

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX PEDIATRIAE

prosinec 2021
číslo 10 • ročník 21



téma čísla

Sexuologie



- Úhradová vyhláška na r. 2022
- Aktualizace doporučení ČVS ČLS JEP a SEM ČLS JEP k přeočkování a aplikaci posilujících dávek vakcín proti onemocnění COVID-19

- Děti a dospívající s rodovým nesouladem
- Sexuální násilníci dětského věku – diagnostika, léčba a další intervence
- Deprese dětí a dospívajících

- Je dítě pouze zlobivé, nebo má ADHD?
- Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrady za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2022



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.angellini.cz

www.erdoherbal.cz

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Informace SPLDD	6
	- Úhradová vyhláška na r. 2022 - Snížení administrativní zátěže poskytovatelů zdravotních služeb a zdravotnických pracovníků - Centrální úložiště záznamů o očkování - Informace o falešných kontrolách - Úpravy podmínek poskytování dlouhodobého ošetrového a dávky otcovské poporodní péče (otcovské) - Podmínky užití mukolytik v dětském věku se v Evropě zpřísňují – která léčba je preferována? - Vedení evidence znehodnocených očkovacích látek proti COVID-19 - Prohlášení okresních a krajských zástupců SPL ČR v Milovech - Iberogast – riziko polékového poškození jater a nová doporučení - Informace k oznamovací povinnosti ve věci ohrožených dětí	
	Aktualizace doporučení ČVS ČLS JEP a SEM ČLS JEP k přeočkování a aplikaci posilujících dávek vakcín proti onemocnění COVID-19	11
	MUDr. David Neumann, Ph.D.	14
	Děti a dospívající s rodovým nesouladem	
	MUDr. Šárka Bínová	
	Sexuální násilníci dětského věku – diagnostika, léčba a další intervence	19
	Doc. MUDr. Iva Dudová, Ph.D.	
	Deprese dětí a dospívajících	26
	MUDr. Lucia Klamová	
	Je dítě pouze zlobivé, nebo má ADHD?	29
	Ze světa odborné literatury	33
	Aktuality	35
	Eduard Heinrich Henoch	37
	Řádková inzerce	38
	Vyhláška č. 396/2021 Sb., ze dne 21. října 2021, o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2022	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

ANGELINI

GSK

MSD

Novo Nordisk

Sanatorium Edel

Vsetínská nem.

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: Eduard Heinrich Henoch

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.



Milé kolegyně a kolegové,

blíží se konec roku 2021, který byl pro nás všechny velmi náročný, ve kterém jsme zažili nejedno překvapení a potýkali jsme se s nekončící covidovou pandemií. V první polovině roku se zdálo, že se vše v dobré obrací díky novému očkování proti covidu. PLDD se dostali mezi prvními k možnosti se nechat naočkovat. Ochranných pomůcek bylo již dostatek a i přes velkou vlnu nemocných s covidem a přetížení nemocnic pacienty jsme měli v našich ordinacích relativní klid na práci. Nemocnost dětí byla na velmi nízké úrovni, měli jsme čas na preventivní činnost, čas na distanční vzdělávání a doufám, že také čas se věnovat také sobě a svým blízkým. Většina z nás si mohla konečně naplánovat a užít dovolenou, podívat se i za hranice ČR. V květnu a červnu jsme se po delší době mohli prezenčně setkat na regionálních konferencích a uskutečnila se také volební celostátní konference Sdružení. Práce výkonného výboru byla oceněna mimo jiné také tím, že jsme ve stejném složení byli opět zvoleni do

čela SPLDD ČR. Také v září jsme se s některými mohli potkat na novém Kongresu primární péče v Clarion Hotelu v Praze, kde po delší době bylo velmi příjemné slyšet přednášky osobně, diskutovat s kolegy, prohlédnout si nabídky vystavujících firem, potkat se s přáteli a kolegy i z jiných oborů. Po prázdninovém oddechnutí nás zaskočil prudký nárůst nemocnosti u dětí po nástupu do škol. Troufám si říci, že takovému náporu nemocných naše ordinace nečelily již několik let ani v chřipkové sezóně. To vše při opětovném vzestupu pozitivně testovaných dětí na COVID-19. Rychlé měnění mimořádných opatření MZ ČR a politiků se téměř nedalo monitorovat. Co platilo jeden den, za pár dnů bylo už zcela jinak. Opět jsme byli nuceni suplovat nefunkční či lépe řečeno zhroucenou hygienickou službu, což nás zatěžuje obrovským množstvím telefonátů, vypisováním žádank na PCR testy, řešením karantén a izolací. Společnost je rozdělená, není již tak chápavá a oceňující naši práci, naopak narůstá podráždění, nervozita a někdy až agresivita některých rodičů. Nemalá část z nás je vyčerpaná, přepracovaná a zvažuje ukončení své činnosti a odchod do zaslouženého důchodu. Zkusme vydržet, byť se obávám, že ani příští rok nebude jednoduchý. Radost nám může dělat to, že neřešíme existenční potíže, zdravotní pojišťovny platí včas, byli jsme odměněni za práci v době covidu, daří se zařazovat nové výkony, někteří se zapojili do očkování proti covidu ve svých ordinacích a očkovacích látkech je dostatek. Naši práci ocenili zástupci MZ ČR, prof. Dušek veřejně na datech ÚZIS prezentuje, že PLDD nezavřeli ani na jeden den své ordinace.

Chtěla bych vám všem poděkovat za velký kus odvedené práce, za to, že jste svým pacientům v této nelehké době k dispozici a často jako jediní jim dokážete s klidem a srozumitelně poradit. Setrváváte ve svých ordinacích i v době, kdy jiní užívají důchodu a věnují se sami sobě. Všichni do toho vkládáte své srdce, protože bez toho to vydržet tak dlouho nejde. Prosím, najděme tu správnou míru pracovního nasazení, abychom vydrželi nejen do konce roku a příští rok, ale co nejdéle, dokud nás práce a naše poslání naplňuje. Protože dobrý pocit z pomoci druhým a uznání těch, o které se staráme, je k nezaplacení.

Přeji vám krásné vánoční svátky, co možná nejklidnější konec roku a hlavně pevné zdraví, pevné nervy a klid v duši.

V úctě

Ilona Hülleová

Pf 2022

*Co nejvíce
šťastných dní
v roce 2022
přeje*

*Výkonný výbor
a redakce
Vox pediatriae*





Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

Máme za sebou další měsíc velmi vyčerpávající a náročné práce v ordinacích PLDD. Narůstají počty dětí pozitivně testovaných na COVID-19 zejména ve školách a stále častěji se také u dětí vyskytují již některé příznaky tohoto onemocnění. Testovat všechny indikované děti na COVID-19 v našich ordinacích nestihnáme. Supluje nedostatečnou práci KHS a jsme zahlceni telefonáty rodičů, kteří hlásí pozitivitu dětí na covid, jejich potíže a požadují vystavení žádanky na PCR test. Problémy jsou i s vystavováním ošetřovného. V takto přetížených ordinacích PLDD se jen velmi pomalu rozebíhá očkování proti COVID-19, byť zájem o očkování stoupá. Většina z nás a našich sestřiček je fyzicky i psychicky vyčerpaná. To vše nepřispívá ke kritickému zajištění primární

péče o děti v ČR, kdy vnímáme každý odchod PLDD ze sítě bez náhrady jako velký problém. Tématem nedostatku pediatriů se zabývalo jednání na půdě Senátu a hledalo se možné řešení krizové situace.

Během listopadu jsme ukončili cyklus regionálních seminářů „Komunikace“ a další plánované prezenční akce v tomto roce jsme z důvodu zhoršující se epidemické situace zrušili. Připravujeme v tomto roce poslední webinář zaměřený na aktuální profesní problematiku na středu 8. 12. 2021.

V listopadu jsme zaslali na MZ ČR připomínky SPLDD k zavedení elektronického záznamu očkování, tzv. eOčkování. Zásadně nesouhlasíme s předloženým návrhem prováděcí vyhlášky a očekáváme úpravu této povinnosti do takové formy, která

by odpovídala svým rozsahem např. vystavení eReceptu, neboť záznam očkování má být součástí lékového záznamu.

2. 11. 2021 se v Senátu Parlamentu ČR uskutečnil II. kulatý stůl na téma: „Co dělat s personálním nedostatkem v ordinacích praktických i nemocničních pediatriů?“ Zazněly velmi zajímavé prezentace a čísla, která jednoznačně ukazují na velký problém v zajištění primární péče v současnosti a hlavně v budoucnosti. Za SPLDD a OSPDL jsme navrhli maximální zjednodušení vzdělávání a co nejrychlejší vstup do primární péče (Program P 30).

Management ordinace PLDD ON-LINE

22. 1. 2022

29. 1. 2022

5. 2. 2022

12. 2. 2022

19. 2. 2022

PROGRAM:

Vždy v sobotu 8.00–13.00 hod.

Aktuální právní problematika – Mgr. Jakub Uher, Novinky v epidemii COVID-19, Děti a digitální technologie, Nové výkony v ordinaci PLDD v roce 2022

Webinář bude kreditován dle Vzdělávacího řádu SPLDD.

Pořadatel akce: SPLDD ČR

Organizační zajištění: TrendyMat s.r.o.

Podrobný program a další informace od 3. 1. 2022 na www.detskylekaz.cz nebo www.trendymat.cz



Informace SPLDD

■ Úhradová vyhláška na r. 2022

Ve Sbírce zákonů rozeslané 29. října 2021 vyšla vyhláška č. 396/2021 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2022. Tato vyhláška stanovuje stejně jako vyhlášky v předchozích letech i pro rok 2022:

- hodnoty bodu (individuálně dle jednotlivých odborností),
- výši úhrad hrazených služeb poskytovaných pojištěncům podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění,
- výši úhrad hrazených služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům,
- regulační omezení pro úhrady poskytované smluvními poskytovateli.

Dohodovací řízení o úhradách na r. 2022, které skončilo v červnu 2021 ve všech segmentech kromě segmentu ambulantních specialistů dohodou, vycházelo z v té době nečitelné predikce ekonomického a finančního vývoje v ČR. Meziroční vzestup úhrad byl dohodnut na úrovni 4 % zejména s ohledem na očekávanou výši inflace. Zdravotní pojišťovny přislíbily, že v případě příznivého vývoje zohlední tento fakt zvýšením úhrad poskytovatelům. Během léta 2021 byla navýšena platba za státní pojištěnce z 1 067 Kč o 500 Kč. Tím se navýšil budget zdravotních pojišťoven, což se promítá i do vydané úhradové vyhlášky. V příloze tohoto čísla Vox pediatraie otiskujeme celé znění přílohy č. 2 vyhlášky č. 396/2021 Sb., která uvádí podmínky úhrad v segmentu praktických lékařů. V tabulce uvádím porovnání základních parametrů úhrad v r. 2021 a v r. 2022. Neméně podstatnou informací je též to, že referenčním obdobím pro r. 2022 zůstává rok 2019, a to z důvodu atypické situace v r. 2020 vzniklé v souvislosti s pandemií vyvolanou virem SARS-CoV-2.

Vyhláška pro rok	2021	2022
Referenční období	2019	2019
Výkon 09115 odběr biol. materiálu spojený s dg. U6975 a U071	Navýšení úhrady o 100 Kč (v domácím prostředí o 300 Kč)	Navýšení úhrady o 100 Kč (v domácím prostředí o 300 Kč)
Zákl. kapitační platba	50 Kč	54 Kč
Kapitační platba > 30 hod/týden, 2× týdně objednání, 1× týdně do 18 hod.	56 Kč	60 Kč
Navýšení kapitační platby za ČŽV	+ 0,60 Kč	+ 1 Kč
Navýšení kapitační platby za akreditaci	+ 1 Kč	+ 1 Kč
10 služeb na LPS	40 000 Kč	40 000 Kč
Hodnota bodu – prevence, očkování	1,16 Kč	1,21 Kč
Hodnota bodu – ostatní	1,16 Kč	1,20 Kč
Navýšení hodnoty bodu za ČŽV	+ 0,04 Kč	+ 0,04 Kč
Navýšení hodnoty bodu za rozšířené ord. hodiny	+ 0,05 Kč	+ 0,05 Kč
Hodnota bodu za hrazené služby zahraničním pojištěncům	1,26 Kč	1,30 Kč
Hodnota bodu – návštěvní služba	1,00 Kč	1,05 Kč
01543 – epizoda péče	65 Kč	68 Kč
Věkové indexy	Beze změny	Beze změny
Položka na eRp hrazená z v.z.p.	1,70 Kč	1,70 Kč
Regulační omezení platná pro PLDD	Beze změn	Beze změn

Příklad kapitační platby fiktivní ordinace PLDD s 1 000 registrovaných pojištěnců s rovným zastoupením věkových skupin = cca 2 120 jednicových pojištěnců

	2021	2022
Počet jednicových pojištěnců	2 120	2 120
Kapitace základní celkem/měs.	106 000 Kč	114 480 Kč
Kapitace při rozšířených ord. hodinách celkem/měs.	118 720 Kč	127 200 Kč

Meziroční navýšení kapitační platby tak v tomto fiktivním případě představuje + 8 %, resp. 7,14 %

Inflace koncem r. 2021 se pohybuje cca na úrovni necelých 5 %.

■ Snížení administrativní zátěže poskytovatelů zdravotních služeb a zdravotnických pracovníků

Ministerstvo zdravotnictví dne 19. 10. 2021 ve snaze snížit administrativní zátěž a přispět k objasnění práv a povinností poskytovatelů zdravotních služeb a zdravotnických pracovníků připravilo elektronický formulář, jehož prostřednictvím lze pokládat dotazy

a podávat podněty či jiné návrhy k výše uvedeným tématům. Položené otázky či zaslané podněty pak budou sloužit jako podklad pro uspořádání konzultačního dne, kde se těmto otázkám a podnětům budeme věnovat. Elektronický formulář je k dispozici na <https://www.mzcr.cz/ministerstvo-dba-na-snizeni-administrativni-zateze-poskytovatelu-zdravotnich-sluzeb/>.

■ Centrální úložiště záznamů o očkování

Dnem 1. ledna 2022 nabude účinnosti zákon č. 366/2021 Sb., kterým se mění zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách, zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech, a zákon č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích. Tento legislativní předpis nově zavádí do zákona o léčivech zejména § 79c,



§ 81fa a § 81fb (viz níže) týkající se zřízení centrálního úložiště záznamů o očkování.

Evidence elektronických záznamů o očkování bude povinná a centrální úložiště eOčkování bude součástí informačního systému eRecept, který spravuje SÚKL. SÚKL oznámil, že centrální úložiště záznamů o očkování bylo zprovozněno dne 18. října 2021, a bylo tak zpřístupněno testovací prostředí včetně kompletní technické dokumentace pro dodavatele koncových SW. V průběhu podzimu 2021 bude probíhat vývoj a testování na straně dodavatelů.

Od 1. prosince 2021 bude na straně SÚKL připraveno produkční prostředí a od tohoto data bude pacientům umožněno vyjádřit neshodu s nahlížením na očkování obdobně jako pro lékový záznam. Záznam o očkování bude možné provést od 1. 1. 2022.

V reálné praxi bude elektronická evidence záznamů o provedeném očkování probíhat tak, že lékař učiní záznam o aplikovaném očkování konkrétnímu pacientovi. Povinnost zaznamenat provedené očkování se bude týkat veškerých druhů očkování, tedy pravidelného, zvláštního, mimořádného, dobrovolného, hrazeného i nehrazeného.

Přístup k systému eRecept včetně evidence o očkování bude zprostředkován i pro krajské hygienické služby za účelem výkonu státní správy v oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví, Ministerstvu zdravotnictví a ÚZIS za účelem výkonu statistické činnosti, a to v rozsahu, ke kterému jsou legislativně oprávněny.

Nově vložená zásadní ustanovení týkající se záznamu o očkování do zákona o léčivech:

§ 79c

Záznam o provedení očkování konkrétního pacienta

(1) Lékař, který provedl očkování konkrétního pacienta, o tom bezodkladně učiní elektronický záznam prostřednictvím systému eRecept (dále jen „záznam o očkování“).

(2) Pro účely záznamu o očkování podle odstavce 1 se provedením očkování konkrétního pacienta rozumí provedení pravidelného, zvláštního, mimořádného nebo dobrovolného očkování, při kterém je lékařem pacientovi aplikován humánní imunologický léčivý přípravek.

§ 81fa

Centrální úložiště záznamů o očkování

(1) Centrální úložiště záznamů o očkování je v rámci systému eRecept zřízeno ke

a) shromažďování a ukládání záznamů o očkování,

b) shromažďování a ukládání informací týkajících se zacházení se záznamem o očkování.

(2) Systém eRecept zabezpečuje bezúplatné zasílání informací z centrálního úložiště záznamů o očkování pacientům prostřednictvím

a) datové zprávy zaslané na adresu elektronické pošty pacienta, nebo

b) textové zprávy zaslané na mobilní telefonní přístroj pacienta.

(3) Ústav uchovává informace vedené v centrálním úložišti záznamů o očkování po dobu 1 roku od úmrtí pacienta. Po uplynutí této doby se z centrálního úložiště záznamů o očkování odstraní všechny informace související s takovým pacientem.

§ 81fb

Záznam o očkování

(1) Záznam o očkování je vytvářen, měněn nebo rušen v systému eRecept na základě požadavku lékaře uvedeného v § 79b odst. 1, který obsahuje údaje potřebné pro vytvoření, změnu nebo zrušení záznamu o očkování.

(2) V případě, že požadavek podle odstavce 1 na vytvoření záznamu o očkování obsahuje všechny stanovené údaje, systém eRecept vytvoří záznam o očkování a obratem lékař potvrdí jeho vytvoření.

(3) Lékař nebo farmaceut, který splňuje podmínky tohoto zákona pro nahlížení prostřednictvím lékového záznamu na údaje pacienta podle § 81d odst. 4, vydá na žádost pacienta prostřednictvím systému eRecept výpis provedených očkování v listinné nebo elektronické podobě.

(4) Výpis provedených očkování podle odstavce 3 může být pacientovi vystaven v elektronické podobě také přímo systémem eRecept prostřednictvím webové aplikace pro pacienty podle § 81 odst. 1 písm. f).

(5) Prováděcí právní předpis stanoví

a) způsob zasílání požadavků na vytvoření, změnu a zrušení záznamu o očkování,

b) rozsah údajů potřebných pro vytvoření, změnu a zrušení záznamu o očkování,

c) rozsah údajů uváděných ve výpisu provedených očkování podle odstavce 4 a jeho formu.

■ Informace o falešných kontrolách

Státní ústav pro kontrolu léčiv (dále jen „SÚKL“) se distancuje od jednání neznámé osoby nebo osob, které v poslední době kontaktují poskytovatele zdravotních služeb údajně jménem sekretariátu ředitelky SÚKL/ředitelství SÚKL s informací, že u poskytovatele zdravotních služeb bude provedena kontrola dodržování právních předpisů ze strany SÚKL, a s následnou nabídkou, že za finanční odměnu zkontrolují dokumentaci zdravotnického zařízení, která bude předmětem kontroly ze strany SÚKL. Součástí této služby má být mimo jiné vyzvednutí veškeré dokumentace podléhající kontrole z příslušného zdravotnického zařízení.

SÚKL uvádí, že tato činnost probíhá zcela bez jeho vědomí a že ze strany SÚKL nejsou regulovaným subjektům za úplatu poskytovány služby předběžného auditu dokumentace zdravotnických zařízení. Nadto je třeba uvést, že sekretariát ředitelky SÚKL se na kontrolní činnosti žádným způsobem nepodílí. SÚKL se proto vymezuje proti tomu, aby výše uvedené nabídky, které mimo jiné poškozují jeho dobré jméno, byly se SÚKL jakkoli spojovány.

Zdroj: <http://www.olecich.cz>, 1. 11. 2021

■ Úpravy podmínek poskytování dlouhodobého ošetrového a dávky otcovské poporodní péče (otcovské)

Dne 1. ledna 2022 nabude účinnosti zákon č. 330/2021 Sb., vyhlášený ve Sbírce zákonů ČR dne 8. 9. 2021, kterým se mění zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony, jímž dojde k úpravě podmínek poskytování dlouhodobého ošetrového a dávky otcovské poporodní péče (otcovské). Změny, které se sebou uvedené novela přináší, se odrazí i v příslušné úpravě tiskopisů, které lékaři pro nárok na uvedené dávky vystavují.

1. U dlouhodobého ošetrového jde konkrétně o návaznost na zrušení podmínky hospitalizace pro poskytnutí dlouhodobého ošetrového, pokud půjde o péči o osobu v inkurabilním stavu, který vyžaduje poskytování paliativní péče a dlouhodobé péče v domácím prostředí (ustanovení § 41a odst. 3 ZNP ve znění účinném od 1. 1. 2022).



Pokud bude ošetřovanou osobou osoba v inkurabilním stavu, **rozhodne o vzniku potřeby dlouhodobé péče ošetřující lékař poskytovatele zdravotních služeb, který pro inkurabilní stav poskytuje ošetřované osobě zdravotní služby (primární nebo specializované ambulantní péče).** Potřeba dlouhodobé péče vzniká dnem, v němž ji ošetřující lékař zjistil (ustanovení § 72b odst. 1 ZNP ve znění účinném od 1. 1. 2022).

Na tiskopisu Rozhodnutí o potřebě dlouhodobé péče se tedy nově bude uvádět i údaj, že se jedná o inkurabilní stav.

Ošetřující lékař (jak vyplývá z výše uvedeného, nepůjde již od 1. 1. 2022 pouze o ošetřujícího lékaře poskytovatele zdravotních služeb lůžkové péče) má nově stanovenou povinnost předat Rozhodnutí o vzniku potřeby dlouhodobé péče a příslušné díly Rozhodnutí o potřebě dlouhodobé péče ošetřované osobě v inkurabilním stavu jejímu zákonnému zástupci, opatrovníkovi nebo osobě určené ošetřovanou osobou, a to v den, kdy byly vydány [ustanovení § 72g odst. 2 písm. b) ZNP ve znění účinném od 1. 1. 2022].

Uvedené si vyžádalo změnu tiskopisu Rozhodnutí o potřebě dlouhodobé péče, kam byla nově doplněna kolonka právě pro potvrzování inkurabilního stavu.

2. U dávky otcovské poporodní péče (otcovské) se prodlužuje období, v němž lze na tuto dávku nastoupit, a to v situaci, kdy bylo dítě hospitalizováno v období prvních šesti týdnů života.

V případě hospitalizace dítěte ze zdravotních důvodů na straně dítěte nebo matky dítěte v období 6 týdnů ode dne porodu se tedy lhůta pro nástup na otcovskou prodlužuje o počet dní hospitalizace spadajících do období 6 týdnů ode dne narození dítěte. Za den hospitalizace se přitom považuje i den přijetí dítěte do zdravotnického zařízení poskytovatele zdravotních služeb lůžkové péče a den propuštění z takového zařízení (ustanovení § 38a odst. 3 ZNP).

Jestliže hospitalizace dítěte vznikla nebo trvá v den dosažení šestého týdne ode dne narození dítěte, nástup na otcovskou nastává též dnem, který pojištěnec určí v období počínajícím propuštěním dítěte z hospitalizace; délka tohoto období odpovídá počtu dnů hospitalizace, které případně do období 6 týdnů ode dne narození dítěte (ustanovení § 38b odst. 2 ZNP).

V návaznosti na výše uvedené je pak podle ustanovení § 67a ZNP ve znění účinném od 1. 1. 2022 **ošetřující lékař poskytovatele zdravotních služeb lůžkové péče mimo jiné nově povinen na žádost pojištěnce nebo matky dítěte potvrdit na předepsaném tiskopise dobu hospitalizace dítěte ze zdravotních důvodů na straně dítěte nebo matky dítěte.**

Pro tento účel byl vytvořen zjednodušený nový tiskopis.

■ Podmínky užití mukolytik v dětském věku se v Evropě zpřisňují – která léčba je preferována?

V případě terapie produktivního kašle u dětí probíhá mezi odbornou veřejností dlouhodobě diskuse ohledně přínosů jednotlivých mukomodulačních léčiv. Dle aktuálních doporučení je i nadále v léčbě dětí preferován erdostein. V jakém věku lze mukoaktivní léčbu bezpečně doporučit?

Význam erdosteinu v časných stadiích respiračních infekcí

Majorita respiračních infekcí u dětí (> 80 %) má virovou etiologii. Převážně se jedná o rinoviry, viry chřipky A a B, adenoviry, viry parainfluenzy a RS viry. V případě virových infekcí je empirické podání ATB zcela nevhodné. Výjimkou jsou pacienti s těžšími komorbiditami nebo imunosupresí, kde ATB slouží jako prevence bakteriální superinfekce.

Nově se manifestující respirační infekce často doprovází kašel, zpočátku suchý, později produktivní. Kromě mukolytického efektu vede včasné nasazení erdosteinu díky jeho antiadhezivním, protizánětlivým a antioxidačním účinkům k omezení bakteriální kolonizace a ke snížení rizika bakteriální superinfekce. Erdostein rovněž zvyšuje koncentraci imunoglobulinu IgA na sliznicích cest. Z uvedeného vyplývá, že podáním erdosteinu v počátku respirační infekce se můžeme vyhnout nutnosti podání ATB. Zároveň u bakteriálních infekcí, u kterých již byla zahájena ATB léčba za současného užívání erdosteinu, byl potvrzen lepší průběh ATB do hleny, a tedy rychlejší eradikace patogenu a zkrácení doby výskytu symptomů respiračního onemocnění.

Respirační infekce mají velký epidemiologický, a tedy i socioekonomický a farmakoeconomický dopad. Nasazení multimodálně působícího erdosteinu v časných stadiích

respiračních infekcí může eliminovat nadbytečnou ATB terapii a vést k nižším nákladům na léčbu.

V jakém věku lze mukolytika bezpečně použít?

Z pohledu současných znalostí a principů medicíny založené na důkazech převažují rizika podávání mukoaktivních látek u dětí ve věku < 2 roky nad možnými přínosy této terapie. U malých dětí může podávání některých mukoaktivních látek vést k paradoxní hypersekreci hlenu na podkladě nadměrné stimulace pohárkových buněk. Malé děti hlenu navíc mnohdy polykají a následně zvracejí, což může vyústit v dehydrataci. V rámci léčby se proto doporučuje hlenu odsávat a zajistit dostatečnou hydrataci, která se sama o sobě podílí na mukolýze.

Podle stanoviska České pediatrické společnosti ČLS JEP vypracovaného ve spolupráci s Českou společností dětské pneumologie ČLS JEP je erdostein považován za nejúčinnější mukolytikum, a to s přesně stanoveným dávkováním od hmotnosti 15 kg. Tato hmotnostní kategorie přibližně odpovídá věkové hranici > 2 roky, tedy věku, kdy se použití mukoaktivních látek již považuje za přínosné.

Omezení věkovou hranicí 2 let však neplatí pro všechna mukoaktivní léčiva a pro všechny dětské pacienty. Na základě doporučení Evropské lékové agentury (EMA) by pro převažující rizika měly být přípravky s obsahem bromhexinu používány až od věku 4 let, přípravky s ambroxolem dokonce až od 6 let věku dítěte. U dětí s chronickými plicními onemocněními (např. s cystickou fibrózou) může být naopak nutné a prospěšné nasazení mukoaktivních látek již ve věku < 2 roky.

Pravidla pro podávání a dávkování erdosteinu

Nejvhodnější lékovou formu pro děti představuje perorální suspenze. Dávkování přípravku je dáno tělesnou hmotností a věkem dítěte, a to následovně:

- 15–20 kg (3–6 let): 2,5 ml 2× denně
- 21–30 kg (7–12 let): 5 ml 2× denně
- > 30 kg (nad 12 let): 5 ml 3× denně

Erdostein bývá velmi dobře snášen, vzácně se mohou vyskytnout gastrointestinální obtíže, jako je pyróza, nauzea či průjem, případně alergická reakce. Kromě dětí o hmotnosti < 15 kg není vhodné erdostein podávat



při těžkých poruchách jaterních a ledvinných funkcí a při homocysteinurii.

Zdroje:

1. Kotolová H. Možnosti ovlivnění akutního kašle v rámci respiračních infekcí u dětí. *Pediatric pro praxi* 2020;21(5):315–319.
2. Bittenglová R. Erdosteín – antibakteriální mukolytikum. *Medicína pro praxi* 2006;1:43–44.
3. Registr ERICA, 2014–2018. Dostupné na: www.registry.cz/index.php?pg=registry-vsechny&prid=24.

Zdroj: www.prolekare.cz, 25. 10. 2021

■ Vedení evidence znehodnocených očkovacích látek proti COVID-19

Očkující praktický lékař je povinen průběžně elektronicky zasílat přehled znehodnocených (nepoužitelných) očkovacích látek proti onemocnění COVID-19 národnímu koordinátorovi praktických lékařů na e-mail covid-ockovani@splcr.cz v co nejkratším možném termínu. Pokud lékař dosud nenaahlásil již dříve znehodnocené dávky, učiní tak co nejdříve.

■ Prohlášení okresních a krajských zástupců Sdružení praktických lékařů ČR z celostátního setkání v Milovech ze dne 24. 10. 2021

Delegáti 31. celostátního setkání okresních zástupců v Milovech projednali aktuální vývoj situace v ordinacích praktických lékařů v další vlně koronavirové epidemie. Zabývali se novým doporučeným postupem pro ambulantní léčbu pacientů s COVID-19. Zhodnotili dosavadní vývoj očkování v ordinacích PL. V návaznosti na to, že od příštího týdne budou konečně dostávat vakcínu Comirnaty, deklarovali připravenost praktických lékařů očkovat třetí dávky a vyzývají dosud neočkované osoby k účasti na očkování, které vidí jako jediný prostředek k zastavení epidemie. S uspokojením přijali informaci o tom, že hygienická služba konečně bude díky přístupu k elektronické neschopence vystavovat pracovní neschopnost osobám, kterým nařizuje karanténu, a nebude tuto svoji povinnost delegovat na praktické lékaře.

Jednali také o nových kompetencích, zejména o zapojení praktických lékařů do programu časného zachytu bronchogenního karcinomu od ledna 2022. S řediteli zdravotních pojišťoven diskutovali o navýšení úhrad za péči v roce 2022, roli primární péče ve zdravotním systému i motivačních faktorech podporujících další zvyšování efektivity a kvality péče praktických lékařů. Opakovaně upozornili na to, že v kontrastu s rozvojem sítě ve velkých městech se v některých regionech ČR nadále prohlubuje personální krize, která zhoršuje dostupnost péče praktických lékařů, a vyzvali k rychlému řešení tohoto problému.

Účastníci setkání se shodli na tom, že je zcela zásadní nutností, aby dále pokračovala reforma primární péče a byla jednou z klíčových priorit nového vedení ministerstva zdravotnictví. Je třeba, aby tento proces dostal novou dynamiku okamžitě po skončení koronavirové krize, zejména v oblasti odstranění preskripčních omezení, zvyšování kompetencí praktických lékařů a systematické tvorby a posilování sítě, která povede ke zlepšení dostupnosti péče praktických lékařů v kritických oblastech. Vyslechli rovněž zprávu nového ředitele IPVZ a ocenili novou koncepci směřování této instituce, ve které vidí příslib pro zlepšení specializačního vzdělávání praktických lékařů. To je základní podmínkou pro generační výměnu, navýšení počtu praktických lékařů a další rozvoj oboru.

■ Iberogast – riziko polékové poškození jater a nová doporučení pro používání přípravku

Farmakovigilanční výbor pro hodnocení rizik léčiv (PRAC) Evropské agentury pro léčivé přípravky (EMA) doporučil nová opatření omezující používání léčivého přípravku Iberogast vztahující se k nahlášeným případům polékové poškození jater, včetně případů jaterního selhání.

Iberogast je rostlinný léčivý přípravek obsahující výtažky devíti bylin, určený pro léčbu poruch funkce a motility žaludku a střev. Jedná se o volně prodejné léčivé přípravky, který může díky svému různorodému působení ulevit od bolesti žaludku, pocitů plnosti, meteorismu, gastrointestinálních křečí, nauzey a pálení žáhy. Během postmarketingového sledování bezpečnosti se objevilo podezření na hepatotoxicitu tohoto vlašovičnickového extraktu (extrakt z byliny *Chelidonium majus* L.) jedné ze slo-

žek tohoto léčivého přípravku, a pacientům bylo doporučeno, aby okamžitě přerušili léčbu Iberogastem a vyhledali lékařskou pomoc v případě, že se u nich objeví příznaky poškození jater, jako např. žloutenka, tmavá moč nebo světle zbarvená stolice. Hepatotoxicita se stala ostře sledovaným tématem, které bylo v nedávné minulosti posouzeno v jednotném hodnocení pravidelně aktualizovaných zpráv o bezpečnosti přípravku (PSUSA).¹

Mimo očekávané případy hlásící méně závažné hepatocelulární poškození (elevarce jaterních enzymů a bilirubinu) bylo identifikováno i několik případů polékové hepatitidy doprovázené ikterem a ojedinělé případy selhání jater, které si vyžádaly provedení transplantace jater. Některé z těchto případů byly také publikovány v odborné literatuře.^{2,3} Za možné rizikové faktory hepatotoxického působení Iberogastu byly považovány akutně probíhající nebo předchozí onemocnění jater v osobní anamnéze a souběžné užívání potenciálně hepatotoxických léčiv.

S ohledem na nahlášené případy považoval farmakovigilanční výbor PRAC za nezbytné, aby bylo původní doporučení rozšířeno a přípravek bude nově kontraindikován pro pacienty se stávajícím nebo předchozím onemocněním jater a pro pacienty, kteří souběžně užívají léčivé přípravky, které mohou způsobit poškození jater. Informace o přípravku (SmPC a příbalová informace) budou v tomto smyslu v blízké budoucnosti aktualizovány.

Informace pro pacienty:

- Během užívání léčivého přípravku Iberogast může dojít k poškození jater (zvýšení hodnot jaterních testů, výskyt polékové žloutenky, zánětu jater a selhání jater). Četnost výskytu těchto nežádoucích účinků není známa, nicméně závažné případy selhání jater byly hlášeny jen ojediněle.
- Neužívejte přípravek Iberogast, pokud máte nebo jste měl(a) onemocnění jater nebo pokud užíváte léky, u kterých jsou v příbalové informaci popsány nežádoucí účinky poškozující játra. Pokud si nejste jistý(á), zeptejte se svého lékaře nebo lékárníka.
- Okamžitě přestaňte užívat přípravek Iberogast, pokud zaznamenáte zežloutnutí kůže nebo bělma očí, tmavou moč, světle zbarvenou stolici nebo bolest v horní části břicha. V případě výskytu těchto příznaků



vyhledejte lékaře, mohlo by se jednat o příznaky poškození jater.

- Pokud se Vaše příznaky, pro které užíváte přípravek Iberogast, nezlepší během 7 dní, nebo se dokonce zhorší, navštivte lékaře, aby bylo možné vyloučit přítomnost závažných onemocnění.

Informace pro zdravotnické pracovníky

- V souvislosti s užíváním léčivého přípravku Iberogast byly hlášeny případy polékového poškození jater různé závažnosti (od zvýšení jaterních enzymů a bilirubinu v séru, přes výskyt polékové hepatitidy s ikterem, po ojedinělé případy selhání jater vyžadující provedení transplantace jater).
- Přípravek Iberogast nesmí být používán u pacientů se stávajícím nebo předchozím onemocněním jater a u pacientů souběžně užívajících potenciálně hepatotoxické léky.
- Informujte pacienty, že pokud se u nich objeví známky jaterního poškození (jako např. zežloutnutí kůže nebo bělma očí, tmavá moč, světle zbarvená stolice nebo bolest v horní části břicha), mají léčbu Iberogastem okamžitě přerušit a navštívit lékaře.
- Informujte pacienty, že návštěva lékaře je nezbytná také v případě, že jejich příznaky přetrvávají nebo není dosaženo očekávaného zlepšení během 7 dní od zahájení léčby Iberogastem.

- 1 Rozhodnutí EK/Dohoda CMDh k výsledkům PSUSA – 2021, Státní ústav pro kontrolu léčiv (sukl.cz).
- 2 Sáez-González E, Conde I et al. Iberogast-Induced Severe Hepatotoxicity Leading to Liver Transplantation. *Am J Gastroenterol*. 2016 Sep;111(9):1364–1365.
- 3 Gerhardt F, Benesic A, Tillmann HL, R et al. Iberogast-Induced Acute Liver Failure-Reexposure and In Vitro Assay Support Causality. *Am J Gastroenterol* 2019;00:1–2.

odbor farmakovigilance
11. 11. 2021

Informace k oznamovací povinnosti ve věci ohrožených dětí

Mgr. Martina Štěpánková Štýbrová

ředitelka odboru rodinné politiky a ochrany práv dětí

V Praze dne 1. listopadu 2021

Č. j.: MPSV-2021/178460-250

Věc: Informace k oznamovací povinnosti ve věci ohrožených dětí

Ministerstvo práce a sociálních věcí se tímto obrací na nemocnice, případně další poskytovatele zdravotních služeb, se shrnující informací týkající se oznamovací povinnosti ve věci ohrožených dětí.

Poskytovatelé zdravotních služeb, stejně jako další orgány a instituce, jsou povinny oznámit orgánu sociálně-právní ochrany dětí skutečnosti, které by mohly nasvědčovat tomu, že jde o ohrožené dítě.

§ 10 odst. 4 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí (dále jen „ZSPOD“): „Státní orgány, pověřené osoby, školy, školská zařízení a poskytovatelé zdravotních služeb, popřípadě další zřízení určená pro děti, jsou povinni oznámit obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností skutečnosti, které nasvědčují tomu, že jde o děti uvedené v § 6, a to bez zbytečného odkladu poté, kdy se o takové skutečnosti dozví. Pokud o to ten, kdo učinil oznámení podle věty první, požádá, obecní úřad obce s rozšířenou působností ho informuje ve lhůtě 30 dnů od dne, kdy oznámení obdržel, zda na základě skutečností uvedených v oznámení shledal či neshledal, že jde o dítě uvedené v § 6.“

Děti jsou považovány za ohrožené z hlediska sociálně-právní ochrany dětí v případě, že jejich situace odpovídá výčtu dle § 6 ZSPOD a pokud tyto skutečnosti trvají po takovou dobu nebo jsou takové intenzity, že nepříznivě ovlivňují vývoj dětí nebo jsou anebo mohou být příčinou nepříznivého vývoje dětí.

§ 6 ZSPOD: Sociálně-právní ochrana se zaměřuje zejména na děti,

- a) jejichž rodiče
 1. zemřeli,
 2. neplní povinnosti plynoucí z rodičovské odpovědnosti, nebo
 3. nevykonávají nebo zneužívají práva plynoucí z rodičovské odpovědnosti;
- b) které byly svěřeny do výchovy jiné osoby odpovědné za výchovu dítěte, pokud tato osoba neplní povinnosti plynoucí ze svěřením dítěte do její výchovy;
- c) které vedou zahálčivý nebo nemravný život spočívající zejména v tom, že zanedbávají školní docházku, nepracují, i když nemají dostatečný zdroj obživy,

požívají alkohol nebo návykové látky, jsou ohroženy závislostí, živí se prostitucí, spáchaly trestný čin nebo, jde-li o děti mladší než patnáct let, spáchaly čin, který by jinak byl trestným činem, opakovaně nebo soustavně páchají přestupky podle zákona upravujícího přestupky nebo jinak ohrožují občanské soužití;

- d) které se opakovaně dopouští útěků od rodičů nebo jiných fyzických nebo právnických osob odpovědných za výchovu dítěte;
- e) na kterých byl spáchán trestný čin ohrožující život, zdraví, svobodu, jejich lidskou důstojnost, mravní vývoj nebo jmění, nebo je podezření ze spáchání takového činu;
- f) které jsou na základě žádostí rodičů nebo jiných osob odpovědných za výchovu dítěte opakovaně umísťovány do zařízení zajišťujících nepřetržitou péči o děti nebo jejich umístění v takových zařízeních trvá déle než 6 měsíců;
- g) které jsou ohrožovány násilím mezi rodiči nebo jinými osobami odpovědnými za výchovu dítěte, popřípadě násilím mezi dalšími fyzickými osobami;
- h) které jsou žadateli o udělení mezinárodní ochrany, azylanty nebo osobami požívajícími doplňkové ochrany, a které se na území České republiky nacházejí bez doprovodu rodičů nebo jiných osob odpovědných za jejich výchovu;

pokud tyto skutečnosti trvají po takovou dobu nebo jsou takové intenzity, že nepříznivě ovlivňují vývoj dětí nebo jsou anebo mohou být příčinou nepříznivého vývoje dětí.

Jde-li o subjekty poskytující činnost, při níž je zákonem uložena povinnost zachovávat mlčenlivost (např. mlčenlivost poskytovatele zdravotních služeb, tzv. lékařské tajemství), je citovaná ustanovení nezbytné aplikovat v souvislosti s ust. § 53 odst. 1 ZSPOD. **Zvláště zákonem uložená nebo uznaná povinnost mlčenlivosti je na úseku sociálně-právní ochrany dětí tedy respektována, avšak s ohledem na důraz na ochranu dětí je vždy prolomena v případě podezření na týrání, zneužívání nebo zanedbávání dítěte.** Tedy slovy důvodové zprávy k novele ZSPOD provedené zákonem č. 272/2001 Sb., již byla zvláštními zákony uložena povinnost mlčenlivosti ve vztahu k orgánům sociálně-právní ochrany



děti prolomena, v případě, „kdy se objevují zjevné příznaky, že dochází k poškození práv dítěte nejhrubším způsobem“.

§ 53 odst 1 písm. c) a d) ZSPOD:

Na výzvu orgánů sociálně-právní ochrany jsou

c) další právnické osoby, zejména poskytovatelé zdravotních služeb, školy, školská a jiná obdobná zařízení,

d) fyzické osoby, pokud jsou poskytovateli zdravotních služeb nebo zřizovateli škol a dalších zařízení uvedených v písmenu c),

povinni sdělit bezplatně údaje potřebné podle tohoto zákona pro poskytnutí sociálněprávní ochrany (...), nebrání-li tomu zvláštní právní předpis. Povinnosti zachovávat mlčenlivost podle zvláštního právního předpisu se nelze dovolávat, jestliže mají být sděleny údaje o podezření z týrání, zneužívání dítěte nebo ze zanedbávání péče o něj. (...)

Důvodem uvedeného postupu je fakt, že instituce, které dočasně přebírají péči o dítě (např. v rámci hospitalizace), mohou v kontaktu s dítětem a/nebo jeho rodiči nebo jinými osobami odpovědnými za výchovu identifikovat znaky týrání, zneužívání či zanedbávání dítěte.

Oznámením těchto skutečností orgánu sociálně-právní ochrany dětí je iniciována v první řadě podpora rodiny a komplexní vyhodnocení situace tak, aby bylo možné zjistit, jaké formy podpory je možné rodině poskytnout, aby bylo možné zachovat péči vlastních rodičů, případně péči v rámci širší rodiny, a pokud to není možné, včas zahájit proces zprostředkování náhradní rodinné péče. Včasná identifikace potenciálně ohroženého dítěte je předpokladem včasného zahájení podpory rodiny.

V případě potřeby konzultace je možné se obrátit na odbor sociálních věcí místního obecního úřadu obce s rozšířenou působností nebo krajského úřadu.

Prosíme Vás o předání této informace všem vámi zřizovaným zdravotnickým zařízením, případně poskytovatelům zdravotních služeb ve Vašem území.

Děkujeme za spolupráci.

S pozdravem

Rozdělovník:

Krajské úřady, odbory s gescí pro oblast zdravotní péče Ministerstvo zdravotnictví

Ministerstvo práce a sociálních věcí, odbor ochrany práv dětí

Na Poříčním právu 1, Praha 2

tel.: +420 221 922 225

e-mail: jaroslava.novakova@mpsv.cz

www.mpsv.cz

Pro VOX připravil:
MUDr. Ctirad Kozderka

Aktualizace doporučení České vakcinologické společnosti ČLS JEP (ČVS) a Společnosti pro epidemiologii a mikrobiologii ČLS JEP (SEM) k přeočkování a aplikaci posilujících dávek vakcín proti onemocnění COVID-19

Prof. MUDr. Roman Chlíbek, Ph.D., za ČVS ČLS JEP

Prof. MUDr. Petr Pazdiora, CSc., za SEM ČLS JEP

22. listopadu 2021

Tímto se doplňuje „Doporučení k přeočkování a aplikaci dodatečných (třetích) dávek vakcíny proti onemocnění COVID-19“ ze dne 23. 8. 2021. Současná aktualizace se nezabývá dodatečnými dávkami, jejichž indikace je uvedena v původním doporučení, dostupném zde: https://www.vakcinace.eu/data/files/downloads/doporučení_cvs_treti_davka_covid-19final_23-8-21.pdf

Východiska

Vzhledem k dostupným údajům popisujícím v čase klesající účinnost vakcinace po primárním očkování a na základě dat potvrzujících vysokou imunogenitu i účinnost a současně bezpečnost podání posilujících (booster) dávek vakcín proti onemocnění COVID-19 je otázka přeočkování za současné epidemiologické situace vysoce aktuální.

Americký úřad pro kontrolu potravin a léčiv (FDA) schválil a následně Americké centrum pro prevenci a kontrolu nemocí (CDC) doporučilo, respektive umožnilo posilující dávky pro všechny tři v USA dostupné očkovací látky pro všechny dospělé. Posilující dávky

mRNA vakcín jsou v USA doporučeny nejméně 6 měsíců po předchozí dávce; posilující dávka očkovací látky společnosti Janssen nejdříve 2 měsíce po předchozí dávce. Bylo prokázáno, že aplikace pouze jedné dávky vakcíny Janssen vykazuje nižší účinnost v porovnání s dvoudávkovým schématem. Současně bylo schváleno heterologní („mix and match“) schéma pro užití posilujících dávek. Svým schválením FDA umožňuje heterologní přeočkování všemi dosud v USA schválenými vakcínami proti onemocnění COVID-19 (Comirnaty, Spikevax, COVID-19 Vaccine Janssen). Booster dávka může být i odlišná od vakcíny použité v rámci základního očkovacího schématu. Interval aplikace

pro heterologní posilující dávku je přitom shodný s doporučeným intervalem přeočkování jako u vakcíny použité pro základní vakcinaci. Evropská léková agentura (EMA) na základě dostupných dat dospěla dne 4. října 2021 k závěru, že posilovací třetí dávku mRNA vakcíny Comirnaty lze zvážit u osob ve věku 18 let a starších v intervalu alespoň 6 měsíců po druhé dávce základního vakcinačního schématu. K obdobnému závěru EMA dospěla i v případě vakcíny Spikevax dne 25. října 2021. Vyjádření EMA k přeočkování u vakcíny COVID-19 Vaccine Janssen není v současné době zatím k dispozici. V řadě jiných zemí se používají booster dávky. Díky rychlému nasazení booster dávek již nejdříve



5 měsíců po předchozí dávce ve všech věkových kategoriích zvládl Izrael letní vlnu nemoci COVID-19 a současně touto kampaní byla prokázána vysoká účinnost posilující dávky v porovnání s účinností u osob, které byly očkovány jen 2 dávkami. K aplikaci posilující dávky dříve než za 6 měsíců po základním schématu již přistoupilo více států (Rakousko, Německo, Velká Británie, Jižní Korea).

Účinnost všech schválených vakcín proti onemocnění COVID-19 v čase klesá. Nejvyšší pokles účinnosti byl zaznamenán u vektorové vakcíny společnosti Janssen. Pokles účinnosti vakcín v čase lze zvrátit přeočkováním jednou dávkou vakcíny ve stanoveném intervalu od poslední dávky základního očkovacího schématu. Retrospektivní kohortové studie s více než 3,4 milionu zařazených subjektů hodnocení potvrdily vysokou účinnost vakcíny Comirnaty v prevenci hospitalizací z důvodu nemoci COVID-19 po dobu 6 měsíců od poslední dávky vakcíny. Na základě českých dat UZIS po půl roce klesá účinnost druhé dávky proti nákaze u všech vakcín k 60 % a po tři čtvrtě roce pak pod 50 %. Podle předběžných dat za období dvou měsíců aplikace booster dávek v ČR vyplývá, že aplikace posilující dávky (vakcíny Comirnaty a Spikevax) zvyšuje účinnost na 90 %.

Doporučení

Na základě aktuálních nových dat, vyjádření uznávaných regulačních autorit a vzhledem k současné epidemiologické situaci doporučujeme aplikaci posilujících dávek vakcín proti onemocnění COVID-19:

- U mRNA vakcín Comirnaty a Spikevax a u vektorové vakcíny Vaxzevria společnosti AstraZeneca doporučujeme všem osobám starším 18 let posilující dávku nejdříve 6 měsíců od druhé dávky vakcíny.
- U všech těchto vakcín doporučujeme pro osoby ve vysokém riziku nákazy a závažného průběhu umožnit přeočkování již 5 měsíců od druhé dávky. K osobám ve vysokém riziku patří:
 - senioři ve věku 65+ let, osoby umístěné ve zdravotnických zařízeních poskytovatele dlouhodobé lůžkové péče nebo v domovech pro seniory nebo v domovech pro osoby se zdravotním postižením nebo v domovech se zvláštním režimem,

- osoby s chronickými onemocněními s predispozicí k těžkému průběhu nemoci COVID-19,
- zdravotníci a pracovníci v zařízeních sociálních služeb, těhotné ženy.
- Všem osobám očkovaným vektorovou vakcínou COVID-19 Vaccine Janssen doporučujeme aplikaci posilující dávky nejdříve 2 měsíce od předchozí dávky.
- Posilující dávku doporučujeme i u osob, které dostaly dodatečnou dávku, a to nejdříve 6 měsíců po dodatečné dávce. Doporučení pro podání dodatečných dávek je dostupné zde: https://www.vakcinace.eu/data/files/downloads/doporuzeni_cvs_treti_davka_covid-19final_23-8-21.pdf
- Pro posilující dávku je možné použít kteroukoli registrovanou vakcínu, ale doporučujeme preferenčně používat mRNA vakcíny z důvodu jejich vyšší imunogenity. V případě použití očkovací látky Spikevax společnosti Moderna doporučujeme jako posilující použít 1/2 dávky (0,25 ml). Jako dodatečná se podává celá dávka, tedy 0,5 ml.

Zdroje

1. ACIP. The Advisory Committee on Immunization Practices' Interim Recommendation for Use of Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine in Children Aged 5–11 Years – United States, November 2021. Morbidity and Mortality Weekly Report, 70(45);1579–1583. November 12, 2021.
The Advisory Committee on Immunization Practices' Interim Recommendation for Use of Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine in Children Aged 5–11 Years – United States, November 2021 | MMWR (cdc.gov)
2. EMA. Comirnaty and Spikevax: EMA recommendations on extra doses and boosters. 4 October 2021. <https://www.ema.europa.eu/en/news/comirnaty-spikevax-ema-recommendations-extra-doses-boosters>
3. EMA. Spikevax: EMA recommendation on booster. 25 October 2021.
Spikevax: EMA recommendation on booster | European Medicines Agency (europa.eu)
4. FDA. Coronavirus (COVID-19) Update: FDA Takes Additional Actions on the Use of a Booster Dose for COVID-19 Vaccines. October 20, 2021.
Coronavirus (COVID-19) Update: FDA Takes Additional Actions on the Use of a Booster Dose for COVID-19 Vaccines | FDA
5. US FDA. Janssen COVID-19 Vaccine. <https://www.fda.gov/emergency-preparedness-and-response/coronavirus-disease-2019-covid-19/janssen-covid-19-vaccine>
6. SARS-CoV-2 vaccine protection and deaths among US veterans during 2021. Science 4 Nov 2021. DOI: 10.1126/science.abm0620. <https://www.science.org/doi/10.1126/science.abm0620?fbclid=IwAR0shKVWtgSGiFfAwYLAkpVRhG1k-ZkHiNOUuWdDbhVrxXco1psACxQCQ6A-g#F1>
7. Tartof SY, Slezak JM, Fischer H. et al. Effectiveness of mRNA BNT162b2 COVID-19 vaccine up to 6 months in a large integrated health system in the USA: a retrospective cohort study. Lancet 2021, 398.103209:1407-1416. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02183-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02183-8).
8. Fowlkes A, Gaglani M, Groover K, et al. Effectiveness of COVID-19 Vaccines in Preventing SARS-CoV-2 Infection Among Frontline Workers Before and During B.1.617.2 (Delta) Variant Predominance – Eight U.S. Locations, December 2020–August 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2021;70:1167-1169. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7034e4externalicon>.
9. Goldberg Y et al. Waning immunity of the BNT162b2 vaccine: A nationwide study from Israel. medRxiv 2021.08.24.21262423; doi: <https://doi.org/10.1101/2021.08.24.21262423>.
10. Nanduri S, Pilishvili T, Derado G, et al. Effectiveness of Pfizer-BioNTech and Moderna Vaccines in Preventing SARS-CoV-2 Infection Among Nursing Home Residents Before and During Widespread Circulation of the SARS-CoV-2 B.1.617.2 (Delta) Variant – National Healthcare Safety Network, March 1–August 1, 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2021;70:1163-1166. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7034e3externalicon>.
11. Rosenberg ES, Holtgrave DR, Dorabawila V, et al. New COVID-19 Cases and Hospitalizations Among Adults, by Vaccination Status – New York, May 3–July 25, 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2021;70:1306-1311. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7037a7externalicon>.

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 tělesné tukové tkáně a zvýšením fyzické aktivity za účelem úpravy hmotnosti u dospělých pacientů s počáteční hmotností indexu tělesné hmotnosti BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (obezita) nebo BMI $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ a/ nebo $< 30 \text{ kg/m}^2$ (nad váha) se přítomností alespoň jednoho komorbidity související s hmotností, například: hypertenze, dyslipidémie, dysglykémie nebo obezita, spánková apnoe. Dospělí (12 let a starší): dlouhodobě nebo dočasně se snížením obsahu tělesné tukové tkáně a zvýšením fyzické aktivity za účelem úpravy hmotnosti u dospělých pacientů ve věku od 12 let s obezitou (BMI odpovídající $\geq 30 \text{ kg/m}^2$) u dospělých podle mezinárodních kritérií hodnocení u tělesnou hmotností 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 léku. Denní dávky vyšší než 3,0 mg se nedoporučují. Dospělí (12 let a starší): 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 vymezovat dávku aplikovat a musí pokračovat v režimu podávání jednou denně další obvyklou dávkou. Pacienti si nesmí vstříknout více dávek vzájemně, aby vynechání dávky nahradili. Přípravek Saxenda® je určen pouze pro subkutánní podání. Nesmí být podán intravenózně nebo intramuskulárně. Počínaje se jedním dnem 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 vymezovat 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 léky: pacient 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 u pacientů s lehkou či středně těžkou poruchou funkce jater se musí používat s opatrností. Pediatrická populace: U dospělých 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 štítové žlázy IV podle NYHA a se zvláštním onemocněním žíly a diabetickou gastroparézou se použití nedoporučuje. Perikarditida, cholelitiáza a cholelitiáza, onemocnění štítné žlázy, selhání funkce, dehydratace a hypoglykémie viz SPC. Podiatrická populace: U dospělých (12 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 otěhotnět, má být léčba liraglutidem přerušena. Nežádoucí 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 vyprazdňování žaludku). Odrážení viz SPC. Předávkování: Hlášené příznaky zahrnovaly těžkou nauzeu, těžké zvracení a těžkou hypoglykémii. Hlášené zvláštní vložka obsažená v jednorázovém předplněném vialu: jedno pero obsahuje 3 ml roztoku s tím, že je použito k aplikaci dávky 0,6 mg, 1,2 mg, 1,8 mg, 2,4 mg a 3,0 mg. Vial obsahuje 3 předplněná pera. Doba použitelnosti: 30 měsíců. Po prvním použití 1 měsíc. Uchovávejte Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C). Ochrňte před mrazem. Neuchovávejte v blízkosti mrazničky. Po prvním použití uchovávejte při teplotě do 30 °C nebo v chladničce (2 °C – 8 °C). Používejte ihned po otevření. Po použití přípravku dříve před užitím. Způsob vyjádření: výdej vialu na lékařský předpis. Způsob hrazení: přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. 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., Švabovská 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



Děti a dospívající s rodovým nesouladem

MUDr. David Neumann, Ph.D.¹, MUDr. Hana Fifková², prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D., DSc.^{3,4}

¹ Dětská klinika Lékařské fakulty University Karlovy a FN Hradec Králové

² Sexuologická a psychoterapeutická ordinace Praha

³ Katedra psychologie Filozofické fakulty University Karlovy Praha

⁴ Sexuologický ústav 1. lékařské fakulty University Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice Praha

■ Souhrn

Rodový nesoulad, dříve porucha pohlavní identity v dětství, se týká malé skupiny dětí a dospívajících. Přesto jde o téma živé a diskutované. Má svůj lidský, etický, vývojový, biologický a společenský rozměr. Souhrnný článek přináší pro praktické dětské lékaře informace vysvětlující terminologii, současné medicínské náhledy na podstatu rodového nesouladu, diferenciální diagnostiku, okolnosti péče o tyto děti, pozici jednotlivých specialistů a aktuální dění v České republice.

■ Klíčová slova

Genderová inkongruence, transsexualita, biologická podstata, medicínská péče

■ Úvod

Klinická diagnóza „porucha pohlavní identity v dětství“ je v MKN-11, která by měla být platná od 1. 1. 2022, klasifikována jako „rodový/pohlavní nesoulad v dětství“ (gender inkongruence of childhood). Jedná se o stav, který se vyznačuje výraznou neshodou mezi prožívaným rodem (gender) jedince a přiřazeným pohlavím (sex) u prepubertálních dětí. Diagnostická kritéria MKN-11 stav definují jako silnou touhu být jiného rodu, než je přidělené pohlaví; je vyjádřena silná nechuť dítěte k vlastní pohlavní anatomii nebo očekávaným sekundárním pohlavním rysům a/nebo silná touha po primárních a/nebo očekávaných sekundárních pohlavních znacích, které odpovídají prožívanému pohlaví; dítě má předstírané nebo fantazijní hry, hračky, hry nebo aktivity a kamarády, které jsou typické spíše pro prožívaný rod než pro přiřazené pohlaví. Nesoulad musí přetrvávat 2 roky. Péče o tyto děti začíná vyloučením jiných stavů [1]. Primární posouzení je na ošetřujícím dětském lékaři, při podezření na jinou příčinu dítě konziliárně vyšetřuje psycholog, dětský psychiatr, v případě známek hormonální abnormality dětský endokrinolog a výjimečně genetik. V praxi takovou situaci neznáme. U malých dětí je k vyloučení běžná

explorace pohlavních odlišností, u dospívajících s anamnézou vnímání odlišnosti před nástupem dospívání psychické onemocnění, anomální osobnost, porucha sexuálního vyžívání, hyperandrogenní stav, porucha sexuální diferenciací apod. Diagnózu stanoví v podmínkách České republiky sexuolog a je potvrzena psychologem se zkušeností v „transgender“ problematice. Zvládnutí v první řadě spočívá v dlouhodobé spolupráci se sexuologem/psychoterapeutem a připuštění odlišnosti dítěte. Ke komplexní léčbě je nutná spolupráce s psychologem s erudiicí v transgender medicíně, dětským endokrinologem, psychologem, někdy vývojovým psychologem nebo dětským psychiatrem. V závislosti na věku je prvním krokem respektující sledování vývoje dítěte s vysvětlením a podporou primární podpůrné skupiny (rodiče, sourozenci, prarodiče apod.) a pomoc se zvládnutím sociálního zařazení (škola, kroužky). Po vstupu do puberty (většina dětí, které vyhledávají specializovanou péči v této oblasti) a překonání stadia G2/B2 podle Tannera lze po endokrinologickém vyšetření přistoupit k blokádě izosexuální puberty (užití analog gonadoliberinu) a po 16. roce věku (při odůvodněných výjimkách dříve) k indukci heterosexuální puberty (podání hormonů opačného pohlaví). Chirurgická léčba je vyhrazena jedincům po dovršení 18. roku a je podmíněna schválením specializované komise pro přeměnu pohlaví u transsexuálních pacientů zřízené u Ministerstva zdravotnictví ČR.

■ Rodová identita a terminologie

Rodová identita má vrozený základ, který je obvykle shodný s pohlavními znaky, se kterými se jedinec narodil. Rozpor mezi identitou a biologickým základem nacházíme u minorit, kam patří také „transgender jedinci“. Specifické mechanismy vzniku a podstaty rodové identity nejsou v současnosti známy. Rodová identita se nevyvíjí a nemění a není ovlivnitelná zevními okolnostmi. Má trvalý charakter [2]. Zevní snahy

o změnu identity (například psychoterapií) jsou neúspěšné [3].

MKN-11 již neoznačuje rozpor mezi rodem a pohlavím jako poruchu, ale jako stav [3,4]. Zařazení do kodexu umožňuje lékařskou péči, ale odstraňuje stigma „poruchy“. Podobně americký Diagnostický statistický manuál DSM-V stav označuje jako „gender dysphoria“, „rodová/pohlavní rozlada“.

Český jazyk nemá ekvivalent anglickému termínu „gender“. Slovo znamená „rod“, subjektivně prožívanou a chováním deklarovanou podstatu jedince, a „pohlaví“, biologicky vyjádřené primárními a sekundárními pohlavními znaky. V současnosti je pro srozumitelnost také v anglicky mluvícím prostředí zaváděno terminologické rozdělení na „gender“ popisující „rod“ a termín „sex“ popisující „pohlaví“. Je vyjádřena potřeba oddělit „pohlaví“, „rod“ a „rodovou/pohlavní identifikaci“ [5].

Termín „transgender“ je nadále používán v komunikaci dané problematiky stejně jako termín „transsexualita“, ale oba termíny jsou považovány za překonané. Pro dospělé používá MKN-11 termín „rodový/pohlavní nesoulad“ („genderová inkongruence“) v adolescenci nebo dospělosti. „Transchlapec/muž“ je jedinec s mužským prožívaným rodem, který má dívčí/ženské biologické tělesné pohlavní znaky (označován jako „male to female“; MtF). „Transdívka/žena“ je biologický chlapec/muž identifikovaný s ženským rodem (označení „female to male“; FtM).

Problematiku dobře osvětluje zavedení termínů „binární“ a „nebinární“, popřípadě „fluidní“, a „kongruentní“ a „nekongruentní“. „Binární“ znamená, že jedinec jasně odlišuje rod/pohlaví na společenské kategorie „muž“ a „žena“, v širším přírodním kontextu samec – samice. „Binární kongruentní“ znamená, že jsou spolu v souladu biologické pohlaví a prožívaný rod (majorita), zatímco „binární nekongruentní“ popisuje vnímání jasně daného rodu lidmi s rodovou inkongruencí (nesouladem), kdy se rod a biologické rysy jedince neshodují. Vymezení binarity dále umožňuje specifikovat jedince, kteří



nevnímají svůj „rod“, a to bez ohledu na tělesné pohlaví, jako mužský nebo ženský, ale popisují ho plejádou biologicky obtížně zařaditelných termínů. Pokud subjektivně vnímají, že jejich „rod“ není fixovaný, je stav označen jako „fluidní“. Transgenderová medicína má dané postupy (léčbu) pro binární nekongruentní jedince, kteří splňují kritéria a mají jasnou představu o svém rodu a společenské roli. Péče o nebinární jedince je specifická a její součástí není hormonální intervence.

■ Důvody péče o děti a dospívající s rodovým nesouladem a nové informace v roce 2021

Zatímco děti, které referují nesoulad mezi pohlavím a rodem v předškolním věku, normalizují samy svůj stav v 60–80 procentech, dospívající v 85 % projdou definitivní tranzicí [6]. Milníkem v potřebě „coming outu“, tedy potřebě akceptovat svoji identitu („vnitřní coming out“) a svěřit se okolí („vnější coming out“) je možné označit situaci, ke které dochází obvykle v průběhu dospívání a po tzv. internalizované transmorfofobii. Děti již před dospíváním vnímají svou odlišnost, i když její podstatu nedokážou v útlém věku verbalizovat. Diagnózu si obvykle v současnosti během dospívání stanoví samy. Následuje období, kdy chtějí konvenovat majoritní společnosti a snaží se přijmout její normy, identifikují se (internalizují) s odmítáním své odlišnosti okolím. Rozpor se projevuje čtyřnásobným zvýšením rizika sebepoškozování a suicidia [7]. Dalším důvodem terapie je stigmatizace okolím při nesprávné nebo žádné péči. Děti reagují poruchami příjmu potravy, symptomy hyperaktivity, reakcemi autistického spektra, sebepoškozováním, anxiétou, stávají se objekty šikany, jsou depresivní a izolované [8].

V mezinárodním kontextu přibývá studií, které potvrzují vrozenou podstatu rodové identity. Na základě preferencí hraček, oblečení, přátel a stability postojů lze u dětí mladších než 12 let, které jsou rodově nekonformní, predikovat přechod do trvalé tranzice [9]. Binární rodově specifické (dívčí nebo chlapecké) vyhranění v zájmech, oblíbených, přátelích u inkongruentních dětí odpovídá rodově kongruentním (zdravým) vrstevníkům [10]. Dochází k posunu v právním postavení inkongruentních dospívajících a lékařů poskytujících jim péči a ve vyloučení tzv. „SOGIECE“, „reparativní“ terapie,

z péče o děti a dospívající s rodovým nesouladem [11]. Snaha měnit inkongruentní citění (přízpůsobovat citění biologickému pohlaví) je v současné době považována za neetickou.

■ Péče o děti a dospívající s rodovým nesouladem

Problematika „transgender“ vyžaduje obzřetný a citlivý přístup jak ve vztahu k jednotlivcům, kterým je věnována péče, tak k jejich okolí a společnosti jako takové. Vysvětlování situace („advocacy“) musí bránit společenským excesům a nedorozuměním z obou stran a je součástí zvládání problematiky. Diagnostická, léčebná a právní pravidla mezinárodních doporučení [12,13] respektující legislativu ČR musejí být naplněna. Důvodem je ostrá hrana mezi poskytnutím péče směřující ke změně pohlaví tam, kde být poskytnuta má v zájmu inkongruentního jedince, a tam, kde jinak nemocným, nebinárním nebo fluidním osobám musí být odeprána a místo ní nabídnuta jiná specifická alternativní (psychologická, behaviorální apod.) léčba. Je nezbytné, aby v případě dětí a dospívajících byla respektována specifika ve vztahu ke kalendářnímu stáří dětí, délka intervence (doba explorační vlastního rodu pod vedením sexuologa, doba hormonální blokád před podáním hormonů opačného pohlaví) a věkové milníky, které jsou zakotveny v doporučeních. Přístup k diagnostice a terapii nesmí být „nízkoprahový“.

■ Diagnostika u dětí a dospívajících

Diagnózu stanoví sexuolog a potvrzuje ji psycholog erudovaný v transgender problematice. Jelikož neexistují žádné objektivní biochemické, psychologické ani přístrojové testy a vyšetření, které by objektivizovaly tuto diagnózu, odborníci v rámci diagnostického procesu (a skutečně jde o proces, ne o jednorázové vyšetření) musejí spoléhat především na subjektivní výpověď dítěte či dospívajícího, případně jeho rodičů. Diagnózu pak mohou určit na základě této výpovědi a svých odborných zkušeností. Podle Pfäfflina a Cohen-Kettenisové [14] není stanovení diagnózy u jasně vyhraněných případů obtížné. Řada dětí se však na škále identifikace s opačným pohlavím řadí někde mezi „typicky mužská/mužské“ a „typicky ženská/ženské“. Vezmeme-li navíc v úvahu širší kontext, situace se ještě

více komplikuje. Míra identifikace s opačným rodem se také může měnit v čase (ne rod samotný), ať už v důsledku biologických změn, či proto, že starší děti jsou si čím dál tím výrazněji vědomy, že projevy identifikace s opačným pohlavím jsou majoritní společností vnímány jako nežádoucí. Zejména u dětí, které neuvádějí, že by chtěly být příslušníky opačného pohlaví, a ani nevyjadřují výslovný odpor vůči vlastnímu tělu, je velmi těžké určit, zda je chování typické pro opačné pohlaví v jejich případě projevem nesouladu rodu, nebo zda jde o pouhou anomálii, která nicméně nijak nevybočuje z obecně přijímaných norem. Ani v případech, kde jsou k dispozici všechny informace, neexistuje žádné obecně platné pravidlo, které by bylo možné použít k diagnóze rodového nesouladu na základě chování typického pro opačné pohlaví. Kromě vlastní diagnózy je třeba pro stanovení optimálního léčebného postupu vzít v úvahu také rozsah potíží daného dítěte, průběh jeho dosavadního vývoje a stávající míru adaptace, funkčnost či dysfunkčnost rodiny a postoje okolí vůči dítěti.

Pro lepší porozumění uvádíme dosud používaná podrobnější diagnostická kritéria klasifikace podle MKN-10. Porucha pohlavní identity v dětství (F64.2) má odlišná kritéria u chlapců a dívek.

Pro dívky:

Dívka vykazuje intenzivní přetrvávající nesoulad se svým ženstvím a explicitní touhu stát se chlapcem (přesahující touhu po kulturních výhodách plynoucích z příslušnosti k mužskému pohlaví), případně tvrdí, že je chlapcem.

Kromě toho musí vykazovat některý z následujících znaků:

- Přetrvávající výrazná averze vůči oděvu tradičně považovanému za typicky ženský a sklon k nošení oděvu tradičně považovaného za typicky mužský.
- Přetrvávající odpor vůči ženským tělesným rysům, který dokládá nejméně jeden z následujících symptomů:
 - Dívka tvrdí, že má nebo jí naroste penis.
 - Odmítá močit vsedě.
 - Prohlašuje, že nechce, aby se jí zvětšila prsa nebo aby začala menstruuovat.
- U dívky ještě nezačala puberta.
- Porucha trvá nejméně šest měsíců.

Pro chlapce:

Chlapec vykazuje intenzivní přetrvávající nesoulad se svým mužstvím a explicitní touhu



stát se dívkou, v některých případech tvrdí, že je dívkou.

Kromě toho musí vykazovat některý z následujících znaků:

- Věnuje se hlavně aktivitám tradičně považovaným za typicky ženské, což dosvědčuje buď sklon k převlékání do šatů opačného pohlaví, nebo snaha připodobnit svůj oděv ženskému, případně intenzivní touha účastnit se dívčích her spojená s odmítáním hraček, her a aktivit tradičně považovaných za typicky mužské.
- Přetrvávající odpor vůči mužským tělesným rysům, který dokládá nejméně jedno z následujících opakovaných tvrzení:
 - Chlapec tvrdí, že v dospělosti se z něj stane žena i tělesně (tedy nejen po stránce společenské role).
 - Jeho penis či varlata v něm vzbuzují nechuť, případně věří, že o ně v budoucnu přijde.
 - Prohlašuje, že by bylo lepší nemít penis či varlata.
- U chlapce dosud nezačala puberta.
- Porucha trvá nejméně šest měsíců.

■ Dítě s rodovým nesouladem v sexuologické péči

Počátky vzniku komplexní péče o děti a dospívající s rodovým nesouladem se v ČR datují do r. 1996. Tehdy se na odborníky poprvé obrátila rodina s malým transsexuálním chlapcem, řekněme mu Dan. Bylo mu v té době deset let. Maminka uváděla, že její dítě (fyzicky dívka) od předškolního věku tvrdí, že je kluk, chce se tak oblékat, vypadat, chovat a chce, aby ho tak lidé brali. Vzhledem k tomu, že to Dan tvrdil konzistentně a neúnavně si to prosazoval, maminka to posléze vzala vážně. Dan byl po všech stránkách dítě duševně zcela zdravé. Maminka mu vyjednala ve škole a posléze i ve škole, aby ho jako chlapce respektovali. Na odborníky se pak rodina obrátila až ve chvíli, kdy, jak říkala, už si doma sami neporadí s tím, co Dana čeká – s fyzickou pubertou. Dan se bál všeho, co mu toto období přinese, zejména pak růstu prsou a menstruace. Tehdy byl poprvé vytvořen mezioborový tým ve složení sexuolog, dětský psychiatr, psycholog a dětský endokrinolog, a když u Dana začala dívčí puberta, byla zahájena blokádní terapie Dipherelinem, jejímž cílem bylo zastavit narůstající tělesnou dysforii, stabilizovat psychický stav dítěte a poskytnout mu další čas k tomu, aby mohlo dál v klidu svou identitu

zkoumat. Za několik let pak byla k blokádní terapii připojena i tzv. cross terapie, tedy terapie hormony opačného pohlaví. Dan potom po dosažení plnoletosti absolvoval i chirurgické zákroky. Vystudoval vysokou školu a pracuje jako expert na významné pozici, je ženatý a žije obvyklý mužský život. Kvůli tomu, že rodin s transsexuálními dětmi postupem času začalo přibývat a došlo i k postupné změně postojů odborné veřejnosti, bylo možné časem začít pracovat na systematizaci péče. V r. 2013 byl vytvořen Doporučený postup péče pro děti a dospívající s poruchou pohlavní identity, který přijala Sexuologická společnost a byly s ním seznámeny i další odborné společnosti, zejména Česká endokrinologická společnost, Česká pediatriká společnost a OSPDL ČLS JEP. Je v souladu s mezinárodními standardy péče a zahrnuje diagnostiku, pomoc v částečném či kompletním sociálním přechodu do deklarované role (tento krok je možné vnímat jako úlevný i testovací), blokádní terapii (která zastaví další rozvoj fyzické puberty tak, aby se psychické problémy spojené s tělesnou dysforií alespoň nezvyšovaly), léčbu hormonů opačného pohlaví a v době plnoletosti i možnost absolvovat chirurgické zákroky. Důležitá je dlouhodobá spolupráce s celou rodinou a případně i intervence v prostředí, které je pro dítě důležité, jako například škola.

Role sexuologa je v přímém posouzení rodového nesouladu dítěte či adolescenta, v navázání bezpečného a důvěrného terapeutického vztahu, který bude usnadňovat dětem a dospívajícím bezpečně prozkoumávat svou rodovou identitu, v pomoci odbourávat stres vyvolaný rodovým nesouladem a zlepšení psychosociálních potíží, v informování dítěte a dospívajícího o situaci, ve které se nachází, o možných zdrojích problémů a cestách jejich řešení, a to jazykem a způsobem adekvátním věku dítěte či dospívajícího, a v pomoci a podpoře v jednotlivých krocích eventuálního procesu přeměny pohlaví. Sexuolog dále poskytuje rodinné poradenství, které spočívá v osvětové činnosti a ochraně zájmů dítěte a jeho rodiny v rámci příslušných komunit (bydliště, škola, přátelé rodiny, zájmové organizace apod.). Poskytuje informace např. o podpůrných skupinách či v případě jejich neexistence se snaží o setkání rodin s dětmi s rodovým nesouladem (po jejich souhlasu) nebo o zprostředkování vzájemného kontaktu.

■ Terapie

1. Sociální přechod do požadované role (dětí, dospívajících)

Některé děti dávají najevo touhu po sociálním přechodu do sobě vlastní role již v raném dětství. Významným faktorem je rodinné klima – některé rodiny dítěti přechod umožní a podporují jej, jiné ho umožní jen částečně (např. v domácím prostředí) a jiné požadavek dítěte kompletně přehlížejí. Jde o složité téma jak pro rodinu dítěte, tak i pro spolupracující odborníky. Je potřeba si ale uvědomit, že rodová identita je vrozená. To znamená, že se nemusíme obávat dítěti pomoci identitu zkoumat, např. právě v bezpečném prostředí domova. Častou otázkou rodičů je, zda se tím dítě neuvědomí a nebude podporovat v něčem, co tak ve skutečnosti není. Sociální přechod do dané role je potřeba prezentovat jako zkoumání identity, jako život na zkoušku, jako období, které může přinést potvrzení a úlevu, ale i konfrontaci a návrat zpátky k identitě původní. Z klinické praxe vyplývá, že jedním z významných úkolů terapeutů je ujišťování rodičů o správnosti podpory života na zkoušku, hledání vhodného rozsahu, načasování. Samozřejmostí je poradenství v oblasti komunikace se školou a jinými prostředními, ve kterých se dítě pohybuje. Sociální přechod do role dítěti vlastní v předškolním a mladším školním věku je vzhledem k tělesným dispozicím relativně snazší ve srovnání se sociálním přechodem v pubertě a adolescenci, kdy již zejména u transdívek (MtF) vyžaduje předchozí hormonální intervenci. Rozšíření prostoru pro testování života v deklarované identitě i na prostředí školní a prostředí volnočasových aktivit se realizuje v době podle přání a potřeb dítěte či dospívajícího. Není dobré se snažit o jakékoli urychlování ze strany terapeutů či rodiny a tuto část sociálního přechodu je potřeba důkladně připravit ve spolupráci s rodinou a školou tak, aby vše proběhlo v souladu se zájmem dítěte i s ohledem na jeho vrstevnické okolí. Rovněž změna jména a příjmení na tvary, které jsou s deklarovanou identitou ve větším souladu (tzv. neutrální či obourodé tvary), vše usnadní. Sociální přechod má význam jak diagnostický (dítě si identitu ověřuje), tak terapeutický (osobnost dítěte se může začít plně rozvíjet v souladu se skutečnou rodovou identitou a socializovat se ve vrstevnických skupinách bez předchozího omezení).



2. Hormonální léčba u dospívajících

O tělesných zákrocích uvažujeme u dvou skupin dospívajících – jde buď o jedince s rodovým nesouladem, kteří do této fáze dospěli, a přitom již zcela nebo částečně žijí ve své roli a jsou schopni mluvit o svém psychickém a fyzickém komfortu nebo dyskomfortu. Zde se dá spolehnout na dlouhodobý terapeutický vztah s dítětem a jeho rodinou a postup směrem k tělesným zákrokům je něco dlouhodobě diskutovaného a připravovaného. Druhou skupinou jsou dospívající, kteří právě v tomto věku poprvé vyhledají odbornou pomoc vzhledem k tělesnému a psychickému dyskomfortu, který v pubertě graduje a vrcholí. Zejména u této skupiny by na jednu stranu mělo být provedeno rozsáhlé zkoumání psychologických, rodinných a sociálních aspektů, na druhou stranu si musíme uvědomit, že dospívající mají právě v tomto věku za sebou roky narůstajícího stresu, depresí, úzkostí, pocitů bezvýchodnosti a dalších přidružených psychických i fyzických potíží, kde nebývá řídké ani sebepoškozování. Proto je důležité sociální přechod do dané role zbytečně neoddalovat a popřípadě umožnit i blokádu izosexuálního dospívání, které je hlavním zdrojem dysforie.

Léčba, nejčastěji psychologická intervence ve smyslu „reparativní“, usilující o změnu rodové identity s cílem sladit ji s biologickým pohlavím, je v současnosti považována za neetickou. Zamítnutím nebo oddálením včasného lékařského zákroku u dospívajících se obvykle zvyšuje míra jejich psychického utrpení. Oddalování účinné sexuologické, podpůrné, mediační a hormonální léčby není v případě dospívajících neutrální variantou řešení.

Hormonální léčba zahrnuje blokádní terapii analogy gonadoliberinu (GnRH) k potlačení produkce estrogenů či testosteronu a tím oddálení pubertálních tělesných změn, a podání hormonů opačného pohlaví s účelem pozvolné postupné maskulinizace či feminizace těla tak, aby se zevní pohlavní znaky přiblížily prožívanému rodu dítěte.

Chirurgické zákroky jsou možné nejdříve po dosažení plnoletosti a do péče o děti a dospívající nepatří. Výkony jsou mastektomie, hysterektomie a oboustranná ovariectomie, případně faloplastika u FtM a konverse u MtF, která zahrnuje penektomii, orchiektomii, vytvoření neoklitoridy, neovagíny a modelaci zevního genitálu.

■ Pozice dětského endokrinologa v léčbě dospívajících s rodovým nesouladem

Dětský endokrinolog blokuje izosexuální dospívání (analogy gonadoliberinu) a indukuje tělesné dospívání opačného biologického pohlaví (hormonální intervence podáním androgenů u FtM a estrogenů u MtF) na doporučení ošetřujícího sexuologa pouze u dospívajícího s jasně stanovenou diagnózou. Rodiče a dospívající musejí být informováni o postupech hormonální léčby a musejí k ní poskytnout informované souhlasy. Jedná se o léčbu „lege artis“, ale „off label“. Nikdy není zahajována před dosažením 2. stadia dospívání podle Tannera. Je potřebné si přitom uvědomit, že se jedná o intervenci u biologicky zdravých jedinců.

Endokrinolog hodnotí indikaci sexuologa, závěr specializovaného psychologického vyšetření, ale také informace o zdravotním stavu a anamnestické údaje od ošetřujícího praktického dětského lékaře, zejména ve vztahu k psychopatologii a riziku trombofilií. Součástí zdravotní dokumentace by mělo být vyjádření k rodinnému prostředí a zázemí dítěte. Gynekologické vyšetření biologických dívek je nahrazováno ultrazvukovým vyšetřením malé pánve. Endokrinolog přispívá k načasování obou kroků hormonální intervence zejména ve vztahu k růstu a predikci výšky v dospělosti. Je zjevné, že biologická dispozice k růstu neodpovídá společenskému očekávání dospívajících po tranzici. Vysvětlení případného drobného růstu u trans-mužů a vysoké postavy u trans-žen je nezbytné pro náležitou spolupráci. Endokrinolog sleduje výsledky laboratorních vyšetření před terapií a ve vztahu k podávaným lékům, dosažení hormonálních hladin a parametry vztažené k bezpečnosti tranzice. Nejpozději před podáním hormonů opačného pohlaví znovu otevírá problematiku budoucí fertility, resp. infertility (v kontextu současných medicínských a právních možností) a potenciální prezervace gamet. Poučení zaznamenává do dokumentace.

Obvyklý věk zahájení blokádní terapie je 14 let, s výjimkami při předčasném/časném dospívání. Léčba analogy gonadoliberinu je vázána na specializovaná centra a musí být schválena revizním lékařem zdravotní pojišťovny. Obvyklá doba zahájení podávání hormonů opačného pohlaví je v 16 letech, opět s přihlédnutím k délce období blokády bez pohlavních hormonů [15]. U části dětí (asi u poloviny) se v různé míře projevují pří-

znaky podobné postmenopauzálnímu syndromu. Konec podávání analog gonadoliberinu je mezi 18. a 18,5. rokem po schválení a realizaci chirurgických plně ireverzibilních zákroků zaměřených na změnu somatického pohlaví podle požadavků zákona o specifických zdravotnických službách (tedy především hysterektomie, resp. orchiektomie). Podání analog gonadoliberinu není nezbytně předstupněm pro použití hormonů opačného pohlaví. Dovoluje prodloužit období zkoumání vlastní identity.

■ Aktuální situace péče o děti s rodovým nesouladem v České republice

V České republice je omezený počet sexuologů se zkušeností s dětmi a dospívajícími s rodovým nesouladem. Podobně je tomu s psychology se zkušeností s touto problematikou. Systém odborné přípravy je v jednání. Pracoviště dětské endokrinologie referují zvýšení počtů žadatelů o hormonální léčbu z indikace sexuologa. Počet žadatelů o transgender péči převyšuje odhady (25 dětí za rok) podobně jako v zahraničí [8], v ČR však velmi málo. Informace o počtu inkongruentních dospívajících jsou známé ze schválení blokádní léčby komisí pro léčbu analogy gonadoliberinu u dětí s rodovou dysforií. Informace není kompletní; komisionální schvalování před úhradou není vyžadováno od všech zdravotních pojišťoven. Dosud neexistující registr (vyžadující dodržení postupů ochrany osobních údajů) je žádoucí pro vedení multioborové péče. Relativně vysoké počty dětí a dospívajících, které byly někdy vyšetřeny pod diagnózou poruchy pohlaví identity, podle údajů ÚZIS, se nekryjí s násobně nižšími počty dětí, které přicházejí k sexuologické péči a následně hormonální intervenci. Počty jsou nižší než v zahraničí. Přístup v ČR se jeví dosud jako vstřícně konzervativní.

Praktičtí pediatři byli s transgender problematikou seznámeni v sérii přednášek v roce 2011. Jeví se jako racionální, vstřícný a obezřetný segment péče o tuto malou skupinu dětí. Dosud se autoři nesetkali ze strany dětských lékařů prvního kontaktu se skandalizujícím jednáním ani rezolutně odmítavým přístupem. Je jasné, že problematika rodového nesouladu je citlivá, eticky mnohohrstvá a vyžadující respekt k chápání každého zúčastněného. Transgender problematika se stává v rozumné míře také součástí odborných kongresů.



Vyšetření rodově inkongruentního dítěte lze očekávat aktuálně v ČR během 6 měsíců, dalších 6 měsíců je určeno pro práci sexuologa a validaci stability názoru dítěte nebo dospívajícího, práci s dítětem a okolím. Během této doby je vyšetřeno psychologem se zkušeností s transgender problematikou a je kontaktováno pracoviště dětské endokrinologie.

■ Závěr

Péče o rodově inkongruentní děti se během 10 let posunula v diagnostice, systému i léčbě, která naplňuje mezinárodní doporučení. V současnosti se setkáváme s nárůstem žadatelů o vyšetření a řešíme, jak se o ně kapacitně postarat. Je pravděpodobné, že u většiny dětí po posouzení psychologem ve spádu nebývá diagnóza potvrzena. Pokud se ale problematika otevírá opakovaně nebo se děti dostanou až k sexuologovi-specialistovi, je pravděpodobná. Praktičtí dětské lékaři reagují na informaci o nejistotě dítěte a jeho možném rodovém nesouladu racionálně. V diagnostickém schématu lze doporučit jako první vyšetření psychologem v místě bydliště.

■ Literatura

1. Doležalová R. K léčbě poruch pohlavní identifikace v dětství a adolescenci. *Vox Pediatr* 2019;19(3):27-30.
2. Saraswat A, Weinand JD, Safer JD. Evidence supporting the biologic nature of gender identity. *Endocr Pract*. 2015;21(2):199-204.
3. Pediatric endocrine society. Transgender health. Position statement. December 2020. <https://www.endocrine.org/advocacy/position-statements/transgender-health>
4. MKN 11. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
5. Griffin L, Clyde K, Byng R, Bewly S. Sex, gender and gender identity. *BJPsych Bulletin* 2020;1-9, doi:10.1192/bjb.2020.73
6. Ristori J, Steensma TD. Gender dysphoria in childhood. *Int Rev Psychiatry* 2016;28(1):13-20.
7. Turban JL, Ehrensaft D. Gender identity in youth: treatment paradigms and controversies. *J Child Psychol Psychiatry* 2018;59(12):1228-1243.
8. Kaltiala-Heino R, Sumia M, Työläjäarvi M, Lindberg N. Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2015; 9(1):9.
9. Rae JR, Gülgöz S, Durwood L et al. Predicting Early-Childhood Gender Transitions. *Psychological Science* 2019, 30(5): 669-681.
10. Gülgöz S, Glaziera JJ, Enright EA et al. Similarity in transgender and cisgender children's gender development. *PNAS* 2019;116(49):24480-24485.
11. Kinitz DJ, Salway T, Dromer E et al. The scope and nature of sexual orientation and gender identity and expression change efforts: a systematic review protocol. *Syst Rev*. 2021;10:14.
12. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L et al. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2017;102(11):1-35.
13. WPATH standards of care. <https://www.wpath.org/publications/soc>
14. Cohen-Kettenis PT, Pfafflin F. Poruchy pohlavní identity v období dětství a dospívání. In: Fífková H. et al. *Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity*. Grada, Praha 2008, s. 49-76.
15. Riedl S. Hormonelle Behandlung von Jugendlichen mit Transidentität. *J. Klin. Endokrinol. Stoffw*. 2020;13:16-23.

EMA zahajuje přezkum léčivého přípravku Paxlovid pro léčbu COVID-19

Evropská agentura pro léčivé přípravky (EMA) aktuálně hodnotí dostupná data k použití dosud neregistrovaného léčivého přípravku Paxlovid (kombinace léčivé látky s označením PF-07321332 a známé léčivé látky ritonaviru), perorální léčby (určené k podání ústy) onemocnění COVID-19 vyvinuté společností Pfizer. EMA zahájila tento přezkum za účelem podpory pro vnitrostátní orgány členských států EU, které se na základě tohoto hodnocení mohou rozhodnout o jeho časném použití, například v režimu nouzového použití ještě před jeho registrací.

Výbor pro humánní léčivé přípravky (CHMP) agentury EMA se v rámci hodnocení bude zabývat údaji z klinické studie porovnávající účinek Paxlovidu s účinkem neúčinné léčby (placeba) u nehospitalizovaných pacientů s mírným až středně závažným onemocněním COVID-19, u kterých bylo vysoké riziko zhoršení do závažného průběhu COVID-19. Předběžné výsledky naznačují, že Paxlovid snížil riziko hospitalizace nebo úmrtí ve srovnání s placebem, pokud byla léčba podána do 3 nebo 5 dnů od začátku příznaků. Výbor CHMP rovněž přezkoumá údaje o kvalitě a bezpečnosti tohoto léčivého přípravku.

I když se očekává, že bude spuštěn rovněž komplexnější průběžný přezkum (rolling-review) před možným předložením žádosti o registraci, tento současný přezkum poskytne doporučení pro celou EU ještě v kratším časovém rámci tak, aby stanovisko EMA mohly použít vnitrostátní orgány k přijetí rozhodnutí založeného na důkazech k časnému použití tohoto léčivého přípravku ještě před jeho registrací.

EMA bude o výsledcích tohoto přezkumu dále informovat.

Více o léčivém přípravku

Paxlovid je perorální antivirotikum (*určené k podání ústy*), které snižuje schopnost viru SARS-CoV-2 (*viru, který způsobuje onemocnění COVID-19*) se množit v těle. Léčivá látka PF-07321332 blokuje aktivitu enzymu, který virus potřebuje k rozmnožování (replikaci). Paxlovid také obsahuje nízkou dávku léčivé látky ritonavir (inhibitor proteázy), který zpomaluje rozklad PF-07321332 a umožňuje této látce zůstat déle v těle v dostatečně vysokých hladinách. Očekává se, že Paxlovid by mohl snížit potřebu hospitalizace u pacientů s COVID-19.

Více o postupu hodnocení

Výkonná ředitelka agentury EMA požádala o tento přezkum podle článku 5 odst. 3 nařízení 726/2004 po předběžných diskusích s pracovní skupinou EMA pro pandemii COVID-19 (COVID-ETF), která sdružuje odborníky z celé evropské sítě pro regulaci léčiv (EMRN). Přezkum provádí Výbor pro humánní léčivé přípravky (CHMP) agentury EMA, který je odpovědný za otázky týkající se humánních léčivých přípravků. Výbor vydá v nejkratším možném časovém rámci odborné stanovisko, které mohou členské státy EU zohlednit při rozhodování o použití tohoto léčivého přípravku na vnitrostátní úrovni před vydáním formálního rozhodnutí o registraci.

Zdroj: www.olecich.cz, 19. 11. 2021



Sexuální násilníci dětského věku – diagnostika, léčba a další intervence

MUDr. Šárka Bínová

Dětské a dorostové psychiatrické oddělení, Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha
Medic point, Mělník

■ SOUHRN

Problematika sexuální agresivity v dětském a adolescentním věku není vzácná. Sexuální delikvenci páchají nejčastěji jedinci bez sexuálně deviantní motivace. Důležité je však včas diagnostikovat jedince, kde je pravděpodobný sexuálně deviantní vývoj. Zaléčit je, dispenzarizovat, a pokusit se tak zamezit recidivě. Podávám zde stručný přehled 10 sexuálních deliktů u chlapců dětského a dorostového věku, jejich rozbor, navrženou terapii a další možné intervence. Dále jsou v textu zdůrazněny rizikové faktory sexuální delikvence obecně. Článek je doplněn názory našich i zahraničních odborníků zajímavých se o tento problém. V řešení této problematiky by mělo být zapojeno více medicínských oborů a resortů.

Klíčová slova: sexuální delikvence, sexuální deviace, agresivita, terapie, intervence.

■ SUMMARY

Bínová Š.: Sexual Juvenile Offenders – Assessment, Treatment and other Intervention

Juvenile sexual offenders are not so rare offenders. Sexual delinquencies commit less often individuals with sexual deviant development. It is extremely important to early assess, treat and follow up these juvenile deviants. I am presenting here short description of 10 acts of sexual violence. I am also focusing on the treatment and other interventions. The risk factors of sexual delinquency are also summarized in the article. Moreover, views of Czech sexologists and sexologists from other countries are also in the introduction of this presentation.

Key words: sexual delinquency, sexual deviant, aggression, treatment, other intervention.

■ ÚVOD

V poslední dekádě 20. století byla v USA i v některých zemích Evropy otázka sexuální delikvence u dětí a mladistvých velmi populární, protože byl zaznamenán velký nárůst sexuální agrese v této věkové populaci. Na toto téma byly v zahraničí prováděny studie a vypracovány diagnostické a podrobné terapeutické postupy, byla měněna legislativa. I u nás pozorujeme nárůst sexuálního násilí u dětí, ale problematika je zatím v českých odborných časopisech málo dokumentována.

Obecně mezi sexuální delikty u mladistvých patří znásilnění, pohlavní zneužívání, soulož mezi příbuznými. Dále sexuální delikt může být stíhán jako výtržnictví (expozice genitálu na veřejnosti), omezování osobní svobody, vydírání, ublížení na zdraví, vražda. Je uváděno, že většinu sexuálních deliktů páchají lidé, kteří nejsou postiženi poruchou sexuální preference.

Z literatury vybíráme charakteristiky dospělých jedinců, u nichž se předpokládá, že se sexuálně deviantně vyvíjeli již od dětství:

Podle *Huntera* [2] a podle *Burtona a spol.* [1] existují i jedinci, u nichž nacházíme atypické či problémové sexuální projevy již před šestým rokem věku. Právě u nich se pak v adolescenci a v dospělosti setkáváme s nejzávažnějšími formami sexuální delikvence a s nejvyššími počty obětí.

Podle *Weise a Zimanové* [6] lze u sexuálně deviantních jedinců často pozorovat odchylky v jejich heterosexuálních vztazích. V komunikaci s vrstevnicemi jsou buď nespokojení, nebo přehnaně agresivní. Bývá u nich absence platonických lásek nebo jejich nápadně pozdní nástup. Dále je u těchto jedinců velká snaha po konformitě. Chtějí „zapadnout“ mezi vrstevníky a snaží se proto působit co nejnórmálněji. Tyto projevy jsou dle autorů spíše důsledkem deviantního vývoje než jeho příčinou. První deviantní aktivity nebo fantazie mohou vyvolávat pocit viny a odlišnosti a následně poruchy sebepřijetí.

Podle autorů *Kolářského a Brichcina* [4] přehlížení biologického základu sexuálních variací může vést k tomu, že devianti jsou popisováni jako jedinci sociálně neobratní, neempatičtí. Dle jejich mínění je deviant naopak velmi sociálně obratný a empatický ke svému specifickému objektu (pedofil k dětem).

Revitch a Schlesinger [5] uvádějí, že u mnoha sexuálních deviantních vrahů lze v anamnéze už od dětského a dorostového věku detekovat delikty typu loupeže. Devianti se vloupávají do bytů, často už při tomto průniku pocítují sexuální vzrušení, někdy dokonce ejakulují. V bytě se kromě krádeží dopouštějí vandalství, někdy v něm močí a defekují. Jejich chování postupně nabývá na nebezpečnosti, pokud se v bytě setkávají se ženami a dopouštějí se na nich sexuálních agresí, které mohou vyústit až v usmrcení ženy. Věk ženy nehraje roli, nezřídka se obětmi stávají i ženy vyššího a vysokého věku.

Charakteristika mladistvých sexuálních delikventů dle Huntera [3]

Hunter uvádí 2 typy všech mladistvých sexuálních delikventů:

1. Sexuální delikventi páchající sexuální delikt na vrstevnicích či dospělých ženách. Tito delikventi mají v anamnéze často i jiné kriminální aktivity, poruchy chování a jinou delikvenci, časté agresivní potyčky s vrstevníky. Sexuální násilí páchají na cizích, ale i známých ženách a dívkách. Častěji také při násilných činech užívají zbraně a svým obětím působí zranění.
2. Sexuální delikventi páchající sexuální delikt na dětech (oběti jsou nejméně o 5 let mladší). Ve 40 % jsou jejich oběti sourozenci nebo příbuzní, častější jsou oběti ženského pohlaví. Násilník dítěti vyhrožuje násilím a ztrátou milovaných osob, pokud čin vyzradí. Tito delikventi často mají problémy se sebepřijetím a také bývají sociálně méně obratní.



Neumějí si udržet zdravé uspokojivé mezilidské vztahy. Často trpí emočními poruchami. Někdy je v jejich činech vysoká míra agresivity. Údajně může být tento typ násilníků častěji postižen sexuální deviací a může inklinovat k pedofilii.

■ Charakteristika souboru

Mé sdělení by mělo popsat závažnější násilné sexuální delikty u dětí mladších 15 let a posoudit míru zastoupení jedinců se sexuálně deviantním vývojem. Chtěla bych na základě rozboru sexuálních deliktů a kauzistik 10 chlapců přispět i k bližšímu popisu tohoto problému.

1. Lukáš W. – chlapec, který do 11 let byl v péči matky, která měla lesbický dlouholetý vztah a chlapce hrubě zanedbávala. Ve 12 letech se dostal do péče otce, který byl násilné povahy, pracoval jako sanitář v nemocnici. Chlapec opakovaně sexuálně zneužíval svou 11letou nevlastní sestru, pokusil se o její znásilnění, nutil ji k felaci. Gynekologickým vyšetřením byla u dívky zjištěna deflorace.
2. Jan Sch. – pochází z úplné, velmi dysfunkční rodiny, otec agresivní ke členům rodiny, ale i mimo ni. Chlapec pod vlivem alkoholu v 13 letech s kamarádem a vlastní sestrou odtáhli mírně opilou 9letou dívku na autobusovou zastávku, proti její vůli ji svlékli a snažili se ji vyprstít. Jan se obnažil a nutil ji k felaci.
3. Tomáš B. – pochází ze 7 sourozenců, většinou nevlastních. V 15 letech byl stíhán pro znásilnění a opakované sexuální zneužívání nevlastního 8letého bratra, nutil ho k felaci a pokoušel se o anální styk. Prý to zkoušel i na ostatních nevlastních sourozencích, ale ti se ubránili. Matka nekriticky chlapce bránila a mladšího bratra (oběť) se snažila z rodiny odsunout.
4. Robin P. – ve 13 letech pobodal, pak vyprstil a do potoka hodil 13letou spolužačku, oběť zde zemřela. Matka v mládí velmi problémová, snad se krátce živila prostitucí, otec neznámý, snad řidič kamionu, turecké národnosti. Matka syna vychovává sama. Tento chlapec byl pouze vyšetřen na dětském oddělení.
5. Petr P. – ve 13 letech odvedl 6letou dívku na opuštěné místo, svlékl ji kalhotky a osahával ji, když se bránila, tak ji surově zbil, pak se lekl, omluvil a utekl.

Otec hospitalizován v PLB s ochrannou léčbou. Z rozvedené rodiny.

6. Lukáš M. – opakovaně se ve 13 letech agresivně choval k spolužačkám, škrtil je, surově sešvihl 2 dívky pomlázkou a babičku uhodil kýblem do hlavy. Jedná se o lehce mentálně retardovaného hochy, žáka zvláštní školy. Impulsu sexuologickému vyšetření dal i ředitel školy. Pocházel z úplné rodiny, otec agresivní k matce i dětem. Matka lehce mentálně retardovaná, vychována v dětském domově.
7. Pepa P. – ve 13 letech agresivní k dětem v dětském domově, pěstí bije dívky a nadměrně sexualizovaně se chová k vlastní sestře-dvojčeti (líbá ji po těle, lehá si na ni). Jeho otec je ve výkonu trestu pro znásilnění a vraždu mladé ženy, tento čin spáchal s nevlastním bratrem Pepy. Matka o dvojčata nikdy nejevila zájem, otec také ne.
8. Josef K. – ve 13 letech opakovaně osahával a pokusil se znásilnit své dvě vlastní sestry ve věku 11,5 let a později i nevlastní sestru ve věku batolete. Byl obviněn z trestného činu pohlavního zneužití. Romský chlapec, který pocházel z rozpadlé rodiny, matka od dětí brzy odešla, vychovávaný krátce i v dětském domově. Sexuálního deliktu se dopustil v nové rodině otce.
9. Jiří Š. – ve 13 letech opakovaně ve večerních hodinách na veřejném prostranství přiběhl k cizí mladé ženě, ze zadu jí sáhl mezi nohy a utekl. Tvrdil, že viděl v TV dokument s podobným scénářem sexuální agresivity. Další násilí nepoužil. Přeložen na naše oddělení k sexuologickému posouzení. Matka velmi ochranná, chování syna bagatelizuje.
10. Michal H. – ve 14 letech opakovaně projevuje agresivní chování k dětem, osahává ve škole děvčata, přede všemi předvádí kopulační pohyby. Na propustce masturboval před nevlastní sestrou. Vyšetřen na žádost otce. Do 13 let v péči matky, která ho hrubě zanedbávala, poslední rok v péči otce, který měl novou rodinu.

Nejčastějšími oběťmi, které si naši násilníci vybírali, byli sourozenci, častěji nevlastní. Dále početnou skupinu tvořily i chlapcům známé dívky a jeden chlapec si za oběti vybíral pouze dospělé, jemu neznámé mladé ženy. Na základě zkušeností z mé vlastní

klinické praxe a i z dostupných pramenů je známo, že pohlavní zneužívání mezi sourozenci je mnohem častější, pouze se tyto delikty téměř nehlásí na policii ani na sociální odbor péče o dítě. Rodiče sami tuto skutečnost mimo rodinu neventilují a často tento problém popírají (graf 1, graf 2).

■ Oběti sexuálních deliktů

Z uvedeného vyplývá, že ve všech případech se jednalo o sociálně slabé rodiny s nižším vzděláním, s velkou mírou násilí v rodině i mimo ni. Agresivita je rys, který se dědil z otce na syna v 60–70 %.

Fyzické týrání a zanedbávání v rodině se vyskytlo u 80 % chlapců, u zbylých to ovšem nelze vyloučit.

Sexuální zneužívání se nám nepodařilo zjistit. V zahraniční literatuře se popisuje jako velmi častý rizikový faktor pro rozvoj sexuální delikvence.

Intelektuální úroveň se u 50 % vyšetřovaných v psychologických testech zjistila v pásmu slabší průměr, ve 40 % v pásmu podprůměru a v 10 % úroveň lehké mentální retardace.

Školní neprospívání se vyskytlo u 90 % chlapců. Tito chlapci, pokud nechodili do zvláštních škol, tak opakovali alespoň 1krát některý ročník základní školy.

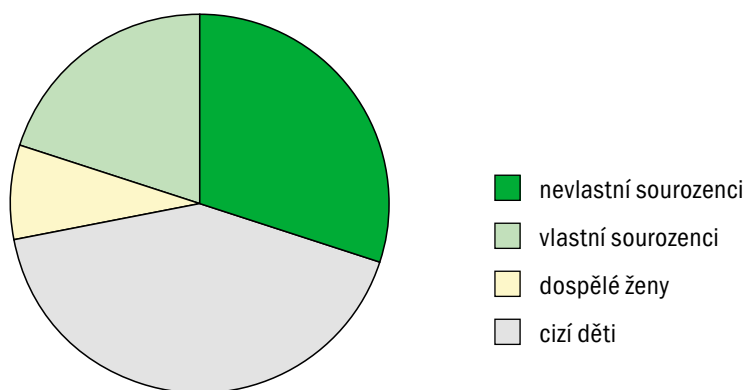
Závažný tělesný nedostatek nebo somatické onemocnění se vyskytlo v 10 %.

Za zmínku také stojí, že několik chlapců v mém souboru před násilným činem pravidelně sledovalo pornografii a přitom mas-turbovalo.

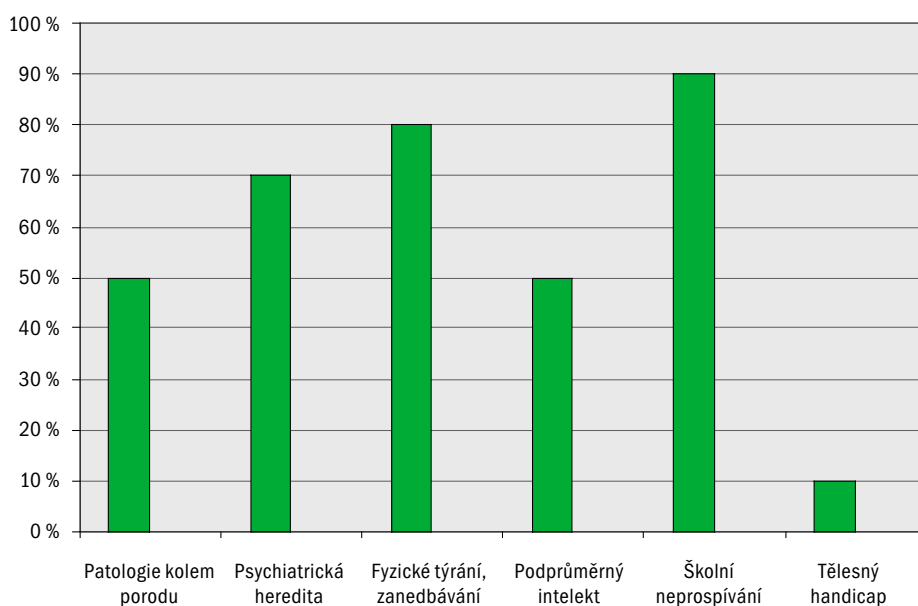
■ Psychiatrická nemocnost

ADHD (porucha aktivity a pozornosti) byla přítomna v 80 %, tento údaj byl zjištěn z odebrané anamnézy nebo ještě z přetrvávajících projevů. Specifické poruchy učení byly v 50 % zjištěny z dostupných psychologických zpráv nebo z dosud přetrvávajících obtíží (graf 3).

Enuresis nocturna, trvající do 10 let, se vyskytla u jednoho chlapce (10 %). Abúzus marihuany byl zjištěn z anamnestických dat a i z průkazu kanabinoidů v moči u 30 % chlapců, občasná požití alkoholu bylo pouze ve fázi experimentování u 80 % chlapců. Poruchy chování se vyskytly v menší či větší míře u všech (100 %) chlapců, a to ve smyslu záškoláctví, opozičního chování, agresivity k druhým, lhaní, krádeže. V pravidelné péči pedopsychiatra jich bylo pouze 10 % (1 chlapec z DD), u 80 % se jednalo o první záchyt na dětské psychiatrii.



Graf 1. Oběti sexuálních deliktů



Graf 2. Rizikové faktory pro rozvoj sexuální delikvence



Graf 3. Psychiatrická nemocnost

Diagnostický proces k vyloučení sexuální deviace

1. Podrobné pedopsychiatrické vyšetření.
2. Sexodiagnostické vyšetření.
3. Psychologické vyšetření.
4. EEG vyšetření.

1. Pedopsychiatrické vyšetření

Toto vyšetření bylo provedeno s podrobnou anamnézou odebranou od rodičů a dále byl rozebrán pečlivě zaznamenaný popis sexuálního deliktu. Vyšetření bylo počátkem diagnostického procesu, který směřoval k časnému zachytu případného sexuální deviantního vývoje u dotyčného dítěte nebo adolescenta.

2. Sexodiagnostické vyšetření

Po předběžném sexuologickém pohovoru, kdy byl shledán důvod k další podrobnější sexodiagnostice, jsme po obdržení souhlasu rodičů i samotných chlapců hochy poslali k falopletysmografickému vyšetření. Pečlivě provedená sexodiagnostika je pro stanovení diagnózy sexuální anomálie u dítěte zásadní. Je nutné ovšem mít na zřeteli, že jednorázové falometrické vyšetření nemůže přinést definitivní závěr o povaze poruchy sexuální motivace.

Vyšetření sexuálních reakcí s použitím falometrie.

Podle Kolářského při vyšetřování sexuální orientace kohokoliv, a zvláště sexuálního delikventa, stojí vždy otázka: Jaká neviditelná motivační podstata řídila jeho chování, jeho sexuální delikt? Falopletysmografické vyšetření je vyšetření mužských sexuálních reakcí. Jeho zakladatelem je pražský psychiatr a sexuolog Kurt Freund.

Falogramy sledovaných chlapců byly tyto:

1. Lukáš W. – vyšetřen dvakrát s odstupem 2 let, v sexualitě nejsou vyvinuty normální pojistky proti agresivnímu jednání, nelze vyloučit sadismus třeba ve smyslu preference ovládnutí prospektivní koitální partnerky. Uzavíráno jako počínající sexuálně deviantní vývoj. Doporučeny antiandrogeny.
2. Jan Sch. – nebyl získán obraz neporušené sexuální orientace, doporučeno zopakování po roce. Vyjádřena suspекce na sexuálně deviantní vývoj.
3. Tomáš B. – sexuální deviace neprokázána.
4. Robin P. – preference heterosexuálních objektů 8–16 let, zvláště odevzdáných, podrobených žen. Reakce na sadoma-



sochistický obraz byla 5krát vyšší než na roztouženou blondýnu. Po krvavém obrázku „Zemkovy sekry“ zesílila penilní reakce, stejně jako po obrázcích svázaných žen. Největší zastižení erekce následovalo po vyprávění o drastickém násilí na ženě. Nedospělé dívky navozovaly ihned tumescence, dospělé nikoliv (nedospělý vzhled je v.p. pouze signálem snadné podrobitelnosti, evokující sadistickou proceptivitu snáze než svobodně se projevující dospělá žena). Uzavíráno jako sadismus postihující všechny fáze sexuálního chování. Doporučeny antiandrogeny.

5. Petr P. – falogram ukázal na možnost průniku agresivity do chování vůči eroticky působivé osobě, příklon k názoru, že jde o trvalou sexuální anomálii, sexuální agresivitu. Avšak i v případě přechodné psychosexuální nezralosti je pacient nyní nebezpečný kombinací své sexuality s celkovou pohotovostí k agresivním projevům. Uzavíráno jako sexuálně deviantní vývoj. Doporučeny antiandrogeny.
6. Lukáš M. – trvalá nevyvinutost úvodních sblížovacích komponent sexuality. Dále pudová anomálie v řízení samotného agresivního chování. Kombinace obou anomálií ho činí nebezpečným v sexuální doméně. Nelze po jediné exploraci ztrácet ze zřetele možnost sadismu. Uzavíráno jako deviantní sexuální vývoj. Doporučeny antiandrogeny.
7. Pepa P. – pudová anomálie zasahující sebezprosování i sexualitu. Vystupňovaná potřeba ovládacího chování. Nebezpečná porucha sebezprosování se může projevit vedle agresivity i pyromanicky či např. šířením poplašných zpráv. Uzavíráno jako deviantní psychosexuální vývoj. Doporučeny antiandrogeny.
8. Josef K. – sexualita pacienta si žádá bezbrannost a nehybnost erotického protějšku. Projevy zapadají do obrazu sexuální deviace disponující k agresivnímu chování. Uzavíráno jako sexuálně deviantní vývoj. Doporučeny také antiandrogeny.
9. Jiří Š. – zjištěna sexuální anomálie, projevující se iniciováním intimních dotyků vůči ženě posuzovanému neznámé. Pro nízký věk nelze zatím rozhodnout, je-li násilný kontext těchto dotyků preferován, nebo jen tolerován. Ve falogramu

i v anamnéze je podpora pro obě tyto možnosti. V případě pouhé tolerance by mohlo jít o neúplný vývin sexuálně motivačního systému. Nelze také vyloučit těžší sexuální agresivitu. Uzavíráno jako suspekce na psychosexuálně deviantní vývoj.

10. Michal H. – falometrické vyšetření neprovedeno pro výraznou úzkostnou reakci v úvodu. Psychosexuálně deviantní vývoj vyloučen.

Z odebraných dat a z falogramů můžeme na sexuálně deviantní vývoj usuzovat v 60 %, v dalších 20 % je sexuální deviantní vývoj pravděpodobný a v 20 % nebyl zjištěn.

Sexuologické vyšetření bylo pro posouzení sexuálního deliktu velmi důležité. Z výše zmíněných chlapců bylo po sexuologickém vyšetření doporučeno k antiandrogenní léčbě 60 %. Před započetím terapie antiandrogeny všichni chlapci podstoupili podrobné endokrinologické vyšetření, včetně vyšetření kostního zrání. Ani u jednoho z nich nebylo kontraindikováno nasazení antiandrogenů.

3. Psychologické vyšetření

Psychologické testy jsou pro diagnózu sexuální poruchy nespecifické. Nejčastěji se v osobnostních charakteristikách objevovala vysoká míra neuroticismu, impulzivity, nezdrženlivost a agresivita, dále pak nedostatečně vyvinutá empatie a narcismus.

4. EEG vyšetření

Pouze v 50 % se zjistila mírná patologie nevyžadující další morfologické vyšetření.

Jak se projevovalo během hospitalizace našich 10 sexuálních delikventů?

U všech chlapců bylo registrováno opakované porušování režimu oddělení (kouření, útěky, fyzické potyčky mezi vrstevníky a u některých se vyskytly i krádeže). Tím se tyto jedinci nelišili od chlapců s běžnými poruchami chování.

Asi u dvou chlapců se vyskytlo psaní obscénních dopisů. Tito chlapci se projevovali vůči dívkám spíše netečně, v běžném kontaktu spíše plaše nebo bez zájmu. Někdy těmito odvážnými až vulgárními dopisy obeslali většinu dívek na oddělení. U těchto delikventů byly sexodiagnostikou prokázány známky svědčící pro sexuálně deviantní vývoj.

U 30 % chlapců z mého souboru se vyskytly známky sexuálně agresivního chování vůči dospělým ženám (obscénní dopisy nebo dopisy vyhrožující agresí, ponižující, na-

dávky, pozorování ženského personálu na WC, sexuální dvojznačné poznámky) a ze závěrů sexodiagnostických vyšetření u nich bylo možno usuzovat na sexuálně deviantní vývoj.

■ Léčebná opatření

1. Biologická sexuologická léčba

Týkala se pouze jedinců s dg. sexuálně deviantní vývoj. Hladina volného a vázaného testosteronu v krvi byla jedním z indikátorů nasazení antiandrogenů.

Titrovala se taková dávka antiandrogenů, která způsobila pokles testosteronu a zároveň snížení agresivity a sexuálního napětí.

Začínalo se většinou nasazením Androcuru (cyproteronacefát) p.o. 25–50 mg obden nebo denně, nedošlo-li k požadovanému snížení testosteronu v krvi, dávka se zvýšila nebo se přistoupilo k injekčnímu depotnímu preparátu (depotní forma Androcuru /300 mg /i.m.).

Dále byl jeden chlapec léčen preparátem Provera. Provera (medroxyprogesteronacetát) se nasazuje v dávce 50–100 mg p.o., nebo existuje jeho depotní forma, která se podává 1krát za 14 dnů nebo 1krát za 10 dnů i.m. v dávce 150 mg.

Další sexuální násilník byl léčen preparátem Dekapeptyl (triptorelinacetát), což je agonista gonadoliberinu. Lék se doporučuje aplikovat 1krát za 4 týdny v dávce 1,875–2,500 mg i.m.

Antipsychotika jsme indikovali tehdy, pokud se u chlapců vyskytovaly závažnější poruchy chování. Poruchy chování se vyskytly u všech chlapců v souboru.

2. Psychoterapie

Psychoterapeutické intervence jsou založeny na tom, že děti a mladiství se snadno učí a stále jsou v procesu vývoje, je proto snazší modifikovat jejich představy a názory. Program je založen na kognitivně behaviorálním modelu a skládá se např. z nácviku sociálních dovedností, které učí delikventa získat kontrolu nad svým chováním a nad svými sexuálními a agresivními impulsy. Učí ho asertivitě a schopnostem řešit konflikty. Dále je součástí podobných terapeutických programů i nácvik empatie (k oběti) a nácvik schopnosti sebeúcty. Program obsahuje i sexuální výchovu a učí novému systému hodnot a odmítání násilí. Rodinná terapie je zvláště důležitá tam, kde delikvent zneužíval sourozence. Rodiče většinou popřou problém. Považuje se za důležité vést rodiče



k tomu, že nejsou zodpovědní za násilný čin jejich potomka, ale za jeho výchovu. Nutno je motivovat ke spolupráci a k zájmu o dítě, které je obětí. Matky mají často tendenci násilníka se zastávat. U jedinců, kde je možno usuzovat na sexuálně deviantní vývoj, se provádí na odborných pracovištích sexagogika, která má zprostředkovat náhled na odlišnost vlastních sexuálních motivací.

3. Další intervence

Soud může nařídit různá výchovná nebo ochranná opatření:

Ochranná výchova

V dětském věku se nařizuje ochranná výchova v případě, že spáchá závažný trestný čin, za který trestní zákon dovoluje ve zvláštní části uložení výjimečného trestu, osoba, která dovršila 12 let a je mladší než 15 let. K zajištění řádné výchovy může být uložena ochranná výchova též dítěti mladšímu 15 let, které spáchalo takový čin, který by byl jinak trestným činem. Ochranná výchova potrvá, dokud to vyžaduje její účel, nejdéle však do 19 let. Ochranná výchova může být přeměněna v ústavní výchovu.

Soudní dohled nebo ústavní výchova

U méně závažných činů se ukládají opatření jako soudní dohled, zařazení do psychologicko-pedagogického programu ve středisku výchovné péče nebo se nařídí ústavní výchova v dětském domově nebo ve výchovném ústavu.

Jaká ochranná nebo výchovná opatření dostali chlapci z našeho souboru, došlo u nich k recidivě?

1. Lukáš W. – chlapec je v dětském domově a učí se na SOU truhlář. Bez recidivy sexuálně agresivního chování. Užívá antiandrogeny.
2. Jan Sch. – chlapec měl ústavní výchovu, opakovaně utíkal z diagnostického ústavu. Nyní je ve výkonu trestu za loupežné přepadení. Není mi z dostupných pramenů známo, zda se dopustil recidivy sexuálně agresivního chování.
3. Tomáš B. – chlapec byl údajně bez ochranných opatření, pouze ambulantně navštěvoval Středisko výchovné péče Krok. Z dostupných pramenů není známa recidiva sexuálního zneužívání sourozenců.
4. Robin P. – chlapci zemřela matka na somatické onemocnění. Má nařízenou ochrannou výchovu, kterou dosud vykonával v dětském výchovném ústavu

v Boleticích. Užíval antiandrogeny, později Dekapeptyl. Pak byl krátce na dospělém oddělení v PL Bohnice pro výkon ochranné sexuologické léčby. Bez recidivy sexuální agresivity. Poté byl přeložen do Diagnostického ústavu pro mladistvé, kde se zvažovalo, které zařízení se zvýšeným dozorem mu umožní další vzdělávání. Pro jedince s extrémní poruchou chování, kteří ukončili základní vzdělání a mají nařízenou ochrannou výchovu, neexistuje zařízení umožňující středoškolské odborné vzdělání a zároveň léčebný dohled.

5. Petr P. – chlapec nemá žádné ochranné ani výchovné opatření. Studuje střední školu řemesel, obor umělecký truhlář. Je dispenzarizován nadále v sexuologické ambulanci. Podle dostupných údajů je bez recidivy sexuálně agresivního chování.
6. Lukáš M. – chlapec je aktuálně opět hospitalizován v dětské psychiatrické léčebně. Nemá nařízenou ústavní výchovu, má pouze soudní dohled. Užívá antiandrogeny a dochází do sexuologické ambulance.
7. Pepa P. – chlapec má nadále ústavní výchovu v dětském domově rodinného typu. Je neagresivní, bez recidivy sexuální agresivity. Je dispenzarizován v sexuologické ambulanci a pravidelně užívá antiandrogeny.
8. Josef K. – chlapec má ochrannou ústavní výchovu, kterou vykonává v dětském výchovném ústavu v Boleticích. Je pravidelně dispenzarizován v sexuologické ambulanci, užívá antiandrogeny. Bez recidivy sexuální agresivity.
9. Jiří Š. – chlapec nemá žádné výchovné ani ochranné opatření. Je dispenzarizován v sexuologické ambulanci. Antiandrogeny nemusí užívat. Podle dostupných informací je bez recidivy sexuální agresivity.
10. Michal H. – je v rodině, bez výchovného opatření.

■ Shrnutí

Průměrný věk sexuálního delikventa byl 13,5 roku. U jedinců se sexuálně deviantním vývojem dokonce jen 13 let. V 60 % sexuálních delikventů bylo možno podle získaných dat usuzovat na sexuálně deviantní vývoj a u 20 % bylo vyjádřeno podezření. Z rizikových faktorů sexuálního delikventního

jednání daného souboru chlapců se zdá být nejdůležitější dysfunkční rodinné prostředí a agresivita u otce, podprůměrný intelekt sexuálního násilníka. U všech zmíněných chlapců byla nějaká, většinou neléčená psychiatrická porucha.

80 % chlapců nebylo před spácháním násilného činu léčeno dětským psychiatrem. Všichni chlapci, u kterých byl prokázán sexuálně deviantní vývoj, byli léčeni biologickou sexuologickou léčbou a jsou dispenzarizováni v sexuologické ambulanci. Zatím u nás neexistuje zařízení zabývající se komplexní léčbou a zároveň detencí dětí se sexuálně deviantním vývojem.

■ Závěr

Rozpoznání sexuální deviace v takto mladém věku není snadné. Je výhodná spolupráce odborníků jak z oboru dětské psychiatrie a psychologie, tak ze sexuologie a endokrinologie. Avšak pečlivě provedená sexodiagnostika je pro stanovení diagnózy sexuální anomálie u dítěte zásadní. Je nutné ovšem mít na zřeteli, že jednorázové falometrické vyšetření nemůže přinést definitivní závěr o povaze poruchy sexuální motivace. Protože však sexuální napětí je největší v mládí a víme, že závažným sexuálním deliktem ze sexuálně deviantní motivace předcházely méně závažné delikty, nemůžeme tyto závěry podceňovat.

Čím nižší věk, kdy je spáchán sexuální násilný delikt, tím větší je pravděpodobnost, že jde o příznak sexuálně deviantního vývoje. Dysfunkční rodina a nějaká psychiatrická porucha se zdají být pro sexuálně delikventní vývoj významné, ale u sexuálních deliktů ze sexuálně deviantní motivace je přesto rozhodující vrozená odlišnost sexuálně motivačního systému a zevní faktory tuto anomálii potencují.

Většina pachatelů sexuálních deliktů nejedná ze sexuálně deviantní motivace [7]. Tento faktor se ale v mém souboru vlastně nepotvrdil. Může to souviset i s tím, že nepříznivé rodinné zázemí vedlo k realitě, že se anomálie projevila dříve, a také že mnou předložený vzorek chlapců byl příliš malý.

Dalšímu sexuálně delikventnímu jednání může zabránit včasná pedopsychiatrická péče. V literatuře se uvádí, že sexuální delikventi (deviantní i nedevariantní) skutečně vykazují poruchy chování (často i ve formě naznačené sexuální agresivity) už v dětství a v období adolescence.



Pokud pediatři nebo psychologové zjistí u chlapce poruchy chování, poruchu aktivity a pozornosti, specifické poruchy učení a zejména pokud chlapec pochází z dysfunkčního rodinného prostředí (např. násilí v rodině), měli by dotyčného odeslat do pedopsychiatrické ambulance k vyšetření.

Čím dříve sexuálně agresivní chlapec podstoupí toto vyšetření a zároveň psychoterapeutickou péči, tím větší má šanci na zabránění recidivě. Dále je nutné, aby jedinci, u nichž sexuálně deviantní vývoj byl potvrzen nebo vyjádřena suspekce, byli dispenzarizováni v sexuologické ambulanci a rodina byla pod dohledem sociálních pracovníků.

Zatím u nás neexistuje zařízení, které by se komplexní léčbou a zároveň detencí těchto dětí ze sexuálně deviantním vývojem zabývalo. Dále je otázkou, kde umožnit další středoškolské vzdělávání adolescentům, kteří již nejsou žáky základních škol a mají nařízenou ochrannou výchovu pro sexuální delikt, ať již ze sexuálně deviantní motivace, či nikoliv.

Poděkování

Mé poděkování patří pracovišti sexuologie PL Bohnice (zejména MUDr. Brichcínovi, PhDr. Kolářskému) za mnohaletou spolupráci v péči o sexuálně delikventní adolescenty.

Literatura

1. Burton, D., Nesmith, A., Badten, L. : Clinician's views of sexually aggressive children. *Child Abuse Negl.*, 21, 1997, pp. 157-170.
2. Hunter, J.: Etiology of adolescent sexual offending. Paper presented at the 13th Annual Research and Treatment Conference of ATSA, San Francisco, 1994.
3. Hunter, J. A., Becker, J. V.: Motivators of adolescent sex offenders and treatment perspectives. In: J. Shaw /ed/: *Sexual aggression*. Washington, DC, American Psychiatric Press, Inc., 1998.
4. Kolářský, A., Brichcín, S.: Za poznáním sexuálních variací disponujících k pohlavnímu zneužívání dětí. In: Weiss, P. /ed/:

Sexuální zneužívání – pachatelé a oběti. Grada, Praha, 2000 b.

5. Revitch, E., Schlesinger, L. E.: Clinical reflections on sexual aggression. In: Prentky, R. A., Quinsey, V. L. P. /eds./: *Human sexual aggression: Current perspectives*. Annals of the New York, Academy of Science, 1988, No. 528.
6. Weiss, P., Zimanová, J.: Partner relations of sex offenders. *Rev. Sexuolog.*, 1, 1995 b, pp. 7-10.
7. Zvěřina, J.: *Sexuologie /nejen/ pro lékaře*. Akademické nakladatelství Cerm, Brno, 2003, 156 s.

Předneseno ve zkrácené podobě na Opařanských dnech v DPL Opařany v září 2007.

Předneseno na Bohnických sexuologických dnech v únoru 2008.

Čes. a slov. Psychiat., 104, 2008, No. 7, pp. 365-371.

EMA vydala doporučení k použití molnupiraviru k léčbě COVID-19

Výbor pro humánní léčivé přípravky (CHMP) Evropské agentury pro léčivé přípravky (EMA) dnes vydal doporučení k použití léčivého přípravku Lagevrio (obsahujícího léčivou látku molnupiravir nebo MK 4482) k léčbě COVID-19. Tento léčivý přípravek v současné době není v EU registrován, je určen k léčbě dospělých s COVID-19, kteří nepotřebují doplňkovou léčbu kyslíkem a kteří jsou ve zvýšeném riziku rozvoje závažného onemocnění COVID-19. Molnupiravir by měl být podán co nejdříve po diagnóze COVID-19, nejpozději však do 5 dnů od začátku příznaků. Lék, který bude vyráběn ve formě tobolek, by se měl užívat dvakrát denně po dobu 5 dnů.

Agentura EMA vydala toto doporučení na podporu rozhodování vnitrostátních orgánů, které mohou povolit časné použití tohoto léčiva ještě před jeho registrací, například v režimu nouzového použití, s ohledem na rostoucí míru infekce a úmrtí v důsledku COVID-19 v celé EU.

Doporučení EMA je vydáno po přezkoumání prvotních údajů o kvalitě léku a výsledků z dokončených a probíhajících klinických studií (průběžné výsledky z hlavní studie u nehospitalizovaných, neočkovaných pacientů s alespoň jedním základním onemocněním, které je ohrožuje závažným onemocněním COVID-19). Pokud byl molnupiravir podáván v dávce 800 mg dvakrát denně, snížil riziko hospitalizace a úmrtí, když byla léčba započata do 5 dnů od začátku příznaků. Přibližně jeden měsíc po zahájení léčby bylo hospitalizováno nebo zemřelo 7,3 % pacientů (28 z 385), kteří užívali přípravek Lagevrio, ve srovnání se 14,1 % (53 z 377) pacientů, kteří užívali placebo (léčbu neúčinným přípravkem); žádný z pacientů ve skupině Lagevrio nezemřel ve srovnání s osmi pacienty ve skupině s placebem.

Pokud jde o bezpečnost, nejběžnějšími nežádoucími účinky hlášenými během léčby a do 14 dnů po poslední dávce přípravku Lagevrio byly průjem, nevolnost, závratě a bolest hlavy, které byly všechny mírné nebo středně závažné.

Lagevrio se nedoporučuje během těhotenství a u žen, které mohou otěhotnět a nepoužívají účinnou antikoncepci. Ženy, které mohou otěhotnět, musejí během léčby a 4 dny po poslední dávce přípravku Lagevrio používat účinnou antikoncepci. Kojení by mělo být během léčby a 4 dny po léčbě přerušeno. Laboratorní studie na zvířatech prokázaly, že vysoké dávky přípravku Lagevrio mohou ovlivnit růst a vývoj plodu. Navržené podmínky použití EMA budou brzy zveřejněny na webových stránkách EMA. Doporučení agentury EMA lze nyní využít k podpoře národních doporučení ohledně možného použití léčivého přípravku před registrací.

Souběžně s tím probíhá komplexnější průběžný přezkum (rolling review) před možnou žádostí o registraci. EMA bude dále informovat o průběhu tohoto přezkumu.

Informace o léčivém přípravku

Molnupiravir je perorální antivirotikum (k podání ústy), které snižuje schopnost viru SARS-CoV-2 (viru, který způsobuje onemocnění COVID-19) množit se v těle. Dosahuje toho zvýšením počtu změn (mutací) v genetickém materiálu viru (známého jako RNA) způsobem, který narušuje schopnost množení SARS-CoV-2. Lagevrio vyvíjí společnost Merck Sharp & Dohme ve spolupráci s Ridgeback Biotherapeutics.

Více o postupu vydání tohoto stanoviska

Výkonná ředitelka EMA požádala o přezkum podle čl. 5 odst. 3 nařízení 726/2004 po předběžných diskusích s pracovní skupinou EMA pro pandemii COVID-19 (COVID-ETF), která sdružuje odborníky z celé evropské sítě pro regulaci léčiv (EMRN).

Přezkoumání provedl výbor CHMP, který je odpovědný za otázky týkající se humánních léčivých přípravků. Odborné stanovisko výboru nyní mohou členské státy EU využít při rozhodování o použití tohoto léčivého přípravku na vnitrostátní úrovni před registrací.

Zdroj: www.olecich.cz, 19. 11. 2021

PF 2022



Krásné Vánoce a rok 2022
ve znamení splněných přání Vám přeje
a za dosavadní spolupráci děkuje

Ing. Alexandra Plevačková

Ing. Alexandra Plevačková se spolupracovníky



Dětská léčebna respiračních nemocí se speleoterapií
Odborný léčebný ústav pro děti a dorost Zlaté Hory v Jeseníkách

Indikace:

- Alergické rýmy, recidivující KHCD J30, J31, J35, J37, J39
- Recidivující bronchitidy, astma bronchiální J41, J42, J45
- Dermorespirační syndrom, atopický ekzém J98
- Cystická fibróza E84
- Stavy po operacích DC, po bronchopneumoniích, po COVID-19 (PIMS)

Naše dětská léčebna:

- přijímá pacienty od 2 do 18-ti let k léčebným pobytům v délce 4 – 8 týdnů, děti do 6-ti let přijímá s doprovodem
- má smlouvy se všemi ZP
- má vlastní ZŠ a MŠ přímo v budově léčebny
- zajišťuje nepřetržitý monitoring ŽP v okolí léčebny
- opírá účinek léčebného pobytu především o speleoterapii, skupinovou a individuální rehabilitaci, skupinové a individuální LTV, inhalace, zdravý denní režim s cílem posílení imunity
- má nepřetržitě přítomného lékaře, denní vizity, má vlastní ORL ambulanci

Naše speleoterapie:

- je vzdálena 7 km od léčebny – doprava autobusem, nachází se ve zrekonstruovaném dole
- děti zde mají k dispozici odpočívárnu, tělocvičnu, rehabilitační místnosti, WC
- má celoroční teplotu 8°C a vlhkost 98%
- pacienti jezdí na speleoterapii 2 x denně na cca 2,5 hod, přičemž se s ohledem na kapacitu střídají; na speleoterapii probíhá skupinové LTV, sportovní hry, rehabilitace DC
- pacienti jsou doprovázeni zdravotnickým, pedagogickým a technickým personálem



SANATORIUM EDEL s.r.o.



Lázeňská 491
793 76 Zlaté Hory v Jeseníkách



584 425 327-8



www.speleoterapie.cz



edel@speleoterapie.cz



Deprese dětí a dospívajících

Doc. MUDr. Iva Dudová, Ph.D.

Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Deprese u dětí a adolescentů je závažná recidivující porucha s nepříznivými sociálními následky, společenskou izolací a vysokým rizikem sebevražedného chování. Depresivní příznaky se liší u různých věkových kategorií. Článek podává základní přehled o epidemiologii, etiologii, klinickém obraze, diferenciální diagnostice, průběhu, farmakoterapii a psychoterapii depresivní poruchy u dětí a dospívajících. Reflektuje také skutečnost, že během pandemie COVID-19 se výrazně zvýšil výskyt depresivních příznaků u dětí a adolescentů.

Rozvoj depresivní poruchy v dětství a adolescenci je spojen s nepříznivým průběhem – výskytem častých depresivních epizod během života a vyšším rizikem suicidálního chování, vyšší komorbiditou psychiatrických i somatických onemocnění a horší kvalitou života, než je tomu u depresivní poruchy, která se rozvine v pozdějším věku. Včasná identifikace a léčba vede ke zmírnění negativních dopadů tohoto onemocnění, přesto zůstává deprese u dětí a adolescentů často nerozpoznána a neléčena.

Epidemiologie

Prevalence deprese u dětí se udává kolem 2 %, u adolescentů 4–8 %. U dětí je zastoupení chlapců a dívek 1 : 1, v adolescenci se poměr mění na 1 : 2–3. Celoživotní prevalence deprese u adolescentů v USA je téměř 12 %. Děti s rodinnou anamnézou výskytu afektivních poruch mají třikrát vyšší riziko vzniku deprese než děti bez rodinné zátěže.

Etiologie

Na vzniku deprese u dětí a adolescentů se podílejí genetické faktory i faktory prostředí. Heritabilita depresivní poruchy se udává v rozmezí 40–60 %, výskyt depresí u dětí depresivních rodičů je 3–4× vyšší než v běžné populaci. Vyšší podíl heritability byl prokázán u adolescentní deprese než u deprese prepubertálních dětí – to znamená, že deprese s časným začátkem je více podmíněna životními stresory. Zároveň se děti a adolescenti s vyšším genetickým rizikem zdají být více citliví k negativním životním událostem a faktorům prostředí.

Rizikovými faktory dětské a adolescentní deprese jsou faktory:

- **biomedicínské:** chronické onemocnění (např. diabetes), ženské pohlaví, hormonální změny v pubertě, výskyt deprese v rodině, přítomnost specifických variant genu pro serotoninový transportér, užívání některých léků (např. isotretinoin, kortikoidy), úzkostné poruchy, ADHD, poruchy chování a učení, nikotinismus, deprese v anamnéze,
- **psychosociální:** zneužívání nebo týrání (fyzické, psychické nebo sexuální), socioekonomická deprivace, ztráta blízké osoby, absence vztahů (rodičovské, romantické, milostné).

Diagnostika a klinický obraz

Pro depresivní poruchu dětí a adolescentů nejsou v diagnostických klasifikačních systémech MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize) a DSM-5 (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch) stanovena samostatná kritéria. V MKN-10 rozlišujeme depresivní fázi lehkou, středně

těžkou, těžkou a těžkou s psychotickými příznaky, periodickou depresivní poruchu a dystymii z kategorie trvalých poruch nálady. Depresivní reakci je možno diagnostikovat v rámci poruchy přizpůsobení a speciální kategorií pro dětský věk je depresivní porucha chování.

Klinické příznaky depresivní poruchy můžeme rozdělit na příznaky, které jsou přítomny nezávisle na věku, a příznaky věkově vázané. Přehled příznaků je zahrnut v tabulce 1.

Pandemie COVID-19 a depresivní prožívání

Změny, ke kterým došlo ve společnosti v době koronavirové pandemie, se velmi negativně podepsaly na duševním zdraví dětí a adolescentů. V době lockdownu a opatření spojených s uzavřením škol jsme v České republice registrovali extrémní nárůst dětí a adolescentů s psychickými potížemi. Nejvíce zastoupeny byly depresivní prožívání, úzkosti, pocity beznaděje, sebe-poškozování, sebevražedné myšlenky až pokusy o sebevraždu. Po znovuootevření škol došlo k rozvoji obtíží s návratem dětí a ado-

Tab. 1 Depresivní příznaky v závislosti na věku

Nezávislé na věku	Závislé na věku	
	Děti	Adolescenti
Depresivní nálada	Podrážděnost nebo smutek	Anhedonie
Poruchy soustředění	Depresivní vzhled	Pocity nudy a beznaděje
Nespavost	Somatizace, plačtivost	Změny hmotnosti
Ztráta energie	Agitovanost	Poruchy chování
Pocity méněcennosti/viny	Omezení aktivit a zájmů	Hypersomnie
Sebevražedné myšlenky	Odmítání kontaktu s vrstevníky	Abúzus návykových látek



lescentů k běžné školní docházce, které jsou mimo již uvedené psychické potíže také spojeny se zátěží z obnovení sociálních kontaktů a hodnocení školní výkonnosti. V době pandemie COVID-19 se naplno projevila krize dětské a dorostové psychiatrie v České republice, daná nedostatkem dětských psychiatrů, nedostatečnou lůžkovou kapacitou, nedostatečným pokrytím regionů ambulantní sítí a pomalým nástupem nových forem psychiatrické péče, jako jsou například multidisciplinární týmy duševního zdraví pro děti a adolescenty.

Z recentní metaanalýzy studií zabývajících se globálními následky pandemie COVID-19 na duševní zdraví dětí a adolescentů vyplývá, že se během prvního roku pandemie zdvojnásobila prevalence klinicky významných depresivních příznaků u dětí a adolescentů (odhad prevalence 25,2 % pro depresivní příznaky). Více depresivních příznaků se vyskytovalo u dívek a ve starším věku. Čím déle pandemie trvala, tím častěji se depresivní příznaky u dětí a adolescentů vyskytovaly.

■ Diferenciální diagnostika a komorbidity

Nejčastější psychiatrické poruchy, které zvažujeme v rámci diferenciální diagnostiky deprese, jsou úzkostné poruchy, psychotické poruchy, poruchy chování, poruchy příjmu potravy a poruchy spojené s užíváním návykových látek. Diferenciální diagnostika somatických onemocnění zahrnuje neurologické poruchy (např. epilepsie, migréna, roztroušená skleróza, trauma, tumor CNS), endokrinní poruchy (např. hypothyreóza, Cushingova nemoc, diabetes), infekční onemocnění (např. mononukleóza, pneumonie) a systémová onemocnění (např. systémový lupus erythematosus, revmatoidní artritida). Psychiatrické komorbidity depresivní poruchy dětí a adolescentů jsou časté, podle studií se vyskytují u 40–90 %. Nejčastější jsou úzkostné poruchy (30–80 %), poruchy chování (10–80 %), ADHD (asi 40 %), dystymie (asi 30 %), abúzus návykových látek (20–30 %) a poruchy příjmu potravy (asi 10 %). V klinické praxi je důležité myslet

na komorbidní poruchy, které mohou mít nepříznivý vliv na průběh i léčbu depresivní poruchy.

■ Průběh a prognóza

Průměrná délka trvání depresivní epizody u dětí a adolescentů je osm měsíců. Depresivní porucha dětí a adolescentů má často recidivující průběh, riziko recidivy je nejvyšší v prvním roce po proběhlé epizodě. Během prvních dvou let je riziko recidivy 20–60 %, v pětiletém sledování až 70 %. U 20–40 % depresivních dětí a adolescentů se vyskytne manická či hypomanická epizoda se změnou diagnózy na bipolární afektivní poruchu. Neléčená deprese vede k narušení emočního a kognitivního vývoje a sociálních schopností dětí a adolescentů. Nejzávažnějšími následky depresivní poruchy je výskyt sebevražedných pokusů a dokončených sebevražd. Až 60 % depresivních dětí a adolescentů připouští suicidální myšlenky a až 30 % spáchá sebevražedný pokus. Literární zdroje uvádějí, že 3–4 % dětí a adolescentů s depresí ukončí svůj život sebevraždou.

■ Léčba

Časná identifikace a efektivní léčba dětí a adolescentů snižuje dopad deprese na sociální a školní fungování, dopad deprese na rodinu, riziko sebevraždy, riziko závislosti na psychoaktivních látkách a přetrvávání deprese do dospělosti. Zásady správné léčby deprese u dětí a adolescentů jsou ve většině doporučených postupů péče shodné a jsou uvedeny v tabulce 2.

V léčbě mírné deprese u dětí a adolescentů se doporučuje **psychoterapie** v délce 2–3 měsíce (4–8 sezení) až do remise. Farmakoterapie není doporučována jako iniciální léčba. Pokud léčba není úspěšná do 2–3 měsíců, přechází se do postupu pro léčbu středně těžké až těžké deprese, kde se k psychoterapii současně nebo následně připojuje farmakoterapie. Jako nejvhodnější psychoterapeutické přístupy se u dětí a adolescentů s depresí doporučují **podpůrná psychoterapie, individuální i skupinová kognitivně behaviorální terapie, interpersonální terapie, psychodynamická psychoterapie a rodinná terapie**.

Tab. 2 Zásady správné léčby deprese u dětí a adolescentů – shoda doporučených postupů

Lehká deprese	psychoterapie
Středně těžká a těžká deprese	psychoterapie, současně nebo následně farmakoterapie
Deprese s psychotickými příznaky	při nedostatečné odpovědi na antidepresiva možná augmentace antipsychotiky

Tab. 3 Dávkování antidepresiv u dětí a adolescentů

Medikace	Počáteční dávka [mg]		Cílová dávka [mg]
	děti	adolescenti	
Citalopram	5–10	10	20–40
Escitalopram	5	10	10–20
Fluoxetin	5–10	10	20–40
Paroxetin	5–10	10	20–40
Sertralin	25	50	100–200
Bupropion	50 2× denně	50 2× denně	100–200
Duloxetin	20	20	60–120
Mirtazapin	15	15	30–45
Venlafaxin	37,5	37,5	150–225

Upraveno podle Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P (eds.). Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry (10th ed.). Wolters Kluwer, 2017



Většina doporučených postupů péče se shoduje také v zásadách správné **farmakoterapie** deprese u dětí a adolescentů.

Postupujeme podle následujících kroků:

1. SSRI (fluoxetin),
2. záměna za jiné SSRI (sertralin, citalopram, escitalopram),
3. záměna za antidepresivum z jiné skupiny než SSRI (venlafaxin, mirtazapin, buspiron, duloxetin).

Lékem první volby je **fluoxetin**, který je schválen FDA (americký Úřad pro kontrolu potravin a léčiv) a SÚKL (Státní ústav pro kontrolu léčiv) pro léčbu deprese u dětí a adolescentů od osmi let. Jediným dalším antidepresivem schváleným FDA pro léčbu deprese pouze u adolescentů je **escitalopram**, který je společně se **sertralinem** a **citalopramem** druhou volbou léčby. Doporučuje se individuální výběr jednotlivých preparátů s ohledem na jejich profil nežádoucích účinků a schválenou indikaci. Pro použití léků třetí volby a kombinaci a augmentaci antidepresiv u závažných případů deprese existují pouze limitovaná data, stejně jako pro použití elektrokonvulzivní terapie a lithia u dětí a adolescentů s refrakterní depresí. Pro léčbu farmakorezistentní deprese se osvědčila například kombinovaná léčba venlafaxinem a mirtazapinem.

■ Management farmakoterapie antidepresiv

Monitoring symptomů (suicidální chování, sebepoškozování, hostilita, agitovanost, panické ataky, impulsivita, akatie, insomnie, iritabilita a hypomanie) je doporučen týden před zahájením léčby antidepresiv. Podle doporučení FDA by měla být kontrola pacientů se sledováním uvedených příznaků prováděna v prvních 4 týdnech léčby 1× týdně a v dalších 8 týdnech každý druhý týden. Pro léky bez indikace (off-label léčba) je nutné zdůvodnit jejich použití, je vhodné získat písemný souhlas rodiče, případně i pacienta. Dávkování antidepresiv u dětí a adolescentů je uvedeno v tabulce 3. Úvodní dávka všech antidepresiv je doporučována v poloviční hodnotě denní dávky

určené pro dospělé. Navyšování je možné během 2–4 týdnů k dávce pro dospělé. Po dosažení remise je doporučeno pokračovat v medikaci po dobu 6–12 měsíců. Vysazení medikace probíhá během 6–12 týdnů s ohledem na možné nežádoucí účinky z vysazení.

■ Závěr

Depresivní porucha se začátkem v dětství a adolescenci je častá porucha s vysokým rizikem suicidálního chování. Vzhledem k širokému spektru věkově vázaných příznaků, zvýšenému výskytu komorbidních poruch a omezeným možnostem farmakoterapie je diagnostika i léčba obtížnější než u dospělých pacientů. Během prvního roku pandemie COVID-19 se prevalence depresivních příznaků u dětí a adolescentů zdvojnásobila. Výrazný nárůst počtu dětí a adolescentů s psychickými potížemi generuje zvýšenou potřebu pedopsychiatrické péče. Její zajištění je aktuálním celospolečenským tématem v České republice.

■ Literatura

1. Alaie I, Phipps A, Sregonja R, et al. Uppsala Longitudinal Adolescent Depression Study (ULADS). *BMJ Open* 2018;9:e024939.
2. Asarnow JR, Porta G, Spirito A, et al. Suicide attempts and nonsuicidal selfinjury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011;50(8):772–781.
3. Birmaher B, Brent D, Bernet W, et al. AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46(11):1503–1526.
4. Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, et al. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA* 2007;297(15):1683–1696.
5. Cipriani A, Zhou X, Del Giovane C, et al. Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. *Lancet* 2016;388(10047):881–890.
6. Cox GR, Callahan P, Churchill R, et al. Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;30(11):CD008324.
7. Dudová I, Drtílková I. Deprese u dětí a dospívajících. Doporučené postupy psychiatrické péče Psychiatrické společnosti ČLS JEP, 2018. <https://postupy-pece.psychiatrie.cz/>.
8. Dulcan M (ed.). *Dulcan's textbook of child and adolescent psychiatry*. 2nd ed. Arlington: APA Publishing, 2016.
9. Kerner J, Dudová I, Hrdlička M. Léčba farmakorezistentní deprese u adolescentní pacientky. *Čes Slov Psychiat* 2014;110(5):268–271.
10. March J, Silva S, Curry J, et al. Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) Team. The Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS): outcomes over 1 year of naturalistic follow-up. *Am J Psychiatry* 2009;166(10):1141–1149.
11. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in children and young people: identification and management (NICE guideline 134), 2019. www.nice.org.uk/guidance/ng134.
12. Racine N, McArthur BA, Cooke J, et al. Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19. A meta-analysis. *JAMA Pediatr*. doi: 10.1001/jamapediatrics.2021.2482.
13. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P (eds.) *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (10th ed.). Wolters Kluwer, 2017.
14. Uchida M, Fitzgerald M, Woodworth H, et al. Subsyndromal manifestations of depression in children predict the development of major depression. *J Pediatr* 2018;201:252–258.
15. Zhou X, Teng T, Zhang Y, et al. Comparative efficacy and acceptability of antidepressants, psychotherapies, and their combination for acute treatment of children and adolescents with depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2020;7:581–601.

Svět praktické medicíny, 2, 2021, č. 4, s. 80–82

<https://www.prolekare.cz/casopisy/svet-prakticke-mediciny/2021-4-12/deprese-deti-a-dospivajicich-128646>



www.detskylekar.cz

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost České republiky





Je dítě pouze zlobivé, nebo má ADHD?

MUDr. Lucia Klamová, MUDr. Renáta Men Sütőová

ADPO, Psychiatrická nemocnice Michalovce, n. o.

Jednou z nejčastějších psychických poruch u dětí je hyperkinetická porucha aktivity a pozornosti (ADHD, attention deficit hyperactivity disorder). Základním projevem ADHD jsou přetrvávající porucha pozornosti, hyperaktivita a impulsivita, které musejí přetrvávat alespoň šest měsíců, být maladaptivní a v rozporu s vývojovou úrovní dítěte. Porucha se má objevit před dovršením sedmého roku dítěte. U dítěte s ADHD se při normální inteligenci asi o 1–3 roky zpožďuje emočně-sociální vývin (sociální začlenění).

Co se skrývá za základními projevy ADHD, tedy za hyperaktivitou, impulsivitou a poruchami pozornosti a koncentrace?

Hyperaktivita: Dítě nedokáže sedět, potřebuje více času při psaní, písmo a úprava sešitů jsou nevzhledné.

Impulsivita: Dítě nedokáže vyčkat, při vyučování skáče učiteli do řeči, nedostatečně dodržuje pravidla, na nespravedlnost reaguje prchlivě, ihned dává najevo svou nespokojenost, na kritiku je extrémně citlivé, v časové tísní a při hektické práci má blokádu, má problémy se čtením pro povrchové vnímání, neumí si naplánovat práci, špatně hodnotí vlastní výkon, špatně posuzuje stupeň obtížnosti úloh, potřebuje čas, aby si zvyklo na změny, při direktivních otázkách se částečně zablokuje, potřebuje orientaci, na jiné děti reaguje (zdánlivě) agresivně.

Poruchy koncentrace a pozornosti: Dítě nedokáže sledovat vyučování a odvrací pozornost (šáskuje), má narušenou výdrž v pozornosti, učí se pomalu, učení se vyhýbá a odmítá je, zapomíná jednotvárné cvičení, nepoužívá úsudek ani svůj rozum, úroveň výkonu se odvíjí od motivace především při dlouhodobých cílech, nedokáže se soustředit a při vysoké hladině hluku se snadno rozptýlí.

Jiné: Oslabení v některých oblastech výkonu.

■ Symptomy v domácím prostředí

Symptomy ADHD se musejí projevovat nejen v domácím prostředí, ale i například ve škole a ve společnosti, kde je dítě sledováno. Mezi symptomy, které se ve škole tolik neprojevují, patří:

1. Dysregulace

- a) Rytmus spánků-bdění – 50 % dětí s ADHD má výrazné poruchy usínání a večer se dlouho nedokážou zklidnit, leží i tři hodiny v posteli, aniž by usnuly,

ráno mají problémy vstát do školy a na prvních vyučovacích hodinách se cítí unavené.

- b) Tělesná teplota – z pocené nebo studené ruce a nohy narušují komfort dítěte, nepříznivě to ovlivňuje jeho výkon a pozornost.

2. Vyhýbací strategie

- a) Diskuse – děti rády dlouho diskutují o jednotlivých povinnostech, a tím je zároveň odkládají, mají často poslední slovo a argumenty, přestože protivník už s diskusí skončil.
- b) „Zmizení“ – tyto děti se rády „vypaří“, když je třeba něco dělat, patří sem i chování za školou.
- c) Podvody – nepříjemné věci odstraní z cesty, zejména tehdy, pokud se jim už nechce poslouchat výčitky a necítí se v situaci dobře.
- d) Stravovací návyky – děti buď jídlo odkládají, nebo se rychle odbudou, stravují se jednostranně, aby si nemusely zvykat na nové věci.

3. Problémy s tělesnou hygienou

Citlivost na dotek způsobuje, že se dítě vyhýbá koupání a sprchování, protože nemá rádo vodu, jiné děti zase považují rituál ve sprše za nudný a neumějí se k němu donutit.

4. Narušení vztahů (partnerské a příbuzenské)

Symptomatika dítěte vnáší rozpory mezi rodiči a příbuznými (jejich různé komentáře na výchovu dítěte).

5. Chybějící management

- a) Chybí pořádek ve věcech – v dětském pokoji vládne zmatek a chaos, i tam, kde se dítě právě pohybuje.
- b) Chybějící časový management – nedochvilnost nebo nadměrná přesnost.
- c) Chybějící finanční management – dětem nestačí kapesné, pozor! mohou se uchýlit i ke krádežím.

6. Zatížení dítěte a jeho rodiny školou

- a) Stres z domácích úkolů – navýšení počtu úkolů jako disciplinární opatření.
- b) Výčitky – poslouchání výčitek od učitele nebo od rodičů spolužáků.
- c) Rodiče se učiteli vyhýbají – bezradný rodič.
- d) Sociální vyloučení – dítě je odmítáno vrstevníky (nevhodné způsoby prosazování).
- e) Zvládání povinností na poslední chvíli – hromadí se mu povinnosti a dítě je ve stresu nezvládá.

■ Prevalence a ADHD u dívek

Prevalence výskytu ADHD je v rozmezí 6–12 procent. Vyskytuje se častěji u chlapců než u dívek v poměru 3–5 : 1. U dívek může být pozorováno méně charakteristických znaků ADHD (například mají ADD bez hyperaktivity) v následujících oblastech:

1. Učení a výkon: pomalé pracovní tempo, denní snění, snadno se nechají rozptýlit, časté chyby způsobené nesoustředěním, zapomenutlivost, rušivé chování při výuce – mluvení, hihňání; nerovnoměrný výkon ve škole – jedničky i pětky z jednoho předmětu; strach z odpovědi, nepřesnost, nesplnění povinností – navzdory nudě; nerady konkurují ostatním – při hře; dezorganizace – chaos v pokoji, na psacím stole, ve školní brašně.

2. Motivace a emoce: stydlivost a pocity viny pro své symptomy, pocity, že je jiná než ostatní (dívký často působí chlapecky), plachost, ustrašenost, problém udělat něco z vlastní vůle – vše dělá pod nátlakem; „courání se“ při oblékání, koupání, ostatní jsou na ně nazlobení (myslí si, že se nesnaží, nejsou motivované); autostimulace – okusování nehtů, kroucení vlasů, oděvu, okusování tužek; citlivost na kritiku; labilita nálad; pocit neúnavnosti; přeplněné míst-



nosti a obchody vyvolávají velmi nepříjemné pocity až panické ataky; narušené vnímání svých pocitů – zapomene se najíst, jít na WC, netrpělivost, nuda.

3. Somatická úroveň: potíže s usínáním; sklon k nadváze a somatizaci – bolesti břicha a hlavy (zejména v návaznosti na neúspěch nebo tlak ve škole); hypersenzitivita – citlivost na zvuky, na dotek – nesnesení některých textilií na kůži.

4. Sociální chování: sociální fobie nebo časté spory s přáteli; nejistota, impulsivita – skáče jiným do řeči; nerada sedí; nerada mluví před skupinkou; záliba ve videohrách; nedodržuje úmluvy – zapomnětlivost.

Mladistvé dívky

Často mění témata rozhovorů; mají nechut ke škole; chybějící pocit zodpovědnosti; přehnané reakce; často pociťují neklid; labilita nálad – zejména předmenstruační; nízká frustrační tolerance; netrpělivost; pocit psychického vyčerpání ve škole; zvýšená konzumace kávy a kolových nápojů; dezorganizace; jedení pro uklidnění se; potřebují pohyb (sport), aby se dobře cítily; sociální nejistota; strach z řízení auta; sklon k dopravním přestupkům až nehodám; během dne únava, v noci jsou čilé; při snaze o dobré známky nemají čas na nic jiného; výkony ve škole se odvíjejí od toho, kdo je zrovna učí; nikotin jako samoléčba; strach z budoucnosti – co budou dělat po ukončení školy?

Etiologie ADHD

Hyperkinetická porucha je v současnosti vnímána jako **multifaktoriálně podmíněná neurovývojová porucha**. Etiologie ADHD je komplexní, zahrnuje genetické predispozice, získané biologické faktory a psychosociální dopady. Dokázané jsou diskrétní změny v neuroanatomii, neurofyzilogii a neurochemii několika struktur centrálního nervového systému (CNS). Část neuropsychologie nahlíží na ADHD jako na komplexní poruchu exekutivních funkcí. Navzdory významným pokrokům v neurovizuálních metodách je detailní biologický podklad ADHD ještě neznámý.

Mezi **prenatální příčiny** řadíme komplikace v těhotenství: gestózy, krvácení do děložní sliznice, onemocnění rodidel, infekční onemocnění matky, spalničky, zarděnky, infekční hepatitidu, příušnice, neštovice, streptokokové a stafylokokové infekce, chřipku a další. Rovněž užívání alkoholu a drog v těhotenství, vysoký věk matky

i otce, psychickou zátěž matky (například těžká životní situace ze socioekonomických důvodů, matka samoživitelka, manželská – partnerská disharmonie apod.).

Mezi **příčiny perinatální** řadíme komplikace kolem porodu, zejména asfyxie (přerušení dodávky kyslíku do organismu) a následky vzniklé mechanickým poškozením hlavičky, například při klešťovém porodu. Důsledkem může být nedostatečné oxyliční mozku.

Mezi **postnatální příčiny** řadíme úrazy, operace dítěte po narození s možnými důsledky.

Výše uvedené vlivy nejsou sice většinou bez důsledků při utváření fungování mozkových struktur, ale někteří autoři považují tyto příčiny vzniku ADHD za nedostatečně podložené. Nové poznatky v současné době však rozvíjejí, upřesňují a doplňují další souvislosti.

Poruchy pozornosti a aktivity jsou rizikovým faktorem pro ostatní psychiatrické a psychosomatické poruchy, jako je například opoziční chování, poruchy chování, zneužívání návykových látek, enuréza, tiky apod., ale nejčastěji jsou specifické vývojové poruchy školních dovedností. Určité procento hyperkinetických dětí má poruchy chování, které přecházejí do dospělosti (ADHD-RT, retardovaný typ) s diagnostickou „nálepkou“ porucha osobnosti (nejčastěji disociální a emočně nestabilní). Porucha má chronický průběh, přetrvává od dětství do adolescence a má negativní dopad na sociální adjustaci jedince. Podle literárních údajů ve více než 50 % případů přechází porucha do dospělosti. Výchovné postupy mohou tyto poruchy zmírnit, ale i negativně posílit. Částečně v tomto procesu nápravy pomáhá i sám vývoj dítěte, protože zrání organismu zraje i CNS a některé nevhodné projevy v chování dítěte ztrácejí na intenzitě.

Obr. 1 Vývojový trend u ADHD



ADHD v dospělosti

Příznaky a projevy ADHD se postupem času mění. Někteří jedinci z této poruchy „vyrostou“. Ustupuje hyperaktivita a zůstávají problémy s pozorností, labilitou, dráždivostí a impulsivitou. Může přetrvávat vnitřní neklid ventilovaný neurotickými návyky jako například pohrávání si s prsty, tužkou. Tito dospělí ztrácejí své věci, například mobilní telefon, diář, peněženku, klíče. Zapomínají na dohodnuté schůzky nebo na ně přicházejí později, zadané úkoly odkládají nebo zapomínají. Je pro ně těžké si udržet ve věcech a v životě pořádek, rádi se pouštějí do nových věcí a často se jim potom nakupí tolik, že nestíhají. Těžko dokončují zahájené úkoly, nemají přehled o své finanční situaci, střídají partnery nebo mají problém se soustředit na cokoli včetně sexuálního života. V horších případech se rizikově chovají v dopravě (například jezdí nepřiměřeně rychle), experimentují s návykovými látkami, přejíždají se nebo jsou náchylní k jinému rizikovému chování. Dospělí s ADHD mohou cítit, že jejich výkon neodpovídá jejich schopnostem, mohou opakovaně selhávat ve vztazích, v zaměstnání i ve studiu. Často pak podléhají depresi či únavovému syndromu, snadněji sáhnou po návykových látkách. Diagnózu ADHD je třeba stanovit včas, již v dětství. Vzhledem k dalším symptomům, které se při této diagnóze vyskytují (úzkosti, deprese), se může stát, že je stanovena nesprávná diagnóza. ADHD tak nemusí být dlouhá léta rozpoznána a léčena a je léčena jako jiná porucha.

Pro dospělé s diagnózou ADHD je v České republice vytvořen **podpůrný program** přístupný na webové adrese www.nepozornidospeli.cz, který je realizován na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN v Praze.

Léčba ADHD

Terapie ADHD není jednoduchá. Úplný léčebný přístup zahrnuje vhodná režimová a výchovná opatření, farmakoterapii, psychoterapii a další. Cílem terapie je pomoci dítěti, aby zvládalo denní režim, využilo svou mentální kapacitu ve škole, zlepšilo vztahy v kolektivu a s blízkými osobami. Je třeba zaměřit se nejen na příznaky ADHD, ale také na možné přidružené potíže. Jedná se především o poruchy chování a nálad.



Farmakoterapie

V současné době existují dvě skupiny léků: stimulancia a nestimulační preparáty. Každé dítě s diagnózou ADHD není léčeno farmakologicky. Lékař nejprve zkouší farmaka nasadit a pak zjišťuje, zda dochází ke zlepšení. Podávání farmak musí být pravidelné, aby hodnocení účinnosti bylo objektivní. Od farmak můžeme očekávat, že změní jednotlivé projevy ADHD, avšak nezmění povahu dítěte ani jeho inteligenci. Zlepšují schopnost dlouhodobě se soustředit. Mají pozitivní účinek na ovlivnění krátkodobé paměti. Ve škole by se měla u dítěte zlepšit pozornost, mělo by si pamatovat více informací, dokončovat činnosti a méně zapomínat úlohy. Nežádoucí chování (například vyrušování, vykičkování a chození po třídě) by se mělo objevovat v menší míře.

Mezi farmakoterapii s prokázanou účinností patří léčba stimulancii, atomoxetinem (resp. jinými noradrenergními látkami) a alfa₂-adrenergními agonisty. **Stimulancia** jsou doporučována jako terapie první volby. Před jejich nasazením je nutné dětské kardiiovaskulární vyšetření, zaznamenávání tělesné výšky, hmotnosti a chuti k jídlu nejméně každých 6 měsíců. Stimulační terapie je kontraindikována při výrazné anxietě, těžké depresi, psychotických příznacích a sebevražedných sklonech. U pacientů s ADHD je ve srovnání se zdravými dětmi 2–3× vyšší riziko epileptických paroxysmů, proto je nutná spolupráce s dětským neurologem. Je třeba nezapomínat, že u dětí s ADHD je také často snížena kvalita spánku.

Atomoxetin není psychostimulans, patří mezi centrálně působící sympatomimetika. Pro své nestimulační vlastnosti je používán jako lék první volby u ADHD s následujícími komorbiditami a souvisejícími problémy: úzkost, tiky, problémy se spánkem a jídlem, riziko abúzu a závislosti, závažné behaviorální problémy večer před spánkem a/nebo ráno po probuzení a v konečném důsledku i nesouhlas rodiny s léčbou stimulancii. Nemá efekt jedné dávky ani nezpůsobuje euforii, nemá návykový potenciál.

V případě selhání monoterapie se doporučuje **kombinace** například s atypickým neuroleptikem (risperidon, aripiprazol), antidepresivou (bupropion).

V současné době je dostupné celé spektrum přírodních preparátů, které se mohou doporučit jako **doplňková terapie**. Prokázala se účinnost výživového doplňku s obsa-

hem omega-3 a omega-6 nenasycených mastných kyselin, magnezia a zinku, který je určen k dietetické léčbě při poruchách nedostatku pozornosti/hyperaktivity, které jsou doprovázeny poruchami koncentrace a poruchami učení (Esprico). Byl vyvinut na základě vědeckých poznatků o stravovacích potřebách dětí od pěti let s nedostatkem pozornosti/hyperaktivitou. Ovočné žvýkací tobolky obsahují olej z mořských ryb s vysokým obsahem omega-3 i omega-6 mastných kyselin.

Nefarmakologické postupy v léčbě ADHD

Psychoterapie je nezbytnou součástí komplexní léčby. Zaměřuje se na zklidnění situace v rodině a pokouší se obnovovat vztahy s příbuznými. Jako nejprospěšnější se ukazuje kognitivně behaviorální psychoterapie (KBT). Dítě se učí řídit své chování, rodiče se zase učí, jak k dítěti přistupovat a jak mu pomoci se zvládnutím běžných denních situací. Kombinace farmakoterapie a behaviorální terapie se ukazuje jako nejúčinnější léčebný přístup.

EEG-biofeedback je specifická metoda pro posílení žádoucí aktivizace nervové soustavy. Je určena především pro trénink pozornosti a soustředění, sebeovládání a sebekázně. Podstatou je využití biologické zpětné vazby k autoregulaci mozkové aktivity, zjednodušeně je stimulována žádoucí aktivita a inhibována nežádoucí.

Terapie ADHD v dospělosti

Terapie v dospělosti je buď pokračováním léčby z dětství, nebo se jedná o nově zahájenou terapii u dříve nediagnostikovaného pacienta. Podle NICE (2008) je v dospělosti léčbou první volby farmakoterapie, pokud pacient neupřednostňuje psychoterapeutické metody. Kombinovaná léčba (farmakoterapie a KBT) má větší a dlouhotrvající účinek. Prokazatelnou účinnost v léčbě ADHD mají stimulancia (metylfenidát, metylfenidát OROS, lisdexamfetamin, ostatní amfetaminy) a atomoxetin (jsou léky první volby), ostatní psychofarmaka – některá tricyklická antidepresiva (imipramin, desipramin), alfa-adrenergní agonisté (klonidin, guanfacin), sympatomimetika (modafinil) – jsou pro nižší účinnost až třetí a čtvrtou volbou. U dospělých pacientů je KBT zaměřena na zvýšení sebevědomí, funkčnosti v oslabených oblastech, zlepšení kvality života.

Možnosti ovlivnění dítěte s ADHD

U dítěte s diagnózou ADHD je třeba přijmout skutečnost, že symptomy jsou nevléčitelné, dítě se jich nemůže zbavit, nelze je odstranit ani vyléčit tak, že dítě nebude mít žádné příznaky. V průběhu času se může symptomatologie měnit, mohou se zmírnit poruchy pozornosti i samotná hyperaktivita. Porucha neznamená, že dítě nemůže za své chování. Podle některých odborných názorů by pro tyto děti měla být vytvořena specializovaná zařízení nebo školy, pokud se neosvědčí postupy v běžném prostředí dítěte. Důležitým východiskem je důkladné seznámení se s ADHD jako poruchou. Dostatečná informovanost, poznání a porozumění souvislostem, symptomatologii, ale i samotným postupům při výchově takového dítěte. Emoční výbuchy je nutné nebrat osobně, ale jako slabost při poruše.

Mezi zúčastněnými osobami je důležité dodržovat tato doporučení:

- intenzivní výměna informací,
- vzájemná podpora,
- vyhnout se obviňování,
- organizace a pomoc při domácích úkolech,
- pomoc ve vztazích.

Rodič by měl pravidelně spolupracovat s učitelem, se speciálním pedagogem, psychologem a psychiatrem.

Nadměrné přemlouvání, domlouvání a celková pozornost okolí situaci často zhoršují. Hněv dítěte je třeba nechat pominout tak, aby dítě nebylo na očích velkého počtu „diváků“, tedy aby bylo v klidu, mimo „obecenstvo“ a aby se naučilo zvládnout svůj hněv o samotě, mimo pozornost okolí. Někdy může pomoci silné objetí, ale platí, čím méně slov, tím lépe.

Pro rodiče dítěte s ADHD je důležitých několik základních pravidel:

- nebrat své dítě jako osobní prohru,
- naučit se být v kritických situacích klidný, trpělivý a s přehledem reagovat,
- být důsledný a mít pro dítě dostatek času,
- mít v rodině nastavená jasná pravidla a režim,
- nehledat viníka, kvůli kterému jeho dítě neovládlo to či ono,



- neřídit se pravidlem „Moje dítě má ADHD, tak nemusí...“

Ze strany učitele k dítěti s ADHD:

- klidné a nerušené zacházení,
- tělesný a zrakový kontakt,
- pomoc při kontaktu s ostatními dětmi (hledání nekonfliktních strategií),
- umožnit dítěti zážitek z úspěchu,
- jasná pravidla v chování a strukturované přestávky a volný čas.

■ Preventivní programy

Orientaci dítěte na zájmové aktivity můžeme ovlivnit i jeho zájmy v období puberty a předejít vyhledávání nežádoucích aktivit (užívání drog, kriminální aktivity apod.). Jedním z preventivních programů je i program MOST – specifický program zaměřený na rozvoj sociálních kompetencí u 9–11letých dětí s diagnózou ADHD. Primárním cílem tohoto programu je rozvíjení vybra-

ných projevů kognitivních, emocionálních a behaviorálních aspektů sociálních kompetencí ve třech formách poruchy. Program se skládá ze **tří modulů** a každý modul z pěti setkání s dětmi.

1. Modul kognitivních dovedností:

- sebepercepce (sebepoznání, sebeuvědomění),
- autoregulace – sebekontrola (schopnost kontrolovat své reakce),
- sociální úsudek (počtení způsobu myšlení, názorů druhých, intuice).

2. Modul emocionálních dovedností:

- empatie (umět se vcítit do prožívání druhých),
- emocionalita (schopnost identifikace svých pocitů, vhodné vyjadřování svých emocí k vrstevníkům, k autoritám, k jiným lidem),
- emocionální přizpůsobivost v interpersonálních vztazích (schopnost ovládat své impulsy a emocionální projevy).

3. Modul behaviorálních dovedností:

- spolupráce (umět se přizpůsobit druhému a spolupracovat při společné činnosti),
- asertivita (schopnost vyjadřovat své požadavky a názory a přijímat pokyny od druhých).

■ Závěr

Podnět rodičům k návštěvě pedopsychiatrické ambulance za účelem vyšetření a potvrzení diagnózy ADHD pochází většinou od známých, třídních učitelů, logopedů i dětských lékařů. Bohužel někteří rodiče na toto téma nereagují dobře a lze od nich slyšet věty typu: „... z každého neposlušného dítěte děláte ADHD, ono z toho vyroste... nyní jsou děti zlobivé...“ Je vhodné rodiče citlivě přesvědčit, aby příliš neotáleli, protože s největší pravděpodobností budou muset vyhledat odbornou pomoc později, až se u dítěte projeví výraznější poruchy v chování.

V ideálním případě rodič kontaktuje pedopsychiatrickou ambulanci co nejdříve, aby mohla následovat další vyšetření: psychologické, speciálněpedagogické a neurologické, a v případě verifikace ADHD se tak mohlo začít s terapií co nejdříve.

■ Literatura

1. Hosák L, Hrdlička M, Libiger J, a kol. Psychiatrie a pedopsychiatrie. Praha: Karolinum, 2015:357–366. ISBN 978-80-246-2998-8.
2. Kvašná L. Hyperaktivně a nepozorné dítě v škole. 1. vyd. Zaostrí na rodinu, o.z., 2015:37–38. ISBN 978-80-971853-5-0.
3. Murgaš M, a kol. Vývin mozgu a jeho poruchy. 1. vyd. Osveta: 2011:151–168. ISBN 978-8063-369-1.
4. Pečeňák J, Kořínková V, a kol. Psychofarmakológia, Wolters Kluwer s.r.o., 2016:471–479. ISBN 978-80-8168-542-2.
5. Pugnerová M, Kvitová J. Přehled poruch psychického vývoje. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2016:170–186. ISBN 978-80-271-9520-6. 6. Šuba J. Nové možnosti léčby ADHD na Slovensku. Psychiatria pre prax 2009;10(3):116–120.
7. <https://www.adc.sk/databazy/produkty/detail/esprico-501457.html>.
8. <https://postupy-pace.psychiatrie.cz/>.

Svět praktické medicíny, 2, 2021, č. 4, s. 84–89

<https://www.prolekare.cz/casopisy/svet-prakticke-mediciny/2021-4-12/je-dite-pouze-zlobive-nebo-ma-adhd-128647>

Věděli jste i o pozitivních vlastnostech u dětí s ADHD?

Tyto vlastnosti lze využít během vyučování, mohou zlepšit atmosféru ve třídě, usnadnit dítěti to, jak se bude v třídě cítit. Patří sem například:

- simultánní řízení (malovat a zároveň poslouchat),
- nevyhasínající energie (především činnost při motivaci, ne kontrola, ale vyhledávání chyb),
- velký výkon při nátlaku nebo motivaci (referát dokončuje v noci před termínem předání),
- rychlé chápání, které mu poskytne rychlý přehled (pozor! znalosti pak neprohlubuje),
- dobré vnímání nálady partnera („seismografické antény“),
- dobré posouzení akceptace a zvládání pocitů u protivníka (pokud mu například učitel „sedí“),
- rychlá připravenost na reakci (velká schopnost pomáhat, pokud to někdo potřebuje, dokáže to vytrvale zvládat),
- výrazný smysl pro spravedlnost (nejen pro sebe, ale i pro jiné),
- nevyčerpitelný optimismus (výjimkou je dlouhotrvající utrpení),
- mnoho zájmů, velká schopnost nadchnout se pro něco,
- výrazná péče (ve vztahu k mladším nebo slabším dětem, ve volném čase dokáže spolehlivě pohlídat dítě),
- láska k přírodě a ke zvířatům,
- zvědavost,
- dobrý orientační smysl,
- dobromyslnost (svému příteli by dal i poslední),
- vysoká kreativita a vynalézavost,
- dobrá intuice a schopnost pozorovat,
- pružnost, pohotovost,
- radost z rizika (nebojí se, všechno zkouší, je důvěřivý), děti s ADD jsou zase bázlivé a plaché,
- velká fantazie (malování, modelování, divadlo),
- smysl pro humor, mazanost,
- nevynechá žádný detail (při situacích se silným emočním nábojem – ať již pozitivním, nebo negativním – se rozvíjí „sloní paměť“ a umí detailně a plynule popsat, co se stalo).



Ze světa odborné literatury...

■ Orofaryngeální přenos *Kingella kingae* a tranzientní synovitis kyčelního kloubu u dětí

Hypotéza této studie vychází z toho, že *Kingella kingae* byla v nedávné době definována jako častý původce osteoartritid velkých kloubů u dětí do 3 let. Přičemž projevy se překrývají, děti mívají zcela výjimečně zvýšenou teplotu, elevace zánětlivých parametrů bývá také minimální. Autoři zkoumali přítomnost *Kingella kingae* v orofaryngu metodou PCR. Tato souvislost **nebyla** potvrzena. V diskusi je pak zdůrazňován vyšší věk dětí s tranzientní synovitidou – tedy 4–10 let, oproti osteoartritidám způsobeným *Kingella kingae* (děti do 3–4 let). Dále pak důležitý fakt, že *Kingella kingae* napadá častěji jiné velké klouby. Kyčel je až na třetím místě incidence.

Gravel J, Manzano S, Nault ML, et al.
Oropharyngeal carriage of kingella kingae and transient synovitis of the hip in young chil- dren: a case-control study. Pediatr Infect Dis J. 2021;40:182-185.

■ Ischemická léze mozku novorozence s infekcí SARS-CoV-2

V Argentině byl popsán případ 17denního novorozence infikovaného nemocí COVID-19. Donošené eutrofické dítě s normální perinatální anamnézou bylo přivezeno pro generalizované tonicko-klonické křeče při teplotě 38 stupňů trvající 12 hodin. Rodiče dítěte a starší sestra byli tou dobou v karanténě pro kontakt s pozitivně testovaným člověkem. V době příjezdu do nemocnice uplynulo 6 dní od prvních příznaků nakaženého. Rodiče dítěte byli oba testováni PCR z nazofaryngeálního stěru s negativním výsledkem a bez jakýchkoliv symptomů nemoci. Dítě mělo pozitivní PCR z nazofaryngeálního stěru. Při příjmu bylo dítě letargické, odmítalo pít. Laboratorně CRP nízké, vstupní krevní obraz i biochemický rozbor krve byl v normě, stejně tak RTG plic. V mozkomíšním moku byl obraz virové meningoencefalitidy. Po odeslání vzorků krve, moči a mozkomíšního moku na kultivaci a průkaz virů byla zahájena empiricky terapie v kombinaci Acyklovir/Ceftriaxon. Hemokultura i kulturační vyšetření mozkomíšního moku vyšly negativní, stejně tak průkaz SARS-CoV-2 z moku. ATB terapie byla tedy po 72 hodinách ukončena. Během hospitalizace došlo k dalšímu záchvatu tonicko-klonických křečí, bylo

tedy indikováno MR mozku, kde byla nalezena dvě malá ložiska v bílé hmotě frontálního laloku vlevo ischemického vzhledu, žádné cévní malformace nebo jiné abnormality nalezeny nebyly. Laboratorně byly zachyceny zvýšené D-dimery (1,68 µg/m) a snížená hladina fibrinogenu (175 mg/dl), protrombinový čas byl prodloužen na 121 %, byla tedy nasazena antikoagulační léčba. Dále během hospitalizace došlo k rozvoji poměrně těžké neutropenie, zvýšení troponinu-T a NT-proBNP, avšak bez nálezu na UZ srdce či EKG. Ejekční frakce byla po celou dobu hospitalizace v normě a pacient byl oběhově stabilní. Křeče se již neopakovaly a celkový stav dítěte se zlepšoval v čase. Při propuštění 85. den života měl pacient normální EEG, normální PMV, prospíval, přetrvávala jen neutropenie a lehké zvýšení troponinu-T.

Neobvyklá kazuistika novorozence s invazivním a multiorgánovým průběhem infekce novým typem koronaviru nás nutí k obezřetnosti. Ischemické poškození mozku, těžká neutropenie v kombinaci s konsumpční koagulopatií a drobným poškozením myokardu nás nutí k velké obezřetnosti, především vzhledem k další probíhající vlně infekce virem SARS-CoV-2 a nemožnosti dětí do 12 (resp. 5 let) se očkovat.

Brum, Andrea C. MD*; Glasman, M. Patricia MD*; De Luca, M. Cristina MD*; Rugilo, Carlos A. MD*,†; Urquiza Handal, M. Inés MD*; Picon, Armando O. MD*; Cook, Cristina MD*,†; Vain, Nestor E. MD*,§
Ischemic Lesions in the Brain of a Neonate With SARS-CoV-2 Infection, The Pediatric Infectious Disease Journal: September 2021 - Volume 40 - Issue 9 - p e340-e343, doi: 10.1097/INF.0000000000003244

■ Alergie na roztoče domácího prachu zvyšuje riziko respirační poruchy ve spánku

Newyorští autoři ve své recentně publikované retrospektivní analýze ověřovali hypotézu, že osoby s alergickou rýmou vyvolanou alergií na roztoče domácího prachu mají zvýšené riziko poruchy dýchání během REM fáze spánku, a to na základě objektivního zhodnocení pomocí polysomnografie. Analyzována byla data 100 osob (54 mužů a 46 žen), z nichž 46 mělo pozitivní výsledek testu alergie na roztoče domácího prachu. Jedinci bez alergie

na roztoče byli v průměru významně starší než ti s alergií (55 vs. 46 let). Průměrný body mass index (BMI) činil 30,5 kg/m² u osob bez alergie na roztoče a 28,4 kg/m² u alergiků. Arteriální hypertenzi mělo 48,5 % pacientů bez alergie na roztoče a 40,4 % s touto alergií. Celkem 20 pacientů vykazovalo citlivost na jiné alergen.

Všichni pacienti podstoupili polysomnografii s výpočtem indexu respirační poruchy (RDI) a indexu apnoe/hypopnoe (AHI), a to během REM fáze spánku i v průběhu celé noci. RDI zahrnuje výskyt apnoe (definované jako zástava dechu nebo >90% pokles vrcholové rychlosti proudu nadechovaného vzduchu trvající nejméně 10 s), hypopnoe (definované jako >30% pokles vrcholové rychlosti proudu nadechovaného vzduchu trvající nejméně 10 s, který vede k >3% snížení saturace kyslíkem) a příhod probuzení spojených s respiračním úsilím (RERA – respiratory effort related arousal). RDI během REM spánku byl vyjádřen jako počet příhod za hodinu. Za normu je považována hodnota 0–4,9, za mírnou poruchu hodnota 5–14,9, za střední poruchu hodnota 15–29,9 a za těžkou poruchu hodnota ≥ 30. AHI zahrnuje pouze výskyt apnoe a hypopnoe. K posouzení vztahu mezi přítomností alergie a parametry naměřenými během polysomnografie byla použita logistická regresní analýza s úpravou na potenciální zavádějící faktory.

Pravděpodobnost výskytu středně těžké/těžké respirační poruchy během REM spánku, definované jako RDI ≥ 15 příhod/hod (REM-RDI), byla významně vyšší u osob s alergií na roztoče domácího prachu (poměr šancí [OR] 4,29; 95% interval spolehlivosti [CI] 1,26–14,62). Podobná souvislost byla zjištěna i z hlediska výskytu apnoe/hypopnoe během REM spánku (REM-AHI) (OR 3,98; 95% CI 1,08–14,68).

Nezávislým prediktorem střední/těžké REM-RDI i REM-AHI byla dále hodnota BMI. U pacientů citlivých na jiné alergen nebyl v porovnání s osobami bez alergie zjištěn z hlediska REM-RDI významný rozdíl. Větší riziko REM-RDI ≥ 30/hod bylo zjištěno i při porovnání osob s alergií na roztoče domácího prachu a osob zcela bez alergie.

Tato práce ukázala významnou souvislost mezi alergií na roztoče domácího prachu a poruchami dýchání ve spánku v podobě



zvýšeného výskytu příhod apnoe, hypopnoe a probuzení spojených s respiračním úsilím během REM fáze spánku. To poukazuje nejen na nedostatečně léčené poruchy spánku u pacientů s alergickou rýmou, ale také na potřebu zvážit vyšetření alergie na roztoče domácího prachu u pacientů s poruchami spánku. Současně je vhodné i domácí ošetření matrace přípravkem proti roztočům. Sice se jedná o studii provedenou s dospělými pacienty, ale analogie u dětí se dá jistě očekávat.

Berson S. R., Klimczak J. A., Prezio E. A., Abraham M. T. House dust mite related allergic rhinitis and REM sleep disturbances. *Am J Otolaryngol* 2020; 41 (6): 102709, doi: 10.1016/j.amjoto.2020.102709.

■ Účinnost argininu v prevenci zubního kazu

Důležitou součástí zubních past jsou fluoridy. Ty samotné mají klinicky ověřenou účinnost v prevenci zubního kazu. Velkou novinkou je nicméně přidání další aktivní látky do zubních

past, a to argininu. Arginin je aminokyselina, která dále snižuje riziko demineralizace. Pomáhá vyrovnávat pH v ústech, a tím zkracuje dobu, kdy kyseliny působí na zubní sklovinu. Použití fluoridové zubní pasty s argininem také způsobuje posun v bakteriální populaci plaku, a to směrem ke složení, které se nachází v biofilmu jedinců bez kazů.

Účinnost argininu byla prokázána například ve studii porovnávající zubní pastu s 1,5% argininem, nerozpustnou sloučeninou vápníku a 1 450 ppm fluoridu ve formě monofluorofosfátu s kontrolní zubní pastou obsahující jen 1 450 ppm fluoridů ve formě fluoridu sodného. Studie se zúčastnily děti ve věku mezi 9 a 13 lety s existujícími kariézními lézemi na bukálních ploškách zubů. Ke zhodnocení rozsahu kazů byla využita kvantitativní světlem indukovaná fluorescence (QLF) na počátku studie, po 3 a 6 měsících.

Výsledný poznatek: zmenšení kazivých lézí až o 50 %. Studii dokončilo 438 účastníků, z toho 48,6 % tvořily dívky. Během studie nebyly pozorovány žádné nežádoucí vedlejší účinky užívání produktů. Hlavním sledova-

ným parametrem byl rozsah kazivé léze (ΔQ) v mm².

Na počátku testu dosahovala průměrná velikost lézí 27,26, po 6 měsících se hodnoty v kontrolní skupině snížily na 17,99 a ve skupině s argininem došlo ke snížení na 13,46, tedy zlepšení výsledku o 50,6 %. Arginin tak účinkoval rychleji – výsledků měření, jež byly zaznamenány ve studijní skupině po 3 měsících, dosáhla kontrolní skupina po 6 měsících. Znamená to, že nová zubní pasta s obsahem 1,5 % argininu poskytuje významně vyšší reverzi počínajících zubních kazů v porovnání s běžně dostupnou zubní pastou s fluoridy.

Yin W., Hu D. Y., Li X. The anti-caries efficacy of a dentifrice containing 1.5% arginine and 1450 ppm fluoride as sodium monofluorophosphate assessed using quantitative light-induced fluorescence (QLF). *J Dent* 2013; 41 (Suppl. 2): S22-S28, doi: 10.1016/j.jdent.2010.04.004.



**Vsetínská
nemocnice**

Vsetínská nemocnice a.s. přijme:

lékaře na dětské oddělení

Nabízíme:

- Participaci na rozvoji dětského oddělení Vsetínské nemocnice a.s.
- Práci na akreditovaném pracovišti pro specializační vzdělávání (ambulance, lůžková část, novorozenecké oddělení)
- Odpovídající mzdové ohodnocení
- Finanční podporu odborného rozvoje
- Práci ve stabilní společnosti jedné z nemocnic Zlínského kraje
- Zajištění ubytování
- Příspěvek na penzijní připojištění
- Zvýhodněné mobilní tarify
- Systém caterie pro výběr zboží a služeb

Požadujeme:

- Specializovaná způsobilost v pediatrii nebo neonatologii dle zákona č. 95/2004 Sb.
- Profesionální přístup k pacientům a kolegům
- Vysoké pracovní nasazení a flexibilita
- Zdravotní způsobilost
- Trestní bezúhonnost

Kontakt na personální oddělení nemocnice:

Ing. Martin Pavlica, MHA,
náměstek pro personální řízení
E-mail: pavlica@nemocnice-vs.cz, tel.: 571 818 130

Mgr. Ing. Eva Kurtinová, personalistka
E-mail: kurtinova@nemocnice-vs.cz, tel.: 571 818 428

www.nemocnice-vs.cz





Aktuality...

I když máte protilátky proti covidu, jděte se očkovat, radí odborníci

Zjištění protilátek proti viru SARS-CoV-2 v krvi není důvod, aby se dotyčný nenechal proti covidu očkovat, shodují se odborníci. Dosud totiž nikdo neví, jak vysoká hladina protilátek proti onemocnění chrání a jaká ne. Z dat vyplývá, že nejúčinnější ochranu mají ti, kteří se nechali očkovat a COVID-19 prodělali.

„Žádná hranice, ani úředně stanovená, ani doporučená, není, a proto stanovení protilátek má v našem systému význam jenom orientační pro daného člověka, rozhodně by pozitivní protilátky neměly být vysvětlovány tak, že není třeba se nechat očkovat po prodělaném onemocnění nebo se nenechat přeočkovat po výzvě třetí dávkou,“ sdělil Novinkám ředitel Biochemického centra Akademie věd Libor Grubhoffer.

Hlavní imunolog pražského IKEM Petr Smejkal pro Novinky dodal: „Nejlepší je nechat se po prodělaném covidu očkovat. Znamená to nejistější imunitu. Lidé, kteří prodělali těžký průběh covidu, mají protilátky a imunitu určitě dlouhodobější. Není však dosud známo, jakou hladinu pro virus neutralizačních protilátek budeme považovat za dostatečnou a po jakou dobu.“

Vedoucí Ústavu organické chemie a biochemie Akademie věd Jan Konvalinka diskuse o tom, zda se po prodělaní covidu očkovat, či ne, „utnul“ už v srpnu. „Ano, prodělaní covidu určitě po nějakou dobu chrání před nákazou a onemocněním a ano, přítomnost protilátek je signálem, že jste se s virem setkali a imunitní systém zareagoval. Bohužel, zatím nemáme dost dat na to, abychom věděli, jaká hladina protilátek opravdu chrání,“ napsal na Facebook.

„Navíc, různé laboratoře provádějí to měření různě a hodnoty nejsou vzájemně srovnatelné. Existují sice už velmi kvalitní testy na protilátky, které virus neutralizují, ale zatím neexistuje mezinárodní standard, jak je mezi sebou srovnávat. Určitě k tomu dříve či později dojde, ale zatím tam nejsme: neřešte to a běžte se naočkovat. Nemáte co ztratit a můžete hodně získat,“ dodal.

V nemocnicích nejsou očkováni po prodělaném covidu

O významu očkování společně s proděláním infekce covidu pravidelně referuje na Twitteru i právník Ondřej Dostál, který byl pirátským nominantem na ministra zdravotnictví. Zveřejnil data Ústavu pro zdravotnické informace a statistiky (ÚZIS), podle kterých bylo k pondělí hospitalizováno 2 697 lidí, z toho 393 na jednotce intenzivní péče (JIP).

V nemocnici podle těchto dat leží 1 514 pacientů neočkovaných, co covid neprodělali, 1 182 očkových, co covid neprodělali, 1 neočkovaný, co covid prodělal, a žádný pacient není ten, co by byl očkový po prodělaném covidu.

Že má prodělaní covidu pozitivní vliv na vývoj protilátek proti SARS-CoV-2, dokládá i unikátní česká studie PROSECO, do které se zapojilo přes 30 tisíc lidí. Garantem projektu je imunolog Vojtěch Thon z centra RECETOX Masarykovy univerzity. Novinkám řekl, že i mnohým lidem, kteří žádné příznaky onemocnění COVID-19 nezaznamenali, se po setkání s virem vytvořily protilátky, a po opakovaném setkání dokonce stouply.

„Vytváří se a cvičí imunitní paměť. A tak dokonce i v případě naprosto normálního poklesu protilátek v období bez infekce je při opakovaném setkání se s infekcí specifická imunitní odpověď mnohem rychlejší a účinnější,“ popsal Thon.

Mladí a očkováni jsou v bezpečí?

Odborníky dosavadní závěry studie nepřekvapily. „Osobně si myslím, že u mladých lidí, kteří covid prodělali a jsou očkováni jednou dávkou vakcíny, není nutné nosit žádnou ochranu úst,“ sdělil Novinkám vakcinolog Jiří Beran.

„Je dobré, aby dýchací cesty byly bez ochrany všude, kde to jde, a byly vystavovány jak teplotním, tak bakteriálním impulsům. Tak se zlepšuje vrstvička hlenu s přirozenou imunitou na dýchacích cestách a to je naše neviditelná 24hodinová rouška. Velmi výrazně dokáže snížit množství viru, který se chce dostat do těla, a tak jde proti velikosti infekční dávky a zmírňuje onemocnění. Rozdíl v infekční dávce, jež projde přes sliznici u těžkého a lehkého případu covidu, je 60násobný,“ dodal Beran.

Očkováním virus posílí imunitu

Grubhoffer míní, že kontakt s virem cirkulujícím mezi lidmi může působit jako posilující dávka očkovací látky.

„Zapůsobí dokonce lépe, protože nejenom znovu zesílí odpověď, ale současně tuto specifickou odpověď aktualizuje na velmi pravděpodobně novou subvariantu, která v závislosti na uplynulé době od již prodělaného onemocnění COVID-19 nemusela být tehdy ještě v cirkulaci mezi lidmi přítomná,“ dodal.

„Určitě není překvapením, že se během studie podařilo identifikovat jedince, u kterých v průběhu času od prodělaného onemocnění, ale zcela jistě i po očkování, dochází ke stimulaci specifické protilátkové odpovědi při expozici původcem onemocnění COVID-19, která zvrátí přirozený pokles hladiny specifických protilátek v čase,“ uvedl pro Novinky.

Na rozdíl od Berana by však byl v přístupu k ochraně dýchacích cest opatrnější. „Dalo by se z toho vyvozovat, že vyžadovat ochranu organismu lidí respirátory či rouškami je vlastně kontraproduktivní a jde proti žádoucí stimulaci specifické protilátkové odpovědi v masivním rozsahu. Ve skutečnosti by to bylo proti samotné medicínské etice. Se stimulací imunitního systému jeho expozicí divokému původci lze počítat, ale bylo by neetické lidskou populaci vystavovat takovému postupu s divokým koronavirem v cirkulaci,“ uvedl Grubhoffer.

Zjištění studie PROSECO podle Grubhoffera nedává právo cíleně snížit protiepidemická opatření v podobě ochrany úst a nosu. „Je třeba mít na paměti, že každý jedinec v populaci je na tom se schopností reagovat faktory imunitní obrany na vystavení virovému patogenu jinak,“ zdůraznil.

Ani imunologa Ilju Stříže z pražského IKEM dosavadní závěry studie PROSECO nepřekvapily. „Zvýšení hladiny protilátek, ke kterému může dojít při opakovaném setkání s virem, není nic překvapivého a může podpořit již navozenou imunitní odpověď. Proto také státy s vysokou proočkovanosť mají při příznivé epidemiologické situaci snahu preventivní opatření uvolňovat. U nás bohužel v podobné situaci zatím nejsme,“ sdělil Novinkám.

Zdroj: novinky.cz, 8. 11. 2021



Průzkum SÚKL: Češi u lékaře antibiotika spíše odmítají než vyžadují. Asi desetina je neužívá, pokud je lékař předepíše

Nejčastěji předepisují antibiotika praktičtí lékaři, pacienti poučí o dávkování i správném užívání. Případné nežádoucí účinky s nimi ale příliš neprobírají. Vyplývá to z průzkumu Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) k užívání antibiotik v Česku. Ten také ukázal, že většina pacientů čte alespoň někdy příbalový leták a antibiotika užívá správně. Češi si také uvědomují riziko neúčinnosti antibiotik při jejich nadužívání.

Patří k jedné z největších hrozeb v globálním měřítku a dotknout se může každého a v každém věku. Antibiotická rezistence může způsobit, že už za několik desítek let nebudou současná antibiotika fungovat a bakteriální infekce budou významnou zdravotní hrozbou. „Antibiotická rezistence se nebezpečně zvyšuje ve všech částech světa. Už nyní se lékaři v klinické praxi setkávají s tím, že antibiotika jsou méně účinná, nebo dokonce nezabírají vůbec. Musejí pak zvyšovat dávky nebo je nahrazovat jiným typem antibiotik. Průzkum ukazuje, že čeští pacienti ve většině dbají doporučení lékařů, což je velmi dobrá zpráva,“ říká ředitelka Státního ústavu pro kontrolu léčiv Irena Storová.

Státní ústav pro kontrolu léčiv si nechal vypracovat průzkum mezi laickou veřejností, aby zjistil, jak se tato léčiva u nás užívají, zda pacienti dodržují lékařská doporučení, a zjišťoval také, jaká je informovanost pacientů o antibiotických přípravcích. „Naše data ukázala, že o problému antibiotické rezistence slyšelo už někdy skoro 70 procent respondentů a 61 procent dotazovaných zaznamenalo, že nesprávné užívání antibiotik může snižovat jejich účinnost,“ shrnuje Storová.

Z výsledků dokonce vyplynulo, že i když lékař užívání antibiotik doporučí, neváhají je **čeští pacienti občas odmítnout**. Udělá to jeden z deseti pacientů a jako důvod uvádí, že vyhodnotil nepotřebnost této léto léčby. Důvodem bývá také jiná forma léčby či přímo nechota antibiotika užívat. „Pouze lékař může odhadnout tíži onemocnění a včasná léčba tam, kde jsou antibiotika potřeba, může mít dopad nejen na dřívější uzdravení, ale také na předcházení komplikací infekčních onemocnění,“ reaguje na data MUDr. Tomáš Boráň, ředitel sekce registrací SÚKL.

Podobné chování pacientů se ovšem objevuje i v případě, že lékař antibiotika předepíše. Více než jedna desetina respondentů uvedla, že je nakonec neužívala, a to hlavně kvůli zlepšení stavu nebo zdravotním komplikacím. Více takový přístup přiznali v průzkumu mladší lidé od 30 do 44 let, přesněji je to až 20 procent lidí. Starší lidé lékařům věří více.

Léčba antibiotiky v době pandemie COVID-19

V době pandemie nemoci COVID-19 zaznamenal SÚKL ze svých dat (informací o dodávkách do lékáren a zdravotnických zařízení) znaitelný pokles v používání antiinfektiv. Snížení spotřeb se neprojevovalo jen v České republice, ale i v dalších zemích, například v Kanadě. Důvodů může být více – od snížení návštěvnosti lékařů až po omezení operací v nemocnicích, které může doprovázet preventivní nasazení antibiotické léčby.

Vyšetření, informace o léčbě i nežádoucích účincích: lékaři mají klíčovou roli

Nenahraditelná je při užívání antibiotik role lékaře. Právě odborníci můžou významně přispět ke snížení dopadu antibiotické rezistence tím, že budou nasazovat tyto léky jen pacientům, kteří je opravdu potřebují. Průzkum SÚKL ale zjistil, že třetina pacientů neprošla před předepsáním antibiotik lékařským vyšetřením, desetina si pak není jistá, jestli bylo provedeno. „Laboratorní vyšetření, včetně tzv. stanovení CRP (C-reaktivního proteinu), pomáhá v rozhodování, zda je onemocnění bakteriálního původu, a lze tedy zvážit podání antibiotik; odeslání vzorku na kultivaci a zjištění citlivosti zase pomáhá ve volbě správného antibiotika. Empirické používání antibiotik (tedy na základě zkušenosti) není zpravidla správnou cestou pro racionální antibiotickou terapii,“ upozorňuje dále doktor Boráň.

Pomoci zastavit nadužívání antibiotik ale mohou i samotní pacienti. Kromě toho, že by neměli vyžadovat po lékařích předepsání této léčby, rozhodně není vhodné, aby si ji následně ordinovali sami, například tím, že využijí zbytku léčivých přípravků, které mají doma jako zásobu v lékárnice po předešlé léčbě. „Data ukazují, že si antibiotika naordinuje samo jen pět procent respondentů, to je překvapivě dobrý výsledek. Samoléčbu rozhodně nedoporučujeme, skýtá totiž mnohá rizika,“ komentuje výsledky šetření Irena Storová. Neuvážené nasazení antibiotik může mít vliv nejen na riziko dalšího rozvoje antimikrobiální rezistence, ale používání antibiotik bez porady s lékařem může mít i rizika spojená s nežádoucími účinky, jako je například porucha funkce jater nebo krvetvorby.

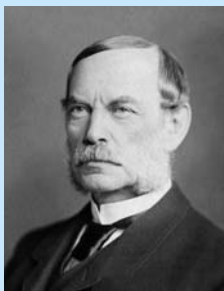
Zatímco o správném dávkování jsou lidé dobře poučeni lékařem i lékárníkem, padesát procent respondentů uvedlo, že je nikdo neinformoval o případných nežádoucích účincích antibiotik. Na nedostatky z hlediska nežádoucích účinků upozornila také zjištění dřívějšího průzkumu SÚKL. Ten ukázal, že ačkoliv mají lékaři podle zákona o léčivech povinnost hlásit podezření na závažné nebo neočekávané nežádoucí účinky, v posledních třech letech se tak vždy nedělo. Dle průzkumu hlášení neposkytly tři čtvrtiny lékařů, kteří se za poslední tři roky setkali s podezřením na závažný nežádoucí účinek.

Pacienti v Česku mají zájem o informace k léčbě

Data ukazují, že příbalové informace léčivých přípravků čte alespoň někdy 90 procent lidí, kteří antibiotika užívali. Tato frekvence pak stoupá s věkem, lidé ve věku 60+ je čtou častěji. „Evropská agentura pro léčivé přípravky spustila pilotní projekt pro zavádění elektronické příbalové informace, což by do budoucna mělo usnadnit přístup k příbalovým informacím pro pacienty například prostřednictvím chytrých telefonů, a přinést tak alternativu k tištěným příbalovým informacím,“ upozorňuje Boráň.

Průzkumu Státního ústavu pro kontrolu léčiv se zúčastnilo 1 011 respondentů z řad laické veřejnosti bez účasti zdravotnických pracovníků, využita byla kombinace metod telefonického a on-line dotazování. Výzkum Užívání antibiotik proběhl letos od konce srpna do 17. září. Kompletní data naleznete na <https://www.sukl.cz/sukl/uzivani-antibiotik>

Zdroj: www.olecich.cz, 18. 11. 2021



Eduard Heinrich Henoch

* 16. července 1829 v Berlíně

† 25. srpna 1910 v Drážďanech

Se jménem Henoch se nám mohou vybatvit dvě postavy – biblická a reálná.

Biblický příběh Henocha je vcelku známý. Henoch (z hebrejštiny „Zasvěcený“) je podle Bible jedním z potomků Adamových žijících před potopou a jeden z praotců všech dnešních žijících lidí. Henoch je pradědečkem Noema. Henoch se narodil 622 let od stvoření Adama na území Babylonu. Žil 365 let po boku Boha a Bůh si ho následně vzal k sobě do nebe, aniž by Henoch umřel. Jeho synem je Metuzalém. Ten je dle Bible nejstarším člověkem, který kdy žil na Zemi (dožil se 969 let) a zemřel v roce potopy. Stará židovská tradice dokonce praví, že potopa přišla 7 dní poté, co umřel.

V lékařské historii je jméno Eduarda Heinricha Henocha zapsáno především díky jeho popisu purpury související s bolestmi břicha. Henoch zdokumentoval případ 15letého chlapce, k němuž byl zavolán 16. dubna 1868.

Obraz choroby, dnes pojmenované **Henochova-Schönleinova purpura**, poprvé popsal v roce 1802 anglický lékař William Heberden a v roce 1808 dermatolog Robert Willan a na jejich počest byl používán pojem Heberdenova-Willanova choroba. Jako entitu popsal revmatoidní bolesti a kožní léze v roce 1837 Johann Schönlein; Eduard Heinrich Henoch, Schönleinův žák, v roce 1868 ohlásil první případ pacienta s kolikou a krvavým průjmem ve vazbě s bolestivými klouby a hemoragickým exantémem. Schönlein spojoval purpuru a artritidu, Henoch purpuru a gastrointestinální poškození. Sir William Osler (1849–1919) v roce 1914 jako první rozpoznal základní alergický mechanismus tohoto stavu (anafylaktoidní netrombocytopenická purpura).

Nejčastější výskyt H-S purpury je pozorován u dětí od 3 do 15 let věku s převahou u chlapců v časném jarním období. Obvykle se objevuje 1–3 týdny po infekci horních cest dýchacích, ale může být vyvolána i léky nebo potravinami. Dnes

víme, že se jedná o vaskulitidu s depozity IgA imunokomplexů postihující převážně kapiláry a drobné venuly kůže, ledvin, kloubů a gastrointestinálního traktu. Laboratorně dochází k elevaci zánětlivých parametrů a hladiny IgA, počet trombocytů je normální nebo mírně zvýšený (na rozdíl od trombocytopenických purpur), možná je hematurie a proteinurie a nález krve ve stolici.

Eduard Heinrich Henoch se narodil v Berlíně židovským rodičům 16. července 1829. Jeho otec Joseph byl královským daňovým inspektorem, matka Sara pocházela z rodiny Rombergových.

První vzdělání získal na gymnáziu určeném pro talentované chlapce založeném v roce 1607 kurfiřtem Joachimem Friedrichem v braniborském Joachimsthalu, které se v důsledku poškození během třicetileté války v roce 1636 přemístilo do Templinu u Berlína. Po absolutoriu zahájil studium medicíny na univerzitě v Berlíně, kde byl jedním z vyučujících jeho strýc Heinrich Moritz Romberg (1795–1873). Dalšími jeho učiteli byly významné lékařské autority tehdejšího Německa – Johann Lukas Schönlein (1793–1864), Friedrich Schlemm (1795–1858), Jakob Henle (1809–1885) a Johann Friedrich Dieffenbach (1792–1847). Studium medicíny zakončil v roce 1843 disertační prací *De atrophie cerebri*. Své vzdělání si dále rozšiřoval studijními pobyty v Itálii a Švýcarsku.

V roce 1844 nastoupil jako asistent na ambulanci berlínské univerzitní polikliniky, kterou vedl jeho strýc H. M. Romberg. Překládal odbornou lékařskou literaturu z angličtiny, španělštiny a francouzštiny. Brzy začal i sám publikovat. Kromě svých povinností na poliklinice pracoval Henoch jako armenarzt – lékař najatý k bezplatnému ošetřování nemajetných nemocných. Na tuto pozici byli obvykle umísťováni mladí lékaři, což jim pomáhalo získat praktické zkušenosti. V prosinci 1849 dokončil postgraduální studium v oboru vnitřního lékařství a v roce 1850 byl habilitován jako Privatdozent.

Henoch formálně opustil univerzitní polikliniku v roce 1851, ale pokračoval v přednášení a publikování na univerzitě souběžně s provozováním vlastní praxe. Za svoji vědeckou práci byl 18. září 1858 Henoch jmenován *ausserordentlicher Professor* (docent).

Henoch se v roce 1854 oženil s Helene Luise Behrensovou, dcerou obchodníka z Hamburgu. V roce 1860 se jim narodila dcera. Henochova manželka ale záhy zemřela ve věku 25 let na spálu. Ještě téhož roku Henoch otevřel svou Kinderklinik, dětskou ambulanci umístěnou v Henochových soukromých pokojích na Wilhelmstrasse v Berlíně, kterou provozoval až do roku 1871. Henoch tak definitivně opustil myšlenku na akademickou kariéru v interním lékařství a své úsilí nasměroval do pediatrie. V té době ještě v Německu neexistovala žádná pozice profesora v oboru pediatrie.

Henoch doufal, že se stane nástupcem svého strýce Romberga a převezme funkci ředitele berlínské univerzitní polikliniky. K tomu ale po jeho odchodu do důchodu nedošlo, pravděpodobně kvůli konfliktu Henocha s ministrem von Mühlerem a pro narůstající antisemitské tendence ve společnosti. Henoch proto v roce 1868 rezignoval. Avšak již v roce 1872 za ministra Adalberta Falka (1827–1890) znovu začal působit jako odborný asistent dětských nemocí na berlínské fakultě a téhož roku byl jmenován **ředitelem kliniky a polikliniky pro dětské nemoci v berlínské Charité**, první dětské nemocnici v Německu založené v roce 1830, kde vystřídal Hermanna Friedricha Ludwiga Eberta (1814–1872). Tuto funkci zastával až do roku 1893.

Během Henochova působení jako ředitele na klinice pro dětské nemoci vzrostl roční počet nových přijetí ze 400 za Eberta na téměř 1 200 v 80. letech 19. století. Zvýšil se i počet ambulantních pacientů, z cca 500 ročně na více než 4 000 ročně v roce 1884. Henoch se po celá léta snažil zlepšovat péči o pacienty a snižovat vysokou



dětskou úmrtnost. I přes velké úsilí se nedařilo situaci významněji zlepšit. Křeslo ředitele v roce 1894 převzal Johann Otto Leonhardt Heubner (1843–1926), který jako první na německé univerzitě získal v roce 1913 titul řádného profesora dětského lékařství.

Henoch publikoval zejména v oboru pediatrie. V roce 1872 vydal páté německé vydání díla Charlese Westa (1816–1898) *Přednášky o nemocech kojenců a dětí*, které poprvé vyšlo v Londýně v roce 1848. V Německu bylo vydáno pod názvem *Pathologie und Therapie der Kinderheilkunde*.

V prvním vydání svého hlavního díla **Vorlesungen über Kinderkrankheiten** (*Přednášky o dětských nemocech*) o 750 stránkách vydaném v roce 1881 mj. brojil proti moderní bakteriologii. Později svůj názor naštěstí změnil. V učebnici také zmínil vliv sociálních faktorů na dětskou nemocnost.

Henoch studoval též **kongenitální torticollis** a hledal příčinu, kterou spatřoval spíše v deformujícím tlaku v děloze během pozdního fetálního období než v porodním traumatu.

Během své praxe si též pečlivě vedl poznámky o vývoji **novorozeneckého tetanu**. Zjistil, že obvykle jako první příznak se objevuje obtížné až nemožné sání. Každý pokus o přiložení prsu nebo podání tekutiny lahví nebo lžičkou vedlo ke spasmu *m. orbicularis oris* a dalších mimických a polykacích svalů. Během několika hodin stav progreduje do generalizovaných bolestivých paroxysmů svalových kontrakcí vyprovokovaných i spontánních. Smrt nastává z vyčerpání nebo z asfyxie způsobené tetanickými kontrakcemi dýchacích svalů.

Choroba se obvykle začíná projevovat od 24–36 hodin po narození a trvá až 9 dní. Henoch uvedl, že viděl jen 2 případy uzdravení novorozenců s trismem po rektálním podávání chloralhydrátu. (Výrobu chloralu objevil v roce 1832 německý chemik Justus von Liebig chlorací etanolu. S vodou reaguje chloral za vzniku chloralhydrátu, který má sedativní a hypnotický účinek.) Jako příčinu vzniku novorozeneckého tetanu viděl kontaminaci pupečníku tetanickým bacilem při jeho ošetřování neumytými rukama nebo nesterilními obvazy. Důrazně proto propagoval profylaktická opatření.

Henoch byl také první, kdo popsal **purpuru fulminans** (někdy nesprávně uváděnou jako Henochova purpura II). Přednesl o tom referát s názvem *Ueber Purpura fulminans* berlínské lékařské společnosti 15. prosince 1886, který byl otištěn v *Berliner klinische Wochenschrift* v roce 1887.

V roce 1889 Henoch obdržel vysoké vyznamenání Rothe Adler-Orden (Řád červeného orla, druhé nejvyšší vyznamenání v Prusku). V roce 1890 napsal již 70letý Henoch, uznávaný jako průkopník pediatrie v Německu, článek otištěný v *Klinisches Jahrbuch* (Klinická ročenka), ve kterém požadoval **oddělení dětského lékařství od vnitřního lékařství**, zřízení dětských nemocnic na univerzitách a povinné stáže pro studenty dětského lékařství.

Po odchodu do důchodu v roce 1893 Henoch pobýval v letech 1893 až 1899 v jihotyrolském Meranu v rodině své dcery. Zbývajících 11 let žil ve své malé vile v Drážďanech. Zemřel na stáří ve věku 90 let. Byl pohřben v Berlíně na komunitním hřbitově na Luisenstrasse.

MUDr. Ctirad Kozderka

INZERCE

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

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

659 10-21

PLDD, ordinace S.R.O. **západně od Prahy**, prodávám 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.

658 10-21

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

660 11-21

Hledám zástup do ordinace PLDD **v centru Prahy** po dobu MD. Příjemné prostředí, zázemí polikliniky, zkušená sestra. Možno částečný i plný úvazek, od března 2022. Kontakt: pldd.praha@gmail.com

661 11-21

Zaměstnám pediatra na 2 dny v týdnu, převzetí praxe v horizontu 2–3 let. Obvod je větší, dobře zavedený a s velmi dobrým zázemím. **Praha 9-Horní Počernice**. Bližší informace na telefonu 776 047 205, e-mail: pediclin@seznam.cz.

662 11-21

Hledám nástupce do ordinace PLDD **v blízkosti Olomouce**. kontakt 602 757 401.

663 11-21

Hledám nástupce do ordinace PLDD – **15 km od Olomouce** – ukončení praxe duben–červen 2022, dle dohody. Tel. 603 462 756

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

HPV SI NEVYBÍRÁ

Očkováním 13letých chlapců a dívek je pomůžete chránit před rakovinou a onemocněními způsobenými HPV.

Zkrácená informace o přípravku

Gardasil® 9 injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce, 9valentní očkovací látka proti lidskému papilomaviru (rekombinantní, adsorbovaná)

Složení: 1 dávka (0,5 ml) obsahuje přibližně: Papilomavir humani typus 6 proteinum L1 30 µg, Papilomavir humani typus 11 proteinum L1 40 µg, Papilomavir humani typus 16 proteinum L1 60 µg, Papilomavir humani typus 18 proteinum L1 40 µg, Papilomavir humani typus 31 proteinum L1 20 µg, Papilomavir humani typus 33 proteinum L1 20 µg, Papilomavir humani typus 45 proteinum L1 20 µg, Papilomavir humani typus 52 proteinum L1 20 µg, Papilomavir humani typus 58 proteinum L1 20 µg, Amorní aluminium-hydroxydihydroxyfosfat-sulfát jako adjuvans (0,5 mg Al). **Indikace:** aktivní imunizaci jedinců ve věku od 9 let proti následujícím HPV onemocněním: premaligní léze a cervikální, vulvální, vaginální a anální karcinomy způsobené HPV typy obsaženými v očkovací látce; genitální bradavice (*Condyloma acuminata*) způsobené specifickými HPV typy. **Dávkování a způsob podání:** *Jedinci ve věku 9 až 14 let včetně v době podání první injekce:* Přípravek Gardasil 9 lze podat podle dvoudávkového schématu (0, 6-12 měsíců). Druhá dávka se má podat 5 až 13 měsíců po první dávce. Pokud je druhá dávka podána dříve než 5 měsíců po první dávce, vždy se má podat třetí dávka. Přípravek Gardasil 9 lze podat podle třídávkového schématu (0, 2, 6 měsíců). Druhá dávka se má podat nejmenší jeden měsíc po první dávce a třetí dávka se má podat nejmenší 3 měsíce po druhé dávce. Všechny tři dávky mají být podány v průběhu jednoho roku. *Jedinci ve věku 15 let a starší v době podání první injekce:* Přípravek Gardasil 9 se má podat podle třídávkového schématu (0, 2, 6 měsíců). Druhá dávka se má podat nejmenší jeden měsíc po první dávce a třetí dávka se má podat nejmenší 3 měsíce po druhé dávce. Všechny tři dávky mají být podány v průběhu jednoho roku. Doporučuje se, aby jedinci, kteří dostanou jako 1. dávku přípravek Gardasil 9, dokončili 3dávkové očkovací schéma přípravkem Gardasil 9. Potřeba posilovacích dávek nebyla stanovena. Studie se smíšeným (zaměřitelným) režimem očkovacích látek nebyly s přípravkem Gardasil 9 provedeny. Jediné dříve očkování v 3dávkovém schématu kvadrivalentní očkovací látkou proti HPV typům 6, 11, 16 a 18, mohou dostat 3 dávky přípravku Gardasil 9. *Populace podle věku:* Bezpečnost a účinnost přípravku Gardasil 9 u dětí ve věku méně než 9 let nebyla stanovena. *Populace žen ve věku ≥ 27 let:* Bezpečnost a účinnost přípravku Gardasil 9 u žen ve věku 27 let a více nebyla studována. Očkovací látku je nutno aplikovat intramuskulární injekcí (preferuje se oblast deltového svaly horní paže nebo horní anterolaterální oblast stehna). Přípravek Gardasil 9 nesmí být aplikován intravaskulárně, subkutánně nebo intradermálně. Očkovací látka nesmí být smíchána s žádnou jinou očkovací látkou ani roztokem v jedné injekční stříkačce. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku. Jediný hypersenzitivní reakci po předchozí aplikaci přípravku Gardasil 9 nebo Gardasil/ Silgard nesmí dostat přípravek Gardasil 9. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Musí být k dispozici odpovídající lékařská péče a dohled pro případ závažných anafylaktických reakcí po podání očkovací látky. Zjevná u dospívajících může v důsledku psychogenní reakce na vpich jehly dojít po jakémkoliv očkování, nebo dokonce i před ním, k synkopě (mdlobám), někdy doprovázené pádem. Při probírání se z mdlob se mohou objevit některé neurologické projevy, jako jsou přechodné poruchy vidění, parestezie a tonicko-klonické pohyby končetin. Proto mají být očkování jedinci sledováni přibližně 15 minut po podání očkovací látky. U jedinců s akutním závažným tělním onemocněním je třeba očkování odložit. Méně závažné infekce jako mírný zánět horních cest dýchacích nebo horečka nízkého stupně nejsou kontraindikací k imunizaci. Stejně jako u jakéhokoliv očkovací látky nemusí očkování přípravkem Gardasil 9 zajistit ochranu všem očkováným. Očkovací látka chrání pouze proti onemocněním, která jsou způsobena typy HPV, na které je očkovací látka zaměřena. Proto je nezbytné i nadále používat vhodná opatření proti sexuální přenosným onemocněním. Očkovací látka je pouze k profylaktickému použití a nemá žádný účinek na aktivní infekci HPV nebo klinicky prokázané onemocnění. Není také určena k prevenci progresivních zjištěných lézí souvisejících s HPV. Přípravek Gardasil 9 nezabrání lézím způsobeným typem HPV obsaženým v očkovací látce u jedinců již infikovaných tímto HPV typem v době očkování. Protože žádná očkovací látka nemá 100% účinnost a přípravek Gardasil 9 neposkytuje ochranu proti všem typům HPV nebo proti infekci HPV přítomné v době očkování, zůstává cervikální screening kriticky důležitý a musí probíhat v souladu s lokálními doporučeními. Někdy k dispozici žádné údaje ohledně účinnosti použití přípravku Gardasil 9 u jedinců s poruchou imunitní odpovědi. Jediná sporadická imunitní odpověď v důsledku užívání účinné imunosupresivní léčby, genetické poruchy, infekce virem lidské imunodeficiency (HIV) nebo dalších příčin nemusí na očkovací látku reagovat. U jedinců s trombocytopenií nebo jakoukoliv jinou poruchou srážlivosti musí být tato očkovací látka aplikována s opatrností kvůli možnému krvácení po intramuskulární aplikaci. Někdy k dispozici žádné údaje týkající se bezpečnosti, imunogenity nebo účinnosti, které by podpořily zaměnitelnost přípravku Gardasil 9 s bivalentní nebo kvadrivalentní očkovací látkou proti HPV. **Interakce:** Bezpečnost a imunogenita u jedinců, kteří dostali imunoglobulin nebo krevní deriváty v průběhu 3 měsíců před očkováním nebyly v klinických studiích hodnoceny. Použití s dalšími očkovacími látkami: Gardasil 9 může být podán současně s kombinovanou posilovací (booster) očkovací látkou obsahující difteri (d) a tetanus (T) buď s pertusí (acelulární komponenta) (ap) a/nebo s poliomyelitidou (inaktivovaná) (IPV) (očkovací látky dTdap, dT-IPV, dTdap-IPV). Použití s hormonální antikoncepcí: V klinických studiích 60,2 % žen ve věku 16 až 26 let, kterým byl aplikován přípravek Gardasil 9, užívalo v průběhu očkovací fáze klinické studie hormonální antikoncepci. Nezdálo se, že by užívání hormonální antikoncepce ovlivňovalo typové specifickou imunitní odpověď na přípravek Gardasil 9. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Někdy k dispozici žádné údaje u lidí ohledně účinku přípravku Gardasil 9 na fertilitu. Studie na zvířatech nenaznačují škodlivé účinky na fertilitu. Údaje získané z rozsáhlého souboru těhotných žen (více než 1000 ukončených těhotenství) nenaznačují žádné malformační účinky nebo fetální/neonataální toxicitu přípravku Gardasil 9. Studie na zvířatech neprokazují reprodukční toxicitu. Nicméně tyto údaje nejsou považovány za dostačující pro to, aby mohlo být použití přípravku Gardasil 9 doporučeno v průběhu těhotenství. Očkování musí být odloženo až po ukončení těhotenství. Přípravek Gardasil 9 lze během těhotenství aplikovat. **Nežádoucí účinky:** Celkem 15 776 jedincům (10 495 jedinců ve věku 16 až 26 let a 5 281 dospívajících ve věku 9 až 15 let při zařazení do studie) byl podán přípravek Gardasil 9. Několik jedinců (0,1 %) skórovalo kvůli nežádoucím účinkům. Nejčastějšími nežádoucími účinky pozorovanými po aplikaci přípravku Gardasil 9 byly reakce v místě aplikace injekce (84,8 % očkováných jedinců v průběhu 5 dnů po některých očkovacích návštěvách) a bolest hlavy (13,2 % očkováných jedinců v průběhu 15 dnů následujících po některých očkovacích návštěvách). V jedné z těchto klinických studií, která zahrnovala 1 053 zdravých dospívajících ve věku 11 až 15 let, se ukázalo, že pokud došlo k aplikaci první dávky přípravku Gardasil 9 současně s posilovací dávkou kombinované vakcíny proti difterii, tetanu, pertusí (acelulární komponenta) a poliomyelitidě (inaktivované), bylo hlášeno více nežádoucích účinků, jako jsou reakce v místě aplikace injekce (otok, erytém), bolest hlavy a pyrexie. Pozorované rozdíly byly < 10 % a u většiny subjektů byly hlášeny nežádoucí účinky mírné až střední intenzity. **Uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte předplněnou injekční stříkačku ve vnější krabičce, aby byl přípravek chráněn před světlem. Přípravek Gardasil 9 musí být po vyjmutí z lednice podán co nejdříve je to možné. Stabilitní údaje naznačují, že složky očkovací látky jsou stabilní po dobu 72 hodin, pokud jsou uchovávány při teplotách od 8 °C do 25 °C nebo od 0 °C do 2 °C. Po uplynutí této doby musí být přípravek Gardasil 9 použit nebo zlikvidován. Tyto informace jsou určeny pouze pro zdravotnické pracovníky v případě dočasného teplotního výkyvu. **Léková forma:** Injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Čirá tekutina s bílou sraženinou. **Držitel rozhodnutí o registraci:** MSD VACCINES, 162 avenue Jean Jaurès 69007 Lyon, France. **Registrační číslo:** EU/1/15/1007/002 **Datum revize textu:** 14.12.2021 **RCN 000003491-CZ; RCN 000015371-CZ**

*Všimněte si, prosím, změny v souhrnné informaci o přípravku

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku částečně hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis.

Dříve než přípravek předepíše, seznámte se, prosím, s úplným souhrnným údajů o přípravku.



© Copyright Merck Sharp & Dohme s.r.o., 2021. Všechna práva vyhrazena.
Merck Sharp & Dohme s.r.o., Na Valentince 3336/4, 150 00 Praha 5, Česká republika
Tel.: +420 277 050 000, e-mail: dpoc_czechslovak@merck.com, www.msd.cz
CZ-GSL-002101(1.0), datum přípravy materiálu: srpen 2021

GARDASIL®9
Vakcína proti lidskému papilomaviru
[typy 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58]
(rekombinantní, adsorbovaná)

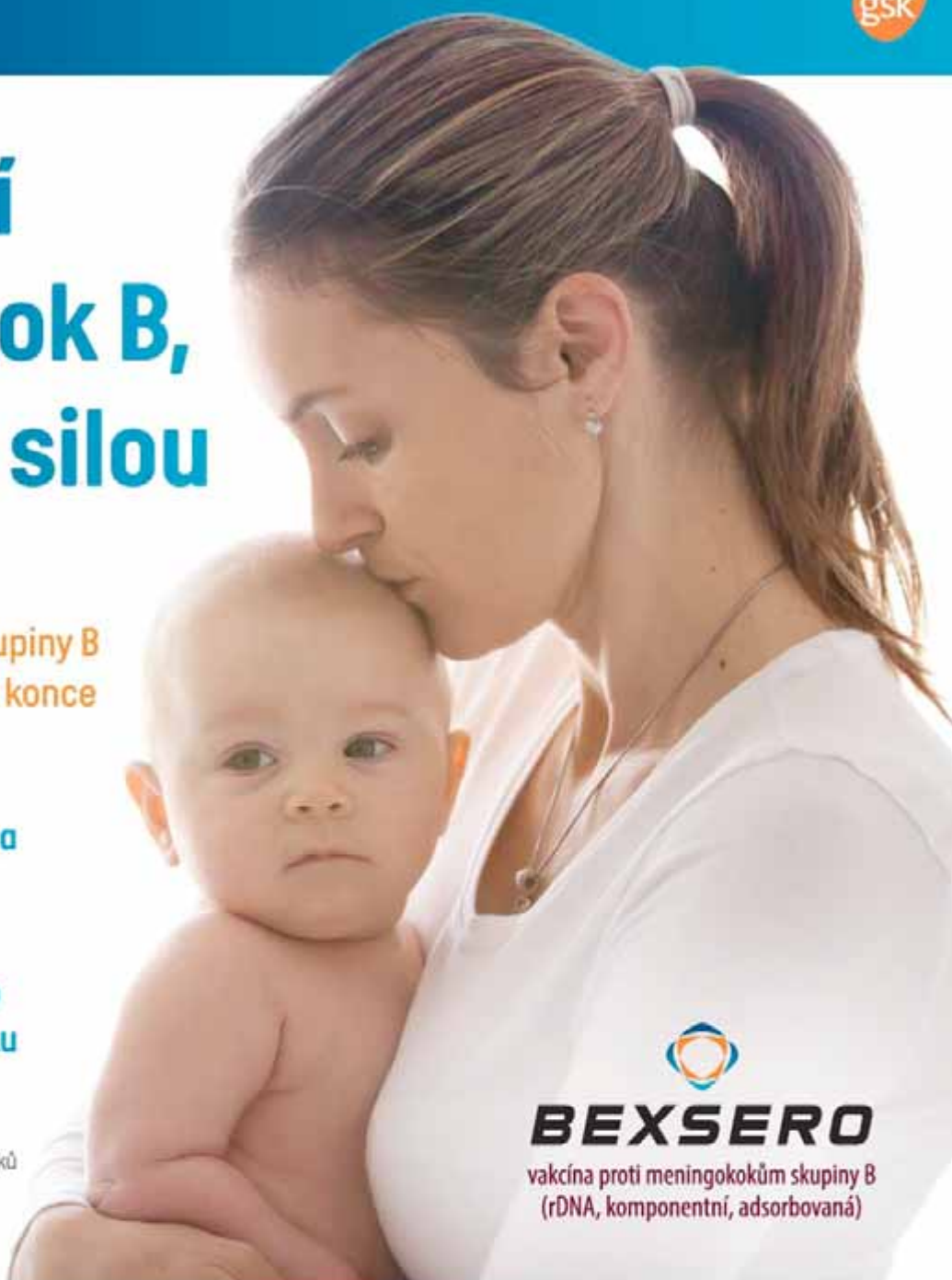
Když udeří meningokok B, pak plnou silou

**Plně hrazené očkování
proti meningokokům skupiny B
při zahájení očkování do konce
6. měsíce věku¹**

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

**Umožňuje použití očkovacího
schématu 2+1 pro děti ve věku
2-5 měsíců²**

V běžné praxi nemusí vakcína dosahovat výsledků z klinických studií. Neočekává se, že přípravek Bexsero zajistí ochranu proti všem kolujícím meningokokovým kmenům skupiny B.



BEXSERO

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

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU BEXSERO

Název přípravku: Bexsero injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Vakcína proti meningokokům skupiny B (rDNA, komponentní, adsorbovaná). **Složení:** Jedna dávka (0,5 ml) obsahuje rekombinantní lidský protein NHBA *N. meningitidis* B 50 µg; rekombinantní protein NadA *N. meningitidis* B 50 µg; rekombinantní lidský protein Hbp *N. meningitidis* B 50 µg; vnější membránové vesikuly (OMV) *N. meningitidis* B kmene N298/754 měřené jako množství celkové bílkoviny obsahující PeaA P1.4 25 µg. **Indikace:** Vakcína Bexsero je indikována k aktivní imunizaci jedinců od 2 měsíců věku a starších proti invazivnímu meningokokovému onemocnění způsobenému kmeny *N. meningitidis* skupiny B. **Dávkování a způsob podání:** Věk v době první dávky: Kojení (2–5 měsíců) tři dávky po 0,5 ml s prodávou minimálně 1 měsíc mezi dávkami nebo dvě dávky po 0,5 ml s prodávou minimálně 2 měsíce mezi dávkami; booster v druhém roce života s prodávou nejméně 2 měsíce od primární série. DVO (12 až 23 měsíců) dvě dávky po 0,5 ml s prodávou minimálně 2 měsíce od primární série. **Kojenci (6–11 měsíců)** dvě dávky po 0,5 ml s prodávou minimálně 2 měsíce mezi dávkami; booster v druhém roce života s prodávou nejméně 2 měsíce od primární série. DVO (12 až 23 měsíců) dvě dávky po 0,5 ml s prodávou minimálně 2 měsíce mezi dávkami; booster s prodávou 12 až 23 měsíců od primární série. DVO (2 roky až 10 let) a dospívající (od 11 let) a dospělí dvě dávky po 0,5 ml s prodávou minimálně 1 měsíc mezi dávkami; u jedinců, kteří jsou vystaveni setrvalému riziku expozice meningokokovému onemocnění má být zváženo podání boosteru dle oficiálních doporučení. Vakcína se podává hlubokou intramuskulární injekcí. Ideálně v anterolaterálním směru do stehna u kojenců nebo do oblasti m. deltoidus horní části ramene u starších subjektů. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Podání vakcíny je vhodné odložit u subjektů s akutním závažným hepatálním onemocněním. Je nutné mít vždy k dispozici odpovídající lékařskou péči pro případ anafylaktické reakce. Vakcínu se nemá podávat jedincům s trombocytopenií nebo s poruchami srážlivosti krve, pokud potenciální přínos jednoznačně nepřevládá riziko podání. Podobně jako jiné vakcíny nemusí přípravek Bexsero chránit všechny osoby, které byly vakcinovány. Neočekává se, že Bexsero zajistí ochranu proti všem kolujícím meningokokovým kmenům skupiny B. Jedinci s narušenou schopností imunitní odpovědi, ať už z důvodu imunosupresivní léčby, genetické poruchy nebo jiných příčin, mohou mít sníženou protidělovou odpověď na aktivní imunizaci. Údaje o imunogenicitě jsou k dispozici u jedinců s deficitem komplementu, asplenií nebo s poruchou funkce sliziny. U jedinců s dědičnými deficiencemi komplementu (např. deficiencí C3 nebo C5) a u jedinců podstupujících léčbu inhibující aktivaci terminálního komplementu (např. eculizumabem) přetrvává zvýšené riziko invazivního onemocnění způsobeného *N. meningitidis* skupiny B i v případě, že u nich dojde po očkování vakcínou Bexsero k tvorbě protilátek. Nejsou k dispozici žádné údaje o použití vakcíny u subjektů starších 50 let. Lékaři by měli před podáním této vakcíny pacientům s hypersenzitivitou na latex v anamnéze zvážit poměr prospěchu a rizika. **Interakce:** Bexsero lze podávat současně s následujícími vakcinačními antigeny ve formě monovalentních i kombinovaných vakcín: difterie, tetanus, acelulární pertuze, *H. influenzae* typu b, inaktivovaná poliomylitida, hepatitida B, heptavalentní pneumokoková konjugovaná vakcína, spalničky, příušnice, zarděnky, varicela a konjugovaná vakcína proti meningokokům skupin A, C, W, Y. Profylaktické použití paracetamolu snižuje výskyt a závažnost horečky, neovlivňuje však imunogenitu přípravku Bexsero ani běžných vakcín. Při současném podání s jinými vakcínami musí být Bexsero podáno do jiného místa injekce. **Těhotenství a kojení:** Nejsou k dispozici dostatečné údaje o expozici v těhotenství i bezpečnosti v době kojení. Pokud jsou hrady expozice meningokokové infekci, je nutné zvážit poměr prospěchu a rizika. **Nežádoucí účinky:** U dětí mladších 2 let byly nejčastější místní a systémové nežádoucí účinky citlivost a erytém v místě injekce, horečka a podrážděnost. Velmi často: poruchy příjmu potravy, ospalost, nevolnost, bolest hlavy, průjem, zvracení, vyrážka, artralgie. U dospívajících (od 11 let) a dospělých byly nejčastěji pozorované místní a systémové nežádoucí účinky bolest, otok, erytém a indurace v místě injekce, malátnost. Velmi často: bolest hlavy, myalgie, artralgie, spontánní horečka po uvedení do lůžka, vyrážka. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte v chladničce od 2 °C do 8 °C. Chraňte před mrazem a světlem. Před použitím předplněnou injekční stříkačku dobře protřeptejte, aby vznikla homogenní suspenze. **Oržitel rozhodnutí o registraci:** GSX Vaccines S.r.l., Via Fiorentina 1, 53100 Siena I, Itálie. **Datum první registrace:** 14. ledna 2013. **Datum revize textu:** 02. 07. 2020. **Registrační číslo:** EU/1/12/812/001-004. Přípravek Bexsero je vázán na lékařský předpis a je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, pokud je očkování zahájeno do dovršení šestého měsíce věku dítěte. Hrazen je též pro zákonom definované rizikové skupiny. Přípravek aplikuje lékař intramuskulární injekcí. Před předepsáním léku se prosím seznáme s úplnou informací o přípravku, kterou najdete v Souhrnu údajů o přípravku na: www.gskkompendum.cz nebo se obraťte na společnost GlaxoSmithKline, s.r.o., Hlávčova 1734/2c, 140 00 Praha 4; e-mail: cz.info@gsk.com; www.gsk.cz. Případné nežádoucí účinky prosím hláste také na cz.safety@gsk.com. Verze SPC platná ke dni 12. 4. 2021. *Prosím, věnujte si změny SPC.

Reference: 1. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění. 2. SPC Bexsero, červenec 2020.

*Meningokokové onemocnění způsobené meningokoky skupiny B.

PM-CZ-BEX-ADV-210004 Schváleno 04/2021

GlaxoSmithKline, s.r.o., Hlávčova 1734/2c, 140 00 Praha 4,
tel.: +420 222 001 422, fax: +420 222 001 444, www.gsk.cz