Zákon č. 325/2021 Sb., o elektronizaci zdravotnictví	14
	MUDr. Antonín Šípek Jr, Ph.D. Primární prevence vrozených vad	16
	Prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc. Vážíme si zdraví lidí?	19
	Public health – nesnáze, východiska i naděje	
	MUDr. Anna Švejdová Vzácná intrakraniální komplikace akutního hnisavého středoušního zánětu – otický hydrocefalus (kazuistická sdělení)	24
	Mgr. Zuzana Rybová Jak na obouvání dětí z pohledu fyzioterapeuta	29
	Mgr. Nicol Dostálová Syndrom počítačového vidění – projevy a možnosti předcházení	31
	Aktuality	35
	Řádková inzerce	36
	Prof. Tomisaku Kawasaki	37
	Zákon č. 325/2021 Sb., o elektronizaci zdravotnictví	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

ANGELINI
Dr Konrad Pharma
GSK
HIPP
NOVO NORDISK

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

Foto na titulní straně: Prof. Tomisaku Kawasaki

Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům. Distribuce členům SPLDD ČR zdarma. Vychází 10× ročně v nákladu 2 200 výtisků. Povoleno Ministerstvem kultury pod číslem MK ČR E 10971, ISSN 1213-2241. Redakce nezodpovídá za obsah článků. Reprodukce obsahu je povolena pouze s písemným souhlasem redakce. Nevyžádané podklady se nevracejí. Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá za obsah inzercí a vložených tiskovin.

Vydavatel:

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR, o.s.
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

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

Jazykové korektury: Bohumila Weilová
Grafické zpracování: Michal Semerák

Redakční rada:

šéfredaktor
MUDr. Jiřina Dvořáková,

redaktor pro profesní část
MUDr. Ctirad Kozderka,

redaktor pro odbornou část
MUDr. Klára Procházková,

členové redakční rady
MUDr. Jiří Liška, CSc.,
MUDr. Ilona Hülleová,
MUDr. Jana Kulhánková,
MUDr. Kateřina Štichhauerová,
MUDr. Ivana Koleč.



Vážení kolegové,

předposlední letošní číslo VOXu jsme se rozhodli věnovat dle mého veledůležitému tématu preventivní medicíny. Ale ne tak úplně klasické, konkrétní preventivní medicíny, kterou si asi představíte, jako je prevence obezity, kardiovaskulárních chorob, onkologických onemocnění či prevence infekčních chorob očkováním (té se dotkneme také v článku o primární prevenci VVV). Chtěli jsme globálnější celistvý pohled, takový, který zahrnuje celosvětově používaný pojem „public health“. Cituji z článku prof. Holčíka: „Public health je věda a umění. Jak předcházet nemoci a prodlužovat život a prodlužovat život prostřednictvím organizovaného úsilí společnosti“.

Po přečtení této věty si představte diskuse, které na denní bázi vedete se svými pacienty, resp. častěji s jejich zákonnými zástupci. O smyslu očkování, o indikované preskripci antibiotik, o důležitosti pravidelného pohybu u dětí i dospělých nebo si představte dnes už třicátý telefon o léčbě rýmy a kašle či horečky. Ano, od toho tu jsme. My tvoříme součást primární péče. Snažíme se rodičům i přímo našim pacientům předat základy správné péče o své zdraví. Ale je to čím dál tím těžší. Denně se potýkáme s extrémami. Rodiče jsou na jednu stranu velmi sečtělí

v otázkách látek obsažených ve vakcínách, na stranu druhou si neumějí poradit s běžným respiračním infektem svého dítěte.

Proč tomu tak je? Dle mého je za tím přemíra povětšinou nerelevantních nebo z kontextu vytržených informací a v kontrastu s tím minimální zdravotní gramotnost. V generaci pohlčené světem moderních technologií se totiž rozmáhá takový nešvar. Přestává se používat vlastní úsudek, tyto lidé se kolikrát ani nezamyslí a rovnou začnou informace vyhledávat na internetu, kde navíc bohužel narazí v 90 % na nepřesné informace. A nějaké ověřování relevance informací, to u naprosté většiny současných společnosti opravdu nehrozí. Za většinou našich vyčerpávajících diskusí jsou skutečně dezinformace, hoaxy, informační šumy. Před třiceti lety určitě nebyly matky ignorantky, když se nezajímaly, kolik hliníku je ve vakcíně. Jen měly důvěru v lékaře a jeho vzdělání a zkušenosti. Ty dnešní často důvěru nemají a my si ji musíme velmi těžce budovat. Proč? Protože kvůli internetu a množství dostupných informací se začaly do hlav lidí zasévat pochybnosti a za většinou z nich stojí výše zmíněné informační šumy, kachny, hoaxy apod.

Úkolem public health, ideálně jako vládního programu, jehož pilířem je primární péče, by mělo být potlačení dezinformací a zlepšení dostupnosti relevantních informačních zdrojů pro všechny věkové kategorie naší populace, a tím zlepšení jejich zdravotní gramotnosti, zlepšení důvěry v lékaře a jeho práci, a to vše by mělo vést ke zlepšení kvality zdraví celé naší společnosti.

Těžký úkol, že? Ano, ale představte si, jak by mohla být naše práce snazší a naši pacienti spokojenější. Já věřím, že to není utopie...

Odbornější charakteristiku najdete v článku prof. Holčíka. Na MZČR momentálně dokončují návrh reformy public health, který nám bohužel nestihli do tohoto čísla poskytnout. Budeme tedy zvědaví, co nás čeká s novým ministrem.

Co pro zlepšení situace můžeme dělat my? Věřím, že většina z vás dělá denně maximum. Ale situace se zhoršuje a diskuse s rodiči jsou stále častější a náročnější a síly docházejí. Mám obrovskou radost, že se stále rodí nové a nové osvětové projekty např. mezi mediky a mladými lékaři. Jistě znáte iniciativu „Medici pro očkování“ nebo „Loono“ a jejich projekty prevence onkologických (#prsakoule), kardiovaskulárních onemocnění (Žiješ srdcem), reprodukčního (Dole dobrý) a duševního zdraví (Dobré nitro). Stejně tak projekty ve VOXu před časem prezentované medicke organizace IFMSA CZ (Světový den boje proti AIDS, Světový den boje proti diabetu, Pro život, Nemocnice pro medvídky aj.). Kursy první pomoci i zajímavý průvodce různými více či méně invazivními vyšetřovacími metodami z dílny „Bulbem záchranáře a vulvou porodní asistentky“.

Snaha o centrální pomoc se rodí i mezi SPLDD a OSPDL, obě organizace dlouhodobě pracují na tvorbě informačních portálů pro rodiče. V rámci OSPDL letos vznikla nová pracovní skupina „Mladí PLDD“, která by chtěla v tomto směru pomoci. Chceme využít toho, že jsme současné generaci rodičů blízko a chápeme jejich fungování na internetu a sociálních sítích, a přinést informace ve formě, která bude praktická, rychle vyhledatelná a názorná. Je to jen jeden z mnoha úkolů, které jsme si statečně naplánovali mimo jiné i ve spolupráci s některými výše uvedenými organizacemi.

Pokud se cítíte být mladá/mladý: a) máte chuť se k nám připojit, napište mi prosím na e-mail klara.vitousova@gmail.com

Držme si palce, čeká nás doba těžká, ale každý krok se počítá a bez fungujícího systému public health se nikam neposuneme.

V úctě

Klára Procházková

Více informací o projektech výše uvedených organizací najdete na:

www.mediciproockovani.cz • www.loono.cz • www.ifmsa.cz • www.bulbemzachranare.cz

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

si vás dovoluji pozvat na odborné semináře v roce 2021. 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. Klára Procházková, MUDr. Bohuslav Procházka

2. prosince 2021

Porucha autistického spektra – dítě a jeho rodina

PhDr. Romana Straussová, PhD.

*program přesunut ze zrušené přednášky v listopadu 2021



OSPDL ČLS JEP



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

Během měsíce října jsme čelili enormnímu nárůstu počtu nemocných dětí, které onemocněly převážně respiračními infekty. Postupně docházelo k vzestupu pozitivně testovaných dětí na SARS-CoV-2 zejména v kolektivech a PLDD opět ve zvýšené míře začali řešit karantény, izolace, antigenní testování, vystavování žádanek na PCR testy a tzv. OČR. Spolupráce s KHS a některými školami vážla, což komplikovalo naši práci, a o očkování proti COVID-19 byl malý zájem. To vše bylo zatíženo velkým množstvím telefonátů a navíc nedostatkem některých léků, zejména sirupových forem ATB. Distribuce vakcíny Comirnaty firmy Pfizer byla umožněna až na konci měsíce října.

SPLDD řešilo v říjnu zejména úhrady v roce 2022, personální nedostatek PLDD, algoritmus péče o nemocné děti v ordinacích PLDD, podmínky vystavování OČR. Připravili jsme dva webináře pro členy a rozběhly se tradiční regionální semináře nazývané Komunikace. V neposlední řadě jsme asi všichni vyjádřili svůj názor na další směřování ČR ve volbách. Kdo bude vládnout a kdo bude ministrem zdravotnictví, se snad dozvíme co nejdříve.

5. 10. 2021 proběhlo plánované jednání Rady poskytovatelů s ministrem zdravotnictví Vojtěchem, na kterém bylo definitivně uzavřeno jednání o úhradách pro rok 2022. Úhrada bude navýšena o téměř 9 % pro všechny segmenty poskytovatelů. Pro segment praktických lékařů by měla být na základě dopisu, který jsme společně s předsedou SPL Petrem Šonkou zaslali na MZ ČR, navýšena kapitační platba celkem o 4 Kč. Na jednání Rady poskytovatelů všichni její členové ocenili postoj a vstřícnost premiéra, ministra zdravotnictví i zástupců VZP, kteří nepodlehli nátlaku odborů a prezidenta Kubka a nevýhodnili jen vybrané segmenty.

12. 10. 2021 se na půdě MZ sešli zástupci MZ ČR, SPLDD, OSPDL a České pediatrické společnosti, aby řešili personální nedostatek PLDD a pediatriu obecně. Jednání svolala urgentně náměstkyně ministra zdravotnictví prof. Martina Kozíar Vašáková na základě prohlubujícího se nedostatku PLDD a poklesu jejich kapacity. O výstupu jednání, které vedlo ke kompromisnímu návrhu úpravy vzdělávacího programu, se nadále jedná.

15. 10. 2021 se uskutečnilo v kanceláři SPLDD odložené společné jednání předsednictva Sdružení, pokladníků a Ing. Adamce (daňového poradce SPLDD).

17. 10. 2021 proběhlo večerní distanční jednání zástupců VV SPLDD a výboru OSPDL, na kterém byl probrán návrh úpravy

vzdělávacího programu oboru pediatrie, zasláný předsedou ČPS ČLS JEP.

18. 10. 2021 se distančně sešlo více než 500 PLDD na webináři pořádaném Sdružením a věnovaném aktuální profesní problematice. Byl představen aktualizovaný doporučený postup vydaný klinickou skupinou MZ ČR pro ošetření akutního onemocnění dětí v našich ambulancích a možnosti jeho realizace v přeplněných ordinacích PLDD. Kolega Kozderka přednesl přehlednou informaci k tzv. OČR, jak se orientovat při vystavování OČR u nařízené karantény či izolace u COVID-19. Kolegyně Cabrnachová přednesla komplexní informace o očkování proti chřipce u dětí a představila novou vakcínu, její použití v praxi včetně možností úhrad. Prezentaci doplnilo názorné video aplikace této očkovací látky u dětí.

20. 10. 2021 svolal ministr zdravotnictví první jednání k zavedení elektronického očkovacího průkazu, který by měl být součástí lékového záznamu pacienta, tudíž zaveden SÚKL. Na jednání byli pozváni zástupci SPL a SPLDD, kteří si přizvali k projednávání této problematiky Mgr. Uhra. Čekáme na projednání připomínek a vydání prováděcí vyhlášky a dále se budeme snažit o co nejrychlejší zavedení do praxe.

25. 10. 2021 proběhl druhý podzimní webinář pořádaný Sdružením, tentokrát věnovaný tématu obezity u dětí v ČR. V úvodu jsme slyšeli z úst kolegy Bohuslava Procházky alarmující výsledky studie pořádané SPLDD v měsících květnu až červnu 2021. PLDD

zapojeným do studie patří velké poděkování za odvedenou práci, stejně tak odborníkům ze SZÚ, kteří výsledky měření zpracovali. Doc. Pastucha prezentoval vhodné pohybové aktivity u obézních dětí. Prim. Boženský představil léčivý přípravek Saxenda, který má rozšířenou indikaci k léčbě obezity pro dospívající pacienty od 12 let věku. Závěrem jsem připomněla vykazování výkonů u obézních dětí, včetně bonifikačního programu VZP Obezita Plus.

26. 10. 2021 se rozloučila na MZ Rada poskytovatelů s končícím ministrem zdravotnictví Vojtěchem. Velké poděkování za jeho práci a přístup k řešení problémů ve zdravotnictví zaznělo od zástupců všech segmentů. Ministrovi Adamu Vojtěchovi se podařilo obnovením Rady poskytovatelů přivést k jednacímu stolu zástupce MZ, všech poskytovatelů a zdravotních pojišťoven, kteří i přes různorodé zájmy jednali konstruktivně a nejednou se shodli ve společném prohlášení. Loučil se i náměstek VZP Ing. Šmehlík, jehož zásluhou skončila poslední dohodovací jednání o úhradách dohodou téměř ve všech segmentech a jednání probíhala bez hrozeb protestů, koncepčně a v přátelském duchu. O jeho podpoře primární péče a PLDD svědčí úhradové vyhlášky posledních let a zavedené nové výkony pro PLDD.

27. 10. 2021 jsem se sešla se zástupci VZP, jednali jsme o úpravě parametrů bonifikačních programů, vykazování výkonů a personální krizi v primární péči o děti.



Informace SPLDD

■ Úhrady v roce 2022

Dohodovací řízení k úhradám na rok 2022 probíhalo v období od 10. února 2021 do 18. června 2021. V zákonem stanoveném termínu dospěli účastníci dohodovacího řízení k dohodě ve 13 z celkového počtu 14 segmentů zdravotní péče. V červnu tedy bylo vzhledem ke v té době známým finančním předpokladům dohodnuto meziroční navýšení úhrad o 4 %. Dohodu neuzavřel pouze segment poskytovatelů mimolůžkových ambulantních specializovaných služeb.

Na základě zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, vydává Ministerstvo zdravotnictví vyhlášku o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení vždy pro každý následující kalendářní rok. Ministerstvo zdravotnictví předložilo vymezeným připomínkovým místům návrh úhradové vyhlášky na rok 2022 s možností podání připomínek do 17. září 2021. V příloze č. 2 této vyhlášky, která se týká úhrad v segmentu praktických lékařů, předpokládá návrh navýšení hodnoty základní kapitační platby o 1 Kč, tedy na 51 Kč, při rozšíření ordinačních hodin 57 Kč. Hodnota bodu u mimokapitačních výkonů v oblasti prevence a očkování je navržena ve výši 1,15 Kč, u ostatních mimokapitačních výkonů pak 1,14 Kč, tedy o 0,01 Kč méně než v roce 2021. Hodnota kapitačního paušálu i hodnota bodu může být zvýšena při splnění kritérií shodně jako v roce 2021.

V průběhu léta odboráři ve zdravotnictví zastoupení předsedkyní Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče ČR Dagmar Žitníkovou a předsedou LOK-SČL MUDr. Engelem zahájili kampaň na zvýšení růstu tarifních platů zdravotníků v nemocnicích o 10 %. Tento požadavek podpořil prezident ČLK MUDr. Kubek.

Rada poskytovatelů zdravotní péče, která je externím odborným poradním sborem ministra zdravotnictví a jejímž účelem je efektivní naplňování zdravotní politiky ministerstva zdravotnictví v oblasti poskytování zdravotní péče, na svém jednání 7. září 2021 vyzvala všechny zainteresované, aby nepřipustili navyšování tabulkových platů ve zdravotnických zařízeních s tím, že růst mezd

ve zdravotnictví byl v posledních letech bezprecedentní a navýšení tabulkových platů by mohlo výrazně destabilizovat systém českého zdravotnictví a ohrozit finanční stabilitu zdravotnických zařízení. Případné disponibilní finanční prostředky doporučila použít na léčbu pacientů.

Na riziko nerovnoměrného navýšení příjmů do jednotlivých segmentů se zvýhodněním lůžkového segmentu upozorňovali členové Koalice soukromých lékařů, Sdružení soukromých gynekologů a Hospodářská komora. Obrátili se dopisem na premiéra ing. Andreje Babiše (viz níže – 1).

Dr. Kubek ve svém hromadném e-mailu rozeslaném členům ČLK označil tento krok za podraz (viz níže – 2). Na to reagovalo Sdružení soukromých gynekologů, Sdružení ambulantních specialistů, Sdružení praktických lékařů a Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost vydáním stanovisek pro své členy (viz níže – 3,4,5,6)

V dalších dnech prezident ČLK informoval e-mailem členy ČLK, že ČLK a odbory dohodly 4. října 2021 s premiérem za přítomnosti ministra zdravotnictví a náměstka ředitele VZP navýšení úhrady pro všechny poskytovatele zdravotních služeb. Ministr zdravotnictví a náměstek ředitele VZP však na jednání Rady poskytovatelů (složené ze zástupců jednotlivých skupin poskytovatelů) informovali, jak jednání skutečně probíhalo: Paní Žitníková požadovala navýšení tarifních platů a navýšení úhrady pouze segmentu lůžkové péče. Doktor Kubek podporoval její požadavek, a navíc žádal nárůst úhrady segmentu ambulantních specialistů, který se v rámci dohodovacího řízení s pojišťovnami nedohodl. Všem ostatním segmentům přidat nedoporučil, neboť se v rámci DŘ dohodly. Ministr zdravotnictví a náměstek VZP tyto návrhy odmítli a důrazně žádali, aby byla dodržena dohoda s Radou poskytovatelů – segmenty, které se dohodly, nesmějí být proti segmentu s nedohodou znevýhodněny. Premiér jejich námitku akceptoval a souhlasil s navýšením všem segmentům rovnoměrně (podrobnější vysvětlení místopředsedy Rady poskytovatelů a předsedy SPL MUDr. Šonky viz níže – 7)

Na jednání Rady poskytovatelů dne 5. října 2021 tak bylo i díky výše uvedeným intervencím obhájeno meziroční navýšení úhrad všem segmentům ve stejné výši, a to celkem o 9 %.

Na Radě poskytovatelů 5. října 2021 se k úhradové vyhlášce vyjádřil ministr zdravotnictví Mgr. Adam Vojtěch:

„Zastávám postoj, který zde byl prezentován, na druhou stranu jako každý rok tlačí odbory, které tlačily i na pana premiéra. Tabulky nejsou v gesci MZ, ale v gesci MPSV a schvaluje je vláda. Bohužel se nám tento systém nedaří změnit. Je zde stále úhradová vyhláška, tabulky a platy, na které MZ nemá vliv a kompetenci. Nerozhoduje o nich a nepodepisuje. Vedla se ale debata, že by navýšení mělo pokrýt inflaci. Odbory požadovaly 10 %. Hledali jsme řešení a kompromis. Nakonec se rozhodlo o 6% navýšení platů. Počítáme tedy s tím, že v příštím roce vzrostou tabulkové tarify o 6 %. Odbory požadovaly zvýšení úhrad pouze u nemocnic a u ostatních nic. To jsem zásadně odmítl. Platí dohoda, pokud se úhrady navýší jednomu segmentu, navýší se všem o stejné procento. Taková je aktuální situace, která bude mít samozřejmě dopady do systému. Na druhou stranu se systém vyvíjí velmi dobře.

Dojde k navýšení úhrad z veřejného zdravotního pojištění pro všechny segmenty zdravotních služeb v ČR. Navýšení úhrad bude o téměř 9 %. Původně dohoda z dohodovacího řízení byla nastavena na 4 %, ale tam se nepočítalo s navýšením platů. Nyní po započtení všeho docházíme k výsledku o téměř 9% meziročním nárůstu úhrad, což pro vaši informaci v nominální hodnotě je 37 miliard korun. 37 miliard korun je nárůst meziročně mezi roky 2021 a 2022 v rámci úhrad. Do zdravotní péče půjde v příštím roce celkově 411 miliard korun (bez nákladů na covid – testování, očkování) a celkově výdaje na náklady zdravotnictví budou ve výši 439,6 miliardy korun. Je to velký nárůst, ale věříme, že systém veřejného zdravotního pojištění ho zvládne. Úhradová vyhláška bude vydána do konce října.“



Předsedové SPL a SPLDD (MUDr. Šonka a MUDr. Hülleová) se ihned po ukončení jednání Rady poskytovatelů dopisem obrátili na ministra zdravotnictví, aby promítl toto dodatečné 5% navýšení v úhradové vyhlášce do zvýšení hodnoty kapitačního paušálu (viz níže – 8).

■ 1) Otevřený dopis premiérovi

V Praze dne 24. září 2021

Vážený pane předsedo vlády, jménem Sdružení praktických lékařů ČR, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR, Sdružení soukromých gynekologů ČR, České stomatologické komory, Sdružení ambulantních specialistů ČR a Hospodářské komory ČR Vás žádáme o střízlivý přístup ke zvyšování platů a mezd ve zdravotnickém sektoru.

Období pandemie COVID-19 bylo těžkou zkouškou našeho zdravotnictví, která znamenala enormní zátěž zdravotnického personálu. Plně si vážíme vynaloženého úsilí zdravotníků a jejich zásadního přínosu pro zvládnutí pandemie v ČR. Přestože jsme si vědomi toho, že jejich obrovské nasazení nikdy nelze zcela vykompenzovat penězi, je zapotřebí připomenout, že zaměstnavatelé oceňovali jejich fyzické i psychické vypětí finančními odměnami a příplatky po celé období pandemie. Zaměstnanci pracující na jednotkách vyhrazených pro pacienty s potvrzenou nákazou COVID-19 si pak bez ohledu na profesi přišli měsíčně i na 20 000 Kč až 30 000 Kč navíc. Dvakrát došlo k vyplacení mimořádných odměn zdravotníkům. Díky tomu, ale také díky opakovanému plošnému navýšování v minulých letech nárůst platů a mezd ve zdravotnictví v letech 2020 a 2021 vysoce předčil všechna ostatní odvětví.

Ukazuje se, že hlavním problémem českého zdravotnictví již nejsou nízké platy a mzdy, jak tomu bylo před několika lety. Naopak, zkušenosti z let 2020–2021 ukazují, že jejich zvyšování přináší opačný efekt, než bychom předpokládali. Zaměstnanci začali žádat o sjednání kratší pracovní doby, protože díky vyšším příjmům preferují více volného času. Opakované plošné navýšování platů a mezd ve zdravotnictví tedy paradoxně může způsobit pokles pracovních kapacit a prohloubit personální krizi.

Plošné zvyšování platů znemožňuje adekvátně ohodnotit klíčové pracovníky. Pro jejich odměňování je třeba nastavit motivační

systém odměňování. Pokud zaměstnavatel nemůže díky plošnému navýšování platů diverzifikovat odměňování jednotlivců, je výsledkem ztráta motivace a pokles kvality. Již dnes tvoří osobní náklady u některých poskytovatelů až 90 % veškerých nákladů, což jim znemožňuje investovat odpovídající prostředky do modernizace, ale často i do rekonstrukce a běžné údržby zastaralých budov. Přirozená soutěž mezi poskytovateli zdravotních služeb je pak hybatelem rozvoje zdravotnictví jako celku. Plošné navýšení platů tuto soutěž značně pokrývá a kazí zdravé prostředí na tomto trhu práce. A řadě zařízení způsobuje existenční potíže. Proto také Rada poskytovatelů, sdružující zástupce všech segmentů zdravotní péče, plošné navýšování platů ve zdravotnictví na svém posledním jednání jednomyslně odmítla.

Odbory jako důvod pro navýšení mezd uvádějí rezervy na účtech zdravotních pojišťoven a navýšení platby za státní pojištění. Toto navýšení by však primárně mělo být určeno na péči o pacienty a zlepšení její kvality a dostupnosti. Ke stejnému účelu mají být použity i rezervy na účtech pojišťoven. Navýšení mezd, a to všech pracujících, by mělo pokrýt inflaci. Správnou cestou, jak toho docílit, jsou daňové úlevy, snížení daňového zatížení a úprava systému povinných odvodů. Chápeme, že tato systémová řešení nelze realizovat v krátkém čase, a rozumíme snaze vlády o navýšení platů státních zaměstnanců tak, aby pokryly inflaci.

Máme za to, že stejnou měrou mají být případně navýšeny také platy zdravotníků. Odbory a Českou lékařskou komorou požadovaný desetiprocentní nárůst požadujeme za naprosto neadekvátní. Vzhledem k tomu, že mzdy a platy ve zdravotnictví dlouhodobě rostou rychleji než v ostatních odvětvích, a zejména v posledním roce došlo k jejich enormnímu navýšení, je požadavek na jejich další 10% navýšení v rozporu s dobrými mravy. Navíc v situaci, kdy máme historicky nejvyšší zadluženost státu, ekonomika se ještě nevzpamatovala z opakovaných lockdownů a lze očekávat, že na řadu odvětví teprve problémy dolehnou.

Je nutné také jasně říci, že určování výše platů ve zdravotnictví není rolí vlády, neboť zdravotníci nejsou státními zaměstnanci. Role zdravotnických odborů je v jednáních s managementy jednotlivých zdravotnických zařízení a výše platů a mezd mají být

výsledkem kolektivního vyjednávání, nikoliv ve vyjednávání s ministrem či premiérem.

Vážený pane předsedo vlády, vyzýváme Vás, abyste nevyslyšel aktuální výzvy odborů a o případném navýšení platů rozhodl s přihlédnutím k celkovému objemu finančních prostředků, který byl do sektoru zdravotnictví v roce 2020–2021 alokován, a též v symetrii k navýšení v dalších sektorech národního hospodářství.

Pokud se vláda nakonec rozhodne o plošném navýšování platů a mezd ve zdravotnictví, je třeba finanční prostředky k tomu potřebné spravedlivě poskytnout všem segmentům poskytovatelů zdravotní péče cestou úhradové vyhlášky pro rok 2022.

Skokový plošný růst platů je nicméně odtržený od ekonomické reality a pouze prohloubí rozpočtový schodek a omezí konkurenceschopnost.

S pozdravem

Vladimír Dlouhý, prezident Hospodářské komory ČR

doc. MUDr. Roman Šmucler, CSc., prezident ČSK, mluvčí Koalice, MUDr. Zorjan Jojko, předseda Sdružení ambulantních specialistů ČR, MUDr. Petr Šonka, předseda SPL ČR, MUDr. Ilona Hülleová, předsedkyně Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

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

■ 2) Hromadný e-mail členům ČLK ze dne 29. 9. 2021 od dr. Kubka Podraz při jednání o úhradách a platech

Dohodovací řízení o úhradách pro rok 2022 skončilo v červnu uzavřením 13 dohod. Bohužel totiž pouze v segmentu ambulantních specialistů disponuje ČLK-o.s. dostatečným počtem plných mocí, který nám umožnil pro lékaře nevýhodné dohodě zabránit. Pojišťovny totiž nabízely nárůst úhrad v průměru o pouhých 4 %, což s bídou pokrývá míru inflace. Navíc v segmentu nemocnic řediteli na poslední chvíli podepsaná dohoda počítá s tím, že vůbec neporostou platy a mzdy zdravotníků. S tím samozřejmě také souhlasit nemůžeme.

Důvody, kvůli kterým jsme nemohli s návrhy pojišťoven souhlasit, jsou v zásadě tři:



- Návrhy pojišťoven nezaručují, že se v úhradách plně promítne zvýšení ceny práce všech nositelů výkonů, které prosadila lékařská komora v Seznamu zdravotních výkonů. Slibovaný 4% meziroční růst v podstatě jen kompenzuje očekávanou míru inflace.
- Díky opakovanému nárůstu platby za tzv. státní pojištěnce, která se z částky 1 018 Kč platné v roce 2019 od 1. ledna 2022 zvýší na 1 967 Kč měsíčně, tedy téměř na dvojnásobek, budou mít zdravotní pojišťovny dostatek finančních prostředků na větší zvýšení úhrad. V porovnání s posledním „předcovidovým“ rokem 2019 totiž v prvním „pocovidovém“ roce 2022 získají pojišťovny jen ze státního rozpočtu o cca 67 miliard korun více. Další desítky miliard zaplatí zaměstnanci z rostoucích mezd. Část těchto peněz přece musí jít na zvýšení úhrad a následně příjmů zdravotníků.
- Na rozdíl od nemocnic nemohou soukromí lékaři počítat s žádnými dotacemi. Na veškeré náklady, včetně mezd svých zaměstnanců, ale i na potřebné investice si soukromí lékaři musejí vydělat, přičemž většina z nich nemůže mít jiné významnější příjmy než platby od zdravotních pojišťoven. A ty musejí růst.

Ministr zdravotnictví sice opravdu může rozhodnout, že nám budou pojišťovny za práci platit málo, ale nemůže nás přece donutit k tomu, abychom s tím souhlasili.

Vzhledem k tomu, že zdravotní pojišťovny budou mít v roce 2022 dostatek finančních prostředků, požádal jsem 7. 9. 2021 o jednání přímo předsedu vlády Ing. Babiše, s podporou ze strany ministra Vojtěcha jsem totiž nemohl počítat.

A pan ministr Vojtěch opravdu neklamal. Rada poskytovatelů, ze které mě odvolal okamžitě po svém návratu na ministerstvo, a to bez ohledu na tisíce plných mocí, kterými poskytovatelé zdravotních služeb ČLK-o.s. pověřili ke svému zastupování, patrně na jeho pokyn či z iniciativy svého předsedy gynekologa Dvořáka, vydala stejný den prohlášení vyzývající politiky, aby zabránili zvyšování platů lékařů.

Dne 9. 9. 2021 obdržela ČLK v rámci vnitřního připomínkového řízení návrh úhradové vyhlášky vycházející z dohod, se kterými komora nesouhlasila. ČLK uplatnila pouze jednu, avšak zcela zásadní připomínku, a to požadavek, aby v segmentech (ambulantní specialisté, praktičtí lékaři, ambulantní

gynekologie a komplement), ve kterých ČLK-o.s. vyjednávala, byl plánovaný nárůst úhrad zvýšen ze 4 % na 10 %.

První naše jednání s premiérem Babišem se za účasti předsedkyně OSZSP Žitníkové, předsedy LOK-SČL dr. Engela, předsedy ASO Dufka a ministra zdravotnictví Mgr. Vojtěcha uskutečnilo 21. 9. 2021. ČLK podporuje požadavky odborů na růst platů zdravotníků a odbory recipročně podporují návrhy komory na zvýšení úhrad, které je podmínkou, aby zdravotnická zařízení včetně soukromých lékařů mohla mzdy navyšovat. Předseda vlády byl hrubě nespokojen s úrovní ekonomických podkladů dodaných ministerstvem zdravotnictví a jednání přerušil.

Dne 24. 9. 2021 obdržel premiér Babiš otevřený dopis podepsaný prezidentem Hospodářské komory ČR Ing. Dlouhým, prezidentem České stomatologické komory Šmuclerem, předsedou Sdružení praktických lékařů Šonkou, předsedou Sdružení ambulantních specialistů Jojkem, předsedkyní Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost Hülleovou a předsedou Sdružení soukromých gynekologů Dvořákem. V dopise, který považují za vrcholný projev nekolegiality, signatáři žádají, aby vláda nezvyšovala platy zdravotníků, které jsou již příliš vysoké, což přináší problémy. Lépe zaplacení zdravotníci totiž nechtějí tolik sloužit, chtěli by mít více volného času, aby si vydělané peníze mohli lépe užít. Signatářům dopisu, kteří sami samozřejmě vůbec neslouží, prostě vadí to, za co LOK i komora roky bojují, tedy aby lékaři nebyli existenčně závislí na přesčasech, aby nebyli otroky a aby mohli žít tak, jak žijí ostatní lidé.

Když už nepomáhají, tak kdyby alespoň neškodili. Opět se opakuje situace z roku 2019, kdy se stejná partička snažila zabránit tomu, abychom se s premiérem dohodli na vyšších úhradách, nebo kdy se mi zástupci Sdružení ambulantních specialistů snažili zabránit v tom, abych vyjednal navýšení ceny práce v Seznamu zdravotních výkonů. Inženýr Dlouhý nechť si píše, co chce, ale proč lékařům škodí ti, kdo by je měli naopak hájit? Nechápu doktory, kteří se stále nechávají v dohodovacích řízeních zastupovat lékaři, kteří podrážejí nohy svým kolegům.

V této atmosféře se dne 27. 9. 2021 uskutečnilo naše druhé jednání s předsedou vlády, kterého se ministr Vojtěch snažil na základě „odhadů Ing. Rögnerové“ přesvědčit o tom, že bez ohledu na to, co ministerstvo napsalo v důvodové zprávě k návrhu úhradové

vyhlášky, dojde v případě jejího schválení k nárůstu úhrad většímu než o deklarovaná 4 %. Jak by to bylo možné, to nikdo z nás nepochopil.

V pořadí třetí jednání je naplánováno na 4. 10. 2021. Věřím, že se nám nakonec přece jenom podaří prosadit pro zdravotníky vyšší nárůst platů než o inflaci. Jestli se mi však podaří zároveň prosadit navýšení úhrad pro soukromé lékaře, tak tím si nejsem jist. Je těžké přesvědčovat předsedu vlády o tom, že by soukromí lékaři měli dostat více zaplacení, když je proti nejenom ministr Vojtěch, ale také ti, které pan ministr vydává za jediné legitimní zástupce soukromých lékařů.

Jediné, co vám v dané chvíli mohu slíbit, je to, že já vás nepodrazím.

S kolegiálním pozdravem

MUDr. Milan Kubek, prezident ČLK

■ 3) Petr Šonka – Proč SPL nesouhlasí s navýšením tarifních platů o 10 %

1. 10. 2021

Vážení kolegové,

minulý týden jsem společně s předsedy organizací sdružených v Koalici soukromých lékařů (SPLDD, ČSK, SAS), SSG ČR a s prezidentem Hospodářské Komory ČR Vladimírem Dlouhým podepsal dopis, který vyzývá premiéra ČR, aby čelil tlaku odborů a nezvyšoval znovu tarifní tabulkové platy ve zdravotnictví o požadovaných 10 %, ale pouze o inflaci. Učinil jsem tak s vědomím, že tento krok nebude správně interpretován, budu opět napadán prezidentem ČLK jako zrádce zájmů lékařského stavu a jako vždy při podobné příležitosti pohaněn na stránkách Tempus Medicorum a v hromadných mailech, kterými pan prezident spamuje členy ČLK. Nemám potřebu nesmysly, které pan prezident píše, uvádět na pravou míru, ale rád bych vysvětlil Vám, členům SPL ČR, proč jsem nemohl učinit jinak.

Jako předseda musím naplňovat základní poslání SPL, které je definováno takto: SPL ČR je nezávislou dobrovolnou organizací, sdružující na profesním principu všeobecné praktické lékaře pro dospělé, vykonávající praxi v ČR. Jeho posláním je rozvoj všeobecného praktického lékařství jako oboru a primární péče jako základního článku zdravotního systému, zlepšování podmínek i kvality činnosti praktických lékařů, hájení jejich zájmů, podpora a pomoc při výkonu jejich povolání.



Nemohu se tedy odchýlit od našeho principiálního postoje, který držíme již od vzniku Sdružení. Hájím zájmy našich členů, kteří jsou většinou samostatní poskytovatelé zdravotních služeb, tedy soukromí podnikatelé. Náš postoj je tedy jiný než postoj odborářů. To je naprosto logické a legitimní. Jiná věc je, že ČLK, která by z podstaty věci měla vyvažovat zájmy lékařů zaměstnanců a lékařů soukromých, ale také zájmy lékařů nemocničních a ambulantních, tak dlouhodobě nečiní, chová se jako odborová organizace a jednoznačně preferuje zaměstnance před soukromníky a lékaře nemocniční před ambulantními. Že tento principiální postoj vede k nepochopení a konfliktům s ČLK, mne sice nijak netěší, ale není to důvod k tomu, abychom rezignovali na naše oprávněné zájmy.

Pokud si dopis přečtete, zjistíte, že se tam neříká, že by se platy ve zdravotnictví neměly zvyšovat. Říkáme, že se nemají opakovat zvyšovat plošně, a to pouze v jednom jediném segmentu českého zdravotnictví, tedy v lůžkové péči. To pokrývá přirozené vztahy mezi jednotlivými segmenty poskytovatelů a opakovatě a dlouhodobě zvýhodňuje segment lůžkové péče před ostatními, což potvrzují každoroční data analytické komise. Je to nesystémový krok, který nepřináší řešení personálních problémů v lůžkovém sektoru, ale naopak je přenáší na ostatní segmenty a ohrožuje jejich stabilitu.

Nemáme systém státního zdravotnictví, zdravotníci nejsou státními zaměstnanci a jejich platy nejsou položkou hrazenou ze státního rozpočtu. Je tedy zcela špatně, aby růst platů ve zdravotnictví určoval premiér ČR a jednal o tom s odbory. Je to stejné, jako by premiér určoval výši platu dělníků ve Škodě Mladá Boleslav nebo pokladní v Lidlu. Úhrady jednotlivých segmentů zdravotní péče se každoročně dohodují v dohodovacím řízení mezi plátcí (pojišťovnami) a zástupci segmentů. Dohoduje se celkové navýšení objemu finančních prostředků pro jednotlivé segmenty a zástupci segmentů ve svém vyjednávání musejí počítat i s nárůstem personálních nákladů (platy a mzdy zaměstnanců). Prostor pro odbory je tedy ve vyjednávání o výši odměn s managementem jednotlivých zdravotnických zařízení.

Ambulantní sektor pak musí růst mezd kopírovat, aby si udržel své zaměstnance a nedošlo k jejich odlivu do nemocnic. Každoroční folklór, kdy po skončeném dohodovacím řízení před vydáním úhradové vyhlášky při-

jdou odbory a ČLK s nátlakovými akcemi, jejichž cílem je přisypat více prostředků do segmentu lůžkové péče, bourá veškeré uzavřené dohody, způsobuje nestabilitu systému a znemožňuje investice do zkvalitňování péče. Výsledkem je stále stoupající podíl segmentu lůžkové péče na celkovém objemu prostředků směřujících do zdravotnictví. A to v neprospěch ambulantního segmentu, a především segmentu primární péče, což je v naprostém rozporu s cestou, kterou jdou vyspělé země.

Opakované navýšování tarifních platů v lůžkovém segmentu vede k tomu, že nejsme na trhu práce schopni lůžkovým zařízením konkurovat, a to vede to k odlivu personálu z našich ambulancí. Všichni víte, jaký je problém sehnat a udržet si zdravotní sestru. Všichni si dokážete spočítat, že pokud nechcete hospodařit s deficitem, nemůžete se částce 51 976 Kč, což byl průměrný plat sestry v segmentu akutní lůžkové péče v roce 2020, ani zdaleka přiblížit. Stejně jako nejste schopni kolegovi, kterého byste rádi přibrali do své praxe, dát 92 469 Kč, což byl průměrný plat lékaře ve stejném segmentu v roce 2020. V roce 2021 platy dále rostou, dokonce rekordně díky odměnám zdravotnickým pracovníkům za COVID-19. Mimochodem na nich lze nejlépe demonstrovat nespravedlivost a nesmyslnost plošného navýšování odměňování. Všichni víme, že tuto odměnu inkasovali i zdravotníci, kteří nejen, že neviděli žádného pacienta s COVID-19, ale dokonce pracovali v omezeném režimu na odděleních s omezenou péčí apod. A to ve stejné výši jako zdravotníci z covidových oddělení.

Je zcela evidentní, že nůžky mezi odměňováním v lůžkovém a ambulantním sektoru se nadále rozevírají, bez ohledu na výkonnost. Ani rekordní růst úhrad pro náš segment, který za posledních pět let činí 35 %, nestačí na to, abychom v personálních nákladech udrželi krok s lůžkovým segmentem, a pokud se na tom něco nezmění, povede to k fatálním důsledkům pro ambulantní sektor, ale především pro primární péči. A pokud se rozpadne primární péče, důsledky ponese celý zdravotní systém.

Pokud někdo chce naše volání interpretovat jako nepřejícnost a podraz vůči kolegům z nemocnic, těžko mu v tom můžeme bránit, ale není tomu tak. Neříkáme, že platy ve zdravotnictví (a úhrady od pojišťoven, které musejí nárůst platů pokrýt) nemají růst. Říkáme jen, že nemohou růst neproporci-

onálně pouze v jednom segmentu, protože to ohrožuje fungování segmentů ostatních. Říkáme, že je špatně, aby se platy navyšovaly plošně a stejně všem, pracovitým i těm méně pracovitým, schopným i méně schopným. A že by mělo být v kompetenci každého zaměstnavatele odměnit své zaměstnance tak, aby byl konkurenceschopný na trhu práce, aby udržel sociální smír na svém pracovišti a zároveň měl prostor pro investice do rozvoje svého zdravotnického zařízení. A premiér ani ministr by mu neměl diktovat kolik prostředků má dát poskytovatel zdravotní péče do jednotlivých nákladových položek.

Pokud se vláda rozhodne navýšit úhrady poskytovatelům, pak musejí být navýšeny stejně všem segmentům (včetně praktických lékařů), a nikoli pouze segmentům lůžkové péče.

Petr Šonka

■ 4) Stanovisko SAS

Mýty a skutečnosti o dohodovacím řízení, platech a mzdách – reakce na hromadný mail MUDr. Kubka ze dne 29. 9. 2021

Mýty a skutečnosti o dohodovacím řízení na rok 2022, o platech a mzdách.

Vážená paní doktorko,
vážený pane doktore,
nebývá mým zvykem, abych obratem reagoval na mail MUDr. Kubka, jakkoli je velmi obvyklé (a od roku 2019 je to skoro pravidlem), že v nich podává informace zkresleně a dle nejen mého názoru v několika i lhal. Vše nejspíš za účelem přesvědčit Vás o tom, jak dobré je, že je ve své funkci, jak Vás na rozdíl od všech ostatních zachraňuje a že všichni ostatní – a zejména Sdružení ambulantních specialistů (SAS) a já – jsou těmi největšími zloduchy.

A zkreslení je plný i mail, který Vám od něj přišel dnes v noci. V čem?

1. Rozhodnutí o odmítnutí nevýhodné dohody v segmentu ambulantních specialistů bylo ze strany zástupců poskytovatelů konsensuální. ČLK o.s. nemusela nijak využívat své hlasovací síly. Prostě se nám nabídky pojišťoven nelíbily všem a všichni jsme hlasovali proti.

2. Připomínky k návrhu úhradové vyhlášky MZ na rok 2022 v části věnované ambulantním specialistům poslalo na MZ více sdružení. I SAS. Požadujeme radikální zvý-



šení hodnoty bodu, koeficientu ve vzorci i regulačních mantinelů. I nám se nelíbí, že pojišťovny i pro rok 2022 chtějí zopakovat to, co jim pro rok 2021 navrhl v dohodovacím řízení sám MUDr. Kubek, tj. procenta, která bychom měli získat navýšením bodové hodnoty výkonů, „useknout“ snížením hodnoty bodu.

3. V Radě poskytovatelů jsem já osobně opravdu souhlasil s tím, že by tabulkové platy neměly být navyšovány. Stejně jako v roce 2019 to ale bylo doplněno slovy, že peníze by mělo MZ dát do úhrad péče.

Vysvětlení je jednoduché. Nelíbí se mi, že vláda ČR nejdříve nechá proběhnout dohodovací řízení, kde mají všechny segmenty dosáhnout stejného procenta navýšení úhrad, a pak dodatečně rozhodne o navýšení platů, tj. osobního příjmu jen státních zaměstnanců, čímž staví všechny ostatní zdravotnická zařízení včetně ambulancí na druhou kolej.

Proto také podepíšu každý dopis, který bude obsahovat formulaci, že peníze mají být dány ne na platy, ale na zdravotní péči.

To totiž znamená, že chci, aby je vláda ČR dala k dispozici ne jen těm státním zaměstnancům, ale všem. Nejlépe tak, že si je neodejme stranou, ale nechá o nich jednat v dohodovacím řízení.

A my – tedy každý z nás (a státní zdravotnická zařízení také) – si pak sami rozhodneme, komu o kolik mzdu či plat navýšíme. Ne vláda jen svým, ne odbory jen svým, ale my všichni bez jakékoli nespravedlnosti a nelogického znevýhodňování mezi segmenty.

4. Dle mého názoru je společným jmenovatelem všech kroků, které provádí MUDr. Kubek, negace úplně všeho. Vyvrcholilo to na jednání Rady poskytovatelů.

Jsem hluboce přesvědčen o tom, že z ní byl odvolán právě proto, že jen negoval ostatní návrhy, její jednání se snažil drolit, ale sám žádné konstruktivní body, které by byly přijatelné pro alespoň část ostatních, nepřednášel, přičemž vše pak jen zkráslel popisoval ve svých mailech a v časopise ČLK, čímž jen ničil práci ostatních členů této rady.

5. A ještě jedna poznámka závěrem: Kdo chcete číst maily MUDr. Kubka, čtete je, prosím, pozorně. A všimněte si, kolikrát je v nich napsáno, co chce.

Prosím, přečtěte si pak i některé jeho maily z dřívější doby a posuďte objektivně, co z toho opravdu prosadil a máme, co prosadil někdo jiný a co do dneška nemáme.

Budete-li číst pozorně, jsem si jist, že MUDr. Kubek propadne i u Vás.

MUDr. Zorjan Jojko, předseda Sdružení ambulantních specialistů ČR

5) Stanovisko SSG

Vážení, jak jsem již opakovaně psal, e-maily dr. Kubka nedostávám a odborářský plátek plný samochvály současného prezidenta, který ČLK vydává, nečtu. Několik kolegů mi přepsalo pro informaci e-mail kolegy Kubka s názvem Podraz při jednání o úhradách a platech. Jen krátce:

Dr. Kubek se s plátcí v rámci DŘ patrně nikdy nedohodnul a dává přednost leštění klik kanceláří politiků. To asi považuje za kolegiální.

Stejně jako jeho předchůdce ve funkci se patrně domnívá, že všechny peníze na účtech plátců by měly směřovat do navýšování tabulkových platů a rozhodovat by neměli zástupci poskytovatelů a plátcí, ale politici. V televizní debatě jsem 9. 9. 2021 konstatoval, že kdyby se pojišťovny a MZ ČR řídily Kubkovými doporučeními a plátcí vyčerpali veškeré rezervy, systém veřejného zdravotního pojištění by v letech COVID-19 (2020 a 2021) zkolaboval. Rovněž jsem sdělil, že jej považujeme spíše za odboráře než za odborníka. Jedinou reakcí, na kterou se kromě zadrhávání v projevu a zlostného výrazu zmožil, bylo konstatování, že se sejde s premiérem a vše vyřeší.

Rada poskytovatelů samozřejmě usiluje o nárůst úhrad zdravotní péče všem segmentům poskytovatelů. Zásadně ale nesouhlasí s opakovaným navýšováním tabulkových platů, které ohrožuje kvalitu a dostupnost zdravotní péče v ČR a demotivuje schopné. V Radě sedí zástupci všech segmentů poskytovatelů včetně lůžkových zařízení. Když se na půdě Rady diskutovalo o případném členství dr. Kubka, nebyl pro jeho přijetí nikdo z přítomných. Myslím, že to dosti vypovídá o koaličním potenciálu pana prezidenta a smysluplnosti diskuse s touto osobou. Na konci pan dr. Kubek slibuje, že nás nepodrazí. Mnozí, kteří s ním mají osobní zkušenost, mají pocit, že nic jiného než podrazy nečiní.

S přáním krásného podzimu a zdravého úsudku

Vladimír Dvořák, předseda SSG

6) Informace SPLDD

Vážené kolegyně a kolegové, v úterý dne 5. 10. 2021 na jednání Rady poskytovatelů bylo definitivně uzavřeno letošní jednání o úhradách pro rok 2022. Úhrada bude navýšena o 9 % a pro všechny segmenty poskytovatelů. Pro segment praktických lékařů jsme společně s předsedou SPL Petrem Šonkou zaslali na MZ ČR dopis, ve kterém žádáme MZ ČR o promítnutí vyjednaného navýšení do kapitační platby. Navýšení kapitační platby jsem požadovala již v rámci dohodovacího řízení o úhradách pro rok 2022. Dopis ministři a náměstkyni Rögnerové s požadavkem na další navýšení kapitační platby je v příloze tohoto e-mailu. Na jednání Rady poskytovatelů všichni její členové ocenili postoj a vstřícnost premiéra, ministra zdravotnictví i zástupců VZP, kteří nepodlehli nátlaku odborů a prezidenta Kubka a nezvýhodnili jen vybrané segmenty. Znamená to, že byla dodržena dohoda s Radou poskytovatelů: segmenty, které se dohodly, nesmějí být znevýhodňovány oproti segmentům s nedohodou. K tomu dopomohl i dopis Koalice soukromých lékařů a Hospodářské komory (viz přílohu). Se svolením Petra Šonky přeposílám informaci pro členy SVL, která podrobněji informuje o dění v uplynulých dnech. Lépe bych to nenapsala.

V úctě
Ilona Hülleová

7) Informace SPL Ne 7 %, ale 9 %. Ne pouze nemocnicím a ambulantním specialistům, ale všem!

6. 10. 2021

Vážení kolegové, Na jednání Rady poskytovatelů dne 5. 10. 2021 bylo definitivně uzavřeno jednání o úhradách v roce 2021. Úhrada pro rok 2022 bude navýšena o 9 %, a to VŠEM segmentům. Toto navýšení dává prostor pro 6% navýšení tarifních platů, tak jak si ho v pondělí dojednaly odbory, ale zároveň nepoškozuje ostatní segmenty a umožňuje jim stejný růst. Ministr zdravotnictví i ostatní účastníci pondělního jednání jednoznačně potvrdili, že paní Žitníková i prezident Kubek na jednání s premiérem prosazovali navýšení tarifních platů, a tím i celkových úhrad pouze ve dvou segmentech, a to v segmentu lůžkové péče a v segmentu ambulantních



specialistů s tím, že v ostatních segmentech, které v dohodovacím řízení dosáhly dohody, se již navyšovat nemá. Je to v přímém rozporu s tím, co prezident Kubek píše ve svých mailech členům, a zcela to potvrzuje to, co jsme psali v dopisu premiérovi, tedy to, že snahou odborů a ČLK je ohnout výsledek dohodovacího řízení a zvýhodnit pouze některé segmenty. Toho, že se tak nakonec nestalo, jsme dosáhli pouze díky tomu, že jsme v tolikrát zmiňovaném dopise premiérovi požadovali, že pokud se rozhodne navýšit tarifní platy v lůžkovém segmentu, musí adekvátní prostředky přidat všem ostatním segmentům, aby je zásadním způsobem nepoškodil.

Klíčový byl zásadní postoj ministra zdravotnictví, který se za náš oprávněný požadavek postavil, a také férový přístup zástupců zdravotních pojišťoven. A také dlouhodobý principiální postoj Rady poskytovatelů a silný hlas SPL ČR v tomto orgánu.

Počítat se výsledek na konci jednání, a ten jednoznačně ukazuje, že naše vyjednávací prostředky včetně společného dopisu členů KSL a HK ČR byly správné a vedly k tomu, že jsme účinně uhájili zájmy praktických lékařů, ale zároveň nepoškodili zájmy ostatních segmentů. Mrzí mne, že i někteří naši členové měli pochybnosti o našem vyjednávacím postupu pod vlivem mailů prezidenta ČLK. Ten se v nich i ve svých článcích v TM staví do role spasitele všech lékařů, ale jeho reálné kroky ve vyjednávání směřovaly k poškození naprosté většiny segmentů českého zdravotnictví a opakovanému zvýhodnění pouze dvou z nich. Je dobré si to do budoucna pamatovat.

Ministerstvo bude nyní rozhodovat o tom, jakým způsobem se do úhradové vyhlášky toto dodatečné navýšení úhrad o dalších 5 % u praktických lékařů promítne. Již na jednání Rady poskytovatelů jsem sdělil, že je třeba jej realizovat v navýšení kapitační platby.

Petr Šonka

■ 8) SPL/SPLDD Dopis ministrové zdravotnictví a náměstkyni pro ekonomiku a zdravotní pojištění ze dne 6. 10. 2021

Vážený pane ministře,
vážená paní náměstkyně,
reagujeme na včerejší jednání Rady poskytovatelů a informaci o tom, že v segmentu praktických lékařů dojde (stejně jako v ostatních segmentech) k navýšení úhrad zdravotní péče o 9 %. Chtěli bychom Vám poděkovat za korektní a spravedlivý přístup, díky kterému se požadavky odborů na navýšení tarifních platů v lůžkovém segmentu promítly do úhrad všech segmentů zdravotní péče, a nedošlo tak k jejich ekonomickému poškození.

Žádáme Vás, abyste 5% navýšení úhrad nad rámec původně domluveného růstu alokovali v našem segmentu do navýšení kapitační platby. Jedině tak lze dosáhnout zamýšleného cíle, kterým je navýšení platů zdravotnického personálu v našich ordinacích. Mzdové náklady jsou fixní položkou v nákladech každé ordinace praktického lékaře, proto by se jejich navýšení mělo pro-

mítnout do fixní složky platby. Analogicky lůžkovým zařízením, kde také růst platů není podmíněn navýšením výkonu a týká se tarifů, nikoliv výkonové složky platu.

I predikovaná míra inflace ve výši 5 %, která také byla důvodem navýšení úhrad pro rok 2022, postihne všechny praktické lékaře bez rozdílu, což je dalším argumentem pro to, aby navýšení bylo tentokrát alokováno do kapitace. Ujišťujeme Vás, že toto mimořádné navýšení v mimořádné situaci neovlivní nastolený trend v úhradách primární péče podporující vyšší výkonnost, k němuž u se i nadále hlásíme. Je třeba vzít v úvahu, že jsme kromě laboratorního segmentu jediným segmentem zdravotní péče, u kterého nedošlo během COVID-19 k poklesu produkce. A je zjevné, že objem činnosti našeho segmentu bude díky COVID-19 vyšší i v roce 2022. Není se tedy třeba obávat poklesu výkonnosti praktických lékařů. Úhradové mechanismy v našem segmentu jsou navíc nastaveny tak, že jsou dostatečně motivující k vyššímu výkonu. V neposlední řadě je třeba vzít v úvahu fakt, že navýšení kapitační platby bude mít stabilizační efekt v segmentu PLDD, který čelí obrovské personální krizi. Má potenciál přibrzdit setrvalý pokles počtu ordinací PLDD, oddálit rozhodnutí lékařů v seniorském věku odejít do důchodu, a získat tak nějaký čas pro řešení personální krize v tomto oboru.

Děkujeme a jsme s pozdravem.
MUDr. Ilona Hülleová, SPLDD ČR
MUDr. Petr Šonka, SPL ČR

Snížení ceny očkovací látky GARDASIL®9

Státní ústav pro kontrolu léčiv na základě revize cen rozhodl o **snížení ceny očkovací látky Gardasil®9 od 1. 10. 2021**. Výše úhrady ze zdravotního pojištění zůstává beze změny. Z tohoto důvodu se také odvíjí **výše maximálního doplatku pacienta dle níže uvedené tabulky**.

	Úhrada ZP	Maximální doplatek pacienta	Maximální prodejní cena
Gardasil®9 nakoupený do 30. 9. 2021*	1 765,79 Kč	2 197,60 Kč	3 963,39 Kč
Gardasil®9 nakoupený od 1. 10. 2021	1 765,79 Kč	1 789,33 Kč	3 555,12 Kč

Pokud poskytovatel zdravotních služeb nakoupil vakcínu Gardasil®9 před 1. 10. 2021, je ve lhůtě do 3 měsíců od snížení maximální ceny léčivého přípravku oprávněn po pacientovi požadovat doplatek vypočtený na základě původní maximální ceny pro konečného spotřebitele platné před tímto snížením ve výši rozdílu mezi cenou, za kterou léčivý přípravek od distributora zakoupil, a úhradou (§ 7 zákona č. 526/1990 Sb., o cenách).

Snížením maximální výše doplatku o téměř 20 % je očekáváno zvýšení dostupnosti vakcinace očkovací látkou Gardasil®9.



Ošetrovné

Dne 18. října 2021 proběhl vzdělávací webinář pořádaný SPLDD, do jehož programu byla zařazena i kapitola na téma ošetrovné. V diskusi padalo množství dotazů a další dotazy přicházejí nadále do kanceláře SPLDD. Zdá se tedy, že toto téma je pro PLDD stále ožehavé. Proto obsah prezentace z webináře uvádíme v tomto čísle Vox pediatrae.

V ČR je zaveden systém pomoci osobám v nepříznivých životních situacích. Pro oblast týkající se zdraví existuje v ČR zdravotní pojištění a nemocenské pojištění.

Zdravotní pojištění slouží k úhradě zdravotní péče, jako je lékařské ošetření, ambulantní či nemocniční léčba, pohotovostní a záchranná služba aj., a je v působnosti **zdravotních pojišťoven**.

Nemocenské pojištění slouží k finančnímu zajištění v případě nemoci či mateřství v zásadě pracujícím lidem. Tuto agendu zajišťují v součinnosti se zaměstnavateli **OSSZ**.

V ČR máme v systému nemocenského pojištění 6 dávek:

- Nemocenská
- **Ošetrovné**
- Dlouhodobé ošetrovné
- Peněžitá pomoc v mateřství
- Otcovská poporodní péče
- Vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství

Nadále se budeme věnovat pouze ošetrovnému.

Účast na nemocenském pojištění je zpravidla u všech **zaměstnanců** povinná a vzniká ze zákona. Nemocenské pojištění za ně odvádí zaměstnavatel. Výjimky existují v některých případech dohod o provedení práce (DPP) nebo dohod o pracovní činnosti (DPČ). Pokud výdělek z **DPP** nepřesahuje 10 000 Kč měsíčně, pak toto zaměstnání nezakládá účast na nemocenském a důchodovém pojištění, a z tohoto výdělku se proto neplatí pojistné na sociální zabezpečení a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti. Bude-li při **DPČ** sjednán příjem ve výši alespoň 3 500 Kč za měsíc, přihlašuje zaměstnavatel zaměstnance k pojištění. Pokud takto příjem sjednán nebude a výdělek v některém měsíci dosáhne 3 500 Kč, zaměstnavatel za zaměstnance v tomto měsíci odvede pojistné na sociální pojištění. Specifikem jsou **studenti**. Dokud student není výdělečně činný, není účasten nemocenského pojištění, a nemá tedy ani povinnost odvádět pojistné.

U **OSVČ** je účast na nemocenském pojištění dobrovolná. Pokud se OSVČ rozhodne

do pojištění zapojit, nemocenské pojištění za sebe odvádí sama OSVČ. **OSVČ ovšem nárok na ošetrovné nevzniká.**

Zaměstnanci vzniká nárok na ošetrovné ve dvou případech:

a) **Zaměstnanec** nemůže pracovat, protože ošetřuje nemocného člena domácnosti. Přitom nemusí jít nutně o potomka a nemusí to být ani přímý příbuzný. Podmínkou je, že ošetrovaný člen domácnosti musí prokazatelně žít ve společné domácnosti.

Domácnost tvoří fyzické osoby, které spolu trvale žijí a společně uhrazují náklady na své potřeby. Podmínka společné domácnosti neplatí v případě ošetrování nebo péče o dítě mladší 10 let rodičem v případě rozvodu manželství a **svěření dítěte soudem do společné nebo do střídavé péče** obou rodičů. V takové situaci se za domácnost považuje domácnost každého z těchto rodičů.

b) **Zaměstnanec musí pečovat o zdravé dítě mladší 10 let** proto, že:

- školské nebo dětské zařízení bylo uzavřeno** (z důvodu havárie, epidemie, jiné nepředvídané události)
- dítěti byla nařízena karanténa**
- osoba, která jinak o dítě pečuje, sama onemocněla**

Nárok na ošetrovné zaměstnanci nevzniká:

a) Jestliže jiná osoba má z důvodu péče o toto dítě nárok na výplatu peněžité pomoci v mateřství nebo na rodičovský příspěvek. To **neplatí, pokud** tato jiná osoba onemocněla, utrpěla úraz, porodila, byla přijata do ústavní nebo lůžkové péče, a nemůže tak o dítě pečovat.

b) Některé skupiny pojištěnců: např. zaměstnanci účastní pojištění z důvodu výkonu zaměstnání malého rozsahu, v některých situacích zaměstnanci zaměstnaní na základě DPČ nebo DPP, zaměstnanci na home office.

c) Nárok na výplatu ošetrovného nemá zaměstnanec v době prvních 14 kalendářních dní dočasné pracovní neschopnosti.

Pátrat po tom, zda zaměstnanci, resp. žadatel o ošetrovné nárok nevzniká, není úkolem

lékaře. Splnění podmínek pro výplatu dávky musí posoudit příslušná OSSZ.

O potřebě ošetrování/péče může rozhodnout

- **Ošetřující lékař** osoby, která onemocněla
- **Orgán ochrany veřejného zdraví (OOVZ)**
- **Školské zařízení** na základě rozhodnutí oprávněného orgánu

■ Ošetrovné při onemocnění

O potřebě ošetrování či péče při onemocnění osoby rozhoduje ošetřující lékař osoby, která onemocněla. Nejčastěji se jedná o onemocnění dítěte nebo jiného člena rodiny (a to nezávisle na věku, může jít např. i o seniora). V praxi se ale může lékař setkat i se žádostí o vystavení žádosti o ošetrovné v případě, kdy **osoba**, která jinak **o dítě pečuje, onemocněla**. V obou případech vystavuje tiskopis **Rozhodnutí o potřebě ošetrování (péče)** – tiskopis 89 625 8 – výhradně ošetřující lékař. Standardním příkladem je onemocnění dítěte, kdy Rozhodnutí o potřebě ošetrování vystavuje obvykle registrující PLDD. Někdy je ale PLDD žádán o vystavení Rozhodnutí v situacích, kdy k tomu není oprávněn. Jako příklad může sloužit situace, kdy otec žádá registrujícího PLDD o ošetrovné pro péči o zdravé dítě v domácnosti, protože jeho partnerka je hospitalizována v souvislosti s porodem v nemocnici. V tomto případě ošetrovné vystavuje a potvrzuje ošetřující lékař partnerky, tzn. lékař lůžkového odd. Stejný postup je i v situaci, kdy jeden z rodičů je přijat do nemocnice jako doprovod jednoho dítěte v domácnosti a druhý rodič doma pečuje o druhé dítě. Opět žádost o ošetrovné vystavuje lékař příslušného lůžkového oddělení. (pozn.: rodiči přijatému jako doprovod vzniká při splnění podmínek nárok na dočasnou pracovní neschopnost, kterou opět vydává lékař lůžkového odd.). Tiskopis má 2 díly: **I. díl – Rozhodnutí o vzniku potřeby ošetrování (péče)** – žádost o ošetrovné a **II. díl – Rozhodnutí o ukončení potřeby ošetrování (péče)**. Tiskopis je k dis-



pozici **pouze v tištěné podobě** a poskytovateli zdravotních služeb ho vydává příslušná OSSZ zdarma.

Lékař je povinen na tiskopisu Rozhodnutí o potřebě ošetřování uvést jednoznačně den vzniku a den ukončení potřeby ošetřování.

Rozhodnutí o vzniku potřeby ošetřování (péče) – žádost o ošetřovné vystavuje ošetřující lékař dnem, kdy potřebu ošetřování zjistil. Výjimečně může rozhodnout o vzniku potřeby ošetřování (péče) nejvýše 3 kalendářní dny zpětně (např. víkend, státní svátek...), např. pokud zaměstnanec měl plánovanou pracovní směnu.

Rozhodnutí o ukončení potřeby ošetřování (péče) vystavuje ošetřující lékař dnem, kdy vyšetřením zjistil, že potřeba ošetřování pominula. Může rozhodnout o ukončení potřeby ošetřování nejvýše 3 kalendářní dny dopředu od dne, kdy vyšetřením zjistil, že potřeba ošetřování (péče) pominula, resp. pomine.

■ Ošetřovné při karanténě

Je potřeba od sebe odlišovat dva pojmy – karanténa a izolace.

Karanténou se rozumí oddělení osoby, která sice nevykazuje příznaky onemocnění, ale byla během inkubační doby ve styku s infekčním onemocněním nebo pobývala v ohnisku nákazy, od ostatních fyzických osob, aby se nákaza dále nešířila. Jde tedy o dosud zdravou osobu. Pokud v průběhu karantény onemocní danou infekční chorobou, přesune se do izolace.

Izolací se rozumí oddělení osoby, která onemocněla infekční nemocí nebo jeví příznaky tohoto onemocnění, od ostatních fyzických osob, aby se infekční onemocnění dále nešířilo.

Ošetřovné z důvodu nařízení karantény je možné vyplácet jen při péči o dítě do 10 let věku. V případě, že dítěti **byla nařízena karanténa**, vystavuje **Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče)** – tiskopis 89 625 8 ošetřující lékař nebo **OOVZ** (např. při výskytu infekčního onemocnění v rodině dítěte apod.). Pokud je **školské** nebo **dětské zařízení** uzavřeno (z důvodu havárie, **epidemie** či jiné nepředvídané události), vystavuje tiskopis **Žádost o ošetřovné při péči o dítě z důvodu uzavření školského / dětského zařízení (školy)** – tiskopis 89 628 5 výhradně školské / dětské zařízení (**škola**). O uzavření rozhoduje v případě epidemie OOVZ a vydává řediteli školy rozhodnutí. Pokud se jedná o havárii či jinou nepředvídanou udá-

lost, pak obvykle rozhoduje zřizovatel školy. Žádost nebo Rozhodnutí o ošetřovné nelze vystavovat např. při uzavření školy během prázdnin, dovolených, plánovaných oprav apod. Tiskopis 89 628 5 je k dispozici buď v tištěné podobě, nebo online na webu ČSSZ (<https://portal.cssz.cz/web/portal/-/tiskopisy/zoppd>).

Tiskopis **Žádost o ošetřovné při péči o dítě z důvodu uzavření školského / dětského zařízení (školy)** v případě jejich uzavření z nařízení příslušného orgánu z důvodu havárie, mimořádného opatření při epidemii nebo jiné nepředvídané události vystavuje resp. potvrzuje výhradně **školské / dětské zařízení (škola)**. Žádost o ošetřovné podávají zaměstnanci u svého zaměstnavatele, který žádost po doplnění údajů předá příslušné OSSZ. Tiskopis má dva díly. Druhý díl slouží pro situaci, kdy se vystřídají osoby, které pečují o dítě po dobu uzavření zařízení. Pokud nárok na ošetřovné uplatňuje pouze jedna pečující osoba, druhý díl se nepoužije.

K ošetřovnému se mohou vztahovat ještě další dva tiskopisy:

Potvrzení o trvání potřeby ošetřování (péče) a *Žádost o ošetřovné osoby, která převzala ošetřování (péči)*.

Tiskopis **Potvrzení o trvání potřeby ošetřování (péče)** 89 622 2 vystaví ošetřující lékař buď v případě, že ošetřování trvá delší dobu, nebo v případě vystřídání ošetřujících osob, a to ke dni, který předchází dni, od kterého ošetřování (péči) přebrala jiná osoba. Tiskopis vystavuje výhradně **ošetřující lékař** nebo příslušný **OOVZ**. Tiskopis je k dispozici pouze v tištěné podobě na OSSZ.

Tiskopis **Žádost o ošetřovné osoby, která převzala ošetřování (péči)** – 89 629 7 slouží k uplatnění nároku na ošetřovné v situaci, kdy se ošetřující osoby střídají. Zaměstnanec, který ošetřoval člena domácnosti (převzal péči) jako druhý v pořadí, uplatní nárok na ošetřovné právě tímto tiskopisem. Vystřídání je možné jen jednou. Tiskopis je k dispozici buď v tištěné podobě na OSSZ, nebo na ePortálu ČSSZ (<https://portal.cssz.cz/web/portal/-/tiskopisy/zookpo>).

K tomuto tiskopisu zaměstnanec přiloží **II. díl – Rozhodnutí o ukončení potřeby ošetřování (péče)**, který mu vystaví ošetřující lékař (tiskopis musí být podepsán i osobou, od které přebírá ošetřování) a **Potvrzení o trvání potřeby ošetřování (péče)**, které vystaví ošetřující lékař, jenž rozhodl o potřebě ošetřování.

■ Podpůrčí doba

Nejsou vzácné situace, kdy zaměstnanec žádá o vystavení ošetřovného a nemá validní informace o nároku na ošetřovné a o rozsahu vyplácené dávky. Bohužel někdy zaměstnanec mylně informuje sám zaměstnavatel, resp. jeho účetní, nebo zaměstnanec získal zavádějící informace z pochybných zdrojů (sociální sítě, diskusní fóra...). Rozlišujeme trvání potřeby ošetřování z pohledu medicínského (**odborné odůvodnění**) a z pohledu ekonomického (**podpůrčí doba**). **Podpůrčí doba** u ošetřovného počíná prvním kalendářním dnem potřeby ošetřování a činí **nejvýše 9 kalendářních dnů**. Jde-li o zaměstnance-**samoživitele**, který má v trvalé péči aspoň jedno **dítě mladší 16 let, které neukončilo povinnou školní docházku**, činí podpůrčí doba **nejvýše 16 kalendářních dnů**. Potřeba ošetřování může trvat kratší dobu, ale i déle, než je délka podpůrčí doby. **Výše ošetřovného** činí **60 % redukováného denního vyměřovacího základu** za kalendářní den. Oprávněné ošetřující osoby se přitom mohou v průběhu 9 dní (resp. 16 dní) **jednou v ošetřování vystřídat**. V témže případě ošetřování (péče) **náleží ošetřovné jen jednou** a jen **jednomu** z oprávněných nebo postupně **dvěma oprávněným**, jestliže se v témže případě ošetřování (péče) vystřídají. Podpůrčí doba se u ošetřovného **zastavuje** po dobu poskytování zdravotních služeb ošetřované osobě **během hospitalizace**.

Změna diagnózy se nepovažuje za nový případ ošetřování. O stejný případ ošetřování jde vždy, když potřeba ošetřování nepřetržitě trvá, a není rozhodné, zda v průběhu onemocnění došlo ke změně diagnózy. Pokud bylo ošetřovné ukončeno pro uzdravení, ale tatáž osoba znovu onemocněla, musí být mezi vystavením dalšího tiskopisu ošetřovného minimálně jednodenní interval. Jako nový případ potřeby ošetřování se posuzuje případ, kdy mezi dvěma onemocněními netrvá potřeba ošetřování alespoň jeden kalendářní den. Tedy ošetřující například nastoupí alespoň na jeden den do práce nebo má mezi dny ošetřování den dovolenou.

V době pandemie onemocnění vyvolané SARS-CoV-2, kdy byly uzavřeny školy, byl na přechodnou dobu zaveden institut krizového ošetřovného se specifickými podmínkami. **Krizové ošetřovné bylo zrušeno k 30. 6.**



2021, od 1. 7. platí standardní ošetřovné, jehož podmínky jsou popsány výše.

Souhrn

- Ošetřovné je dávka nemocenského pojištění
- Nárok na ošetřovné mají zaměstnanci splňující stanovené podmínky
- Rozlišujeme ošetřovné z důvodu nemoci osoby žijící ve společné domácnosti, ošetřovné z důvodu karantény a ošetřovné z důvodu uzavření školského zařízení
- Ošetřovné v případě nemoci vystavuje ošetřující lékař, ošetřovné v případě karantény vystavuje ošetřující lékař nebo

OOVZ, ošetřovné v případě uzavření školského zařízení vystavuje/potvrzuje školské zařízení

- Podpůrčí doba běží hned od 1. dne ošetřovného po dobu max. 9/16 dní
- Na jeden případ ošetřovného nelze vystavit více žádostí o ošetřovné
- Mezi jednotlivými případy ošetřování musí být minimálně jednodenní interval

Nemocenské pojištění slouží jako finanční pomoc pro potřebné. O potřebě ošetřování rozhoduje především ošetřující lékař. Neměl by podléhat nátlaku zaměstnanců, z nichž někteří inklinují ke zneužívání tohoto insti-

tutu. V rozhodování o potřebě ošetřování by měli všichni ošetřující lékaři postupovat jednotně dle propozic, které jsou veřejně dostupné na www.cssz.cz. Bohužel ze zkušeností registrujeme nejednotný postup nejen lékařů, ale i jednotlivých pracovníků OSSZ, včetně podávání odlišných a někdy i protichůdných informací poskytovatelům zdravotních služeb nebo zaměstnancům.

Pro Vox připravil MUDr. Ctirad Kozderka

Zákon č. 325/2021 Sb., o elektronizaci zdravotnictví

Historicky první zákon o elektronizaci zdravotnictví nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2022, s dělenou účinností (tzn., některé části nabydou účinnosti postupně v dalších termínech).

Zákon obsahuje zejména základní infrastrukturu elektronizace zdravotnictví, právně definované role a odpovědnosti oprávněných subjektů v systému elektronického zdravotnictví a definice pojmů, standardů komunikace, pravidel sdílení či předávání zdravotnické dokumentace. Jádrem systému jsou tři kmenové zdravotnické registry – Kmenový registr poskytovatelů zdravotních služeb, Kmenový registr zdravotnických pracovníků a Kmenový registr pacientů. Ty budou propojeny v jeden bezpečný komunikující neve-

řejný celek s jasně nastaveným oprávněním jej využívat zákonem nastaveným okruhem oprávněných osob, ve stanoveném rozsahu, a to se zachováním zásadních principů ochrany osobních údajů.

Pro elektronizaci zdravotnictví je vybudován internetový Portál elektronického zdravotnictví, jehož základnou je Integrované datové prostředí. Správcem Integrovaného datového rozhraní je ministerstvo zdravotnictví, provozovatelem je Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. ÚZIS je pro potřeby vedení kmenových zdravotnických registrů zpracovatelem osobních údajů podle právních předpisů upravujících zpracování osobních údajů.

Zákon nedefinuje vznik žádných centrálních úložišť zdravotnické dokumentace kromě dočasného úložiště pro předávání zdravotnické dokumentace s limitovanou dobou uschování po dobu do 30 dní (analogie datové schránky). Jedná se o státěm garantovaný systém pro předávání kopií zdravotnické dokumentace a výpisu z ní, a to v elektronické podobě prostřednictvím bezpečného šifrovaného komunikačního kanálu. Ten budou oprávněni využívat pouze poskytovatelé zdravotních služeb a zdravotní pojišťovny k plnění jejich povinností podle právních předpisů, zejména zákona o zdravotních službách či zákona o veřejném zdravotním pojištění.

Certifikát celoživotního vzdělávání SPLDD za rok 2021

Stejně jako v roce 2020, kdy s ohledem na opatření vyplývající z epidemiologické situace způsobené virem SARS-CoV-2 byla omezena nabídka vzdělávacích akcí prezenční formou, připravovalo SPLDD několik vzdělávacích akcí distanční formou i v roce 2021. Platný Vzdělávací řád SPLDD limituje počet uznatelných kreditů za distanční formy vzdělávání. Za účast na těchto distančních vzdělávacích akcích pořádaných SPLDD bude tedy i v roce 2021 účastníkům se čle-

nům SPLDD udělena výjimka a budou započítávány do vzdělávacího systému SPLDD kredity za **distanční vzdělávání SPLDD** bez omezení.

Připomínáme, že ke získání **Certifikátu celoživotního vzdělávání SPLDD** je potřeba během roku 2021 získat minimálně 30 kreditů, z toho nejméně 20 kreditů přidělených SPLDD. Zbývající počet kreditů je možno doplnit kredity vydanými jinými institucemi (nejčastěji se jedná o ČLK). Své konto si může každý člen SPLDD sledovat a kontrolovat na www.detskylekar.cz. Po dosažení 30 kreditů vydaných SPLDD si člen může

stáhnout Certifikát ČŽV SPLDD pro daný rok. Pokud má více jak 20, ale méně než 30 kreditů SPLDD, pak ke získání Certifikátu ČŽV SPLDD může k doplnění zbývajících kreditů doručit do kanceláře SPLDD vyplněnou Žádost o extra kredity (ke stažení na www.detskylekar.cz) s kopiemi potvrzení o absolvování vzdělávacích akcí kreditovaných jinými institucemi a to do 31. 12. 2021. Později došlé žádosti nebudou do systému zařazeny.

Upozorňujeme, že **ČLK neakceptuje kredity** za vzdělávací akce **SPLDD** pro získání **Diplomu celoživotního vzdělávání ČLK**.

LEVOPRONT®

kapky, sirup, tablety | levodropropizin



„To je váš pes?“
zeptal se hajný.

„Můj pes.
Jmenuje se Kašlánek!“



Rychlá úleva od suchého kašle^{1,2}

Kapky
s příchutí
lesního ovoce



Sirup
s příchutí třešně



Periferní
antitusikum
stejně účinné
jako centrální^{1,2,3}

Méně sedace
než centrální
antitusika^{1,3}

Neovlivňuje respirační
funkce a zachovává
mukociliární clearance^{1,4}



Literatura: 1. Aktuální SPC přípravku Levopront. 2. Dipinigtis PV et al.: Antitussive drugs - past, present, and future. *Pharmacological Reviews* 2014;66:468-512. 3. Catena E., Daffondio L.: Efficacy and tolerability of levodropropizine in adult patients with non-productive cough. Comparison with dextromethorfan. *Pulmonary Pharmacology & Therapeutics* 1997;10:89-96. 4. Bossi R. et al.: Antitussive Activity and Respiratory System Effects of Levodropropizine in Man. *Arzneimittel-Forschung/Drug Research* 1988;38-2:1152-1162.

Levopront® 5: Levodropropizinum 60 mg v 1 tabletě, 60 mg v 1 ml roztoku (kapky), 6 mg v 1 ml sirupu. **I:** Bronchopulmonální afekce doprovázené dráždivým suchým kašlem. **K:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo pomocné látky. Pacienti s bronchiální hypersekrecí nebo sníženou mukociliární funkcí. Výrazné snížení funkce jater. **ZU:** Používat pouze po důkladném zvážení rizika u pacientů s těžkou insuficiencí ledvin. Sirup obsahuje sacharózu, propylenglykol, tablety laktózu. **NÚ:** Velmi vzácně alergické reakce, točení hlavy, somnolence, palpitace, nauzea, malátnost. **IT:** Používat s opatrností při podávání benzodiazepinů. **TL:** Během těhotenství a kojení kontraindikováno. **D:** Kapky, Sirup: Dospělí a děti od 12 let 1 ml (20 kapek) roztoku nebo 10 ml sirupu až 3× denně. Děti 2-12 let 1 mg levodropropizinu/kg až 3× denně. Tablety: Dospělí a dospívající starší 12 let 1 tableta až 3× denně s intervalem mezi dávkami alespoň 6 hodin. **Držitel registračního rozhodnutí:** Dompé Farmaceutici S.p.A., Via San Martino 12, 20122, Milán Itálie. **Reg. Č.:** Tablety 36/586/16-C, kapky 36/555/99-C, sirup 36/556/99-C. **Uchovávání:** Žádné zvláštní podmínky uchovávání. **Datum poslední revize textu SPC:** Tablety: 30. 10. 2020. Kapky: 3. 12. 2020. Sirup: 8. 4. 2021. Přípravky nejsou vázány na lékařský předpis a nejsou hrazeny zdravotními pojišťovnami. Seznamte se prosím se Souhrnem údajů o přípravku (SPC).



Angelini Pharma Česká republika s.r.o., Palachovo náměstí 5, 625 00 Brno, www.angelini.cz

www.lecimekasel.cz



Primární prevence vrozených vad

**MUDr. Antonín Šípek Jr, Ph.D.^{1,2,3}, prim. MUDr. Martina Langová, Ph.D.¹,
MUDr. Natálie Friedlová^{1,2}, MUDr. Vladimír Gregor^{1,4}, MUDr. Antonín Šípek, CSc.^{1,3,4,5}**

¹ Oddělení lékařské genetiky, Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha; ² Ústav biologie a lékařské genetiky, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Všeobecná fakultní nemocnice, Praha; ³ Ústav lékařské genetiky, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha; ⁴ Oddělení lékařské genetiky, Sanatorium Pronatal, Praha;

⁵ Oddělení lékařské genetiky, GENNET, Praha

Primární prevence vrozených vývojových vad představuje komplex různých doporučení se společným cílem – snížit pravděpodobnost vzniku vrozené vývojové vady. Tato doporučení jsou založena především na principu plánovaného rodičovství, kdy je možné řadu potenciálně rizikových faktorů předem ovlivnit. Z pohledu lékaře je významná problematika chronických chorob a chronické medikace u žen v reprodukčním věku; z pohledu genetika pak známá rizika geneticky podmíněných chorob v rodinné anamnéze. Obecně však platí, že program primární prevence je jen tak dobrý, jak dobrá je jeho známost v rámci širší veřejnosti. Za účelem propagace doporučení k primární prevenci vrozených vývojových vad vznikl i tento článek.

Klíčová slova: Vrozená vývojová vada, prevence, kyselina listová

Vrozené vývojové vady (VTV) definujeme jako morfologické odchylky vznikající na podkladě abnormálního prenatálního vývoje, které jsou přítomné u narozeného dítěte. V České republice se každý rok narodí přibližně 3–5 % dětí s některou diagnózou VTV (kódy Q00–Q99 v X. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí). Rozsah i klinická závažnost jednotlivých typů VTV se samozřejmě velmi liší, ale obecně lze konstatovat, že VTV jsou významnou příčinou perinatální mortality i morbidit, proto je významným tématem i prevence této skupiny chorob.

Screeningová vyšetření (biochemická a ultrazvuková) a následně cílené metody prenatální diagnostiky umožňují odhalit významné množství případů VTV a (chromozomálních) syndromů ještě v prenatálním období, což dává těhotným možnost v indikovaných případech požádat o umělé ukončení těhotenství (UUT) do 24. týdne těhotenství. Tato tzv. „sekundární prevence“ VTV tak není prevencí vzniku těchto diagnóz v pravém slova smyslu, ale snižuje počty případů závažných VTV a syndromů u narozených dětí.

Prevencí VTV v pravém slova smyslu je primární prevence, což je soubor různých doporučení a opatření, jejichž dodržování může snížit pravděpodobnost vzniku těchto odchylek. Na základě doporučení mezinárodních organizací, zabývajících se komplexní problematikou výskytu VTV v populaci, jako je EUROCAT (evropská organizace) a ICBDSR (celosvětová organizace), byla v rámci projektu Státního zdravotního ústavu „Mysli na mne včas“ (<http://www.szu.cz/tema/>

podpora-zdravi/projekt-mysli-na-mne-vcas) již před určitým časem připravena i česká doporučení.

Obecně lze konstatovat, že úspěšnost primární prevence je přímo závislá na informovanosti o těchto doporučeních v populaci. Bohužel, přestože jsou doporučení a informační materiály dostupné, chybí v České republice cílená propagace primární prevence VTV, což jistě snižuje možný potenciál tohoto typu prevence. Jakékoliv zvyšování povědomí o těchto možnostech, zejména u mladé generace, která založení rodiny teprve plánuje, je mimořádně důležité. Cílem tohoto souhrnu je zvýšit povědomí o jednotlivých doporučeních i mezi praktickými lékaři pro děti a dorost, aby dle svých možností mohli informovat i dospívající dívky a chlapce.

■ 1) Plánované rodičovství a reprodukce v optimálním věku

Plánované rodičovství je klíčovým doporučením celého programu primární prevence VTV. Řada dalších opatření je účinná pouze v tom případě, kdy jsou dodržována i v časných fázích prvního trimestru, tedy obecně v období, kdy probíhá významná část organogeneze a kdy je vyvíjející se embryo nejvíce náchylné k působení teratogenních faktorů. Po krátkém období prvních dvou týdnů gravidity, které označujeme jako preteratogenní perioda (kdy VTV nevznikají), nastávají kritické týdny vývoje embrya, kdy žena o své graviditě prozatím neví, ale expozice teratogenním faktorům (třeba i těm běžným, jako je alkohol) může mít pro vývoj embrya již vážné následky. Začít dodržovat doporučení primární prevence VTV má samozřejmě

význam i v průběhu běžícího prvního trimestru, přesto je tento efekt u neplánované (a ne nikoliv nutně nechtěné) gravidity ve svých možnostech omezen oproti plánované graviditě, kdy žena již daná doporučení dodržuje před samotnou koncepcí.

Další doporučení se týkají samotného věku rodičů při koncepci. Reprodukce v optimálním věku je zpětně již nedosažitelná, neboť běh času neumíme obrátit, proto je na rizika plynoucí z reprodukce v pozdějším věku nutné upozornit zejména mladou generaci. U žen s rostoucím věkem stoupá riziko vzniku početních odchylek chromozomů, jako je nejčastější a nejznámější Downův syndrom. U mužů naopak roste riziko nových genových mutací s dominantním účinkem, modelovým příkladem choroby spojené s pokročilým věkem otce je například achondroplázie.

■ 2) Rizika plynoucí z rodinné anamnézy

V řadě rodin nacházíme v rodinné anamnéze zmínky o chorobách a vadách, které mohou být určitým způsobem dědičné a jejichž zvýšené riziko může být přítomné i u mladého páru, který teprve plánuje prvního potomka. Bohužel, existuje rozšířený názor, že stačí pár s pozitivní rodinnou anamnézou odeslat ke genetické konzultaci až v průběhu těhotenství. Tento postup však není optimální, a to z několika důvodů. V první řadě jde o časový faktor – pokud je totiž nutné v rodině doplnit další genetická laboratorní vyšetření, díky kterým je teprve možné stanovit přesnější prognózu pro potomka daného páru, je nutno počítat s týdny, či dokonce měsíci čekání na výsledky, neboť širší molekulárněgenetické



vyšetření je časově náročné. To samozřejmě znamená, že ne vždy je možné všechna potřebná vyšetření v rámci již běžící gravidity stihnout. Z tohoto důvodu je mnohem výhodnější, pokud pár s anamnézou geneticky podmíněného onemocnění v jedné větvi rodiny vyhledá genetickou konzultaci ještě před plánovanou koncepcí. Druhým důvodem je možnost preimplantační genetické diagnostiky (genetické vyšetření a výběr vhodných embryí v rámci asistované reprodukce), které dávají některé páry s rizikem přenosu závažné geneticky podmíněné choroby (jako je třeba Duchenneova svalová dystrofie) přednost před spontánní koncepcí s následnou invazivní prenatalní diagnostikou (a možností UUT v případě průkazu sledované choroby u plodu). Z logiky věci vyplývá, že v případě běžící gravidity není preimplantační genetická diagnostika již možná.

Obecně tak doporučujeme, aby byla možnost genetické konzultace vždy nabídnuta pářům s anamnézou potvrzeného geneticky podmíněného onemocnění v rodině. Ke konzultaci ale lze odeslat i páry s anamnézou opakovaných potratů či VVV v rodinné anamnéze, případně páry uzavírající příbuzenský sňatek, u jejichž potomků je mj. zvýšené riziko výskytu geneticky podmíněných chorob s autozomálně recesivním typem dědičnosti.

■ 3) Rizika plynoucí z chronického onemocnění a medikace

V rámci České republiky v posledních třech dekádách pozorujeme významné zvýšení průměrného věku rodiček. S rostoucím věkem rodičky ovšem roste i pravděpodobnost, že je žena sledována a léčena pro některé chronické onemocnění, jako je třeba (preexistující, nikoliv gestační) diabetes mellitus (DM) či arteriální hypertenze. U žen s DM existuje významné riziko vzniku tzv. diabetické fetopatie, která není spojena jen se zvýšenou porodní hmotností, ale často i s různými typy VVV. Proto je potřeba ženy s DM v graviditě pravidelně sledovat a zajistit dobrou kompenzaci základního onemocnění, čímž lze riziko postižení potomka významně snížit. U arteriální hypertenze může být významným rizikovým faktorem nejen samotné onemocnění, ale i chronická medikace, neboť často užívané inhibitory ACE zvyšují riziko vzniku určitých typů VVV. Lze tedy doporučit, aby v případě chronické medikace u ženy v reprodukčním věku byla

pacientka vždy informována, jaký má chronická medikace možný dopad na případnou graviditu, a u potenciálně nebezpečných látek pak pacientce doporučit, aby před plánovanou graviditou navštívila svého specialistu a dohodla se na možné změně medikace po čas gravidity. To opět podtrhuje význam plánované gravidity, kdy je možné změnu provést již před samotnou koncepcí, ale konzultace specialisty by měla jistě proběhnout i v situaci neplánované gravidity, neboť řada léků může mít negativní účinky i ve druhém či třetím trimestru gravidity.

Existují samozřejmě i situace, kdy je chronickou medikací obtížné měnit kvůli závažnosti základního onemocnění a existenci rizik plynoucích ze změny či přerušení medikace. Tak je tomu například u léčby epilepsie (pro graviditu potenciálně nebezpečným) valproátem, kde by měl příslušný specialista zhodnotit přínosy i rizika této změny a pacientku poučit.

Cílem tohoto souhrnu není popsat teratogenní rizika všech dostupných léků, to ani není jednoduše možné. Závěrem tohoto odstavce bychom jenom shrnuli doporučení, které říká, že ženy v reprodukčním věku s chronickými onemocněními a chronickou medikací by plánované těhotenství měly předem konzultovat se svým ošetřujícím specialistou, v případě náhodné (neplánované) gravidity by ho pak měly vyhledat co nejdříve. Důležitá může být nejen úprava medikace, ale i dobrá kompenzace základního onemocnění.

■ 4) Rizika plynoucí z teratogenů v životním prostředí

Těhotná žena se může setkat s celou řadou teratogenních faktorů i v běžném životě. Tyto faktory mohou být chemické, biologické i fyzikální povahy a mohou různě závažným způsobem ovlivňovat vývoj lidského jedince a četnost VVV. S teratogeny se může těhotná setkat i v rámci svého pracovního prostředí, může jít o chemické teratogeny (chemikálie) užívané v průmyslu či v zemědělství, ale například i ionizující záření (například RTG záření), se kterým se setkávají i pracovníci ve zdravotnictví. Díky náročnějším požadavkům na bezpečnost práce by měla být expozice těmito faktory při správném používání ochranných pomůcek a dodržování pokynů bezpečnosti práce minimální, přesto lze v indikovaných případech doporučit, aby žena z potenciálně rizikového provozu, plánující graviditu, se se svým zaměstnavatelem do-

mluvila na přeřazení na méně rizikovou pozici (v reálném světě ale tomuto doporučení může bránit obava budoucí matky z reakce zaměstnavatele na takovou žádost).

V řadě situací jsme ale teratogenním faktorům vystaveni „dobrovolně“, což se týká především konzumace alkoholických nápojů a kouření. Alkohol (etylalkohol) je prokázaným lidským teratogenem, nadměrná konzumace alkoholu v těhotenství může způsobit závažné postižení spojené mj. s kraniofaciální dysmorfii a psychomotorickou retardací, známé jako fetální alkoholový syndrom. Zákeřností alkoholu v této souvislosti je skutečnost, že alkohol působí jako teratogen s prahovým účinkem, přičemž hodnota tohoto „prahu“ je v populaci výrazně variabilní, a „bezpečnou dávku alkoholu“ tak nejde s jistotou stanovit. Zvláště v rámci České republiky je tak asi smutnou skutečností, že velké procento těhotných se v prvním trimestru gravidity „napije“ (opět vzpomeňte na význam plánované gravidity, řada těhotných své chování přizpůsobí až ode dne, kdy se u ní neplánovaná gravidita potvrdí), přesto to neznamená, že se všechny tyto děti narodí s fetálním alkoholovým syndromem, naopak – naprostá většina z nich bude zcela zdravých. Obecné doporučení však v České republice (a řadě jiných států světa) zní: pokud chcete mít jistotu, nepijte v těhotenství alkohol vůbec.

Dalším typickým teratogenem je „kouření“, ať již aktivní, nebo bohužel i pasivní. Cigaretový kouř obsahuje nespočet látek s teratogenním i mutagenním účinkem. Vliv kouření na graviditu a vyvíjející se plod je tedy komplexní, typická je placentární dysfunkce, děti matek-kuřaček se rodí s nízkou porodní hmotností a výjimkou nejsou ani VVV. S ohledem na plánovanou reprodukci je tak jednoznačně doporučeno před koncepcí a v průběhu gravidity nekouřit, nebo alespoň denní dávku cigaret omezit.

Specifickým teratogenním rizikem z vnějšího prostředí jsou potom infekční agens. Významnými teratogeny jsou především infekce sdružené ve skupině TORCH (toxoplazmóza, ostatní, rubeola, cytomegalovirové infekce, herpetické infekce), přičemž k „ostatním“ významným infekcím můžeme řadit například syfilis, extrémně nebezpečná v těhotenství může být i listerióza. Nebezpečné mohou být i „běžné“ infekce, zejména pokud jsou doprovázeny vysokou horečkou (která může být sama o sobě teratogenním faktorem). Prevencí proti vybraným infekcím je očkování, zde je třeba zmínit hlavně očkování proti výrazně teratogenním zarděnkám.



Karanténa se zkrátí na sedm dní

Od 25. října bude podle ministra zdravotnictví Adama Vojtěcha (za ANO) zkrácena doba karantény pro lidi, kteří přišli do kontaktu s nakaženým, a to na sedm dní. Ukončit ji ale musejí negativním PCR testem.

„Od příštího týdne se zkrátí doba karantény ze 14 na 7 dní, pokud je zakončena negativním PCR testem,” řekl Vojtěch.

Spolu s tím vláda schválila několik zpřísnění koronavirových opatření. Od 25. 10. budou muset lidé nově nosit ochranu nosu a úst i na pracovišti.

Od 1. listopadu pak budou provozovatelé restaurací či barů muset kontrolovat, zda má host potvrzení o testu, očkování či prodělání covidu-19. K tomuto termínu také skončí preventivní testy zdarma pro osoby starší 18 let, které zároveň nebudou mít potvrzení o kontraindikaci očkování nebo nebudou mít aplikovanou alespoň jednu dávku vakcíny.

Zdroj: novinky.cz, 20. 10. 2021

V Turecku četli jména neočkovaných z reproduktoru mešity

Ke sporné metodě se uchýlily úřady v jedné obci turecké provincie Mus, aby zvýšily podíl lidí očkováných proti koronaviru. Pracovník zdravotního úřadu přečetl do reproduktoru místní mešity jména všech, kteří vakcinaci dosud nepodstoupili.

Jmenované následně vyzval, aby se dostavili k očkování, informoval v neděli turecký zpravodajský server Ntv.

V Turecku není očkování povinné. Přesto ve zmíněné provincii jezdí mobilní týmy a dům od domu nabízejí vakcínu.

Podíl plně naočkované populace dosahuje v zemi 56 procent a dalších osm procent lidí dostalo alespoň jednu dávku.

Zdroj: novinky.cz, 25. 10. 2021

Obecně lze určitě doporučit těhotným zvýšit opatrnost (například vyhybat se kontaktu s lidmi s viditelnými projevy respiračních infekcí) a snížit riziko nákazy, zejména v prvním trimestru gravidity.

V případě kontaktu s teratogeny, ať již fyzikální, chemické, či biologické povahy, je možné kontaktovat Českou teratologickou informační službu (CZTIS), která poskytne podrobnější zhodnocení rizik. Těhotné se známou expozicí teratogenu jsou odesílány ke genetické konzultaci.

5) Doporučení vztažená k výživě

V rámci střední Evropy se jen vzácně setkáváme s avitaminózami či podvýživou, která by zásadněji ovlivňovala vývoj plodu. Obecně je třeba zmínit, že v průběhu těhotenství je nutné zvýšit příjem energie a tekutin. Těhotné se speciálními dietami či dodržující určitá pravidla stravování mohou kontaktovat výživového poradce. Za zmínku u výživy také stojí, že zvýšené riziko VVV je pozorováno i u těhotných s abnormálně vysokými hodnotami BMI (a ne vždy jsou tato rizika jen v souvislosti s často přítomným DM), v rámci prevence VVV je tak možné doporučit i udržování optimální hmotnosti (redukce hmotnosti přímo v průběhu gravidity ale vhodná není).

Ohledně prevence VVV je ale třeba u výživové problematiky zmínit hlavně suplementaci kyselinou listovou. Přestože většina populace (pokud má pestrá stravu) za normální situace netrpí deficitem kyseliny listové, v graviditě se potřeba kyseliny listové zvyšuje a zde by se již její latentní nedostatek mohl projevit. Deficit kyseliny listové přímo souvisí se zvýšeným rizikem vzniku VVV ze skupiny rozštěpů neurální trubice (NTD), jako je spina bifida, anencefalie či encefalokéla. Suplementace kyselinou listovou na populační úrovni může prokazatelně snížit výskyt tohoto typu vad. Obecně je doporučeno užívat 400 µg kyseliny listové, a to nejen v těhotenství, ale ideálně již měsíc, lépe však tři měsíce před samotnou koncepcí. Doporučení je tak opět hodně závislé na plánované graviditě, proto se také v některých zemích setkáváme s doporučením, aby suplementaci užívaly nejen ženy, které plánují otěhotnět, ale (pro jistotu – neboť ne každá gravidita je plánovaná) všechny ženy v reprodukčním věku. V některých státech světa pak dokonce přistoupili k (ovšem mírně kontroverzní) celoplošné suplementaci mouky – právě kyselinou listovou. V rodinách, kde se již VVV ze skupiny NTD dříve vyskytla, je pak

doporučována až desetinásobná dávka kyseliny listové (4 mg).

Závěr

Primární prevence VVV je komplex doporučení, jehož cílem je snížit pravděpodobnost samotného vzniku VVV. Většina těchto doporučení je založena na principu plánované gravidity a na eliminaci možných rizik ještě před samotným otěhotněním. Ještě před těhotenstvím by rovněž měla být řešena případná genetická rizika v rodině obou budoucích rodičů, dále pak chronické choroby či chronická medikace budoucí matky. Aktivně lze riziko určitých VVV snížit také díky užívání kyseliny listové. Aby mohla být primární prevence v rámci populace úspěšná, je potřeba o těchto doporučeních opakovaně informovat.

Literatura

de Walle H, Abramsky L a EUROCAT Folic Acid Working Group. Special Report: Prevention of Neural Tube Defects by Periconceptional Folic Acid Supplementation in Europe. EUROCAT Central Registry. <http://www.eurocat-network.eu/content/Special-Report-NTD-3rdEd-Part-I.pdf>; 2009, s. 31.

Fortner KB, Nieuwoudt C, Reeder CF et al. Infections in Pregnancy and the Role of Vaccines. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2018;45(2):369–388.

Godwin KA, Sibbald B, Bedard T, et al. Changes in frequencies of select congenital anomalies since the onset of folic acid fortification in a Canadian birth defect registry. *Can J Public Health.* 2008;99(4):271–275.

Kalter H. Teratology in the Twentieth Century. *Congenital Malformations in Humans and how their Environmental Causes were Established.* Amsterdam: Elsevier; 2003, s. 166.

Morris JK, Addor MC, Ballardini E et al. Prevention of Neural Tube Defects in Europe: A Public Health Failure. *Front Pediatr.* 2021; 9:647038.

Nodine PM, Hastings-Tolsma M. Maternal obesity: improving pregnancy outcomes. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2012;37(2):110–115.

Šípek A Jr, Šípek A, Gregor V, et al. Primární prevence vrozených vývojových vad. *Prakt. Lék.* 2012;92(9):491–493.

Šípek A, Gregor V, Šípek A Jr et al. Primární prevence vrozených vad a úloha kyseliny listové. *Aktuální gynekologie a porodnictví.* 2013;5:47–51.

Šípek A, Gregor V, Šípek A Jr et al. Vrozené vady u narozených dětí v České republice v období 1994–2015. *Časopis lékařů českých.* 2019;158(1):9–14.



Vážíme si zdraví lidí?

Public health – nesnáze, východiska i naděje

Prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc.

■ Úvod

Lékaři i další zdravotničtí pracovníci si zdraví jistě váží. Denně se potýkají se zdravotními problémy, s bolestí i trápením. Lze ovšem namítnout, že zdraví povětšinou nevzniká ve zdravotnických zařízeních. Tam se obvykle s velkými náklady, úsilím a obětavostí napravuje to, co se už pokazilo. Běžná pediatrická praxe dokládá, že zdraví do značné míry vzniká a vyvíjí se doma, v rodinách, školách i na pracovištích, všude tam, kde lidé vyrůstají, žijí a stárnou.

Individuální hodnotu zdraví si dříve nebo později uvědomí snad každý, zejména když onemocní. Sociální hodnotu zdraví nám připomněla pandemie COVID-19 se všemi jejími aspekty politickými, ekonomickými, medicínskými, organizačními, mezinárodními i kulturními.

Je zřejmé, že nestačí zápasit s nemocemi, ale že je žádoucí věnovat pozornost determinantám zdraví, tedy všemu, co zdraví ovlivňuje, posiluje nebo ohrožuje. Nestačí zlepšovat prevenci jednotlivých nemocí. Žádoucí je prodlužovat zdravý život.

Je jistě dobře, když jedinec pečuje o své zdraví. Neméně důležité je, aby společnost chápala hodnotu zdraví a byla ochotna pro zdraví lidí udělat to, co je třeba.

Péči o zdraví jedince a populace odpovídají dva základní typy zdravotnických služeb. Jsou to jednak služby na individuální úrovni poskytované v běžných zdravotnických zařízeních a jednak služby na populační úrovni, které se týkají široké oblasti péče o zdraví a všímají si jak všech charakteristik, jevů a událostí, které souvisejí se zdravím lidí, tak i metod, kterými je možné zdraví chránit, zlepšovat a navracet.

V anglosaských zemích se zdravotní problematice na populační úrovni věnuje velice významná a historicky zakotvená obor, který se nazývá **Public health**. V celosvětově respektované učebnici [1] je zmíněný obor vymezen takto:

Jde o kombinaci vědeckých poznatků, dovedností i názorů směřujících k udržení a zlepšení zdraví lidí prostřednictvím kolektivních anebo sociálních aktivit. Public health je instituce, vědecký obor i praxe.

Často se rovněž připomíná tradiční definice Achesona [1]: **Public health je věda a umění, jak předcházet nemocem, prodlužovat život a podporovat zdraví prostřednictvím organizovaného úsilí společnosti.**

■ Některé nesnáze

Běžně zmiňovaným problémem je překlad public health. Doslovný překlad „veřejné zdraví“ je problematický. Ostatně v zákoně č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů se v hlavě 1 v § 2 uvádí: „Veřejným zdravím je zdravotní stav obyvatelstva a jeho skupin.“ Zmíněný zákon samozřejmě není o ochraně oboru public health. Tento obor by bylo lépe nazývat veřejné zdravotnictví. To už ostatně navrhoval ve své učebnici z roku 1937 [2] profesor MUDr. Hynek Pelc, jenž **public health nazval veřejným zdravotnictvím a definoval je jako úsek veřejné správy, který využívá poznatky hygieny a sociálního lékařství**. Objevují se i názory, že public health není nutné překládat, protože anglický termín je pro rostoucí počet lidí dostatečně srozumitelný.

V České republice takový silný obor není. Vzhledem k tomu, že oblast public health je nepostradatelná, věnuje se jí v ČR mnoho oborů, např. hygiena a epidemiologie, preventivní lékařství, sociální lékařství a veřejné zdravotnictví, sociální farmacie, komunitní lékařství a mnoho dalších disciplín. Stručný pohled na vývoj některých zmíněných oborů v posledních desetiletích však svědčí o stagnaci, ne-li redukci.

Naléhavou potřebu rozvoje public health si v rostoucí míře uvědomují i pracovníci běžných klinických oborů a snaží se podle svých sil zvládat stávající naléhavé problémy. Svědčí o tom například tyto obory: preventivní pediatrie, sociální pediatrie, preventivní a sociální psychiatrie, preventivní kardiologie apod.

Velkou pomocí v dosavadní neutěšené situaci jsou kontakty se zahraničím, informační technologie, práce WHO a poměrně dobrý Národní zdravotnický informační systém. **Dosud však chybí odpovídající**

institucionální základna, rozvíjející public health v plné šíři, a to včetně vyspělé evropsky srovnatelné informační i výzkumné základny a adekvátních vzdělávacích aktivit navazujících na zdejší i zahraniční univerzity. Je zřejmé, že rozvíjet public health bez dostatečného počtu kvalitně připravených odborníků lze jen obtížně.

I když anglický název Státního zdravotního ústavu v Praze je velmi slibný, a to „The National Institute of Public Health (NIPH)“, činnost ústavu se ve skutečnosti orientuje převážně na základní preventivní obory, hygienu, epidemiologii, mikrobiologii a pracovní lékařství.

Dalo by se jistě namítnout, že ústav dbá na určitou kontinuitu své práce a že se soustředí zejména na ty oblasti, v nichž už dříve dosahoval dobrých výsledků.

Je ovšem zřejmé, že skutečné public health je obsáhlejší, staví na zkušenostech mnoha oborů a neorientuje se jen na „veřejné zdraví“, ale na zdraví lidí v celé jeho bohatosti a rozmanitosti. Public health nezasahuje do kompetence klinických oborů. Věnuje se charakteristikám i determinantám zdraví a podílí se na přípravě i realizaci široce pojímané zdravotní politiky. Věnuje pozornost všem opatřením, která jsou potřebná a užitečná pro zdraví lidí v populačním měřítku, a tedy i struktuře a funkci rozsáhlého systému péče o zdraví, včetně zdravotnictví. Podcenění významu public health vedlo k oslabení autority ministerstva zdravotnictví, k problematickému řízení zdravotnictví ve svém celku, k nižší efektivitě zdravotnického systému a v neposlední řadě i k neuspokojivé účinnosti zdravotnické legislativy.

Lze bohužel připustit, že zdravotní problémy se řeší ponejvíce v nemocnicích, je to nákladné a ne vždy účinné. Není doceněna úloha zdravotní výchovy ve všech jejích formách (edukace pacientů, varování před zdravotními riziky a výchova ke zdraví), je podceňována práce praktických lékařů pro děti a dorost i pro dospělé, domácí, ošetrovatelská a rehabilitační péče i role základních nemocnic.

Jednostranná orientace na vysoce specializované nemocnice je nákladná. Stručně lze



poznamenat, že problém alkoholismu v ČR nelze zvládnout rozšířením programu transplantace jater. To se nedá zaplatit, ani není k dispozici tolik zdravých jater.

Mnoho nesnází způsobuje problematická (ne-li chybějící) návaznost sociální a medicínské oblasti. Antibiotikum dovede zvládnout zápal plic, ale nedokáže zahrát studená kamna.

Sociální determinanty zdraví [3] jsou dosud podceňovány a zřejmě se nepovažují za dostatečně medicínské, i když nesporně a do značné míry ovlivňují zdravotní i životní osud jak jedinců, tak i populace jako celku. Je plně prokázáno, že dostupné bydlení, vzdělání a práce je dobrým základem pro zdraví lidí. Únosné sociální zázemí má na zdraví lidí mnohem větší vliv než zdravotní výchova, zejména ta komerční, kterou si obvykle nemohou dovolit právě ti, kteří ji nejvíce potřebují.

Jak výstižně poznamenal Sir Michael Marmot, profesor Londýnské univerzity a předseda komise WHO pro sociální determinanty zdraví: „Toxická kombinace ubohých sociálních opatření a programů, nespravedlivý ekonomický systém a špatná politika zabíjí spoustu lidí.“ Nejen viry a bakterie ohrožují zdraví lidí. I problémy společnosti vedou k nemoci, strádání a smrti. Je obtížné, ne-li nemožné, být zdravý v nemocné společnosti.

Orgány public health v západních a severních státech Evropy úzce spolupracují s veřejnou správou. Vycházejí přitom ze skutečnosti, že každé rozhodnutí všech typů a úrovní orgánů veřejné správy má zdravotní důsledky. Zapojení veřejné správy do péče o zdraví je velmi důležité. Napravovat zdravotní nedostatky až v medicínské oblasti je zjevně nevhodné a dlouhodobě neudržitelné. Mnoho zkušeností v tomto smyslu přinesla pandemie COVID-19. Pod tlakem okolností se ukázalo, že nestačí, aby naléhavé zdravotní problémy řešil jen jeden vládní resort. Je dobře, že svými odbornými zkušenostmi mohli přispět epidemiologové. Při absenci funkčního public health však zůstalo mnoho rozhodnutí na libovůli politiků a dopady mnohdy problematických opatření nebyly náležitě vyhodnoceny.

Ale samozřejmě nejde o to jen lamentovat, hlavní je hledat cesty k nápravě. Je žádoucí si ujasnit základy a východiska public health a přijmout potřebná opatření k jeho rozvoji. Zvýšení hospodárnosti péče o zdraví nelze dosáhnout jen změnami ve financování zdravotnických zařízení. Nestačí, aby nemocní

byli léčeni hospodárně. Jde o to, aby lidé nestonali zbytečně, aby se co nejdéle těšili z dobrého zdraví.

■ Východiska public health

Public health prošlo dlouhým vývojem. Formovaly se myšlenky a aktivity významných osobností, vývoj politické a ekonomické situace i nesnáze a chyby, které byly kriticky zhodnoceny a podle možností i napraveny. Ke vzniku a obsahu oboru public health přispěly v první polovině 18. století skličující životní podmínky lidí, zejména dělnictva, provázené hrozivými zdravotními důsledky, které se staly nebezpečím pro celou tehdejší společnost. Dílčí nápravu přinesla tzv. sanitární revoluce. Navazovaly zákonné úpravy týkající se pracovních a životních podmínek továrních dělníků (např. ve Velké Británii v roce 1848) a položení základů státního pojištění (nemocenského, úrazového a invalidního) v Německu v letech 1883–1889 [4].

Až do konce 2. světové války dominovaly v public health infekční nemoci a neutěšené hygienické podmínky. Po objevu antibiotik a rozšíření očkování se public health ve větší míře začalo věnovat všem dalším okolnostem, které ovlivňují zdraví lidí, zejména zdravotní výchově a životnímu stylu, životnímu prostředí i dostupnosti a kvalitě zdravotní péče. Na výzkumu determinant zdraví pracuje ve světě mnoho vědeckých týmů. Hlavní determinanta zdraví je již dlouho známa. Jsou to lidé, jsme to my.

■ Zpráva o zdraví Kanadánů

Významným historickým milníkem ve vývoji public health se stala tzv. Lalondova zpráva o zdraví Kanadánů vydaná v roce 1974 [4]. Je jistě vhodné připomenout alespoň některé její teze, které předznamenaly vývoj public health v dalších desetiletích.

- a. Zdraví není dílčí medicínskou specializací, ale vyžaduje tvůrčí spolupráci mnoha odborníků i účast široké občanské veřejnosti.
- b. Preventivní opatření orientovaná na udržení zdraví jsou prokazatelně ekonomicky výhodná.
- c. Chránit a rozvíjet své vlastní zdraví je možností i výsadou každé osoby. Změna životního stylu může ovlivnit zdraví více než medicína jako taková. Výchova a navazující motivace hraje v péči o zdraví větší roli než diagnostika a léčba.

- d. Na vzniku nemocí se výraznou měrou podílejí psychosociální faktory.
- e. Přínosem pro zdraví je zvládnutí stresu, vhodná výživa, pravidelná tělesná aktivita a zdravé přírodní i sociální prostředí.
- f. Dobrá péče o zdraví využívající dosavadní poznatky může prodloužit lidský život až o deset let a lze předpokládat, že biologický potenciál lidí je ještě mnohem delší.
- g. Výsledky odborných studií dokládají, že zdraví lidí do značné míry závisí na faktorech, které leží mimo tradiční oblast resortu zdravotnictví.

■ Program WHO „Zdraví pro všechny do roku 2000“

Neobyčejně významným impulsem pro public health, zdravotní politiku i zdraví lidí byl program „Zdraví pro všechny do roku 2000“. V roce 1981 byla publikována jeho celosvětová verze a v roce 1984 evropská varianta [4]. Byly formulovány 3 základní úkoly, a to přidat život létům (podílet se na zlepšení kvality života), přidat zdraví životu (snížit nemocnost) a přidat léta životu (snížit úmrtnost).

Program byl zaměřen na sedm základních oblastí:

- a. **Ekvita** (spravedlnost, slušnost) představuje spravedlivou příležitost pro všechny lidi chránit a zlepšovat své zdraví. Opatření, která usilují o ekvitu, jsou orientována i na zlepšení životních a pracovních podmínek.
- b. **Zájem o etiku** je výrazem skutečnosti, že etické problémy se vyskytují ve všech oblastech zdravotní péče, a zejména pokud jde o rozhodování a řízení.
- c. **Aktivně se účastníci veřejnost** je nezbytnou podmínkou úspěšné realizace programu. Nejde jen o institucionální aktivity, ale o vše, čím lidé mohou přispět jak ke zdraví, tak i ke zlepšení životního prostředí.
- d. **Podpora zdraví a prevence nemocí** je důležitou součástí zdravotní péče. Jde o soustavnou podporu zdravého životního stylu, zlepšení životních podmínek i o potřebnou změnu orientace zdravotnických služeb.
- e. **Základní zdravotní péče** (primary health care) by se měla stát hlavním nástrojem



zdravotnických služeb poskytovaných co nejbližší místům, kde lidé žijí a pracují.

- f. **Meziresortní spolupráce** je potřebným prvkem společné péče o zdraví. Každý resort má vliv na zdraví lidí. Účinnost i hospodárnost opatření lze zvýšit koordinovanou součinností.
- g. **Mezinárodní spolupráce** umožňuje předávat užitečné poznatky i zlepšovat jejich praktické využití.

Dopad programu byl v tehdejší Československu minimální. Politické vedení nemohlo připustit, aby rozvojové směry zdravotnictví přicházely ze Ženevy a Kodaně. Už samotný název programu byl zesměšňován poukazem na to, že není možné, aby do roku 2000 byli všichni zdraví.

To samozřejmě program nesliboval. Slovo „zdraví“ v názvu programu znamenalo, že program je primárně zaměřen na zdraví lidí, nejen na nemoci. Druhá část názvu „pro všechny“ deklarovala přesvědčení, že nikdo nesmí být vyloučen ani diskriminován a že program je skutečně pro všechny. A konečně časové určení „do roku 2000“ tehdy vyjadřovalo, že se jedná o dlouhodobou strategii zamýšlenou na více než dvacetileté období. Zásadní politické změny ve východní Evropě koncem 80. a začátkem 90. let byly provázány velkými nadějemi. Pozoruhodné je například vyjádření J. E. Asvalla, který v předmluvě evropské zdravotní ročenky vydané v roce 1990 napsal [5]: „Rok 1989 byl rokem, v němž se víchr politických změn přehnal Evropou. Je to právě Evropa, kde stará dogmata ustupují realismu, kde mechanismy moci a rozhodování se mění jak uvnitř zemí, tak i mezi nimi, a kde staré předsudky založené na strachu a rovnováze sil jsou překonávány spoluprací a skutečným zájmem o životní prostředí a kvalitu života.“

Politické a ekonomické změny však v 90. letech v ČR neprobíhaly snadno. Zdraví lidí se nestalo prioritou. Ve zdravotnictví se do popředí dostala privatizace, zdravotní pojišťovny, bodový systém, platy zdravotnických pracovníků a deregulace i fragmentace zdravotnického systému. Objevily se i pokusy vydělávat bez zábrán na nemocných, na jejich strachu, obavách i naději a v neposlední řadě i na jejich nevědomosti nabízením neúčinných a drahých přípravků i aktivit (tzv. alternativní medicína a mnohé doplňky stravy).

Rízení jak zdravotnictví, tak i celého systému péče o zdraví dosud nemá v ČR řádný

vědecký základ, který je nezbytným předpokladem kompetentního vedení. Jeho absenci nemohou nahradit příležitostné komise. Neblahým důsledkem podcenění vědeckých poznatků a metod je dominance několika zjednodušujících ekonomických mechanismů, administrativní setrvačnost, občasná bezradnost i smělý voluntarismus některých ambiciózních politiků.

Poslání zdravotnického systému není v tom, aby vydělával na nemocných, ale aby přispíval ke zdraví lidí a ke kvalitě jejich života.

Zkušenost několika desetiletí prokázala, že deregulace, trh ani privatizace všechno nevyřeší, že konkurence nemocnic je problematická a že návaznost, spolupráce i vzájemná pomoc patří k dobrým charakteristikám zdravotnictví.

■ Health promotion

Jedním z realizačních nástrojů programu WHO se stalo **health promotion**, jehož základy byly v mezinárodním měřítku položeny už v roce 1986 na konferenci WHO v Kanadě a formulovány v tzv. Ottawské chartě [4].

Do češtiny se to obvykle překládá jako **podpora zdraví**. Lze připustit, že podpora zdraví přes některé dílčí výsledky nebyla v ČR rozvinuta tak, jak se to podařilo v mnoha dalších evropských zemích.

Za zmínku stojí, že anglické slovo „promotion“ je poměrně silné a znamená povýšení, povznesení i podpoření. Ve spojení se zdravím by to znamenalo zlepšení, posílení, upevnění, rozvoj, zdokonalení, pozvednutí na vyšší úroveň. Slovo podpora je poměrně slabé a připomíná spojení „sociální podpora“. Health promotion staví na pochopení hodnoty zdraví a pojímá zdraví jako významnou společenskou prioritu i jako potřebnou investici.

Health promotion se hlásí zejména k těmto úkolům:

- a. tvořit a realizovat zdravotní politiku (build healthy public policy);
- b. vytvářet příznivé a vstřícné životní prostředí (create supportive environment);
- c. zvýšit společenskou aktivitu (strengthen community actions);
- d. rozvíjet osobní schopnosti (develop personal skills);
- e. nově orientovat zdravotnické služby (re-orient health services).

■ Program WHO „Zdraví 21“

Na základě získaných zkušeností připravila WHO další program formulující 21 úkolů pro 21. století. Program byl anglicky publikován v roce 1998, česky v roce 2003. Při jeho přípravě byl důsledně uplatněn vědecký systémový přístup vycházející z věrohodných dat a odborných analýz. Byly využity i údaje ze studií orientovaných na sociální problematiku, poukazující na zdravotní rizika chudoby a na potřebu sociální ochrany.

Ve Finsku se podařilo program plně využít a připravit na základě celonárodní diskuse **Národní zdravotní program, který byl schválen parlamentem.** Současně byly za pomoci expertů SZO identifikovány hlavní realizační problémy: malé finanční zdroje, nedostatečně rozvinutá meziresortní spolupráce, malá účast občanské veřejnosti a podcenění role médií.

V České republice se však nepodařilo zmíněný program konkretizovat a realizovat v potřebném rozsahu. Program našel jen částečné uplatnění v hygienické oblasti. Zcela byly pominuty cíle a úkoly programu týkající se financování zdravotnictví, činnosti a návaznosti ambulantní a nemocniční péče, ekonomie zdravotnictví a zdravotnické legislativy.

Ukázalo se, jak nesnadné je překonat neblahé dědictví politického řízení, které se na jedné straně opíralo o proklamace uváděné ve volebním a vládním programu a na druhé straně se zabývalo převážně těmi problémy, které v důsledku podcenění programové činnosti a koncepční práce narostly tak, že jejich řešení nebylo možné dál odkládat.

■ Střípky naděje pro další rozvoj public health

S každým dalším programem WHO se zvyšuje naděje, že podstatu široce pojaté péče o zdraví pochopí rostoucí počet lidí. To, co se jen klopotně prosazuje na centrální úrovni, se zřejmě dříve podaří vysvětlit lidem. V ekologické oblasti se už uplatňuje obecný zájem a lidé si uvědomují potřebu péče o zdravou krajinu i široce pojaté životní prostředí, a to nejen v obecné rovině, ale i v místě, kde žijí. Snad to tak jednou bude i v oblasti zdraví lidí. To se ostatně stalo záměrem i dalšího programu WHO.

■ Program WHO Zdraví 2020

Členské země Evropského regionu WHO vyslovily v roce 2010 požadavek, aby pro-



gramová činnost byla dále aktualizována, konkretizována a doplněna. Nový program byl schválen v roce 2012 a stal se oficiální evropskou zdravotní politikou.

Tento program má dva základní cíle [4]:

- zlepšit zdraví obyvatel a snížit nerovnosti v oblasti zdraví;
- posílit roli veřejné správy v oblasti zdraví a přizvat k řízení a rozhodování všechny komponenty společnosti, sociální skupiny i jednotlivce.

Začátek realizace programu v ČR byl slibný, i když opět nebyl pojat jako program vládní, na němž by se koordinovaně podílely všechny resorty. Program byl přeložen a doplněn dalšími aktuálními materiály. Byly ustaveny komise pro jednotlivé oblasti programu.

Znovu se však potvrdilo, že to, zda bere vláda a ministerstvo zdravotnictví takový program vážně, se nepozná podle počtu stránek v barevných publikacích vytištěných na pěkném papíře ani podle počtu dobře míněných plánů a dalších koncepčních materiálů, ale podle skutečné podpory institucionální, personální a finanční.

Několik oblastí se však přece jen podařilo posunout o krůček dál. Za zmínku rozhodně stojí oblast zdravotní gramotnosti.

■ Zdravotní gramotnost (health literacy)

Ustavení ministerské pracovní skupiny pro zdravotní gramotnost vyústilo v založení Ústavu pro zdravotní gramotnost (www.uzg.cz), přispělo ke zhodnocení úrovně zdravotní gramotnosti v ČR mezinárodně přijatou metodikou [6], ke svolání 1. Národní konference o zdravotní gramotnosti a k úspěšné přípravě 1. česko-rakouského kolokvia „Zdravotní gramotnost a zdravotní politika“. Materiály z uvedených akcí jsou k dispozici na stránkách ústavu. Získané zkušenosti byly využity při přípravě Akčního plánu č. 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015–2020.

V tomto stručném sdělení nelze podrobněji vyložit celou problematiku zdravotní gramotnosti. Proto půjde jen o několik zjednodušených poznámek.

V odborné literatuře existuje mnoho definic [7, 8]. Obecně je za zdravotní gramotnost považována schopnost získávat zdravotní informace, porozumět jim, pochopit jejich význam a využívat je. Zdravotní gramotnost lze definovat i jako **schopnost přijímat správná rozhodnutí mající vztah ke zdraví**

v kontextu každodenního života – doma, ve společnosti, na pracovišti, ve zdravotnických zařízeních, v obchodě i politice. Je to důležitá metoda zvyšující vliv lidí na své vlastní zdraví a posilující jejich schopnost získávat a využívat informace i přijímat a nést svůj osobní díl odpovědnosti.

Někdy se rozlišuje zdravotní gramotnost **funkční** (spočívající na informacích a znalostech), **interaktivní** (založená na schopnosti lidí jednat samostatně) a **kritická – tvůrčí** (jde o schopnost lidí se aktivně zapojovat do vytváření zdravotně příznivého životního prostředí).

To, že nestačí pouhé informace, lze ilustrovat na jednoduchém příkladu. V ČR snad neexistuje kuřák, který by nevěděl, že kouření škodí zdraví, a přesto je kouření u nás dosud nevládnutým a závažným zdravotně rizikovým faktorem.

Neadekvátní a neuspokojivá zdravotní gramotnost byla zjištěna u téměř 60 % obyvatel ČR [6]. Mnoho vědeckých studií dokládá, že nízká zdravotní gramotnost významně ohrožuje zdraví, je příčinou plýtvání vzácnými zdroji a je závažnou překážkou potřebného rozvoje. O malé zdravotní gramotnosti v ČR svědčí mimo jiné i poměrně nízká proočkovanost proti COVID-19.

Nízká zdravotní gramotnost ve svém důsledku devastuje systém péče o zdraví, degraduje úsilí zdravotnických pracovníků a výrazně omezuje snahu všech společenských struktur zlepšit zdraví lidí.

Dobrou zdravotní gramotnost můžeme považovat za cennou součást **kulturní imunity**, která umožňuje společnosti úspěšně zvládat zdravotní problémy.

Naléhavě potřebujeme zdravotně gramotné lékaře a další zdravotnické pracovníky, učitele, děti a celou odbornou i širokou občanskou veřejnost. Potřebujeme i zdravotně gramotné politiky, ale to nestačí. Potřebujeme i zdravotně gramotné občany, kteří je budou volit.

Jsme na začátku podstatných a dlouhodobých změn v péči o zdraví. Mnohé západní a severní země jsou mnohem dál, a proto je žádoucí se průběžně seznamovat s jejich zkušenostmi.

Obecně se dá dosavadní vývoj v zemích s dobrou úrovní zdraví lidí shrnout do tří základních bodů:

- a. rozšíření oblasti působnosti péče o zdraví;
- b. nové formy řízení v nových oblastech péče o zdraví;

- c. nové formy vedení a koordinace rostoucího počtu partnerů usilujících o lepší zdraví.

Jakkoli jsou tyto nové přístupy nesmírně potřebné, hodně závažných úkolů připadá na samotný resort zdravotnictví. Zejména jde o důslednou podporu rozvoje primární péče (včetně rozšíření kompetencí praktických lékařů), zdravotní výchovy (jejího plného institucionálního zajištění jak v centru, tak i v regionech) a public health (veřejného zdravotnictví) v jeho plném rozsahu.

Nezbývá však než připustit, že v tomto ohledu dosud přetrvávají mnohé neblahé rozdíly mezi bývalým západním a východním evropským blokem. Minulost východní Evropy bude mít zřejmě ještě dlouhou budoucnost.

Pro zdraví lidí je velmi důležité hodnotové zakotvení celé společnosti. O budoucím vzestupu či úpadku společnosti i o jejím zdraví rozhoduje nejen zásoba vzdělanosti nakuulovaná předchozími generacemi, ale také stav žité morálky, vzájemné důvěry a sociability nás všech. Pokud by lidé žili v nezdavých vztazích a v nezdravé společnosti, pak žádné pilulky, injekce ani operace jim zdraví nezajistí. Zdraví není jen bezchybná činnost a souhra jednotlivých lidských orgánů. Je to i soužití lidí a souhvězdí mnoha humánních individuálních a sociálních hodnot, jako je důstojnost, slušnost, svoboda, spravedlnost a důvěryhodnost.

Mělo by jít o zásadní změnu v chápání významu zdraví a v pojetí sdílené odpovědnosti jedince i společnosti za všechna rozhodnutí a aktivity, které zdraví ovlivňují. Je nezbytná nová zdravotní politika kladoucí důraz na odpovídající výzkum, vzdělávání a odbornou přípravu v oblasti public health a navozující výraznou změnu ve strategii péče o zdraví založenou na aktivitě široké občanské veřejnosti.

Počty nemocných a zemřelých na COVID-19 jsou alarmující. Neměli bychom ale zapomínat, že více než 80 % úmrtí v Evropě připadá na chronické neinfekční nemoci, z nichž mnohým by bylo možné díky dosavadním znalostem předejít.

Asi by bylo pošetilé dávat v tomto stručném sdělení nějaký podrobný návod, nebo dokonce pokyny. Politická, sociální i ekonomická situace se poměrně rychle vyvíjí, střídání vlád v důsledku demokratických voleb někdy mění pojetí rovnováhy mezi rolí a odpovědností jedince, rodin, sociálních skupin a dalších společenských struktur.



Programy WHO představují obrovskou pomoc pro snahu o novou orientaci péče o zdraví. Zdejší problémy ale WHO nevyřeší. Ty bude nezbytné zvládnout tady. Slibnou cestu ukazují některé nové strategické a programové materiály. Ale nebudou to ty papíry (popsané dobře míněnými záměry), které přinesou změnu. Budou to vynaložené peníze, moderně pojatá institucionální základna oboru public health a kritické tvůrčí myšlení, které umožní výstižně a skutečně realisticky charakterizovat současný stav, se znalostí věci poukázat na hlavní problémy, zvážit nástroje potřebné k žádoucí změně a stanovit reálné cíle. O konečných výsledcích rozhodnou hlavy a ruce těch, kteří pochopí hodnotu zdraví a dokáží udělat pro zdraví lidí něco užitečného. Konec konců bude hodně záviset na těch mnohdy neznámých lidech, kteří třeba i navzdory poměrům odvedou dobrou práci a uvědomí si, že má-li být domov, ve kterém žijí, dobrým místem pro život a bezpečným místem pro zdraví i budoucnost jejich dětí,

je dobré udělat něco pro zdraví, třeba i něco malého a pomíjivého, něco, co se ve svém důsledku stane malou kapkou ve společné řece ukazující cestu ke zdraví.

■ Literatura

1. Detels R, Gulliford M, Karim QA (eds.) et al. Oxford Textbook of Global Public Health. 6. vyd. Oxford: Oxford University Press, 2015, 1679 s.
2. Pelc H. Sociální lékařství. Praha: Melantrich, 1937, 420 s.
3. Wilkinson R, Marmot M (eds.). Social Determinants of Health – the Solid Facts. WHO, 1998, 32 s.
4. Čeledová L, Holčík J a kol. Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví. Praha: Karolinum, 2017, 204 s.
5. Holčík J, Žáček A, Koupilová I. Sociální lékařství. Brno: MU, 1998, 138 s.
6. Kučera Z, Pelikan J, Šteflová A. Zdravotní gramotnost obyvatel ČR – výsledky komparativního reprezentativního šetření. Čas. Lék. čes. 2016;155:233–241.

7. Holčík J. Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost. Brno: MU, 2010, 294 s.
8. Kickbusch I, Pelican JM, Apfel F (eds.) et al. Health literacy – The solid facts. WHO, Regional Office for Europe, 2013, 73 s. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf.

Prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc.

Po maturitě v Brně vystudoval Lékařskou fakultu Masarykovy univerzity (1961–1967). Po promoci nastoupil na Katedru sociálního lékařství téže fakulty. Studoval i v zahraničí v letech 1979 (The London School of Hygiene and Tropical Medicine), 1988 (WHO, Kodaň) a 1992 (Hasting Center, New York). Přednášel v kurzech pro řídící zdravotnické pracovníky v Utrechtu a Innsbrucku (1993–2001). Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví Lékařské fakulty Masarykovy univerzity vedl v letech 1983–2013. Publikoval více než 300 vědeckých a odborných prací a 4 monografie. Je členem České lékařské akademie.

Rakousko má naočkováno 43 % školáků nad 12 let, Česko zaostává

Plných 43 % školáků starších 12 let je v Rakousku naočkováno vakcínou proti koronaviru, oznámil ve čtvrtek ministr školství Heinz Faßmann (ÖVP). V případě učitelů je to dokonce 84 %. Od začátku školního roku bylo v zemi provedeno téměř šest milionů PCR testů a deset milionů antigenních testů, napsal server deníku Krone.

S vývojem očkovaní je Faßmann spokojený: „Školy zůstanou otevřené, o to se postaráme,“ řekl ministr.

V současné době je v Rakousku uzavřena jedna škola. V karanténě je momentálně 107 tříd z celkového počtu 58 tisíc.

Školy jsou v třístuňovém bezpečnostním plánu. Znamená to, že ti školáci, kteří nejsou očkovaní, se musejí testovat třikrát týdně a mimo třídu musejí nosit roušky.

V prvních sedmi týdnech školní docházky bylo provedeno 4,8 milionu PCR testů. Do středy bylo odhaleno 4 100 nakažených. Na deset milionů provedených antigenních testů připadlo 6 000 podezřelých případů.

Ke 30. září bylo v Rakousku také naočkováno 84 procent rakouských učitelů. Ve spolkové zemi Burgenland má už vakcínu většina učitelů. Faßmann je podle svých slov obzvláště potěšen tím, že deficit v očkovaní dohnali učitelé základních škol.

Nejvíce očkovaných učitelů mají ve spolkové zemi Burgenland (89 %), nejnižší proočkovanost má Salcbursko (79 %). Od listopadu mohou učitelé dostávat třetí, posilující dávku vakcíny.

Podobně jako je tomu v jiných zemích, bojuje i Rakousko s mýty a dezinformacemi kolem očkovaní. Ve snaze zabránit nepravdivým

informacím spustí se v zemi podle ministra školství akce s názvem „Prolomit vlnu“ (Breaking the wave). Během online schůzek, jež by se měly konat také v turečtině, bosenštině, arabském jazyce a perštině, by si rodiče, studenti, učitelé a správci škol měli mít možnost vyměňovat názory na očkovaní s odborníky z oblasti vědy a medicíny.

ČR výrazně zaostává

K 21. říjnu bylo vykázáno očkovaní alespoň jednou dávkou u 153 tisíc osob ve věku 12 až 15 let, což představuje cca 33,5 procenta všech osob této kategorie. Ukončené očkovaní má 143 627, tedy 31,5 procenta.

Dalších 3956 osob (0,9 %) má rezervaci termínu očkovaní a 4 358 osob je registrováno a čeká na termín očkovaní, celkem se účastní očkovaní 160 560 osob (35,2 %) v této věkové skupině.

Kolik učitelů a školských pracovníků je naočkováno, není na rozdíl od Rakouska jasné. Podle ředitele Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) Ladislava Duška, jehož instituce zpracovává zdravotnická data, se přibližně od dubna údaje o zaměstnání očkovaných nesbírají. „Nemáme na to právo,“ doplnil.

Údaje přímo od škol může mít ministerstvo školství, jeho mluvčí Aneta Lednová ale na dotaz ohledně počtu naočkovaných učitelů pouze odkázala na resort zdravotnictví s odůvodněním, že se jedná o zdravotnické téma.

Zdroj: novinky.cz, 22. 10. 2021



Vzácná intrakraniální komplikace akutního hnisavého středoušního zánětu – otický hydrocefalus (kazuistika)

MUDr. Anna Švejsová¹, MUDr. Jan Mejzlík, Ph.D.^{1,3}, MUDr. Michal Homoláč¹,
MUDr. Lukáš Školoudík, Ph.D.^{1,3}, MUDr. Jana Dědková²,
prof. MUDr. Viktor Chrobok, CSc. Ph.D.^{1,3}

¹ Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Fakultní nemocnice Hradec Králové; ² Radiologická klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové; ³ Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové

Otický hydrocefalus patří mezi vzácné intrakraniální komplikace akutního hnisavého středoušního zánětu u dětí. Mezi klinickými symptomy dominuje ranní nauzea a zvracení, bolesti hlavy, zhoršení zraku v důsledku otoku papily zrakového nervu a diplopie při obrně okohybných nervů. Patogeneticky jde o komplikaci akutní mastoiditidy s trombózou esovitěho splavu, která má za následek poruchu odtoku krve z nitrolebí, a tím zvýšení intrakraniálního tlaku. Mezi zobrazovací metody volby patří MRI vyšetření hlavy po intravenózní aplikaci kontrastní látky a HRCT k detailní vizualizaci rozsahu destrukce kostěných struktur spánkové kosti, definitivní potvrzení diagnózy přináší lumbální punkce, kdy je zvýšený otevírací tlak mozkomíšního moku. Terapie je zaměřena na snížení intrakraniálního tlaku, sanaci středoušního zánětu, systémovou antibiotickou a antikoagulační terapii. Otický hydrocefalus může mít vážné následky až fatální průběh. Jeho léčba vyžaduje mezioborový přístup. Uvádíme 2 kazuistiky, 4letého chlapce a 6leté dívky, kteří byli vyšetřováni pro diplopii a poruchu okohybných nervů po prodělané otogenní meningitidě a následně u nich byl diagnostikován otický hydrocefalus.

Klíčová slova: akutní středoušní zánět, nauzea, bolest hlavy, edém papily zrakového nervu, diplopie, otický hydrocefalus

■ Úvod

Zánětlivý proces se ve spánkové kosti může šířit per continuitatem, hematogenně nebo vzácně lymfogenně. Komplikace akutního hnisavého středoušního zánětu – otitis media acuta (OMA) rozdělujeme podle lokality jejich výskytu na intratemporální, extratemporální a intrakraniální. Ve vztahu k tvrdé pleně mozkové intrakraniální komplikace dále dělíme na komplikace I. a II. fáze (tab. 1).

Intratemporální a extratemporální komplikace

Mezi nejčastější zánětlivé komplikace OMA v dětském věku patří akutní mastoiditida, při které hnisavá infekce proniká z bubínkové dutiny do antrum mastoideum a dále do mastoidních sklípků a vede k destrukci meziklípčových sept. U dětí do jednoho roku věku nebývá mastoidní pneumatizace plně vyvinuta, a proto hnisavý proces postihuje především antrum mastoideum. Při neléčení proniká infekce mastoidními sklípkami a postihuje nejprve sliznici, teprve za 1–2 týdny trvání zánětu může dojít k poškození kosti, tzv.

ostitidě nebo osteomyelitidě. Pokud infekce pronikne píštělí per continuitatem na povrch mastoidu, rozvine se subperiostální absces. Mastoiditidu s destrukcí kosti (s ostitidou) léčíme chirurgicky – antromastoidektomií a antibiotiky. Při průniku toxoinfekčního exsudátu přes oválné nebo okrouhlé okénko může dojít ke vzniku serózní či hnisavé labyrinthitidy projevující se závratěmi a/nebo percepční poruchou sluchu. K labyrinthitidě může také dojít retrográdně, při purulentní meningitidě, přes ductus endolymphaticus. Intratemporální komplikace jsou také paréza lícního nervu nebo přechod infekce do hrotu petrozní kosti, tzv. petrositida. Při šíření infekce z mastoidního hrotu na krk pod bazi lební dochází ke vzniku extratemporálních komplikací, z nichž nejčastější jsou tzv. Bezoldův (laterálně od m. digastricus) a Moutetův absces (mediálně od m. digastricus) (9). Vzácnou komplikací je také osteomyelitida lební baze (13).

Intrakraniální komplikace

Intrakraniální komplikace I. fáze popisují patologie postihující struktury zevně od tvrdé pleny mozkové, patří mezi ně ohraničená pachymeningitida, periflebitida esovitěho splavu, epidurální a perisinuózní absces. Komplikace II. fáze vznikají při průchodu

infekce přes tvrdou plenu mozkovou – trombóza a tromboflebitida nitrolebních splavů, hnisavá leptomeningitida, subdurální empyém, mozkový a mozečkový absces. Trombóza nitrolebních splavů může dále vést ke vzniku otického hydrocefalu (OH). Otický hydrocefalus je v současnosti vzácnou intrakraniální komplikací OMA především u dětí, ke snížení incidence vedlo, stejně jako u ostatních komplikací OMA, zavedení antibiotické terapie. Literatura uvádí snížení incidence extrakraniálních i intrakraniálních komplikací OMA ze 17 % na 1 % (8). Jsou popsány také případy otického hydrocefalu jako komplikace chronického středoušního zánětu dospělých (2).

V následujících dvou kazuistikách dětí, 4letého chlapce a 6leté dívky, uvádíme klinický obraz, diagnostický postup a terapii této vzácné komplikace.

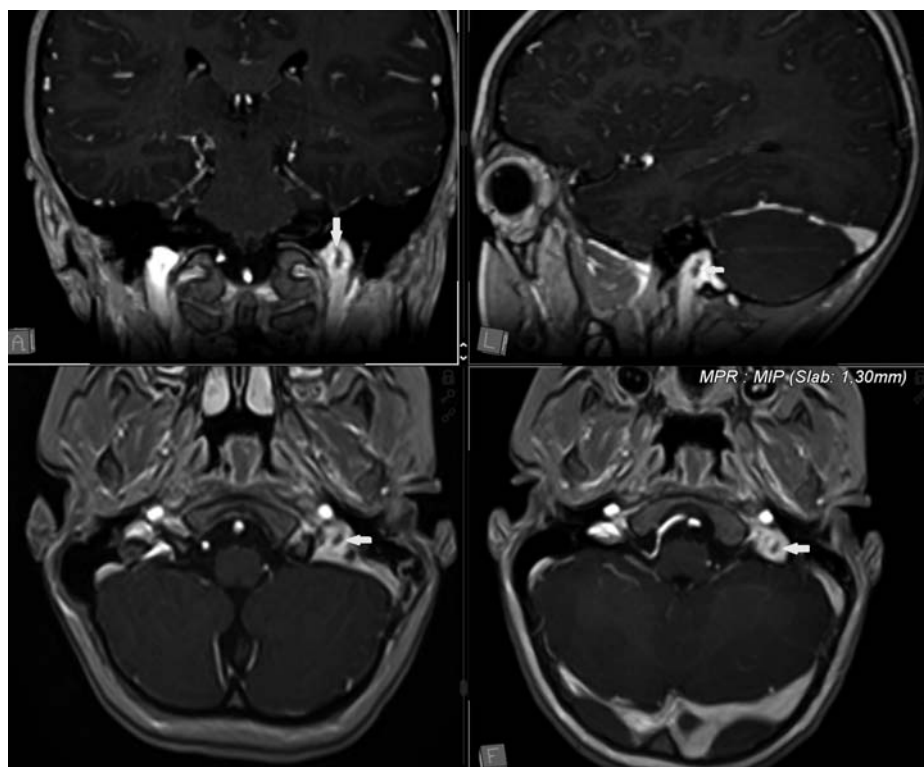
■ Kazuistika 1

Na spádovém dětském pracovišti byl vyšetřován 4letý chlapec, anamnesticky 4 týdny po léčbě pneumokokové meningitidy, pro náhlé zhoršení zraku na pravém oku a pravostrannou tortikolis s bolestí hlavy. Pacient doma po přeléčení hnisavé meningitidy opakovaně zvracel, míval bolesti



Tab. 1 Komplikace středoušního zánětu – rozdělení

Komplikace středoušního zánětu			
Intratemporální	Extratemporální	Intrakraniální I. fáze	Intrakraniální II. fáze
akutní mastoiditida	Bezoldův absces	ohraničená pachymenigitida	hnisavá leptomeningitida
sensorineurální porucha sluchu	Mouretův absces	periflebitida esovitěho splavu	mozkový a mozečkový absces
hnisavá labyrinthitida	subperiostální absces	epidurální a perisinuosní absces	tromboflebitida nitrolebních splavů → otický hydrocefalus
obrna lícního nervu			subdurální empyém
absces hrotu pyramidy (spánkové kosti) / petrositida			

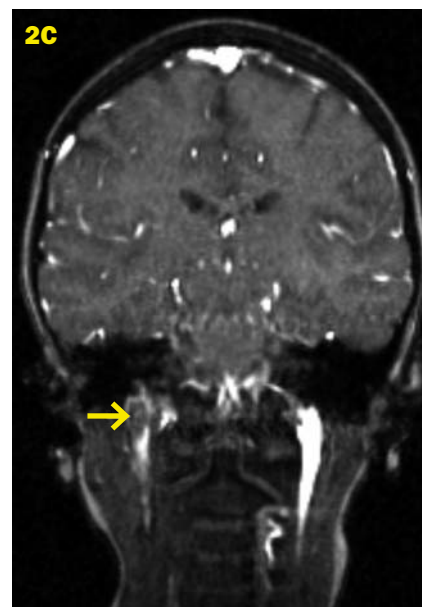
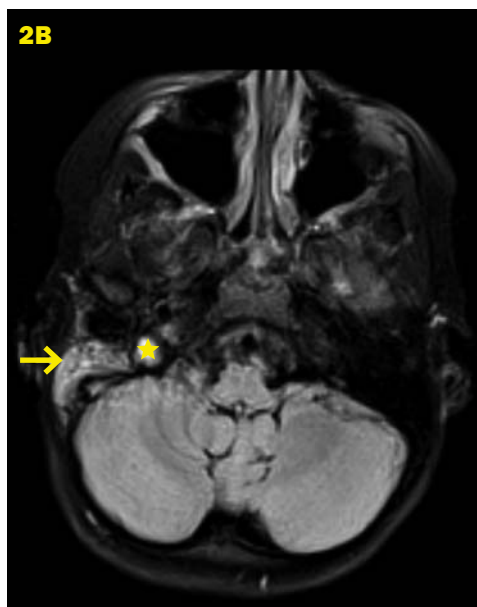
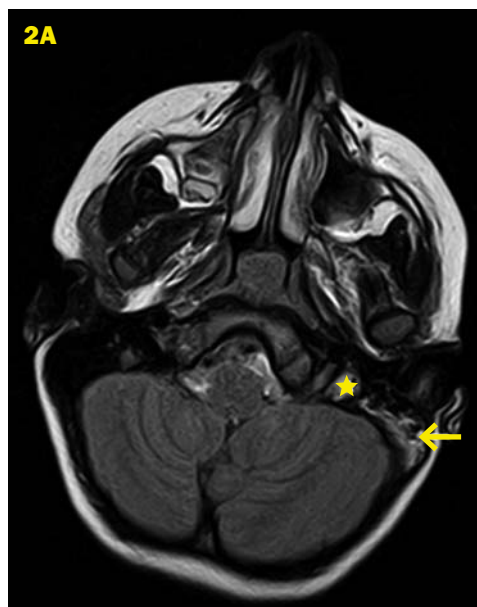


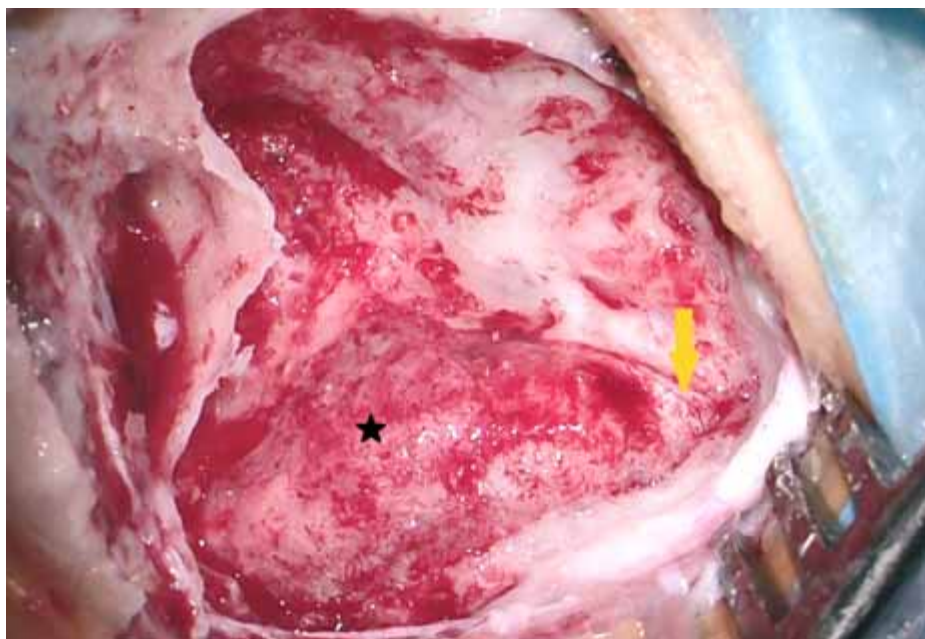
Obr. 1 Kazuistika 1 – MRI, T1 vážená sekvence, po aplikaci kontrastní látky intravenózně s potlačením tuku, předoperačně, obtékaný defekt v bulbu v. jugularis interna vlevo

Obr. 2A Kazuistika 1 – MRI, FLAIR, předoperačně, měkkotkáňová masa v bulbu v. jugularis interna vlevo (hvězdička), infiltrace mastoidních sklípků v okolí esovitěho splavu vlevo (šipka).

Obr. 2B Kazuistika 2 – MRI, FLAIR, předoperačně, měkkotkáňová masa v bulbus jugularis vpravo (hvězdička), infiltrace mastoidních sklípků (šipka).

Obr. 2C Kazuistika 2 – MRI, TOF 2D sekvence koronární rovina subkompletní defekt toku v bulbu v. jugularis interna (šipka).





Obr. 3 Kazuistika 1 – Peroperační nálezy: antromastoidektomie vlevo, patrná zadní stěna zvukovodu (1), sinodurální (Citelliho) úhel (2), aditus ad antrum mastoideum (3), skeletizace střední jámy lebni (4), skeletizace esovitého splavu – periflebitida s granulacemi na stěně splavu (hvězdička), kranálníneklidná, bělavě prosvítající stěna splavu (šipka)

hlavy, které se objevovaly především po probuzení. Občas pociťoval i motání hlavy, zvýšenou teplotu neměl. Symptomy byly nejprve hodnoceny jako možný postpunkční syndrom po lumbální punkci, která byla provedena v rámci hospitalizace při léčbě meningitidy. Při přetrvávání symptomů bylo doplněno oční vyšetření, které ukázalo oboustranně edém papily zrakového nervu s dilatací venózního řečiště. Neurologické vyšetření prokázalo lézi n. abducens vlevo a inkompletní lézi n. oculomotorius vpravo. Na základě klinického vyšetření bylo indikováno zobrazovací vyšetření hlavy pomocí magnetické rezonance (MRI), které ukázalo mastoidní sklípky se zahuštěným tekutinovým obsahem, parciální trombózu bulbu v. jugularis interna vlevo – obtékaný defekt v náplni splavu (obr. 1), infiltraci stěny eso-vitého splavu (periflebitidu) a tkáně v okolí splavu (obr. 2A) a nespecifická mnohočetná ložiska v bílé hmotě frontálně a parietálně, hodnocená jako parainfekční. V laboratoři byla mírná leukocytóza, koagulační parametry – APTT a INR byly v normě, D-dimery byly negativní (0,06 mg/l) a CRP nízké. Stav byl hodnocen jako komplikace akutního středoušního zánětu – akutní mastoiditida s trombózou bulbu v. jugularis interna. Byla zahájena intravenózní antibiotická terapie cefalosporinem III. generace (ceftriaxon 2 g 1× za den) a antikoagulační terapie nízkomolekulárním heparinem (enoxaparine 2000 IU 2× denně). V celkové anestezii byla provedena paracentéza, bez nálezu hnisavého sekretu, antromastoidektomie vlevo

s nálezem subakutní mastoiditidy – místy byla patrná změkklá kost sklípků a granulace sliznice středouší. Snesení kosti nad sinus sigmoideus vlevo prokázalo periflebitidu (obr. 3), avšak bez nálezu perisinuózního abscesu. Odebraná kultivace ze středouší byla negativní, pouze s nálezem koaguláza negativních stafylokoků po pomnožení. Dle kultivace z lumbální punkce byla meningitida pneumokokové etiologie, negativní kulturační nález přikládáme tomu, že pacient byl již po antibiotické terapii.

Za hospitalizace bylo dále doplněno hematologické vyšetření k vyloučení vrozené trombofilie, ta se však nepotvrdila, a trombóza splavu tak byla vyhodnocena jako parainfekční při purulentní meningitidě a současné kortikosteroidní léčbě. Pacient nejprve užíval nízkomolekulární heparin – enoxaparin 2 000 IU 2× denně; postupně byl převeden na warfarin, který následně užíval 4 měsíce. Průběžně probíhaly kontroly očního pozadí, při kterých postupně docházelo k ústupu edému papil zrakových nervů a plně se obnovila funkce okohybných svalů. S odstupem 3 týdnů po operaci bylo provedeno kontrolní MRI vyšetření hlavy, kde došlo k významné regresi intrakraniálních komplikací při základní diagnóze OMA (parciální trombózy bulbu v. jugularis interna a periflebitidy esovitého splavu vlevo). Následně byla ukončena antibiotická terapie a chlapec byl propuštěn domů.

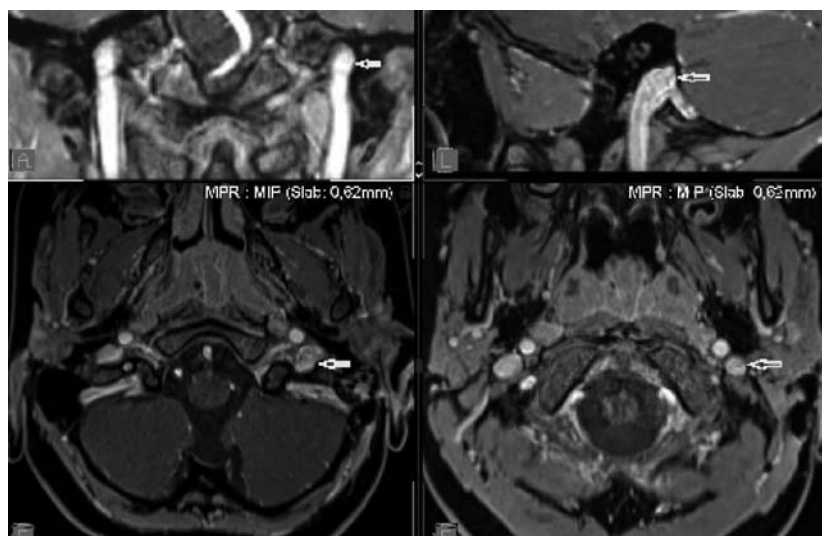
Plánovaně bylo za 3 měsíce po operaci provedeno další kontrolní MRI vyšetření spánkových kostí, kde došlo již k úplné regresi

trombózy jugulárního bulbu vlevo (obr. 4) a normalizaci nálezu v oblasti spánkové kosti vlevo (obr. 5). Při prokázané rekanalizaci splavu vlevo byl následně vysazen warfarin.

Pacient byl při kontrole s odstupem 6 měsíců po operaci a primární hospitalizaci bez obtíží, sluch (audiologicky a tympanometrie) a funkce okohybných nervů byla v normě, a mohl tak být vyřazen z další dispenzarizace.

■ Kazuistika 2

Dívka (6 let) byla vyšetřována pro dvojité vidění a konvergentní strabismus po prodělané recidivě OMA vpravo. Anamnesticky 4 týdny před vznikem strabismu prodělala OMA, pro kterou byla přeléčena antibiotiky, následně došlo k recidivě OMA, při které se také objevily nauzea se zvracením, horečky až 39 °C a bolesti čela. Opět byla přeléčena antibiotiky s následným zlepšením lokálního nálezu, avšak s přetrvávajícími bolestmi hlavy. Dívka byla přijata k hospitalizaci, bylo doplněno oční vyšetření s nálezem městnavé papily na očním pozadí, neurologické vyšetření prokázalo poruchu n. abducens vpravo. Dále byla doplněna zobrazovací vyšetření, dle MRI mozku s intravenózní aplikací kontrastní látky byla patrná parciální trombóza esovitého splavu vpravo a subkompletní (90 %) trombóza bulbu v. jugularis interna vpravo (obr. 2B, 2C). Na HRCT vyšetření spánkových kostí byla vpravo zobrazena kompletně vyplněná bubínková dutina a mastoidní sklípky se ztluštělou



Obr. 4 Kazuistika 1 – MRI, T1 vážená sekvence, po aplikaci kontrastní látky intravenózně s potlačením tuku, pooperačně, rekanalizace bulbu v. jugularis interna vlevo, v náplni již není patrný defekt



Obr. 5 Kazuistika 1 – MRI, FLAIR, pooperačně, rekanalizace bulbu v. jugularis interna vlevo (hvězdička), pooperační změny ve středoušní dutině (šipka)

sliznicí, destrukce jemných kostěných sept a osteolýza laterální stěny esovitého splavu. Vstupní laboratoř byla bez elevace zánětlivých markerů – bez leukocytózy a s nízkou hladinou CRP (0,5 mg/l), koagulační parametry APTT a INR v normě, avšak byla potvrzena pozitivita D-dimerů (0,72 mg/l). Byla zahájena intravenózní antibiotická terapie ve dvojkombinaci (cefotaxime 750 mg 3× denně a amoxicilin/klavulanát 685 mg 2× denně) a antikoagulační terapie nízkomolekulárním heparinem (nadroparin 2 850 IU 2× denně).

V celkové anestezii byla provedena paracentéza s nálezem malého množství serózní sekrece, antromastoidektomie vpravo s nálezem granulační tkáně středouší a změkklá dehiscentní kost nad laterální stěnou esovitého splavu. Kultivace nebyla odebrána. Celková doba antibiotické terapie byla 2 týdny. V průběhu několika dní došlo k vymizení diplopie a ústupu edému papily zrakového nervu. Hematologické vyšetření ani u této dívky neprokázalo vrozenou trombofilii, před dimisí byla dívka převedena na warfarin, který užívala po dobu 3 měsíců do kontrolního MRI zobrazení, dle kterého došlo ke kompletní rekanalizaci esovitého splavu. Kontrolní oční vyšetření prokázalo plnou úpravu funkce okohybných svalů, audiologické vyšetření 1 měsíc po operaci s lehkou převodní nedoslýchavostí vpravo, následně byla dívka vyřazena z naší dispenzarizace a předána do spádu, předpokládáme plnou úpravu sluchu.

■ Diskuse

V kazuistikách uvádíme příklad vzácné intrakraniální komplikace akutního hnisavého středoušního zánětu u dětí. Otický hydrocefalus se projevuje typicky poruchou zraku v důsledku edému papily zrakového nervu, diplopií při obrně okohybných nervů, bolestmi hlavy po probuzení, nauzeou a zvracením (11). Patogeneticky se předpokládá zvýšení intrakraniálního tlaku v důsledku trombózy splavů, které vede k intrakraniální hypertenzi, zároveň je negativní nález v mozkomíšním moku.

Otický hydrocefalus je v podstatě komplikací z komplikace OMA, kdy zánět při akutní mastoiditidě (intratemporální komplikace OMA) přechází na splavy nejprve jako periflebitida (intrakraniální komplikace I. fáze) a následně dochází k trombóze splavů (intrakraniální komplikace II. fáze) (3, 5, 9, 12). Ke zvýšení intrakraniálního tlaku dochází i při nekompletním uzávěru splavů, protože přítomnost trombu vede pravděpodobně i k poruše funkce Pacchionských granulací (10). Ne každá trombóza splavu vede však k rozvoji otického hydrocefalu, zda k tomu dojde, ovlivňuje také to, zda je postižen dominantní splav, a dále variabilita uspořádání žilního systému hlavy a krku (1).

K diagnostice využíváme zobrazovací vyšetření – MRI hlavy s intravenózní aplikací kontrastní látky a HRCT spánkových kostí (HRCT se od standartních CT skenů liší šířkou vrstvy a rekonstrukčním programem, jde o submilimetrové zobrazení s využitím high resolution algoritmu) (9, 12). Při MRI

vyšetření se provádí sekvence T1 po aplikaci kontrastní látky intravenózně s potlačením tuku k průkazu trombózy splavu a mastoiditidy, STIR sekvence ke kvantifikaci rozsahu infiltrativních změn. Definitivní diagnózu potvrdí lumbální punkce a potvrzení zvýšeného nitrolebního tlaku. V případě prvního pacienta byla lumbální punkce provedena při hospitalizaci pro meningitidu a při druhé hospitalizaci jsme ji již neopakovali. V případě druhé pacientky nebyla lumbální punkce indikována, diagnóza otického hydrocefalu byla stanovena na základě symptomatiky, klinického vyšetření, MRI a perioperačního nálezu.

Terapie otického hydrocefalu je založena na sanaci středoušního zánětu, antibiotické a antikoagulační terapii. Sanace středoušního zánětu zahrnuje antromastoidektomii, drenáž perisinuálních abscesů, dříve se prováděla těž trombektomie splavu (9, 11), před incízi splavu se nejprve prováděla punkce splavu k ověření přítomnosti trombu (6). Při výrazné symptomatologii a intrakraniální hypertenzi patří mezi další možnosti terapie zavedení ventrikuloperitoneálního shuntu a dekomprese pochyvy optického nervu (4). Některé práce uvádějí také užívání kortikosteroidů a diuretik (4, 8, 11). Nejčastějšími patogeny bývají streptokoky a stafylokoky (souvisí s nejčastějšími patogeny OMA) (12), v případě akutní mastoiditidy byl dříve často patogenem také H. influenzae, ten však vykazuje nízkou invazivitu do kosti (8). Je mnoho případů s negativní kultivací, to souvisí pravděpodobně



Návrh školačky zpochybňující podmínky návratu do lavic soud smetl ze stolu

Nejvyšší správní soud (NSS) ve středu zamítl návrh na zrušení opatření, jimiž ministerstvo zdravotnictví upravilo návrat dětí do škol po letních prázdninách. Návrh podaný jménem školou povinné dívky poukazoval na údajný bludný kruh omezení a zákazů, z něhož šlo vystoupit pouze za cenu očkování. Soud v podmínkách žádný nátlak neshledal. Poukázal naopak na spekulace a konspirace, které návrh obsahoval.

„NSS neshledal tyto námitky důvodnými, neboť se míjejí s obsahem, smyslem a cílem mimořádného opatření. Navrhovatelka se zjevně snaží brojit proti očkování jako takovému. V napadeném mimořádném opatření však NSS ani při veškeré snaze nedokáže shledat náznak nátlaku na to, aby se navrhovatelka podrobila očkování,“ konstatoval soud.

Ministerstvo koncem srpna stanovilo, že se žáci na začátku školního roku musejí třikrát preventivně otestovat na koronavirus, konkrétně 1., 6. a 9. září, a to buď přímo ve škole, nebo v jiném zařízení. Povinnost nedopadala na očkované školáky ani na děti, které prodělaly laboratorně potvrzený covid-19. Kdo se testování nepodrobil, měl ve škole nosit ochranu dýchacích cest.

„Mimořádné opatření nabízí dostatečně širokou paletu možností pro to, aby děti a žáci mohli zahájit prezenční výuku za pokud možno bezinfekčních podmínek,“ stojí v rozhodnutí NSS.

Řadu námitek obsažených v návrhu označil soud za spekulativní. „Zcela nepodložená a spekulativní až konspirativní jsou pak tvrzení navrhovatelky o tom, že cílem mimořádného opatření je snaha o ekonomické zvýhodnění nijak nekonkretizovaných společností,“ rozhodli soudci. Nepřesvědčila je ani námitka, že očkování neposkytuje stoprocentní ochranu. Podle soudu není účinnost žádných opatření proti covidu-19 absolutní, přičemž očkování je jednou z možností, jak významně snížit riziko nákazy a přenosu infekce.

„Na takovém postupu NSS neshledává nic závadného a konstatuje, že navrhovatelka jej svými značně tendenčními a spíše politickými námitkami relevantním způsobem nezpochybnila,“ rozhodli soudci.

Zdroj: novinky.cz, 20. 10. 2021

s předcházející antibiotickou terapií středoušního zánětu, mohlo by se také jednat o podíl anaerobních bakterií, které nejsou kultivačně zachyceny. To vyžaduje do budoucna používat více senzitivní kultivační metody (8). Tento poznatek se také shoduje s nálezem negativní kultivace v naší první kazuistice, kdy byly přítomné pouze koaguláza negativní stafylokoky po pomnožení (hodnoceno jako kontaminace).

Ačkoliv ani u jednoho z pacientů nebyl prokázán (vrozený) trombofilní stav, je nutné tyto pacienty do budoucna považovat za pacienty náchylné k rozvoji tromboembolické nemoci a přistupovat k preventivním opatřením např. před operacemi a při imobilizaci.

Závěr

Otický hydrocefalus je vzácnou komplikací OMA, která, pokud není včas rozpoznána, může mít vážné až fatální následky – poškození zraku až smrt. Je třeba na ni myslet u dětí se symptomy nitrolební hypertenze (nauzea, zvracení, bolesti hlavy), poruchou zraku (diplopie, strabismus) a OMA v anamnéze. Léčba vyžaduje mezioborový přístup – podílí se na ní pediatr, otorinolaryngolog, neurolog, hematolog a ev. neurochirurg.

Prohlášení o střetu zájmů

Autor práce prohlašuje, že v souvislosti s tématem, vznikem a publikací tohoto článku není ve střetu zájmů a vznik ani publikace článku nebyly podpořeny žádnou farmaceutickou firmou. Prohlášení se týká i všech spoluautorů.

Článek byl zveřejněn se souhlasem autorského kolektivu a redakce časopisu Otorinolaryngologie a foniatrie.

Švejsová A, Mejzlík J, Dědková J, Chrobok V. Otický hydrocefalus – vzácná komplikace akutního středoušního zánětu. Otorinolaryngol Foniatr 2020;56(4):181–184.

Literatura

1. Clemis JD, Jerva MJ. Hydrocephalus following translabyrinthine surgery. J Otolaryngol. 1976;5(4):323–327.
2. Derman A, Krepin K, George A et al. 54-year-old man with headache and change in mental status – case report. Am Journal of Neuroradiology, 2012 May. Dostupné z URL: <http://www.ajnr.org/ajnr-case-collections-diagnosis/otitic-hydrocephalus>.

3. Floriánová L, Šlapák I. Trombóza nitrolebních splavů u dětí jako komplikace akutního zánětu středouší. Otorinolaryngol a Foniatr. 2013;62(2):89–93.
4. Chandrasekhar SS. Otitic Hydrocephalus. In: Kohan D, Heman-Ackah SE, Chandrasekhar SS (eds.). Neurotology. What do I do now? Oxford: Oxford University Press, 2014, s. 217–220.
5. Kabelka M, Hadačová II, Jurovčík M. Ototenní tromboflebitida esovitěho splavu u dětí při akutním zánětu středouší. Otorinolaryngol a Foniatr. 2007;56(2):82–87.
6. Kaplan DM et al. Otogenic lateral sinus thrombosis in children. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 1999;49(3):177–183.
7. Krishnan M et al. Clinical outcomes of intracranial complications secondary to acute mastoiditis: The Alder Hey experience. Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. 2020;128:109675.
8. Kuczkowski J, Dubaniewicz-Wybieralska M, Przewozny T et al. Otitic hydrocephalus associated with lateral sinus thrombosis and acute mastoiditis in children. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2006;70(10):1817–1823.
9. Pellant A, Chrobok V, Pellantová V. Ototenní zánětlivé komplikace. In: Chrobok V, Pellant A, Profant M et al (eds.). Cholesteatom. Medicína hlavy a krku. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2008, s. 184–244.
10. Pfaltz CR, Griesemer C. Complications of acute middle ear infections. Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl. 1984 Jul-Aug;112:133–137.
11. Sadoghi M, Dabirmoghaddam P. Otitic hydrocephalus: case report and literature review. Am J Otolaryngol. 2007;28(3):187–190.
12. Chrobok V, Pellant A, Ehler E, Pokorný K, Šimáková E, Mrklovský M, Němec V. Trombóza esovitěho splavu – současný pohled na diagnostiku a léčbu. Česk Slov Neurol N. 2007;70/103(4):424–428.
13. Mejzlík J, Cerný M, Zeineroval L, Dědková J, Kopriva J, Zadrobilek K, Adamkov J, Chrobok V, Pellantová V. The routes of infection spread in central skull-base osteomyelitis and the diagnostic role of CT and MRI scans. BMC Med Imaging. 2019;19(1):60.
14. Švejsová A, Mejzlík J, Dědková J, Chrobok V. Otický hydrocefalus – vzácná komplikace akutního středoušního zánětu. Otorinolaryngol Foniatr. 2020;56(4):181–184.



Jak na obouvání dětí z pohledu fyzioterapeuta

Mgr. Zuzana Rybová

Revitea Team s.r.o., Praha 4

Ve své ordinaci dětského fyzioterapeuta často slyším dotazy ohledně obouvání dětí. Dnešní rodiče jsou již poučení, jak důležitý je výběr bot zejména v prvních letech života dítěte. Nicméně se setkávají s protichůdnými názory, jak by takové zdravé obouvání mělo vypadat. A je to pochopitelné, protože se na tomto tématu neshodnou ani odborníci. V následujícím článku přináším názor, který vychází z funkčního pohledu na pohybový aparát a zohledňuje přirozený vývoj nohy.

Informace z lidské nohy jsou velmi významným vstupem do CNS. Je důležité si uvědomit, že noha, která začíná chodit, se výrazně vyvíjí a také se prostřednictvím nových zkušeností učí. Učí se číst terén, po kterém kráčí, a reagovat na něj. Zároveň tím trénuje nastavení svých jednotlivých struktur v určitých fázích odrazu či došlapu a také například to, nakolik se musí zpevnit, aby dítě v nerovném terénu neupadlo. Zjednodušeně lze říct, že každým krokem dítě aktivuje potřebné svaly, zpevňuje nejen oblast nohy, ale i celého trupu a také rozvíjí svoji koordinaci. Proto je velmi důležité tyto prvky zachovat i při obouvání prvních botiček.

■ Kdy vybírat první botičky?

Nohy novorozenců a kojenců potřebují pouze ochranu proti chladu. Tu je vhodné zajistit ponožkami, různými textilními capáčky nebo příkrývkou. I tehdy je nutné myslet na to, aby noha nebyla zbytečně omezována příliš malou nebo těsnou ponožkou. A zcela určitě ještě ani v době lezení nebo prvního vytahování do stoje nepatří na nohu jakékoliv botičky, protože by omezily pohyb chodidla i hlezna a dítě by muselo hledat náhradní stereotypy pro provedení daného pohybu. Například při lezení, které je pro celý pohybový aparát tolik prospěšné, je důležité, aby noha mohla být v ose bérce volně tažena po podložce, což v jakémkoliv obutí jednoznačně nejde. V takovém případě pak dítě musí nohu vytáčet a přizpůsobovat tomu i postavení v kyčelních kloubech. Naprosto nevhodné jsou „roztomilé“ kopie dospěláckých značkových bot, které nejen nohu utlačují, ale také bývají pro drobnou dětskou nohu velké a těžké, a omezují tak pohyb celých dolních končetin.

Pro začínajícího chodce, který ujde pár kroků v interiéru, je ideální, když může být naboso. Bosá noha nebude klouzat po podlaze, bude mít možnost analyzovat terén a zapojit všechny své rovnovážné mechanismy.

Z mého pohledu je vhodné první boty obouvat až ve chvíli, kdy dítě již nějakou dobu samostatně chodí v prostoru, chodí venku a bosá chůze už není bezpečná kvůli riziku poranění nebo komfortní z hlediska chladu. Tou dobou už by si také dítě mělo být při chůzi jistější, a kromě samostatné chůze by se mělo umět zastavit a otočit se. Bývá to zhruba dva až tři měsíce po prvních samostatných krůčcích.

Často se setkáváme s názorem, že ve chvíli, kdy se dítě postaví, má mít kotníkovou obuv s pevným opátkem, aby byla noha držena v ose. Nicméně, pokud si představíme začínajícího chodce, který ještě často chůzi střídá s lezením, bude ho pevná bota výrazně omezovat v jeho přirozeném pohybovém projevu. Zdravé dítě kotníkovou obuv nepotřebuje, jelikož se chodidla a kotníky svou plnou funkcí přirozeně osvalují a zpevňují. Nesouhlasím ani s nošením pevné obuvi v domácím prostředí, kde batole udělá za krátkou chvíli mnoho rozmanitých pohybů. Chvilí leze, klekne si, udělá dřep, posadí se nebo si stoupne na špičky, aby někam dosáhl. V takovém případě ho totiž pevná bota ve všech těchto aktivitách limituje a mění přirozené pohybové stereotypy. I u lehkých funkčních poruch je naší snahou dítě motivovat k co největší a nejpestřejší pohybové



Obr. 1 Důležitost tvaru špičky obuvi na postavení a funkci nohy

Zdroj: <https://www.bosoneboso.cz/barefoot-boty/>



Obr. 2 Vhodná dětská obuv

Zdroj: <https://www.boty-detske.cz/produkty/celoroční-obuv/barefoot-boty-pro-první-kročky/fare-bare-kozene-boticky-5012241/4611.html>



Obr. 3 Zcela nevhodná dětská obuv

Zdroj: https://www.eobuv.cz/boty-adidas-tensaur-run-i-eg4141-shopnk-ftwwht-shored.html?perfo&gclid=CjwKCAjwkN6EBhBNEiwADVfya_veHrSJnHij598qOugYZp1aWKynYROxAWUZ_jEnIBQDzOrjDbnNWBoCPKAQAvD_BwE



Obr 4. Nejen dětským nohám prospívá rozmanitost terénu

aktivitě a pevná kotníková obuv jde jednoznačně proti tomu. Pokud má tedy dítě patu a hlezno v ose, nepotřebuje opatek, který by nožku držel. Jestli se ale dítě potýká s větší valgou, může být opatek, který vede patu do správné vertikální osy, prospěšný.

Pokud není možné, aby dítě chodilo v interiéru naboso, jsou nejvhodnější ponožky s protiskluzem, bavlněné čapáčky nebo tzv. ponožkoboty s koženou podrážkou a textilním vrškem.

Často se mluví o tom, že dnešní rovné a hladké podlahové povrchy v domácnostech nestimulují dětské nohy, a proto je dobré obouvat pevné botičky. Tady mě ale napadá otázka k zamyšlení, o co víc jsou stimulovány nohy dlouhodobě uzavřené v pevné obuvi?

■ Jak by měly vypadat první botičky?

1. Měly by být lehké a měkké natolik, aby noha hýbala botou a ne naopak. Kožené čapáčky jsou ideální volbou. Při výběru čapáček je dobré sledovat také to, zda lze u nich rozlišit pravá a levá botička. Jen tak čapáčky zajistí dostatek místa pro palce. Čapáčky by dítěti měly dobře sednout v patě. Pokud budou kolem paty příliš volné, může se noha dostávat mimo podrážku a dítě bude „šmajdat“.

2. Měly by být dostatečně prostorné. Zejména v oblasti prstů. Bota nesmí prsty utlačovat, ale naopak by jim měla poskytnout dostatek prostoru, aby při odrazu mohly vytvořit mírný vějíř. Ten vidíme i při bosé chůzi. Pozor na botičky, které jsou hodně zaoblené nebo zkosené na palcové straně. Pokud omezíme funkci palce a prstů nohy, může se narušit funkce celých svalových řetězců až do oblasti trupu.

3. Měly by mít správnou velikost nejen do délky a do šířky, ale měly by sedět i v oblasti

paty a kolem kotníků. Malá bota bude nohy utlačovat, neumožní jim správný pohyb a chůze v nich bude dítěti nepříjemná. Velká bota zase může způsobovat nestabilitu nohy a také třeba vtáčení špiček. Pokud si rodiče všimnou, že dítě vtáčí špičky, měli by zkontrolovat, jak dítě chodí bez bot. Pokud vtáčí špičky, jen když je obuté, jde pravděpodobně o špatně zvolené boty.

4. Neměly by mít podpatek nebo drop, které nám určují sklon chodidla v botě. Je třeba dát pozor na to, aby podrážka byla po celé délce stejně vysoká. I mírný sklon botičky dítěti mění těžiště směrem ke středu chodidla. Dochází tak nejen ke změně postavení celého těla, ale také k většímu zatížení klenby a plantární fascie. Při časté chůzi na vyšším podpatku dochází ke zkracování Achillovy šlachy a svalovým dysbalancím lýtkových svalů.

5. Bota by měla být ohebná ve všech směrech, aby se nožka mohla hýbat a aby se mohla přizpůsobovat povrchu, po kterém kráčí.

6. Podrážka by měla být co nejtenčí, aby noha mohla vnímat terén (barefoot obuv má podrážku vysokou maximálně 6 milimetrů). Zde se opět můžeme setkat s protiargumentem, že chůze po rovném a tvrdém povrchu bez dostatečného tlumení podrážkou přetěžuje pohybový aparát. Pokud si ale uvědomíme, kolik začínající chodec váží a jaká je rychlost jeho chůze, nebudou ony otřesy tak velké, aby mohly na pohybovém aparátu napáchat škody. Naopak se dítě v takových botách naučí chodit s větším respektem ke svému pohybovému aparátu a i v pozdějším věku bude jeho došlap pravděpodobně měkčí.

7. Stélka botičky nesmí být tvarovaná. To znamená, že by měla být bez podpory klenby. Noha začínajícího chodce je fyziologicky plochá. Proto jakákoliv podpora klenby v tomto období nemá smysl. Nožní klenby se tvoří svalovou aktivitou při práci nohy. Opora

zvenčí může přirozenou funkci nohy naopak omezit.

8. Vhodná bota nemá mít zdviženou část pod prsty. Z tohoto důvodu nedoporučuji poslední dobou tolik oblíbené „klaunské boty“. Rozšířená špička navíc dětem může překážet při chůzi i třeba při lezení.

9. Přimlouvám se za nové dětské botičky. Pokud jsou rodiče z různých důvodů nuceni dítěti obouvat poděděné boty, vždy by měli důkladně zkontrolovat, zda nejsou sešlapané. Taková bota pak může u dětí podporovat vznik nebo zhoršení valgosity hlezen.

10. Nejvhodnější jsou boty z přírodních materiálů, které umožní nožce dýchat, a nebude tak hrozit vznik plísní.

Předchozí body mluví pro barefoot obuv, která tyto parametry splňuje. V dnešní době zažívá barefoot styl obouvání velký boom a souhlasím s tím, že není vhodný pro každého. Nicméně se to týká, dle mého názoru, zejména dospělých, kteří během života již posbírali nějaké funkční, nebo dokonce strukturální patologie pohybového aparátu a také mají zažité stereotypy z běžné obuvi. Ani pro děti s různými odchylkami od ideálního psychomotorického vývoje nemusí být barefoot obuv tou správnou volbou. Ale pro zdravému dítěti neumožnit plně využít všechny funkce nohy, kterými je příroda obdařila?

■ Závěr

Nohy dětí i dospělých sílí používáním a pohybem. Pokud není u dítěte přítomna těžší funkční nebo strukturální patologie, je vhodné noze umožnit prostor pro její přirozený vývoj a rozvoj všech funkcí. Zvláště u dětí, kde celý pohybový aparát teprve zraje, by rodiče měli pečlivě vybírat obuv. Ta totiž může formovat nejen postavení a pohybové stereotypy nohou, ale i celého těla.



Syndrom počítačového vidění – projevy a možnosti předcházení

Mgr. Nicol Dostálová¹, Mgr. Martin Vrabel, Ph.D.², doc. MUDr. Petr Kachlík, Ph.D.³

¹Ústav pedagogických věd FF MU Brno;

²Institut výzkumu inkluzivního vzdělávání PedF MU Brno;

³Katedra speciální a inkluzivní pedagogiky PedF MU Brno

■ Souhrn

V souvislosti s dlouhodobou prací na digitálních zařízeních, která se v době epidemie stává standardem pro mnoho profesí, se objevuje celá řada zdravotních komplikací, jež souhrnně označujeme jako syndrom počítačového vidění (angl. *computer vision syndrome*). Nejčastějšími projevy syndromu počítačového vidění jsou oční únava, rozmazané a dvojité vidění, bolesti hlavy, krku a zad. Předpokládá se, že syndrom počítačového vidění se projevuje více především u osob s nekorigovaným latentním strabismem.

V rámci výzkumného šetření ověřujeme, zda lidé s nekorigovaným latentním strabismem vykazují častější projevy syndromu počítačového vidění. Výzkumným nástrojem byl standardizovaný dotazník hodnotící syndrom počítačového vidění. Soubor 56 účastníků, z nichž 30 % tvořili muži, 70 % ženy, byl rozdělen na participanty se strabismem (výzkumná skupina) a bez strabismu (kontrolní skupina). Ve výzkumné skupině byla prokázána heteroforie na vzdálenost 70 cm v 54 % (30 osob), 46 % participantů bylo zařazeno do ortoforické skupiny.

U participantů s latentním strabismem (heteroforií) činilo výsledné skóre v dotazníku $9,4 \pm 6,6$ bodu. Účastníci bez heteroforie dosáhli lepšího výsledného průměrného skóre v dotazníku $7,1 \pm 5,5$ bodu. Osoby s heteroforií častěji uváděly zvýšenou zrakovou nepohodu při práci na blízko spojenou s bolestmi očí a problémy s jednoduchým binokulárním viděním oproti osobám bez heteroforie.

Latentní strabismus má negativní vliv na výdrž účastníků při práci s počítačem a lidé s tímto typem strabismu vykazují větší subjektivní obtíže při práci s digitálními zařízeními v porovnání s kontrolní skupinou. Podmínkou zlepšení kvality práce s digitálními zařízeními je zmírnění projevů syndromu počítačového vidění, jichž lze docílit dodržováním pravidel zrakové hygieny, ergonomie pracovního místa, používáním kvalitního

pracovního vybavení a rozšířením pravidelného očního vyšetření u praktického lékaře o screening latentního strabismu prostřednictvím zakrývacího testu.

Klíčová slova:

syndrom počítačového vidění – latentní strabismus – zraková hygiena – zrakový trénink – ergonomie vidění

■ Úvod

Syndrom počítačového vidění (angl. *computer vision syndrome* – CVS; v českém jazyce též syndrom z opakovaného přetížení či syndrom unaveného oka) je označení pro soubor symptomů, které se nejčastěji projevují při dlouhodobé práci s počítačem, tabletem nebo mobilním telefonem. Ta se s nařízenou prací z domova v době koronavirové epidemie stává stále častější.

Dle Rosenfielda a Blehma et al. má až 90 % uživatelů počítače zkušenosti s příznaky, které souvisejí se syndromem počítačového vidění, a to jak při pohledu na monitor, tak i při pohledu do dálky po delší době práce s počítačem. Digitální technologie běžně využíváme v průběhu celého dne jak v práci, tak i ve volném čase. Staly se součástí našeho běžného života. Pro část populace trpící lehkým a středně těžkým zrakovým postižením jsou tyto technologie dokonce hlavním zdrojem informací o okolním světě. Plošné šetření z roku 2010 realizované ve vybraných evropských zemích včetně Česka uvádí, že mezi lety 1991 a 2010 stoupl počet zaměstnanců, kteří zmínili, že počítač při práci používají většinu pracovní doby, přibližně o polovinu, ze 14 % v roce 1991 na 31 % v roce 2010. Aktualizace tohoto šetření z roku 2015 uvádí, že používání informačních a komunikačních technologií v zaměstnání vzrostlo od roku 2005 z 21 % na 37 % v roce 2015. V průřezu všemi věkovými skupinami používání digitálních zařízení v posledních letech značně roste, a to především z důvodu používání mobilních telefonů. Studie provedená ve Velké Británii ukázala, že dospělí tráví průměrně téměř

5 hodin denně používáním digitálních zařízení, což je i v souladu se zjištěním podobné studie z USA.

Přibližně 59 % dospělých uživatelů digitálních technologií, kteří je využívají více než 2 hodiny denně, se setkává s příznaky digitální zrakové únavy. V případě, že u počítače tráví 6–9 hodin denně, se tyto příznaky vyskytují až u 75 % z nich. Nejčastějším příznakem syndromu počítačového vidění je bolest hlavy, zad a bolest za krkem (35 %), pocit oční únavy (32,4 %), dvojité vidění a následně syndrom suchého oka a rozmazané vidění.

■ Příčiny a symptomy syndromu počítačového vidění

Práce s digitálními obrazovkami obvykle klade na náš zrak vyšší nároky než čtení tištěných materiálů, a to u mnoha uživatelů elektroniky způsobuje vznik různých symptomů. Mezi hlavní příčiny můžeme rozhodně zařadit nevhodné pracovní prostředí, špatné osvětlení, špatné rozlišení i umístění monitoru počítače a poruchu akomodačního nebo binokulárního systému.

Jedním z klíčových symptomů digitální únavy je syndrom suchého oka. Pojí se s ním hned několik příčin, které způsobují tyto projevy na povrchu oka. Asi nejvíce se na rozvoji příznaků, jako je pálení a řezání očí, pocit cizího tělíska nebo nadměrné slzení, podílí pracovní prostředí, ve kterém uživatel pobývá – to zahrnuje například nadměrné proudění vzduchu vyvolané klimatizací a ventilátory nebo nadměrně prašné prostředí způsobené hustou dopravou v městských aglomeracích a snížené či neúplné mrkání, které je projevem intenzivního sledování obrazovky počítače.

Wimalasundera jako další příčinu rozvoje syndromu počítačového vidění uvádí nadměrné osvětlení okolního prostředí (velká okna, stolní lampy, zářivky). Světlo se následně odráží od monitoru a způsobuje zrakovou únavu (astenopii). Nevhodné umístění monitoru pak vede i ke zvýšenému



a nepřirozenému namáhání svalů v oblasti krku a zad a způsobuje bolesti hlavy, zad nebo ramen.

Velmi problematická je též nízká kvalita zobrazení monitoru. Základním rozdílem mezi tištěným a elektronickým textem je kontrast. Pokud je text tištěný, okraje každého písmena jsou ostré a oproti pozadí textu velmi kontrastní. Elektronická písmena jsou však tvořena pixely, které jsou ve svém středu velmi intenzivní, ale směrem vně tento jas slabne. Oči následně vynakládají při zaostřování na tato písmena nadměrnou námahu.

Poslední nezanedbatelnou příčinou spojenou s pracovním prostředím a jeho vybavením je emise modrého světla, které LCD monitory produkují. Modré světlo patří mezi nejvíce energetické záření z celého viditelného elektromagnetického spektra. Expozice modrému světlu je také jedním z hlavních faktorů, které ovlivňují cirkadiánní rytmus. Hormon melatonin je vylučován v podmínkách s tlumeným světlem a podílí se na nástupu spánku. Vystavení tomuto záření před spaním může narušit systém spánkového režimu.

Dalším výrazným faktorem, který ovlivňuje projevy syndromu počítačového vidění, je fyziologie vidění. Jako první lze zmínit nekorigovanou refrakční vadu, která bývá velmi častým důvodem pro vznik symptomů, jako je rozmazané vidění. Často se v populaci objevuje nekorigovaný astigmatismus. Bylo prokázáno, že astigmatismus již v hodnotách 0,5–1,0 D negativně ovlivňuje vizuální komfort. U vyšších hodnot astigmatismu (1,0–2,0 D) je již výrazně snížena efektivita práce s počítačem. Blehm et al. uvádějí, že symptomy, jako je dvojité vidění (diplopie), pomalé zaostřování nebo rozmazané vidění, zapříčiňuje porucha akomodačního systému nebo binokulárního vidění. Sheppardová a Wolffsohn s Collierovou a Rosenfieldem to potvrzují a doplňují ještě jednu příčinu, a to akomodačně-vergenční anomálie. Tyto anomálie zahrnují sníženou schopnost přestřehovat a stáčet oko na různou vzdálenost, což následně snižuje komfort při dlouhodobém pohledu na krátkou vzdálenost, insuficienci konvergence nebo také dekompenzovanou heteroforii. Insuficience konvergence je stav, kdy okulomotorický systém není schopen udržet oči stočené na blízkou vzdálenost. Heteroforie je latentní šilhání, u kterého jsou vizuální osy obou očí v případě fúze směřovány do stejného fixačního bodu. V případě disociace (zrušení fúze) však dochází k de-

viaci těchto os. Ke zrušení fúze může dojít např. zakrytím oka, použitím polarizačních filtrů nebo červenozelenými filtry. Pokud dojde ke zpětnému navození fúze, vizuální osy přejdou z tohoto odchýlení opět do běžného fixačního postavení očí. Dle Evanse se právě heteroforie mohou projevovat symptomy, jako je rozmazané vidění, bolest hlavy a očí, zkreslené vidění nebo diplopie – tedy symptomy stejnými jako syndrom počítačového vidění. V takovém případě se jedná o dekompenzovanou heteroforii.

Oftalmolog, jemuž se pacient zmíní o těchto problémech, musí rozhodnout, zda se jedná o heteroforii, nebo jsou jeho obtíže způsobeny jinou příčinou. Obecně však jsou tyto symptomy důsledkem různě zvýšené oční námahy a po ukončení této zátěže obvykle dochází k úlevě, výše jmenované symptomy buď vymizí, nebo se alespoň zmírní. Je pravděpodobné, že tyto projevy heteroforií mají úzký vztah k syndromu počítačového vidění.

■ Předcházení syndromu počítačového vidění

Syndrom počítačového vidění zahrnuje velký počet různorodých symptomů, takže je vždy nutné zaměřit se na jejich příčinu. Mezi hlavní opatření, která hrají významnou roli v případě prevence a léčby digitální únavy, patří vhodné osvětlení pracoviště, správné umístění pracovního monitoru, zabránění oslnění umělým nebo přírodním světlem, zabránění nepříjemnému oslnění, které vzniká odrazem světla od monitoru, nastavení vhodného jasu obrazovky a ergonomické umístění monitoru v adekvátní poloze pro daného uživatele počítače. Dále je důležité dbát na správnou uživatelskou vzdálenost a výšku monitoru. Je doporučeno, aby byl monitor umístěn přibližně 70 cm od očí uživatele. Nelze také opomenout úhel, pod kterým by měla být obrazovka sledována. Jako ideální bylo stanoveno 10–20° pod úrovní očí. Pokud je obrazovka umístěna výše, než je doporučená hodnota, uživatel má tendence zaklánět hlavu dozadu, což mu způsobuje bolesti krčních svalů. Pokud je naopak monitor níže, může tato poloha ovlivnit kvalitu slzného filmu z důvodu neúplného mrkání a rozvoj astenopických potíží.

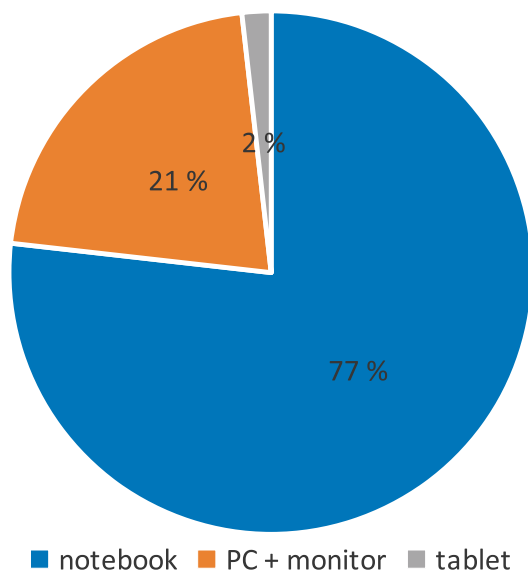
Efektivitu při práci s digitálním zařízením zvyšují také pracovní přestávky. Nejčastěji jsou doporučovány časté a kratší pauzy. Baraiová a Hammond doporučují v rámci zrakové hygieny dodržování pravidelných přestávek

během práce s počítačem prostřednictvím tzv. pravidla 20–20–20, tedy podívat se každých 20 minut alespoň na 20 sekund na vzdálenost alespoň 20 stop (6 m), aby došlo k relaxaci akomodačního systému. Dobrou prevencí syndromu suchého oka, který je jedním ze symptomů syndromu počítačového vidění, je pravidelné mrkání. Pokud se syndrom suchého oka, případně i pálení a zarudnutí očí objeví, je vhodné použít oční kapky. Tyto kapky jsou obvykle k dostání v lékárnách nebo očních optikách a uživatel by je měl aplikovat pravidelně ke zvlhčení očního povrchu. Pro uživatele, kteří tráví prací na počítači více než 2 hodiny denně, jsou jako ochranný prostředek vhodné brýle se speciální antireflexní úpravou pohlcující modré světlo, tzv. blue control. Tato vrstva částečně redukuje modré světlo, které vyzařují monitory. Lin et al. ve studii tvrdí, že brýlové čočky, které blokují krátkovlnné záření, mohou snižovat oční únavu způsobenou používáním počítače. Při výběru brýlových čoček typu blue control by se měl oční optik či optometrista vždy zeptat na zaměstnání klienta. Dle zkušeností zákazníků tyto čočky totiž mohou lehce zkreslovat barvy, proto se tento druh čoček nedoporučuje klientům s profesí grafika, designéra a podobně. Pacientům v presbyopickém věku lze také ulevit pomocí progresivních brýlových čoček. Rosenfield doporučuje, aby se u pacientů se zmíněnými symptomy provedla komplexní vyšetření zraku zaměřená na akomodačně-vergenční systém se zaměřením na zrakovou ostrost a binokulární vyvážení korekce, vyšetření akomodace, blízký bod konvergence a heteroforii do blízka. Na základě výsledků tohoto vyšetření lze stanovit optimální korekci, která by zmírnila projevy syndromu počítačového vidění.

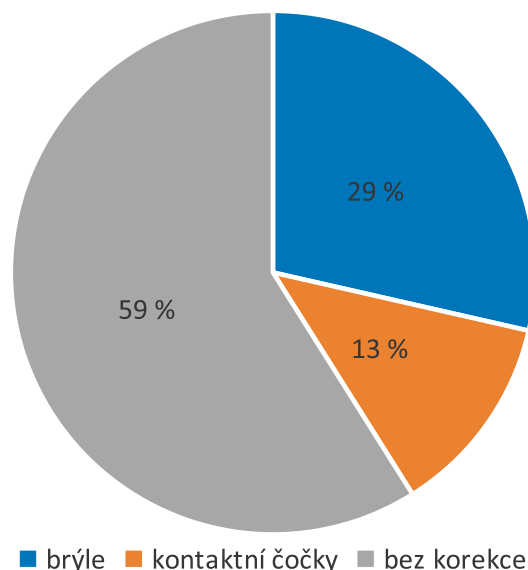
■ Výzkumné šetření, soubor a použité metody

Cílem provedeného šetření bylo ověřit, zda se u osob s horizontálním latentním strabismem (heteroforie) projevuje syndrom počítačového vidění více než u osob bez tohoto typu strabismu.

Do výzkumného vzorku bylo zahrnuto 56 účastníků obou pohlaví ve věku 18–30 let. Studie byla záměrně zaměřena na mladou populaci, u které můžeme vyloučit fyziologické změny zrakového aparátu. Většinu tvořili studenti, kteří používají počítač alespoň 2 hodiny denně, u nichž byl předpoklad heteroforie (HTF $\geq$ 0,5 pD) nebo ortoforie



Obr. 1 Zastoupení typů zařízení, s nimiž participanti obvykle pracují



Obr. 2 Používání korekční pomůcky participanty na práci do blízka

(HTF $\leq 0,5$ pD). Mezi kontraindikacemi, které by mohly negativně ovlivnit měření, byl zařazen strabismus a amblyopie.

Sběr dat k výzkumné části probíhal od ledna do prosince 2018. Každý účastník vyplnil standardizovaný dotazník o 16 otázkách, který byl vytvořen pro subjektivní hodnocení syndromu počítačového vidění u pacienta. Výsledné skóre ≥ 6 bodů znamená přítomnost syndromu počítačového vidění.

Vyšetření zraku zahrnovalo monokulární i binokulární zrakovou ostrost s vlastní korekcí i bez ní. Vyšetření objektivní a subjektivní refrakce bylo provedeno autorefraktometrem Shin-Nippon Accuref-K 9001 pomocí běžné zkušební obruby. Se subjektivní korekcí muselo být dosaženo visu $V \geq 1$. Subjektivní korekce probíhala na projekčním optotypu značky Huvitz, typ CCP-3100. Diagnostika heteroforií zahrnovala alternující zakrývací test sledování bodu na projekčním optotypu a vyšetření pomocí von Graefeho prizmatu (6 pD, báze ve směru 270°), aby u participanta došlo k porušení fúze a separaci zrakových vjemů. Tatáž metoda byla použita jak na vyšetření heteroforií na vzdálenost 6 m (Snellenův optotyp), tak i na vzdálenost 65–70 cm s využitím Howellovy karty pro vyšetření horizontálních heteroforií do blízka. Výsledné hodnoty heteroforie na vzdálenost 65–70 cm a na 6 m byly zaznamenány a vyhodnoceny. Participanti dle vyhodnocení byli rozděleni do skupiny probandů s heteroforií (HTF $\geq \pm 0,5$ pD je považováno za heteroforii) a s ortoforií. Celkové vyšetření heteroforií bylo provedeno s vlastní korekcí,

kterou participant používá při práci s počítačem. Na závěr participanti vyplnili krátký dotazník, v němž uvedli, s jakým typem korekce pracují na počítači a jaký typ zařízení při práci nejčastěji používají.

Výsledky

Hodnoceno bylo 56 osob, z nichž 17 (30 %) tvořili muži, 39 (70 %) ženy. Heteroforie na vzdálenost 70 cm byla zjištěna v 30 případech (54 %), 26 účastníků (46 %) bylo zařazeno do kontrolní, ortoforické skupiny. Po analýze skupiny s heteroforií bylo nalezeno 27 % případů s ezoforií a 73 % případů exoforie.

Průměrné hodnoty heteroforií na vzdálenost 6 m činí pro ezoforii $1,87 \pm 2,49$ pD a pro exoforii $1,25 \pm 1,28$ pD. Na vzdálenost 70 cm jsou pro ezoforii $1,50 \pm 1,67$ pD a pro exoforii $1,77 \pm 1,86$ pD. V případě ezoforie je hodnota stanovena z nízkého počtu participantů. Z výsledků je patrné, že se u participantů vyskytovaly spíše nižší hodnoty horizontálních heteroforií, a to jak do dálky, tak i na vzdálenost 70 cm.

Grafy na obr. 1 a 2 ukazují typ korekce refrakční vady, kterou účastník běžně používá při práci s počítačem, a také typ monitoru, s nímž obvykle pracuje.

Z grafu na obr. 1 vyplývá, že z celkového vzorku 56 participantů přibližně tři čtvrtiny (77 %) běžně používají notebook, nepracují tedy s klasickými monitory. Méně než čtvrtina (21 %) obvykle používá počítač s monitorem a pouze 2 % zúčastněných nejčastěji používají tablet.

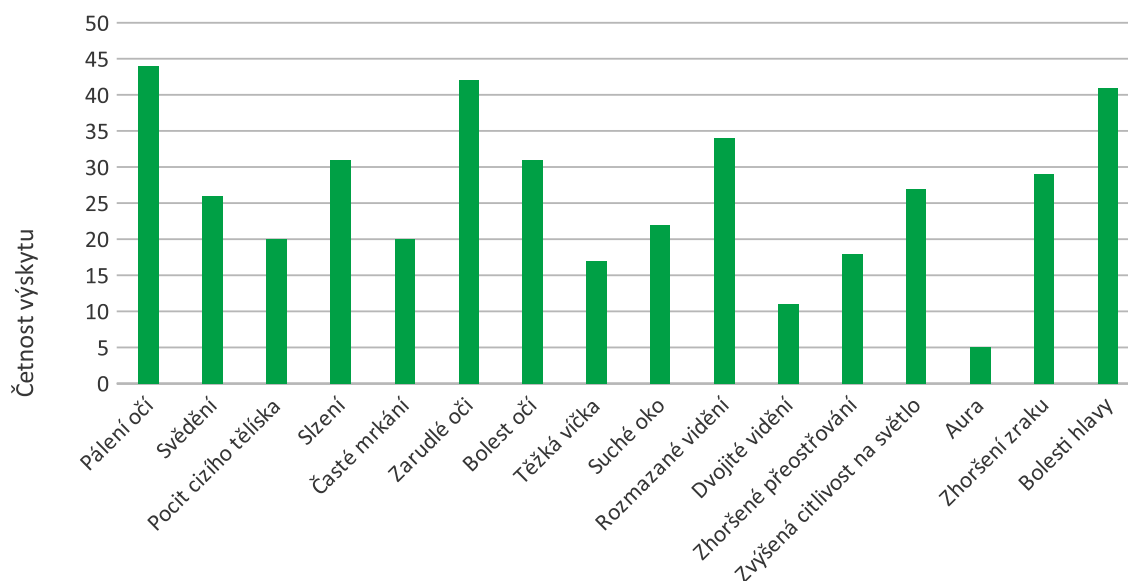
V případě korekční pomůcky je patrné (graf na obr. 2), že z celkového vzorku více než polovina participantů (59 %) při práci do blízka korekci nepoužívá. U zbývajících částí, která korekci používá, lze zaznamenat, že větší část participantů (29 %) dává přednost brýlové korekci před kontaktními čočkami (12 %). Během experimentu participanti používali svoji obvyklou korekci pro práci na počítači, tedy brýle, kontaktní čočky, případně byli bez korekce.

Vyhodnocení dotazníku

47 účastníků mělo výsledné skóre ≥ 6 bodů, tedy splňovali předpoklad pro přítomnost syndromu počítačového vidění. Pouze 9 participantů dosáhlo skóre < 6 bodů, a syndrom počítačového vidění se tak u nich neprojevuje. Průměrné skóre dotazníku u všech participantů činilo $8,4 \pm 6,4$ bodu. Při heteroforii bylo výsledné skóre $9,4 \pm 6,6$ bodu, při ortoforii $7,1 \pm 5,5$ bodu. Tento rozdíl je statisticky významný ($p = 0,006$, Studentův nepárový t-test na hladině významnosti $\alpha = 5$ %).

Participanti, kteří mají horizontální heteroforii do blízka, navíc vykazují obtíže související s binokulárním systémem a větší zrakový diskomfort při práci s počítačem v porovnání s kontrolní skupinou.

Z grafu na obr. 3 je patrné, že mezi nejčastěji se vyskytujícími příznaky digitální únavy patří pálení očí, slzení, zarudlé oči, bolest očí, rozmazané vidění a také bolesti hlavy. Méně se potom u participantů vyskytovaly příznaky aury, dvojité vidění a případně těžká víčka.



Obr. 3 Přehled četnosti výskytu jednotlivých symptomů syndromu počítačového vidění

Porovnání výskytu příznaků syndromu počítačového vidění u skupiny participantů s heteroforií a s ortofoří je znázorněno grafem na obr. 4, z něhož je patrné, že se jednotlivé symptomy u pacientů s ortofoří a heteroforií liší. Participant s heteroforií častěji uvádějí zvýšený zrakový diskomfort při práci na blízko, který se projevuje výskytem bolesti očí, dvojitého vidění či problémy s akomodací – přestříváním. Uvádějí také četnější potíže s pálením očí, zarudnutím očí a rozmazaným viděním.

Diskuse

Naše výsledky jsou v souladu s výzkumy Rosenfielda et al. a Pickwella et al., kteří se ve svých studiích věnovali vlivu čtení na velmi blízkou vzdálenost na fixační disparitu a asociační heteroforii. Autoři zmiňují, že z důvodu velké zátěže při práci na blízko dochází ke vzrůstu fixační disparity, asociační forie, a tedy i dekompenzované forie. Dlouhodobá práce na blízko má negativní vliv na projevy symptomů shodných se syndromem digitální únavy.

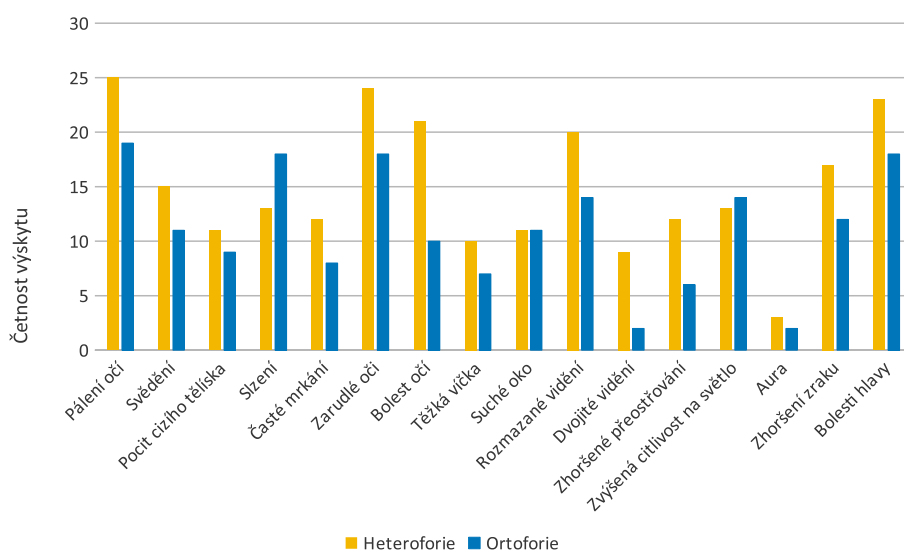
Závěr

Cílem naší studie bylo ověřit, zda je latentní strabismus rizikovým faktorem syndromu počítačového vidění. Potvrdili jsme, že heteroforie mají negativní vliv na práci s počítačem a osoby s heteroforií vykazují větší obtíže při práci s digitálními zařízeními v porovnání se skupinou bez heteroforie.

Na základě těchto výsledků můžeme doporučit zařazení symptomů, které doprovázejí syndrom počítačového vidění, do anamnézy před vyšetřením pacienta u praktického lékaře a oftalmologa. Zároveň je vhodné zařadit do každodenní praxe v oftalmologii diagnostiku heteroforií (například zakrývacím testem) a jejich případné řešení, neboť heteroforie negativně ovlivňují vznik komplikací souvisejících s prací na počítačích a tabletech.

V neposlední řadě bylo naším cílem zmínit postupy, které mohou rozvoji syndromu počítačového vidění bránit. Je třeba dodržovat pravidla zrakové hygieny, dostatečně osvětlit pracovní místo, dodržovat pravidla ergonomie pracovního místa, využívat kvalitní pracovního zařízení s dostatečným rozlišením, mít správnou korekci refrakčních vad a diagnostikovaný a korigovaný latentní strabismus.

Obr. 4 Porovnání výskytu příznaků syndromu počítačového vidění u participantů s heteroforií a ortofoří



Vyšlo v časopise:

Čas.Lék.čes. 2021;160:88-92



Aktuality...

Nemocnice: Léků proti covidu je dost, řekněte si o ně. Hlavně včas

Nemocnice vyzývají praktické lékaře i rizikové pacienty, aby se hlásili o léčbu monoklonálními protilátkami, pokud se nakazili covidem nebo byli v kontaktu s nakaženým a hrozí jim vážný průběh nemoci. Zásoby léků Regn-cov2 a Bamlanivimab jsou stále velké a bohatě stačí i při současné strmě stoupající křivce nákaz. „Nemá smysl ležet na JIP a být v ohrožení života, když máme lék,“ prohlásil ve čtvrtek v ČRo ředitel pražské nemocnice v Motole Miloslav Ludvík.

Narážel tím na skutečnost, že mnoho nakažených seniorů nebo ohrožených pacientů, kteří by mohli léky dostat, o tom buď neví, nebo se zadrhnou u svého praktického lékaře.

Na drahé americké léky nemají nárok všichni nakažení. Omezující kritéria se však postupně zmírnila tak, že rozhodne-li ošetřující lékař, nemusejí platit v odůvodněných případech vůbec. O to větší odpovědnost je na praktických lékařích, kteří jsou v tomto případě obvykle první, na koho se nakažení lidé obracejí.

Hodina, a je to

Podobný názor má primářka Kliniky infekčních nemocí FN Bulovka Hana Roháčová. „Samozřejmě musí pacienta poslat někdo z terénu, protože pacient o tom neví nebo si to nespojí, takže je to věc praktických lékařů a specialistů, kteří mají v péči rizikové pacienty,“ řekla Právu.

Od dubna podstoupila na Bulovce zhruba hodinovou léčbu infuzí asi stovka lidí s covidem. „Malinko vyšší teď zájem je, není to ale nic dramatického,“ poznamenala Roháčová.

Podle Roháčové se teď denně dostane na jednoho až čtyři pacienty. Problém s dostupností léku nevidí, ani s kapacitami.

Zádrhel ale vzniknout může. „Bohužel ne všechna centra, která mají aplikovat monoklonální protilátky, je skutečně aplikují, když jsou potřeba, čili 24 hodin sedm dní v týdnu,“ řekla nedávno náměstkyně ministra zdravotnictví Martina Koziar Vašáková ČT.

V nemocnicích teď končí z většiny neočkovaní lidé. Podobný trend je patrný i mezi zájemci o protilátkové léky. „Větší zastoupení mají lidé neočkovaní, ale jsou mezi nimi ve značném množství i lidé starší, čtyři až pět měsíců po očkování,“ upřesnila primářka interního oddělení oblastní nemocnice Kolín Emilie Niedobová. Na infuzi k nim dosud přišlo 36 nakažených.

Nemusí být test, stačí kontakt

Monoklonální protilátky chrání před těžkým průběhem, který může skončit hospitalizací, nebo dokonce smrtí. Určeny jsou pro rizikové pacienty a seniory, u nichž to hrozí nejvíce. Zásadní je proto rychlé jednání. Jak Právo mnohokrát popsalo, léčba musí začít nejpozději desátý den od příznaků.

U rizikových pacientů stačí i prokazatelně úzký kontakt s nakaženým, pokud nejsou plně očkováni nebo je u nichž předpoklad, že ochrana po vakcině není dostatečná. V takovém případě může praktik domluvit léčbu i bez toho, aby měl pacient pozitivní test na covid. Musí to být ale do čtyř dnů od posledního kontaktu s nakaženým.

„Některé pacienty, kteří byli odesláni na podání monoklonálních protilátek, jsme však rovnou přijali k hospitalizaci, což považujeme za vedlejší produkt. Dostali se do nemocnice o chvíli dřív, než by se

jejich stav zhoršil natolik, že by je to ohrozilo na životě,“ přiblížila fungující praxi mluvčí Nemocnice České Budějovice Iva Nováková.

Zdroj: novinky.cz, 23. 10. 2021

Neočkovaní učitelé budou muset mít ve výuce respirátory

Neočkovaní učitelé budou muset ve výuce nosit respirátory. Pro žáky tato povinnost platit nebude. V okresech, kde bude týdenní výskyt nákazy vyšší než 300 případů na 100 000 obyvatel, se neočkovaní žáci budou po podzimních prázdninách na koronavirus testovat. Na čtvrtčním jednání se na tom shodli ministr školství Robert Plaga a ministr zdravotnictví Adam Vojtěch (oba za ANO).

„S Adamem Vojtěchem jsme se dohodli, že žáci nebudou mít ve třídách respirátory a zároveň že neočkovaní učitelé budou muset mít i po dobu výuky,“ uvedl Plaga na Twitteru. „Bude také realizováno cílené testování neočkovaných žáků po podzimních prázdninách v okresech, kde je incidence nad 300 na 100 000,“ řekl. Vojtěch pak na Twitteru upřesnil, že testovat se bude 1. a 8. listopadu. Ve kterých okresech to bude, ministerstvo zdravotnictví ještě vyhodnotí. Jeho náměstkyně Martina Vašáková jmenovala jako pravděpodobné Ostravu, České Budějovice či Přerov. Ministr zdravotnictví ve středu navrhl, aby kvůli zhoršení epidemie začala ve výuce platit povinnost nošení roušek od 12 let. Vláda se na tom ale neshodla. Plaga prosazoval testování na COVID-19. Ve čtvrtek proto zástupci ministerstev o opatřeních ve školách znovu jednali. V pondělí by se jimi pak měla zabývat vládní rada pro zdravotní rizika a měla by je schválit vláda.

Na jednání s @RobertPlaga jsme se shodli na tomto:

1. a 8. 11. proběhne cílené testování ve školách v těch okresech, kde je výskyt onemocnění 300 případů na 100 tis. ob.,
- 2) děti nebudou mít respirátory ve třídách,
- 3) neočkovaní učitelé budou nosit respirátor po dobu výuky.

– Adam Vojtěch (@adamvojtechano) October 21, 2021

Podle Vašákové se ministerstvo zdravotnictví kloní k tomu, aby se opatření týkala hlavně regionů s vysokým výskytem covidu-19. Jedno z takových opatření má podle ní být právě otestování dětí na COVID-19 po návratu z podzimních prázdnin.

„Pak jsme se dohodli také na tom, že plošné testování žádné zavádět nebudeme,“ řekla. Školy si podle ní budou moct vybrat, zda si zvolí antigenní test, nebo přesnější PCR testování s výsledkem z laboratoře. Žáci by do výsledku testu měli mít nasazen respirátor, sundat by ho měli až poté, co pozitivní jedinci odejdou do izolace, dodala.

Další plošné testování

Původně ministerstvo zdravotnictví avizovalo, že na konci října budou další tři kola testování, podobně jako na začátku školního roku. V předešlých dnech své stanovisko změnilo a tvrdilo, že testování není potřeba. Mezioborová skupina pro epidemické situace (MeSES), která dříve byla poradním orgánem ministerstva, o víkendu navrhla, aby se testovalo ve školách lokálně v okresech, kde za týden přibýlo více než 100 případů na 100 000 obyvatel. Doporučila testovat jen žáky a studenty, kteří nejsou očkováni nebo neprodělali v posledním půl roce COVID-19.

Zdroj: novinky.cz, 21. 10. 2021



INZERCE

641 4-21

Hledám pediatra k zástupu do zavedené ordinace **PLDD ve Slavičíně**. Jde o oblast přímo sousedící s lázněmi Luhačovice. V případě zájmu je možnost převzetí praxe. Kontakt: 577 341 308, 606 243 895.

643 5-21

Hledáme PLDD k doplnění našeho týmu na částečný/plný úvazek na **Praze 12**. Očekáváme: moderní přístup k dětem i k jejich rodičům, základní znalost anglického jazyka. Nabízíme: přátelské prostředí, profesionální samostatně pracující sestry, technické vybavení a zrekonstruované prostory, výborné ohodnocení, flexibilitu ordinací doby, možnost dalšího vzdělávání. Kontakt Jana Dostálová, telefon: 724 375 434, e-mail: jana@pediatrie.cz

644 5-21

PLDD s.r.o. ordinace západně od Prahy (5 min. autem) **prodá** (ev. přenechá) dobře zavedenou, zdravou **praxi** (lokalita s novou výstavbou). Možná garance mladému lékaři do dosažení kvalifikace. Zajištěn zástup. Mladá, schopná, samostatná sestra s odrostlými dětmi. Telefon: 604 563 078.

645 5-21

Hledám lékaře/lékařku k převzetí dobře zavedené praxe **PLDD Velká Bíteš-Osová Bítýška**, okres Žďár nad Sázavou, nástup k 1. 1. 2022, telefon: 724 219 565.

646 6-21

Hledám nástupce do ordinace **PLDD v Opavě** z důvodu ukončení praxe. Telefon 607 708 114.

647 6-21

Hledám zástup do ordinace PLDD po dobu mateřské dovolené na 1-2 dny v týdnu. Ordinance je velmi dobře vybavená, v **Novém Strašecí, okres Rakovník** (dobrá dostupnost z Prahy po D6), skvělá sestra. Tel. 728 427 157, lenka.benkovska@seznam.cz

648 6-21

Hledáme pediatra na **zástup** pro dětský obvod v **oblasti Vrchlabí** asi na dobu 5 let. Pro více info tel. 606 569 698 či e-mail: detskylekar@post.cz

649 6-21

Nabízím dlouhodobou **výpomoc** v ordinaci PLDD – **střední Morava**. Kontakt: zastup.pediatr@seznam.cz

650 6-21

Z důvodu odchodu do důchodu **přenechám** zavedený **obvod v Radnicích u Rokycan** nejpozději k 1. 4. 2022, ev. dříve dle domluvy. Ordinance v budově městské polikliniky – zařízení nábytkem na míru, CRP GO, pevná linka, internet. Vstřícné jednání městského úřadu, který má zájem na zachování péče o pacienty. Sestra zná veškeré administrativy, práce na počítači. Možnost krátkodobého zástupu. Podmínky při osobním jednání. Kontakt 605 452 597.

651 7-21

Hledám kolegu/kolegyni pediatra k **převzetí praxe** praktického lékaře pro děti a dorost v **Praze 8**. Jedná se o moderně a účelně zařízenou ordinaci, plně splňující vysoké provozní nároky, v klidné lokalitě. V ordinaci pracuje velmi zdatná, zkušená zdravotní sestra, vstřícná v jednání s klienty. Klientela dlouhodobě stálá. Tel: 728 993 636.

652 7-21

Hledám PLDD na celý nebo částečný úvazek, **Praha 2**. Velmi schopná sestra, atraktivní finanční ohodnocení, dobře vybavená ordinace, milá klientela, velmi příjemné prostředí i kolektiv. Kontakt: mudr.honova@gmail.com

653 8-21

Do ordinace PLDD v **Brně hledám lékařku** na HPP. Výhledově i možnost převzetí dobře zavedené praxe. Práce bez administrativy, se zkušenou sestrou. Kontakt: 731 738 700, prosím po 18. hod.

654 8-21

Předám menší **praxi PLDD v Posázaví** – červen 2022. Kontakt: 732 641 129.

655 8-21

Přenechám menší **praxi PLDD v Městci Králové**. Ordinance je součástí vily ve spolekuvlastnictví dvou lékařek (internistka). Je zde možnost ubytování (byt 2 + 1). Kontakt : 325 643 125 nebo e-mail: mudr.filipova@seznam.cz

656 8-21

Zaměstnám pediatra na 2 dny v týdnu, **převzetí praxe v horizontu 2-3 let**. Obvod je větší, dobře zavedený a s velmi dobrým zázemím. **ZL kraj**. Bližší informace: 775 342 460, p. Zámešková.

657 9-21

Vzhledem k ukončení praxe PLDD z důvodu odchodu do důchodu **hledám nástupce** do ordinace, která se nachází **nedaleko Brna**. Tel. číslo: 604 454 666

658 10-21

K dlouhodobé spolupráci do dobře zavedené ordinace ve Staré Boleslavi **hledám PLDD/pediatra** na částečný/plný úvazek. Kontakt: 777 286 264

659-10-21

PLDD, ordinace S.R.O. **západně od Prahy, prodá** dobře zavedenou, zdravou **praxi** (lokalita s novou výstavbou). Možná garance mladému lékaři do doby dosažení kvalifikace, zaučení, předání cenných informací a postupů, i pro mladšího lůžkového lékaře, od bývalého školitele. Mladá, schopná a samostatná sestra, ovládající lékařskou administrativu, s odrostlejšími školáky. Informace na tel. 604 563 078.

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



Prof. Tomisaku Kawasaki (川崎 富作)

* 7. února 1925

† 5. června 2020

Tomisaku Kawasaki se narodil 7. února 1925 v Asakusa – starém tradičním centru Tokia severovýchodně od císařského paláce na břehu řeky Sumidy. V Asakusa se nacházejí slavná místa Tokia, jako je například buddhistický chrám Sensódži nebo brána Kaminarimon. Tomisaku Kawasaki byl nejmladší ze sedmi bratrů a sester. Jeho rodiče mu dali jméno Tomisaku, což volně přeloženo znamená vydělat jmění (doslova „bohatý květ“), v naději, že se mu povede v životě lépe.

V dětství ho fascinoval růst rostlin. Ze studia botaniky ho ale svedla jeho matka, která chtěla, aby se stal lékařem. Studium medicíny tedy absolvoval v Chiba University Medical College. Chiba je město ležící stejně jako Tokio na břehu tichomořského zálivu Sagami na ostrově Honšú. Chiba je od Tokia vzdálené 40 km. Kawasaki studium ukončil promócí v roce 1948. V Chiba ale ještě absolvoval rok lékařské stáže. Jako stážista zjistil, že „dospělí pacienti jsou plni stížností, ale nemocné děti mluví málo“. Šel tedy na pediatrii. Lékařská rezidentura v poválečném Japonsku byla neplacená, a protože jeho rodina měla finanční problémy, jeho mentor mu doporučil, aby nastoupil na placenou pozici do japonské Red Cross Medical Center (nyní Japonské zdravotní středisko Červeného kříže) v tokijské čtvrti Hiroo. Do nemocnice nastoupil v roce 1950 a působil v ní jako pediatr více než 40 let. Jeho učiteli byli dr. Jushichirou Naito a asistent dr. Yutaka Kokubo. Předávali mu své klinické zkušenosti. Dr. Kawasaki oplýval význačnými pozorovacími schopnostmi. Hned v prvním odborném článku se věnoval svému prvním pacientovi s pertusí s encefalopatií. Zjistil, že trpí **Pelgerovou familiární anomálií jádra leukocytů**. Tuto anomálii popsal v roce 1925 holandský lékař Karel Pelger (1885–1931). Anomálie se projevuje sníženou segmentací neutrofilních

granulocytů (většina neutrofilů má jádra kulatého tvaru nebo jsou nejvýše dvousegmentová). Další holandský lékař Gauthier Jean Huët (1879–1970) v roce 1932 popsal tuto anomálii jako autozomálně dominantně dědičnou s benigním průběhem, protože funkce těchto anomálních neutrofilních granulocytů není narušena.

Dalších 10 let se dr. Kawasaki věnoval výzkumu alergie na mléko a parazitologii. V roce 1957 obhájil doktorát.

Cesta k celosvětovému povědomí o jménu Kawasaki začala v lednu 1961, kdy se Kawasaki setkal se 4letým pacientem s četnými klinickými příznaky. Symptomy přitom byly ale tak zvláštní, že neuměl tomuto pacientovi přiřadit žádnou dosud známou diagnózu. Stav nazval „akutní febrilní syndrom mukokutánních lymfatických uzlin“ (MCLS). O rok později, při své noční službě v únoru 1962, zaznamenal identické klinické příznaky u jiného pacienta. Poté, co shromáždil sérii sedmi případů, je představil na setkání Japonské pediatrické asociace jako novou entitu. Recenzenti odmítli jeho práci ke zveřejnění, protože nevěřili, že jde o nově objevené samostatné onemocnění. Opozice několika akademiků ohledně údajného objevu nové nemoci trvala několik let. Oponenti se domnívali, že tato nemoc není novou nemocí, ale podtypem Stevensova–Johnsonova syndromu (Albert Mason Stevens 1884–1945, americký pediatr, Frank Chambliss Johnson 1894–1934, americký pediatr) nebo Stillovy nemoci (sir George Frederick Still 1868–1941, anglický pediatr). Během 6 let shromáždil celkem 50 případů, které zpracoval ve 44stránkovém dokumentu. Protože dr. Kawasaki neměl mnoho finančních prostředků, váhal s použitím barevné fotografie, které byly v té době drahé.

Jeho manželka Reiko Kawasaki, která byla také pediatr, ho ale dokázala přesvědčit, že barevné fotografie jsou pro jeho článek naprosto nepostradatelné. Článek byl nakonec publikován v roce 1967 v japonském časopise Japanese Journal of Allergology (jap. *Arerugi*), anglická verze byla v roce 1974 publikována v Pediatrics.

V článku popsal **symptomy choroby**, která postihuje hlavně děti do 5 let. Charakterizována je v akutní fázi horečkou často vyšší než 39°C, trvající obvykle déle než pět dní. Mezi další běžné příznaky zařadil zvětšení především krčních uzlin, červený exantém s otokem v oblasti dlaní a chodidel, červené, suché, popraskané rty, malinovitý zduřelý jazyk, exantém v oblasti genitálu a nepřehlédnutelné zčervenání očí. Po odeznění akutní fáze většinou do tří týdnů pozoroval olupování kůže zejména na koncích prstů rukou a nohou. Během této fáze se dále v některých případech objevovaly artralgie a zažívací potíže (abdominalgie, zvracení, průjem). Pokud se neobjevily komplikace, ke zhojení docházelo během 8 týdnů.

V tomto článku ovšem nebyly popsány **kardiologické symptomy**. Ty odhalila až japonská studie z roku 1970, která zjistila, že pitevní nálezy u 10 zemřelých byly vždy shodné – vaskulitida ve středně velkých tepnách, zejména s koronárními aneuryzmaty, trombotickou okluzí a náhlou smrtí.

Koronární problematiku a dlouhodobou prognózu začal studovat dětský kardiolog prof. Hirohisa Kato z oddělení pediatrie Univerzity Kurume, který se s dr. Kawasakim spřátelil. V té době nebylo snadné posoudit léze koronárních tepen asociované s **Kawasakiho nemocí**, jak začala být tato jednotka ve světě označována. Elektrokardiogram



nepomohl při diagnostice koronárních aneurysmat a dvourozměrná echokardiografie v té době nebyla k dispozici. V roce 1973 proto použil koronární angiografii u 20 pacientů, kteří se zotavili z akutní Kawasakiho nemoci. Dvanáct z nich mělo mnohočetná koronární aneurysmata. Výsledky dalšího sledování a studium prognózy aneurysmatu koronárních tepen publikoval v časopise *Journal of Pediatrics* (1975), *The Lancet* (1992) a *Circulation* (1996). Tyto články zvýšily zájem o tuto nemoc u pediatriů a kardiologů na celém světě.

V období 1980–2000 byli dr. Kawasaki a prof. Kato zváni společně, aby přednášeli na mnoha mezinárodních kongresech a národních konferencích, objížděli také dětské nemocnice a univerzity po celém světě. Dr. Kawasaki hovořil o historii onemocnění, jeho klinických projevech, epidemiologii a etiologii, zatímco prof. Kato o kardiologických aspektech a léčbě.

Teprve v roce 1992 byla Kawasakiho nemoc oficiálně přidána do Nelsonovy učebnice pediatrie.

Příčina vzniku Kawasakiho nemoci však stále nebyla objasněna. V roce 1973, po 23 letech působení v Red Cross Medical Center v Tokiu, byl Kawasaki uveden do funkce přednosty pediatrie. Studenti ho uctívali jako vynikajícího učitele. Mladé lékaře vedl ke studiu a práci s mottem „Buďte přísní ve studiu medicíny, buďte srdeční při péči o pacienty.“

Stál v čele výboru pro výzkum Kawasakiho nemoci a později v roce 1984 založil Japonskou nadaci pro výzkum Kawasakiho nemoci, která zajišťovala celostátní sběr dat o této chorobě, poskytovala konzultace pacientům a rodičům a podporovala výzkumné projekty mladých lékařů, zejména za účelem objasnění etiologie nemoci. Nadace také organizovala a podporovala mezinárodní sympozium Kawasakiho nemoci, které se poprvé uskutečnilo v roce 1984 a koná se v Japonsku a USA každé 3 roky. 12. sympozium v červnu 2018 bylo poslední, kterého se prof. Kawasaki účastnil. Příští, již 13. mezinárodní sympozium Kawasakiho nemoci, se bude konat v Tokiu 29.–31. října 2021.

V Red Cross Medical Center pracoval Kawasaki až do odchodu do důchodu v roce 1990. Ještě tentýž rok založil „Japan Kawasaki Disease Research

Center“ v Tokiu a později neziskovou organizaci „Japan Disease Research Center“, které vedl jako ředitel do roku 2019 a čestný předseda do roku 2020. Snem profesora Kawasakiho bylo objasnit příčinu Kawasakiho choroby, nalézt kauzální terapii, zavést pomocné laboratorní diagnostické metody a dosáhnout prevence pomocí vakcíny.

Ačkoli konkrétní příčina systémové vaskulitidy dosud není známa, předpokládá se, že je důsledkem nadměrné reakce imunitního systému na infekci u dětí s genetickou dispozicí. Výzkumníci si také položili otázku, zda se onemocnění objevilo nově až v 60. letech 20. století. Na tuto otázku odpověděl nález zachovalého srdce sedmiletého chlapce, který zemřel v roce 1870. Zkoumáním byla prokázána tři aneurysmata koronárních tepen se sraženinami a také další patologické změny, které korespondovaly s Kawasakiho chorobou.

Celosvětový sběr epidemiologických dat zjistil incidenci Kawasakiho choroby v rozmezí 8 až 67 případů na 100 000 dětí mladších pěti let s výjimkou Japonska, kde incidence činí 124 ze 100 000 dětí této věkové skupiny. Chlapci onemocní častěji než dívky v poměru 1,5:1. Zdá se, že Kawasakiho choroba nahradila ve vyspělých zemích akutní revmatickou horečku jako nejčastější příčinu získané srdeční vady u dětí.

Studium Kawasakiho nemoci ovlivnilo nejen dětskou medicínu, ale také několik dalších oborů medicíny, jako je kardiologie dospělých, revmatologie, vaskulární patologie, imunologie a infekční choroby a genetika. Nejranější kohorty pacientů jsou nyní již v dospělém věku. Jejich další sledování je spojeno s otázkou dlouhodobých problémů spojených s regresními koronárními aneurysmaty. Malá nebo střední aneurysmata pravděpodobně ustoupí a prokáže se normální koronární angiogram do 1 nebo 2 let po vzniku, pravděpodobně v důsledku pozitivní remodelace. Koronární tok se tak může stát relativně normálním a v důsledku toho tito pacienti zřídka vykazují významné srdeční příhody při sledování až do dospělosti. Nyní je však zřejmé, že tito pacienti mají abnormální strukturu cévní stěny a endoteliální dysfunkci připomínající arteriosklerotické léze s kalcifikacemi ve stěně koronární arterie 30–40 let od doby jejich regrese.

Dlouhodobé důsledky pro tyto pacienty jsou proto nejisté a vyžadují další studium. Část těchto pacientů bude nejspíše potřebovat koronární intervenci nebo bypass koronární arterie. Důsledky nemoci prodělané v dětství zahrnují akutní koronární syndrom, ischemickou kardiomyopatii, arytmiie a chlopenní srdeční chorobu. Proto si kardiologové pro dospělé musejí být těchto rizik vědomi.

Od roku 2020 je pozorováno, že některé děti s infekcí COVID-19 vykazují příznaky podobné Kawasakiho nemoci. Zatímco COVID-19 je virová infekce, u Kawasakiho nemoci není přenos z člověka na člověka znám. Tato dvě onemocnění ale mohou mít částečně stejný patofyziologický proces, jako je cytokinová bouře a aktivace endoteliálních buněk a krevních destiček koronavirem.

Dr. Kawasaki obdržel mnoho vysokých vyznamenání v Japonsku i jinde, například Bering Kitasata Prize (1986), Takeda Medical Prize (1987), Medical Award of Japan Medical Association (1988), Asahi Prize (1989), Japan Academy Award (1991), Cena Japonské pediatrické asociace (2006) a Zvláštní cena za celoživotní zásluhy za přínos pediatrickému výzkumu a zdraví dětí, udělená Asijskou společností pro pediatrický výzkum a pediatrické akademické společnosti (2007). V roce 2010 získal čestné občanství Tokia. Jako uznání za své zásluhy obdržel také pozvání do císařského paláce, kde diskutoval o své práci s císařem a císařovnou Japonska.

Tomisaku Kawasaki byl ženatý s dětskou lékařkou Reika Kawasaki, která zemřela v roce 2019. Měli spolu dvě dcery a syna. Zemřel v pátek odpoledne 5. června 2020 v tokijské nemocnici ve věku 95 let.

*Pro Vox připravil
MUDr. Ctirad Kozderka*

Měla jsem sílu a vůli sama rozjet svůj byznys. Ale abych zhubla a hmotnost si udržela, na to potřebuji Vaši pomoc.

LÉČBA OBEZITY

Pacienti, kteří užívali přípravek Saxenda® po dobu 1 roku zredukovali v průměru

9,2% tělesné hmotnosti^{1,2*}

9 z 10 pacientů se podařilo snížit hmotnost^{1*}

Významně se zlepšily kardiometabolické rizikové faktory.¹

I vaši pacienti mají **vůli** a snaží se zhubnout. Nabídněte jim **novou cestu**.

www.saxenda.cz

Přípravek Saxenda® je nově schválen i pro dospívající pacienty ve věku od 12 let.¹

Zkrácená informace o léčivém přípravku Saxenda® 6 mg/ml injekční roztok v předplněném peru
Složení: 1 ml roztoku obsahuje liraglutid 6 mg. Jedno předplněné pero obsahuje liraglutid 18 mg ve 3 ml. Indikace: Dospělí: dlouhodobě nebo dočasně se snížením obsahu kalorií a zvýšené fyzické aktivity za účelem úpravy hmotnosti u dospělých pacientů s podstatně nadměrnou tělesnou hmotností BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (obezita) nebo BMI $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ a/ nebo $< 30 \text{ kg/m}^2$ (nadměnka) se přítomností alespoň jednoho komorbidity související s hmotností, například: hypertenze, dyslipidémie nebo obezita, spánková apnoe. Dospívající (12-17 let): dlouhodobě nebo dočasně se snížením obsahu kalorií a zvýšením fyzické aktivity za účelem úpravy hmotnosti u dospívajících pacientů ve věku od 12 let s obezitou (BMI odpovídající $\geq 30 \text{ kg/m}^2$) u dospělých podle mezinárodních kritérií hodnoty u tělesnou hmotnost nad 60 kg. Odrážení a způsob podání: Dospělí: počáteční dávka 0,6 mg jednou denně. Dávka má být zvýšena na 3,0 mg jednou denně v příštích po 0,6 mg v nejméně jednotlivých intervalech, aby se zlepšila gastrointestinální snášenlivost. Pokud není navýšení na vyšší dávku blížem dvou po sobě jdoucích týdnech dobře snášeno, zvětšit užití léky. Denní dávky vyšší než 3,0 mg se nedoporučují. Dospívající (12-17 let): je třeba použít podobný postup navýšení dávky jako u dospělých. Dávka má být zvýšena až do dosažení 3,0 mg (jednorázová dávka) nebo do dosažení maximální tolerované dávky. Denní dávky vyšší než 3,0 mg se nedoporučují. Změňování dávky: pokud dojde k vynechání dávky do 12 hod od obvyklé doby podání, má si ji pacient aplikovat co nejdříve. Pokud do další dávky zůstane méně než 12 hod, pacient si nemá vynechanou dávku aplikovat a musí pokračovat v režimu podávání jednou denně další obvyklou dávkou. Pacienti si nesmí vstříknout další dávku vynechanou dávku znovu, aby vynechanou dávku nahradili. Přípravek Saxenda® je určen pouze pro subkutánní podání. Nesmí být podán intravenózně nebo intramuskulárně. Počáteční se jednorázově denně každý v průběhu dne, nezávisle na jídle. Pokud dojde k vynechání dávky do 12 hodin od obvyklé doby podání, má si ji pacient aplikovat co nejdříve. Pokud do další dávky zůstane méně než 12 hodin, pacient si nemá vynechanou dávku aplikovat a musí pokračovat v režimu podávání jednou denně další obvyklou dávkou. Nesmí docházet k nahrazení vynechané dávky či k navýšení dávky za účelem úpravy vynechané dávky. Aplikuje se injekčně do břicha, stehen nebo horní části paže. Pacienti s onemocněním diabetes mellitus 2. typu: Saxenda® se nemá používat v kombinaci s jinými agenzemi GLP-1 receptory. Při zahájení podávání přípravku Saxenda® zvětšit snížení dávky současně podávání inzulínu nebo sekretagog inzulínu (např. sulfonylurey), aby se snížilo riziko hypoglykémie. K úpravě dávky inzulínu nebo sekretagog inzulínu je nutné monitorování glykémie pacientem. Zvláštní skupiny pacientů: Starší pacienti: 65 let: u těchto věku není nutná žádná úprava dávkování. Zdravotní s léčbou pacientů ve věku ≥ 75 let: jsou omezené a použití u těchto pacientů se nedoporučuje. Porucha funkce ledvin: u pacientů s lehkou či středně těžkou poruchou funkce ledvin (clearance kreatininu $\geq 30 \text{ ml/min}$) není nutná žádná úprava dávkování. Přípravek Saxenda® není doporučen pro použití u pacientů s těžkou poruchou funkce ledvin (clearance kreatininu $< 30 \text{ ml/min}$) včetně pacientů v konečném stadiu selhání ledvin. Porucha funkce jater: u pacientů s lehkou nebo středně těžkou poruchou funkce jater není doporučena žádná úprava dávkování. Přípravek Saxenda® se nedoporučuje používat u pacientů s těžkou poruchou funkce jater a u pacientů s lehkou či středně těžkou poruchou funkce jater se musí používat s opatrností. Pediatrická populace: U dospívajících ve věku od 12 let není nutná žádná úprava dávkování.

Bezpečnost a účinnost přípravku Saxenda® u dětí mladších 12 let nebyla stanovena. V souvislosti dostupné údaje jsou uvedeny v bodech 4.8, 5.1 a 5.2 v SPC, na jejich základě však nelze učinit žádná doporučení ohledně dávkování. Kontraindikace: hypersenzitivita na liraglutid nebo na kteroukoli pomocnou látku. Zvláštní upozornění: u pacientů s onemocněním diabetes mellitus se nemá Saxenda® používat jako náhrada za inzulín. U pacientů se zvláštností na podávání inzulínu byla po rychlém vysazení nebo snížení dávky inzulínu hlášena diabetická ketoacidóza (viz bod 4.2). U pacientů ve věku 75 let nebo více, kterých dříve příznaky k úpravě hmotnosti, se sekundární obezitou při endokrinních onemocněních či při poruchách příjmu potravy nebo u pacientů, kterých příznaky, které mohou způsobovat nárůst tělesné hmotnosti, s těžkou poruchou funkce ledvin, s těžkou poruchou funkce jater, s mírným až středním selháním štítné žlázy IV podle NYHA a se zvláštním onemocněním a/ nebo s diabetickou gastroparézou se použití nedoporučuje. Perikarditida, cholelitiáza a cholelitiáza, onemocnění štítné žlázy, selhání funkce, dehydratace a hypoglykémie viz SPC. Podiatrická populace: U dospívajících (12-17 let) léčených liraglutidem byly hlášeny epizody křečové vzrůstné hypoglykémie. Pacienti mají být informováni o charakteristických příznacích hypoglykémie a příslušných ústředích. Významné interakce: malé množství ve vynechání žaludku při použití liraglutidu může ovlivnit absorpci současně podávaných perorálních léčivých přípravků. Saxenda® se nemá míst s jinými injekčními přípravky (např. inzulín). Warfarin a další deriváty kumarinů, paracetamol, atorvastatin, glibenklamid, digoxin, lisinapril a perorální antikoagulanty přípravky viz SPC. Studie Interact byly provedeny pouze u dospělých. Těhotenství a kojení: Liraglutid se nemá v těhotenství a během kojení užívat. Pokud si pacientka přeje otěhotnět nebo otěhotní, má být léčba liraglutidem přerušena. Medulační účinky: nedoporučuje se pro použití u pediatrických pacientů. Nejčastěji hlášenými nežádoucími účinky jsou gastrointestinální poruchy (břišní bolest, nauzea, zvracení, průjem, zácpa; méně často: pankreatitida, zpožděná vyprázdnění žaludku). Odrážení viz SPC. Předávkování: Hlášené příznaky zahrnovaly těžkou nauzeu, těžké zvracení a těžkou hypoglykémii. Balení: zisková vložka obsahuje v jednorázovém předplněném vialu 18 mg, jedno pero obsahuje 3 ml roztoku s tím je použit k aplikaci dávky 0,6 mg, 1,2 mg, 1,8 mg, 2,4 mg a 3,0 mg. Vial: balení 3 předplněná pera. Doba použitelnosti: 30 měsíců. Po prvním použití 1 měsíc. Uchovávejte Uchovávejte v chladničce ($2^\circ\text{C} - 8^\circ\text{C}$). Chraňte před mrazem. Neuchovávejte v blízkosti masivního ohně. Po prvním použití uchovávejte při teplotě do 30°C nebo v chladničce ($2^\circ\text{C} - 8^\circ\text{C}$). Používejte pouze na jednorázové použití. Po použití vyhoďte do odpadu. Způsob vyhození: výdej vstříknout na tekutý odpad. Způsob likvidace: přípravek není určen k znečištění veřejného zdravotního prostředí. Datum schválení: 23. března 2015. Datum revize textu: 04/2021. Odrážení rozhodnutí o registraci: Novo Nordisk A/S, Novo Allé, DK-2880 Bagsvaerd, Dánsko. Reg. číslo: EU/1/15/992/002. Další informace získáte z SPC, přílohy Informace nebo na adrese firmy Novo Nordisk: Novo Nordisk s.r.o., Švabovka 33c, 160 00, Praha 6.

¹ Tělesná hmotnost byla dosažena u obou skupin pacientů bez DM 2. typu, kteří dokončili klinickou studii.

² V průměru 65 % pacientů na placebo.

Reference: 1. SPC přípravku Saxenda®.

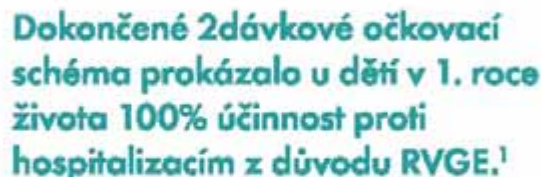
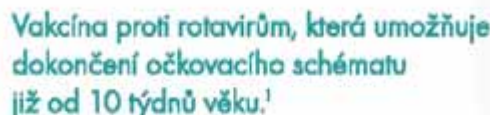
CZ21SD0051



Novo Nordisk s.r.o.
Evropská 2590/33c, 160 00 Praha 6
Tel.: +420 233 089 611, www.novonordisk.cz

Saxenda®
liraglutid injekce

OCHRANA KOJENCŮ PŘED ROTAVIRY POMOCÍ 2 PERORÁLNÍCH DÁVEK



STEJNÁ ČINNOST, JEDNODUŠÍ MANIPULACE

NÁZEV PŘÍPRAVKU: Rotarix perorální suspenze v přírodním perorálním aplikátoru. Rotarix perorální suspenze ve stabilizované láhvi. Rotarix perorální suspenze ve více-jednotlivých (5 jednotlivých dávkách) stabilizovaných tabulek aporogenní protilátky. Želatinový vakolín. **KVALITATIVNÍ A KVANTITATIVNÍ SLOŽENÍ:** 1 dávka (1,5 ml) obsahuje Rotarix R044144 kmenem vinné rhabdovir – ne mohl být 10⁶ CCID50. **KLINICKÉ ÚDAJE:** Terapeutické indikace: Rotarix je určen k léčbě imunitní odpovědi ve věku 6 až 24 týdnů (včetně) pro prevenci gastroenteritidy způsobené rotavirem u kojenců (stejně jako u dětí). **Dětská onemocnění a způsob podání:** Očkovací schéma se skládá ze dvou dávek. První dávka může být podána od 6 týdnů věku. Minimální interval mezi dávkami byl 8 týdnů, ale minimálně 4 týdny. Druhá dávka obvykle byla se stejnou aplikací polku hodiny před dokončením věku 18 týdnů, očkovací schéma může být dokončeno do 24. týdne věku. Doporučuje se, aby děti, které dostaly jako první dávku Rotarix, dostaly 2 dávkové schéma vakolínou Rotarix. Rotarix je určen pouze k perorálnímu podání. Rotarix se za účelem účinnosti nemusí podávat ležebnicí. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na bílkovinu želatiny nebo na kvasnicový a pšeničný lepek. Hypersenzitivita na chlebovácké podání rotavirální vakcíny, Intussusceps u novorozenců, nekompensovaný vrozený metabolický gastrointestinální traktus s možnou predispozicí ke vzniku Intussusceps. Subjekt s těžkou kardiomyopatií, myokardiálním infarktem (MI). Aplikace vakcíny Rotarix na dítě začínající u nebo vyvíjející akutní střevní hemoragickou enterokolitidou, průjem a zvracení. **Zvláštní upozornění a opatření pro používání:** Kojec v době podání Rotarixu a 8 týdnů před gastrointestinálními onemocněními nebo poruchou střev. Jako povolení opatření by měli zdravotníci provést následující pokyny: **rotarix** je rotavirální (zabíjí bakterie chřádku, způsob zvracení, krvavé stolice, nadměrné chřívání a/ nebo výtok hlenů), proto je důležité z pozorování bezpečnostních studií ukazují zvýšení rizika výskytu Intussuscepsu ve věku 3 až 7 dní po očkování rotavirem. Při výskytu těchto příznaků by matka/opatření měli být pečlivě a okamžitě hlášeni takovým příznakům zdravotnickým pracovníkům. Byly pozorovány případy slzného výtoku nebo vraku ve vzácných a závažných případech, které byly v kontextu s očkováním jedinců, aniž by to vyvolalo nějaké klinické symptomy. Dítě v kontaktu s bezvědomým jedincem by mělo být dočasně ošetřeno hygienou. V Některých studiích s očkováním kojenců bylo u nejmenších dětí nebo HIV infikovaných dětí byly pozorovány příznaky podobné těm, které byly pozorovány u bezpečnostních studií. U chladnějších nemocných dětí od 27 do 36 týdnů věku (postvakcíny) by prokázaly srovnatelnou bezpečnostní profil jako u dětí, které obdržely placebo. **Aplikace vakcíny Rotarix** dětem se známým nebo suspektním dědičným imunitním vrozením v staré epizodě imunodeficience (SCID), musí být začlena na podáním zvláštní potenciálních příznaků a risk. Rozsah ochrany: Měrou by Rotarix mohl poskytnout výše uvedený rotavirální imunitu, která neexistovala v Některých studiích, není v současném záznam. Klinické studie, z nichž byly získány údaje o účinnosti, byly prováděny v Evropě, v Jižní a v Jižní Americe, Africe a Asii. **Informace o bezpečí:** **Měsíční přípravek:** Rotarix lze podat současně s kvasnicové a kvasnicové a následující monovalentní nebo kombinované vakcíny (včetně hexavalentních vakcín (DTPa/HSPV/ Hib); vakcína proti diftérii, tetanu, pertanji (oslovení) (DTPa), vakcína proti Haemophilus influenzae typu b (Hib), inaktivovaná vakcína proti poliovirům (IPV), vakcína proti hepatitidě B (HBV), kompozitní monovalentní vakcína a kompozitní meningokokální vakcína zvláštní pro C. Současné podání Rotarixu s povinnými vakcínami proti poliovirům (IPV) rovněž bylo imunitní odpovědi na polio antigenu. Současné podání IPV může kromě anti-imunitní odpovědi na rotavirální vakcínu. **Tělesná teplota a bolest:** Rotarix není určen k očkování dospělých. **Účinnost:** Účinnost očkování rotavirem Rotarixem u dětí. Ne zvláštní účinek očkování v Některých studiích nesledují kojení ochrany proti rotavirální gastroenteritidě vyvolané vakcínou Rotarix. V době očkování je tedy kojení pokračováno v kojení. **Indikované dávkování:** Dětem bylo ve věku 6 až 24 týdnů věku podáno přibližně 51000 kojení denně. 108 000 dávek Rotarixu (vyjádřených jako jedna dávka). Nežádoucí účinky zahrnující pouze izolované výskyty. Průběh: Po aplikaci jakékoliv dávky (≥ 1/100, $\leq$ 1/100, $\leq$ 1/100; průměr, průměrnost. Míra účinnosti (≥ 1/1000, $\leq$ 1/1000; bolest břicha, nadměrné, dermatitida. Vzácné (≥ 1/10000, $\leq$ 1/10000). Míra účinnosti (≥ 1/10000; kožní, Intussusceps. Dítě zvláštní z pozorování bezpečnostních studií prováděných v Některých zemích nesledují, že rotavirální vakcíny se současně zvláštní zvláštní Intussuscepsu ve věku 3 až 7 dní po očkování. Účinnost očkování Rotarixu u dětí s očkováním (≥ 1/10000; kožní, Intussusceps. Dítě zvláštní z pozorování bezpečnostních studií prováděných v Některých zemích nesledují, že rotavirální vakcíny se současně zvláštní zvláštní Intussuscepsu ve věku 3 až 7 dní po očkování. Účinnost očkování Rotarixu u dětí s očkováním (≥ 1/10000; kožní, Intussusceps. Dítě zvláštní z pozorování bezpečnostních studií prováděných v Některých zemích nesledují, že rotavirální vakcíny se současně zvláštní zvláštní Intussuscepsu ve věku 3 až 7 dní po očkování. Účinnost očkování Rotarixu u dětí s očkováním (≥ 1/10000; kožní, Intussusceps. Dítě zvláštní z pozorování bezpečnostních studií prováděných v Některých zemích nesledují, že rotavirální vakcíny se současně zvláštní zvláštní Intussuscepsu ve věku 3 až 7 dní po očkování. Účinnost očkování Rotarixu u dětí s očkováním (≥ 1/10000; kožní, Intussusceps. Dítě zvláštní z pozorování bezpečnostních studií prováděných v Některých zemích nesledují, že rotavirální vakcíny se současně zvláštní zvláštní Intussuscepsu ve věku 3 až 7 dní po očkování. Účinnost očkování Rotarixu u dětí s očkováním (≥ 1/10000; kožní, Intussusceps. Dítě zvláštní z pozorování bezpečnostních studií prováděných v Některých zemích nesledují, že rotavirální vakcíny se současně zvláštní zvláštní Intussuscepsu ve věku 3 až 7 dní po očkování. Účinnost očkování Rotarixu u dětí s očkováním (≥ 1/10000; kožní, Intussusceps. Dítě zvláštní z pozorování bezpečnostních studií prováděných v Některých zemích nesledují, že rotavirální vakcíny se současně zvláštní zvláštní Intussuscepsu ve věku 3 až 7 dní po očkování. Účinnost očkování Rotarixu u dětí s očkováním (≥ 1/10000; kožní, Intussusceps. Dítě zvláštní z pozorování bezpečnostních studií prováděných v Některých zemích nesledují, že rotavirální vakcíny se současně zvláštní zvláštní Intussuscepsu ve věku 3 až 7 dní po očkování. Účinnost očkování Rotarixu u dětí s očkováním (≥ 1/10000; kožní, Intussusceps. Dítě zvláštní z pozorování bezpečnostních studií prováděných v Některých zemích nesledují, že rotavirální vakcíny se současně zvláštní zvláštní Intussuscepsu ve věku 3 až 7 dní po očkování. Účinnost očkování Rotarixu u dětí s očkováním (≥ 1/10000; kožní, Intussusceps. Dítě zvláštní z pozorování bezpečnostních studií prováděných v Některých zemích nesledují, že rotavirální vakcíny se současně zvláštní zvláštní Intussuscepsu ve věku 3 až 7 dní po očkování. Účinnost očkování Rotarixu u dětí s očkováním (≥ 1/10000; kožní, Intussusceps. Dítě zvláštní z pozorování bezpečnostních studií prováděných v Některých zemích nesledují, že rotavirální vakcíny se současně zvláštní zvláštní Intussuscepsu ve věku 3 až 7 dní po očkování. Účinnost očkování Rotarixu u dětí s očkováním (≥ 1/10000; kožní, Intussusceps. Dítě zvláštní z pozorování bezpečnostních studií prováděných v Některých zemích nesledují, že rotavirální vakcíny se současně zvláštní zvláštní Intussuscepsu ve věku 3 až 7 dní po očkování. Účinnost očkování Rotarixu u dětí s očkováním (≥ 1/10000; kožní, Intussusceps. Dítě zvláštní z pozorování bezpečnostních studií prováděných v Některých zemích nesledují, že rotavirální vakcíny se současně zvláštní zvláštní Intussuscepsu ve věku 3 až 7 dní po očkování. Účinnost očkování Rotarixu u dětí s očkováním (≥ 1/10000; kožní, Intussusceps. Dítě zvláštní z pozorování bezpečnostních studií prováděných v Některých zemích nesledují, že rotavirální vakcíny se současně zvláštní zvláštní Intussuscepsu ve věku 3 až 7 dní po očkování. Účinnost očkování Rotarixu u dětí s očkováním (≥ 1/10000; kožní, Intussusceps. Dítě zvláštní z pozorování bezpečnostních studií prováděných v Některých zemích nesledují, že rotavirální vakcíny se současně zvláštní zvláštní Intussuscepsu ve věku 3 až 7 dní po očkování. Účinnost očkování Rotarixu u dětí s očkováním (≥ 1/10000; kožní, Intussusceps. Dítě zvláštní z pozorování bezpečnostních studií prováděných v Některých zemích nesledují, že rotavirální vakcíny se současně zvláštní zvláštní Intussuscepsu ve věku 3 až 7 dní po očkování. Účinnost očkování Rotarixu u dětí s očkováním (≥ 1/10000; kožní, Intussusceps. Dítě zvláštní z pozorování bezpečnostních studií prováděných v Některých zemích nesledují, že rotavirální vakcíny se současně zvláštní zvláštní Intussuscepsu ve věku 3 až 7 dní po očkování. Účinnost očkování Rotarixu u dětí s očkováním (≥ 1/10000; kožní, Intussusceps. Dítě zvláštní z pozorování bezpečnostních studií prováděných v Některých zemích nesledují, že rotavirální vakcíny se současně zvláštní zvláštní Intussuscepsu ve věku 3 až 7 dní po očkování. Účinnost očkování Rotarixu u dětí s očkováním (≥ 1/10000; kožní, Intussusceps. Dítě zvláštní z pozorování bezpečnostních studií prováděných v Některých zemích nesledují, že rotavirální vakcíny se současně zvláštní zvláštní Intussuscepsu ve věku 3 až 7 dní po očkování. Účinnost očkování Rotarixu u dětí s očkováním (≥ 1/10000; kožní, Intussusceps. Dítě zvláštní z pozorování bezpečnostních studií prováděných v Některých zemích nesledují, že rotavirální vakcíny se současně zvláštní zvláštní Intussuscepsu ve věku 3 až 7 dní po očkování. Účinnost očkování Rotarixu u dětí s očkováním (≥ 1/10000; kožní, Intussusceps. Dítě zvláštní z pozorování bezpečnostních studií prováděných v Některých zemích nesledují, že rotavirální vakcíny se současně zvláštní zvláštní Intussuscepsu ve věku 3 až 7 dní po očkování. Účinnost očkování Rotarixu u dětí s očkováním (≥ 1/10000; kožní, Intussusceps. Dítě zvláštní z pozorování bezpečnostních studií prováděných v Některých zemích nesledují, že rotavirální vakcíny se současně

RINSE = rinsed, noncontaminated

References: 1. SPC Rocks. Aug 2020. dash.spc.noaa.gov/rock

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

Schließung 03/2021 FM-CZ-RDT-ADVT-210001