

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX

PEDIATRIAE

leden 2022
číslo 1 • ročník 22



téma čísla

Plastická chirurgie



■ Jak zapisovat očkování proti COVID-19 do ISIN

■ Přehled akcí SPLDD

■ Dětská plastická chirurgie

■ Vrozené vývojové vady ruky

■ Tularémie po krmení daňků senem

■ Metodický postup k vykazování očkování od 1. 1. 2022



ERDOMED[®]

erdosteín

LÉČÍ
DÝCHACÍ
CESTY

Antibakteriální mukolytikum

Bronchoprotektivum¹



Registr
ERICA²

Hlavní závěr:

95,6 %
sledovaných dětí s ARI nepotřebovalo
při léčbě Erdomedem antibiotika

Zkratky: ARI – akutní respirační infekce

Literatura: 1. Aktuální SPC přípravku. 2. Kopřiva F.: Sledování ATB léčby dětských pacientů s recidivujícími respiračními infekcemi v letech 2013–2015 a Erdosteínu, aneb co nám řekla „ERICA“. Vox Pediatr 2017;1.

Zkrácená informace ERDOMED: **S:** Erdosteín 300 mg v 1 tvrdé tobolce, 35 mg v 1 ml perorální suspenze po naředění. **I:** Akutní a chronické onemocnění horních a dolních cest dýchacích (bronchitidy, rinitidy, sinusitidy, laryngofaryngitidy, exacerbace chronické bronchitidy, CHOPN, hypersekreční astma bronchiale, bronchiektázie). Stabilní chronická bronchitida i u kuřáků, prevence rekurentních infekčních epizod. K adjuvantní léčbě s antibiotiky v případech exacerbace s bakteriální infekcí, prevence respiračních komplikací po chirurgickém zákroku. **KI:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku a na látky obsahující volné SH skupiny. Jaterní poruchy a renální insuficience (Cl_{kr} <25 ml/min), homocysteinurie. Tělesná hmotnost dětí <15 kg (suspenze). **ZU:** Současné podávání přípravku s antitusiky nemá racionální opodstatnění a může způsobit akumulaci sekretů v bronchiálním stromu se zvýšením rizika superinfekce či bronchospasmu. Suspenze obsahuje sacharózu. **NÚ:** Zřídka se vyskytuje pálení žáhy, nauzea, výjimečně průjem. V několika případech byla pozorována ztráta nebo porucha chuti. Hypersenzitivní reakce jsou velmi vzácné. **IT:** Erdosteín potence účinek některých antibiotik (např. amoxicilinu, klarithromycinu). Byl prokázán synergický účinek s budesonidem a salbutamolem. **TL:** Pro užívání přípravku v době těhotenství, zejména v 1. trimestru, a při laktaci musí být zvlášť závažné důvody. **D:** Dospělí 1 tobolka 2–3× denně. Suspenze: děti: 15–20 kg (3–6 let) 2,5 ml 2× denně, 21–30 kg (7–12 let) 5 ml 2× denně, nad 30 kg (nad 12 let) 5 ml 3× denně. Dospělí: 8,5 ml 2–3× denně. Před každým použitím je třeba suspenzi znovu protřepat. **DRR:** Angelini Pharma Česká republika s.r.o., Palachovo náměstí 799/5, 625 00 Brno, Česká republika. **Reg. č.:** tobolky: 52/045/96-C, suspenze: 52/046/96-C. **Uchovávání:** Tobolky při teplotě do 25 °C, suspenze před naředěním nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání, naředěnou suspenzi uchovávejte v chladničce při teplotě 2–8 °C po dobu maximálně 15 dnů. **Datum poslední revize textu SPC:** 1. 11. 2020. Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen zdravotními pojišťovnami s omezením E/PNE. **P:** Erdosteín je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění dospělým symptomatickým pacientům s diagnózou CHOPN od kategorie A, která má fenotyp bronchitický a/nebo frekventní exacerbace a/nebo CHOPN s bronchiektáziemi, kteří dodržují zákaz kouření a současně splňují následující kritéria: FEV1 po podání bronchodilatancia dosahuje méně než 80 % náležité hodnoty a mají alespoň 2 exacerbace/rok v anamnéze před nasazením léčby erdosteínem. Léčba není nadále hrazena, pokud během 3 měsíců nedojde ke zlepšení průběhu CHOPN. Seznamte se prosím se Souhrnem údajů o přípravku (SPC).



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

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Informace SPLDD	6
	- Vyhláška č. 482/2021 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů - Pilotní projekt k rozšíření novorozeneckého screeningu SMA a SCID - Krizové ošetřovné od 1. listopadu 2021 - Žádost o ošetřovné při péči o dítě / jinou osobu (krizové ošetřovné) - Změny v otcovské a dlouhodobém ošetřovném od 1. 1. 2022 - Informace k dlouhodobému ošetřovnému - Ercefuryl (nifuroxazid) – nová doporučení pro použití přípravku u fertálních a kojících žen - Riziko myokarditidy a perikarditidy po mRNA vakcínách – doplnění z hodnocení výborem PRAC - Přehled registrovaných lékových forem Comirnaty	
	MUDr. Ctirad Kozderka	
	Metodický postup k vykazování očkování platný od 1. 1. 2022 – hlavní změny v očkování dětí	13
	MUDr. Ctirad Kozderka	
	Jak zapisovat očkování proti COVID-19 do ISIN	14
	Přehled akcí SPLDD	18
	Prof. MUDr. Andrej Sukop, Ph.D.	19
	Dětská plastická chirurgie	
	MUDr. Alena Schmoranzová	25
	Vrozené vývojové vady ruky	
	MUDr. Jana Lhotská	33
	Tularémie po krmení daňků senem	
	Aktuality	36
	Řádková inzerce	37
	Metodický postup k vykazování očkování od 1. 1. 2022	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

ANGELINI

Dr Konrad Pharma

Fak. Thomayerova nem.

GSK

Novo Nordisk

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 poskytl UNICEF

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

Vydavatel:

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost
ČR, o.s.
U Hranic 16, 100 00 Praha 10
telefon: 267 184 065
fax: 267 184 050

Redakce VOX:

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

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

Jazykové korektury: Bohumila Weilová
Grafické zpracování: Michal Semerák

Redakční rada:

šéfredaktor
MUDr. Jiřina Dvořáková,

redaktor pro profesní část
MUDr. Ctirad Kozderka,

redaktor pro odbornou část
MUDr. Klára Procházková,

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



Vážení a milí,

máme za sebou další rok. Nelze se neohlédnout a neposoudit, jaký byl. Jednoznačně se celým rokem táhl náš boj s COVID-19 a jeho mutacemi. Již jsme se necítili tak bezmocní jako v roce předcházejícím, měli jsme dostatek vybavení, pomůcek a testů. Do republiky začalo postupně proudit očkování, a tak jsme vyvinuli velkou snahu, aby praktičtí lékaři a jejich sestry byli mezi prvními naočkovánými, což se většinou povedlo. Určitě to vedlo k našemu částečnému zklidnění a k zesílení naděje, že tu virovou potvoru přemůžeme. Netušili jsme, jak silného soupeře proti sobě máme. Ze všech sil jsme se do očkování zapojili nejenom propagací, ale mnozí z nás chodili pomáhat do očkovacích center. A od prázdnin jsme začali i v našich ordinacích očkovat. Ale zastavit ani omezit jsme nemohli naši normální práci – preventivní prohlídky a běžná očkování. Je pravdou, že během prvního pololetí se díky uzavřeným školám výrazně snížila nemocnost. Možná o to více jsme suplovali hygienické stanice, vystavovali karantény, izolace, žádanky na PCR a vysvětlovali a vysvětlovali. Prázdniny přinesly trochu klidnější dny a mnohým z nás to umožnilo si odpočinout. O to horší byl začátek školního roku. Bývali jsme sice zvyklí, že se v září nemocnost dětí zvyšuje, ale to, co propuklo, asi nikdo neočekával. Hned od prvních dní školního roku obrovský nárůst respiračních onemocnění, často i s velmi těžkým průběhem. Do toho nám v ordinacích drnčely telefony a naše sestřičky se ocitaly na pokraji zhroutení. Hlavně v oblastech, kde někteří kolegové odešli do zasloužených důchodů bez nástupce, bylo hodně zle a zatížena byla i místní dětská oddělení. Ukázalo se v celé nahotě, kam se může dostat a možná dostane systém péče o děti, pokud nebude zajištěna dostatečná generační výměna. Snad to konečně pochopili i ti, kteří nám roky házejí klacky pod nohy.

V současné době se snažíme zajistit očkování pro co nejvíce dětí od 5 let. Osobně si myslím, že mladší děti do očkovacích center nepatří. Několik měsíců jsem tam chodila očkovat, z té mašinérie byli vyděšeni i dospělí, natož děti. O prázdninách tam spolu se mnou jeden den pracoval stomatolog, patolog a budoucí chirurg těsně po promoci. Vlasy mi vstávaly hrůzou, když jsem slyšela, co těm lidem vykládají o očkování (slyšet bylo vše, nějaké GDPR tam nikdo neřešil). A teď se chystají očkovat i lékárníci. Nic proti nim. To, že si to ani má bujará fantazie neumí představit, je můj problém. Jen prosím nedopusťme, aby očkovali děti. Máme to v rukou. Když bude dostatečná kapacita v našich ordinacích, tak k tomu nedojde. A pokud opravdu nemůžete, tak se domluvte s kolegy v okolí a zajistěte očkování u nich.

Jako „dárek“ do nového roku dostáváme i novou metodiku očkování a elektronický očkovací záznam. Soudě dle četných dotazů to zatím vyvolává strach a paniku. Rozhodně nám to neulehčuje práci v této náročné době. Ale ruku na srdce, kolik takových změn již máme za sebou. A všechny jsme časem zvládli. Po důkladnějším přečtení zjistíte, že se nám jen trochu vymění názvy očkovacích látek, vylepší se úhrady. S dobrým programem nebude problém očkování elektronicky odeslat do úložiště. eRecept vypadal také složitě a zvykli jsme si. Sdružení nemohlo tyto změny před jejich zavedením ovlivnit, ale snažíme se vám situaci co nejvíce ulehčit rozesláním informací a návodů, informacemi na webových stránkách, pořádáním webinářů. Dále ve Voxu uvádíme výčet pořádaných akcí, webinářů a webcastů v roce 2021. Jejich návštěvnost je ohromující a velmi nás těší. Program pro vás připravuje prakticky celý výbor, pečlivě vybíráme zajímavá témata i přednášející. Naštěstí se nám podařilo zabezpečit výborný tým spolupracovníků k jejich realizaci, patří jim velký dík. Dík patří i firmám, bez jejich sponzorské účasti bychom určité tyto akce nemohli v takovém rozsahu uspořádat.

Co nás v minulém roce opravdu potěšilo, byla i velká vlna solidarity v našich řadách. Když v červnu tornádo „smetlo“ na jižní Moravě několik vesnic, snažili jsme se ihned zjistit, zda byl někdo z PLDD poškozen. Objevili jsme kolegyni, která přišla prakticky o dvě ordinace. Po navázání kontaktu jsme jí okamžitě poskytli finanční pomoc pro pořízení nejnnutnějšího vybavení, vyjednali se zdravotními pojišťovnami nepřerušeni kapitační platby, zřídili účet a vyhlásili sbírku. Během velmi krátké doby se na tomto účtu sešlo 1,2 mil. Kč. Část peněz jsme poslali paní doktorce, zbytek zůstává k dispozici na účtu a bude dle rozhodnutí předsednictva připraven pro další pomoc. Všem, kdo přispěli (a nebyly to často malé částky), moc děkujeme.

Nakonec jsem si nechala náš časopis. Nebývá mnohdy jednoduché dát dohromady jak profesní, tak odborné články. Zvláště v době, kdy se píše hlavně o covidu a co je aktuální jeden týden, je v době vydání již zcela zastaralé. I proto se snažíme aktuální informace šířit jinými cestami a do Voxu vybírat informace, které tak rychle „nestárnou“. Jak jste si jistě všimli, snažíme se, aby obálky jednotlivých ročníků byly reprezentativní a měly jednotné téma – ať již to byly fotografie našich ordinací, dětské kresby, umělecká díla s tématem zdravotnictví, humorné kresby a v posledním ročníku tváře významných lékařů. Pro rok 2022 se nám podařilo navázat spolupráci s organizací Unicef, která nám poskytla fotografie dětí od významných fotografů z celého světa. Velmi si této spolupráce vážíme. Chtěli bychom tak trochu připomenout, že ve světě je ještě mnoho míst, kam je potřeba směřovat naši pomoc. Važme si toho, co máme, nemáme toho málo.

Přeji vám krásný a klidný rok 2022

Jiřina Dvořáková



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

V první polovině posledního měsíce roku 2021 pokračoval vysoký výskyt pozitivně testovaných dětí na COVID-19, v druhé polovině prosince započalo očkování dětí ve věku 5–11 let proti COVID-19. 13. 12. jsme zaslali cestou mailingu souhrn veškerých informací potřebných k očkování dětí 5+ proti COVID-19. Předsednictvo SPLDD vyzvalo členskou základnu k zapojení se do očkování dětí. Výzva „Zajistíme očkování dětí v našich ordinacích“ byla zaslána všem PLDD dne 14. 12. 2021. Podařilo se nám vyjednat s firmou Avenier odběr minimálního množství 30 dávek (tj. 3 lahviček po 10 dávkách), které lze uchovat v běžné lednici po dobu 10 týdnů. K dispozici bylo členům zasláno konsensuální odborné doporučení k očkování, podpořené všemi relevantními odbornými společnostmi. Očkování proti COVID-19 se tak stává běžnou péčí poskytovanou v našich ordinacích. Ti z nás, kteří dosud očkování proti COVID-19 svým pacientům nemohou zajistit, by jim měli poskytnout informaci o tom, kde své děti mohou nechat očkovat.

Do seznamu zdravotních výkonů platných od 1. 1. 2022 byl ve veřejném zájmu zařazen nový výkon pro ordinace PLDD, který

umožní včasné zachytit kritické oční vady u nejmenších dětí. Ministr Adam Vojtěch podpořil úsilí SPLDD (podporované dětskými oftalmology) a ještě před svým odchodem z MZ prosadil tento výkon. Před vánočními svátky se rozeběhla jednání nad individuálními úhradovými dodatky se zdravotními pojišťovnami a úpravou Metodiky vykazování očkování. Vánoční svátky a prázdniny dětí přispěly k nižší nemocnosti a k tomu, že jsme si na chvíli mohli odpočinout od každodenního shonu a zejména záplavy telefonátů v našich ordinacích.

Přeji všem dobrý nový rok 2022, hlavně pevné zdraví a pevné nervy.

30. 11. 2021 proběhlo distanční jednání Rady poskytovatelů s ministrem zdravotnictví Adamem Vojtěchem, na kterém jsem požádala o snížení administrativní zátěže u PLDD. V následném mimořádném opatření MZ ČR byla vyslyšena žádost a žádanky na konfirmační PCR testy od 3. 1. 2022 vystavují KHS nebo odběrová místa na základě potvrzení školy o pozitivním antigenním testu. Další požadavky na posunutí např. termínů posudkové činnosti se dále projednávají.

7. 12. 2021 se uskutečnilo na půdě MZ ČR jednání pracovní skupiny pro reformu primární péče, zaměřené zejména na problematiku sdružených praxí a projektové záměry v oblasti primární péče.

8. 12. 2021 proběhl poslední z webinářů roku 2021 nazvaný „Aktuální informace pro ordinace PLDD“. Součástí programu byla úvodní informace o zavedení elektronického záznamu očkování, kterou prezentovali zástupci SÚKL. Zájem o webinář byl obrovský, po překročení 1 000 přihlášených účastníků jsme byli nuceni registraci zastavit. Následně pro ty PLDD, kteří se nemohli zúčastnit online přenosu, a pro ty, kteří již nemohli být registrováni z kapacitních důvodů, byl záznam webináře přístupný další týden na našich webových stránkách.

10. 12. 2021 se konalo distanční jednání Předsednictva Sdružení. VV SPLDD se sešel v kanceláři prezenčně a regionální předsedové a revizní komise byli připojeni ze svých domovů. Na programu byla zejména aktuální problematika a informace z jednotlivých regionů.

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 epidemií 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.detskylekar.cz nebo www.trendymat.cz



Informace SPLDD

■ **Vyhláška č. 482/2021 Sb., kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů**

Tato vyhláška vydaná 6. prosince 2021 s účinností od 1. ledna 2022 obsahuje celkem 122 změn v seznamu zdravotních výkonů. PLDD se dotýká několik odstavců v příloze k této vyhlášce.

V příloze v kapitole 7 bodu 1 větě první až osmé je k výkonům autorské odbornosti 001, 002, ... přiřazena **minutová režijní sazba ve výši 3,38 bodu za jednu minutu času výkonu**. Ve vyhlášce č. 563/2020 Sb. platné pro rok 2021 byla minutová režijní sazba ve výši 3,28 bodu.

V příloze v kapitole 002 – praktické lékařství pro děti a dorost je vložen nový výkon **02036 ČASNÝ ZÁCHYT OČNÍCH VAD U DĚTÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU**. Obsahem výkonu je vyšetření vision screenerem s automatickým zhodnocením výsledků v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. První vyšetření by mělo být provedeno v období mezi 6. až 12. měsícem s kontrolním vyšetřením za 6 měsíců, tj. zpravidla do osmáctého měsíce věku. V případě pozitivního nálezu je dítě odesláno k odbornému vyšetření. Při pozitivní rodinné anamnéze závažných očních vad se test opakuje ve 2 a ve 3 letech věku dítěte. Jedná se o objektivní screeningovou metodu, neinvazivní, bezkontaktní, s automatickým vyhodnocením podle věkových skupin. Objektivním vyšetřením refrakčních schopností oka dítěte jsou vyselektovány děti s oční vadou od dětí s normálními zrakovými funkcemi. Vyšetření je prováděno 2× za život v případě negativní rodinné anamnézy, u dětí s pozitivní rodinnou anamnézou maximálně 4× za život. Pokud je zjištěn pozitivní (patologický) nález, dítě je odesláno k odbornému vyšetření a postupuje se podle doporučení odborníka.

Výkon si musí PLDD jako nositel výkonu L3 nasmlouvat. V tom případě je hrazen plně z v.z.p. Čas výkonu je 20 minut. Omezení frekvencí je 1/1 den, max. 4/život. Výkon je ohodnocen 292 body.

Dalším novým výkonem uvedeným v příloze v kapitole 002 – praktické lékařství pro děti a dorost je výkon **02038 DOTAŽNÍKOVÉ ŠETŘENÍ A POSOUZENÍ ENURÉZY U DĚTÍ**.

Výkon je určen pro odlišení primární monosymptomatické noční enurézy od non-monosymptomatické (NMNE) primární noční enurézy s dalšími, hlavně denními příznaky dysfunkce dolních močových cest (kombinovanou denní a noční symptomatologií) a se zaměřením na možné další komorbidity (sekundární enurézy), a to rozbořením anamnestických údajů. Výkon je určen pro děti starší 5 let, zpravidla v souvislosti s anamnestickým záchytem nočního pomočování v rámci preventivní prohlídky v 5 letech. Vyhodnocení údajů anamnestických, dotazníku symptomatologie pomočování, hodnocení pitné a mikční karty, kalendáře suchých a mokřích nocí.

Výkon je plně hrazen z v.z.p. pro PLDD nositele výkonu L3. Doba trvání výkonu je stanovena na 15 minut a výkon je ohodnocen 206 body. Frekvenční omezení je 4/1 rok.

Vyhláška také mění frekvenční omezení u výkonu **02125 OČKOVÁNÍ VČETNĚ OČKOVACÍ LÁTKY, KTERÁ JE HRAZENÁ Z VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ**, a to z „OF: 2/1 den“ na „OF: 3/1 den“.

Ostatní odstavce přílohy vyhlášky č. 482/2021 Sb. se netýkají PLDD

■ **Pilotní projekt k rozšíření novorozeneckého laboratorního screeningu o screening SMA a SCID**

Od 1. 1. 2022 v ČR začíná celoplošný pilotní projekt k rozšíření novorozeneckého laboratorního screeningu o dvě vzácná dědičná onemocnění, a to o **screening spinální muskulární atrofie (SMA)** a **těžké kombinované imunodeficiencie (SCID)**. Zavedení včasného zachytu těchto dvou závažných dědičných onemocnění bude nejprve probíhat formou **populačního implementačního pilotního projektu**. Délka trvání pilotního projektu je plánována na dva roky. Data získaná z Národního zdravotního informačního systému budou poté analyzována a na základě výsledků bude screening zaveden jako součást rutinního laboratorního screeningu novorozenců.

Plošné vyšetřování novorozenců vedoucí k včasnému odhalení SMA a SCID se dosud neprovádělo. Na obě tato onemocnění je v současné době již dostupná léčba. Efektivita této život zachraňující léčby je podmíněna včasnou detekcí postižených

novorozenců v preklinickém asymptomatickém stadiu, což je možné pouze pomocí celoplošného NLS.

METODICKÝ POKYN K PROVÁDĚNÍ PILOTNÍHO PROJEKTU LABORATORNÍHO NOVOROZENECKÉHO SCREENINGU SMA A SCID

Ministerstvo zdravotnictví (dále jen „MZ“) vydává tento metodický pokyn za účelem jednotného postupu poskytovatelů zdravotních služeb (dále jen „PZS“) k zajištění pilotního projektu novorozeneckého laboratorního screeningu (dále jen „NLS“) spinální muskulární atrofie (dále jen „SMA“; klasifikace MKN-10: **G12.0; G12.1**) a skupiny onemocnění těžké kombinované imunodeficiencie (dále jen „SCID“; MKN.10: **D81.0; D81.1; D81.2; D81.3; D81.9**) a následné péče o pozitivně zachycené případy. Výsledky pilotního projektu budou podkladem pro rozhodnutí MZ o zařazení SMA a SCID do pravidelného celoplošného NLS, které vydá ve spolupráci s příslušnými odbornými společnostmi ČLS JEP, Národním screeningovým centrem (<https://nsc.uzis.cz/>), zdravotními pojišťovnami a Koordináčním centrem pro novorozenecký screening (www.novorozeneckyscreening.cz).

Čl. 1

Všeobecná ustanovení

(1) Cílem NLS SMA a SCID je včasná, presymptomatická detekce novorozenců s těmito závažnými, geneticky podmíněnými, vzácnými onemocněními za účelem včasného zahájení jejich léčby. Takto lze dosáhnout optimální efektivity moderních terapií, které mohou být podány v nejranější postnatální fázi rozvoje těchto onemocnění, a tak předejít ireverzibilním zdravotním komplikacím u nemocných.

(2) U všech novorozenců narozených na území ČR doporučuje MZ provedení pilotní studie NLS SMA a SCID. Screening SMA a SCID pilotně rozšiřuje stávající novorozenecký laboratorní screening¹, který je součástí preventivní péče.

(3) NLS SMA a SCID je založen na analýze tzv. suché kapky krve odebrané novorozenci.

(4) Účast v tomto pilotním projektu je dobrovolná. Případné odmítnutí zařazení dítěte



do pilotního projektu v žádném případě neovlivní jeho další zdravotní péči.

Čl. 2

Odběr krve a zasílání vzorků

(1) Dodatečný odběr krve, tj. nad rámec dosavadního postupu NLS, se neprovádí. Pro vyšetření bude použita suchá kapka krve odebraná novorozenci, která zbude po provedení stávajících vyšetření v systému NLS.

(2) Pilotní studii NLS onemocnění SMA a SCID lze provést v porodnici pouze s písemným souhlasem zákonného zástupce novorozence.

(3) Přehled informací pro zákonné zástupce a vzor formuláře písemného informovaného souhlasu (dále jen „IS“) s pilotním projektem NLS jsou uvedeny v příloze č. 1. Podepsaný IS uloží PZS ve stávající zdravotnické dokumentaci vedené o novorozenci.

(4) Pilotní projekt předpokládá vyšetření obou onemocnění, tj. SMA a SCID, současně. Pokud se zákonný zástupce rozhodne odmítnout jedno z vyšetření, nebude možné provést vyšetření ani druhého onemocnění. Laboratorní vyšetřovací sady slouží pro zjišťování obou onemocnění současně. Toto rozhodnutí je hodnoceno jako odmítnutí účasti v pilotní studii.

(5) Informace o podepsání IS ze strany zákonného zástupce je nezbytné sdělit laboratoři provádějící NLS formou razítka na rubu obou listů screeningových kartiček a zaškrtnutím políčka souhlasu či nesouhlasu s účastí v pilotní studii NLS.

(6) Způsob dělení a odesílání screeningových kartiček včetně adres příslušných laboratoří se pro PZS nemění.

(7) Detailní informace o NLS SMA a SCID budou průběžně zveřejňovány na webovém portálu Národního screeningového centra a České neonatologické společnosti ČLS JEP (www.neonatalogie.cz; <https://nsc.uzis.cz/>).

Čl. 3

PZS provádějící pilotní projekt NLS (dále jen „laboratoře NLS“)

Laboratorní vyšetření v rámci NLS SMA a SCID (příloha č. 2 a 3) metodou kvantitativní polymerázové řetězové reakce (PCR) v reálném čase (QR-PCR) provádí:

- Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Ke Karlovu 455/2, 128 08 Praha 2, Klinika pediatrie a dědičných poruch metabolismu, Diagnostické laboratoře dědičných poruch metabolismu;

- Fakultní nemocnice Brno, Jihlavská 20, 625 00 Brno, Interní hematologická a onkologická klinika, Centrum molekulární biologie a genetiky se sídlem Černopolní 9, 613 00 Brno.

Čl. 4

Postup laboratoří NLS

(1) Informace o negativních nálezech screeningu SMA a SCID laboratoře NLS nezasílají poskytovatelům zdravotních služeb (dále „PZS“), tj. indikující porodnici nebo registrujícímu praktickému lékaři pro děti a dorost.

(2) V případě, že není dostatek materiálu pro NLS SMA nebo SCID nebo výsledek screeningového vyšetření nebude možné spolehlivě interpretovat, je nezbytné neprodleně provést další odběr kapilární krve na screeningovou kartičku (tzv. „recall“). Tento odběr provede PZS, v jehož péči se novorozenec nachází, a to na základě výzvy laboratoře NLS.

(3) V případě, že výsledek screeningového vyšetření vede k podezření na **SCID**, doporučují se následující opatření:

- a) při nejasném nálezu screeningu ve vyšetřovaném vzorku je potřeba neprodleně provést další odběr kapilární krve na screeningovou kartičku (tzv. „recall“). Tento odběr provede PZS na základě výzvy laboratoře NLS. Svědčí-li opakované výsledky vyšetření pro SCID, laboratoř NLS zajistí předání probanda příslušnému pracovišti provádějícímu konfirmační vyšetření uvedenému v čl. 5.
- b) při hodnotách nepochybně svědčících pro **SCID** laboratoř NLS zajistí předání probanda příslušnému pracovišti provádějícímu konfirmační vyšetření uvedenému v čl. 5.
- c) V případě pozitivních konfirmačních testů je proband předán do péče pracoviště uvedeného v čl. 6.

V případě, že výsledek NLS vyšetření povede k podezření na **SMA**, informuje laboratoř NLS o výsledku příslušné pracoviště provádějící konfirmační vyšetření uvedený v čl. 5.

(4) V případě pozitivních konfirmačních testů je novorozenec předán do péče na pracoviště uvedený v čl. 6.

(5) Po skončení úspěšné analýzy v rámci NLS SMA a SCID je vzorek DNA od vyšetřovaného novorozence řádně zlikvidován. Novorozenecká kartička je archivována podle vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, v platném znění, a po

uplynutí archivační doby je zlikvidována v souladu s ustanoveními zákona č. 499/2004 Sb., o archivnictví a spisové službě a změně některých souvisejících zákonů, v platném znění.

Čl. 5

Zajištění konfirmace výsledků z NLS

(1) Konfirmace výsledků při podezření na SMA poskytují

- Fakultní nemocnice v Motole, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, Ústav biologie a lékařské genetiky;
- Fakultní nemocnice Brno, Jihlavská 20, 625 00 Brno, Centrum molekulární biologie a genetiky se sídlem na Černopolní 9, 613 00, Brno.

(2) Konfirmace výsledků při podezření na SCID poskytují

- Fakultní nemocnice v Motole, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, Ústav imunologie;
- Fakultní nemocnice u sv. Anny, Pekařská 53, 656 91 Brno, Ústav klinické imunologie a alergologie.

Čl. 6

Zajištění následné péče o děti s potvrzeným onemocněním SMA nebo SCID

(1) Léčbu a sledování dětí se **SMA** poskytují Centra vysoce specializované péče pro neuromuskulární onemocnění tj.

- Fakultní nemocnice v Motole, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, Klinika dětské neurologie;
- Fakultní nemocnice Brno, Jihlavská 20, 625 00 Brno, Klinika dětské neurologie se sídlem Černopolní 9, Brno.

(2) Léčbu a sledování dětí se **SCID** poskytují

- Fakultní nemocnice v Motole, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, Ústav imunologie;
- Fakultní nemocnice Brno, Jihlavská 20, 625 00 Brno, Pediatrická klinika.

Čl. 7

Závěrečná ustanovení

Tento dodatek k Věstníku MZ č. 6/2016 Metodický návod k zajištění novorozeneckého laboratorního screeningu a následné péče nabyvá účinnosti dnem uveřejnění ve Věstníku MZ ČR.

Příloha dodatku MP č. 1

Informace pro zákonné zástupce o pilotním screeningovém programu Časný záchyt spinální svalové atrofie (SMA)



a těžkých kombinovaných imunodeficiencí (SCID) u novorozenců

Příloha dodatku MP č. 2

Registrační list SMA a SCID – negativní

Příloha dodatku MP č. 3

Registrační list SMA a SCID – pozitivní

¹ Věstník MZ ČR č. 6/2016 Metodický návod k zajištění novorozeneckého laboratorního screeningu a následné péče

Krizové ošetřovné od 1. listopadu 2021

Krizové ošetřovné platí zpětně od 1. 11. 2021 do 28. 2. 2022. Ošetřovné rodiče čerpají v případě, že **školy zavřou třídy** v souvislosti s epidemií COVID-19 nebo onemocní samotné jejich dítě nemocí COVID-19. Ošetřovné je možné čerpat po celou dobu uzavření škol nebo tříd nebo po celou dobu nařízené individuální karantény dítěte.

Kdo má nárok na čerpání

Nárok na ošetřovné má zaměstnanec (včetně DPP/DPČ, pokud je za něj odváděno nemocenské pojištění), který nemůže vykonávat v zaměstnání práci z důvodu ošetřování/péče o:

- dítě **mladší 10 let** (v době uplatnění nároku na ošetřovné musí být dítě mladší 10 let),
- nezaopatřené děti (nejdéle však do 26. roku věku) účastníci se školní docházky **závislé na péči jiné osoby** (již od stupně I.),
- děti, které se nemohou účastnit výuky z důvodu nařízení **karantény v rodině**,
- osoby starší 10 let **závislé na péči jiné osoby využívající služby denních, týdenních stacionářů a obdobných zařízení**,
- **nezaopatřené dítě se speciálními vzdělávacími potřebami** (se závažnými vývojovými poruchami chování, souběžným postižením více vadami nebo autismem), pokud nemůže navštěvovat školu z důvodu mimořádného opatření při epidemii (například podstupování testu nebo online výuka).

Krizové ošetřovné **mohou čerpat i příbuzní**, kteří s dítětem **nežijí ve společné domácnosti**. Jedná se o **příbuzné v přímé linii** (např. prarodiče) **nebo vedlejší linii** (např. teta, strýc, sourozenec, neteř nebo synovec). Rodiče a další příbuzní mají možnost se v péči o dítě **neomezeně střídat** s tím, že se ale **nemohou střídat v průběhu stejného dne**. Pokud se při poskytování péče pečující osoby

vystřídaly, uplatní si každá z těchto osob nárok na krizové ošetřovné samostatně. Tyto podmínky platí i pro samoživitele/samoživitelky.

Čerpání krizového ošetřovného

Maximální částka podpory: Krizové ošetřovné dosáhne **80 % denního vyměřovacího základu, minimálně pak 400 Kč na den** při plném úvazku.

Rozhodné období: Poslanci schválili krizové ošetřovné od 1. 11. 2021 do 28. 2. 2022. Ošetřovné vyplácejí okresní správy sociálního zabezpečení, a to nejpozději do 1 měsíce následujícího po dni, v němž mu byly doručeny řádně vyplněné podklady na okresní správu sociálního zabezpečení.

Doba poskytování: Krizové ošetřovné se bude poskytovat **za celou dobu, po kterou trvalo uzavření zařízení** nebo školy anebo jejich částí z důvodu mimořádného opatření při epidemii nebo po kterou trvalo nařízení karantény v souvislosti s onemocněním COVID-19. Krizové ošetřovné se ale **nebude poskytovat za dny, které spadají do období školních prázdnin** a volných dnů vyhlášených ředitelem školy v průběhu školního roku. Školy a další dětská zařízení nebo zařízení sociálních služeb nemusejí potvrzovat uzavření. **Potvrzení školy o uzavření je nahrazeno čestným prohlášením rodiče**, že musí o dítě pečovat z důvodu uzavření školy nebo třídy na základě mimořádného opatření.

Způsob podání žádosti: Online na webu Ministerstva práce a sociálních věcí – <https://portal.cssz.cz/web/portal/-/tiskopisy/zoppd-m-2021> [Pečující osoba předkládá tiskopis svému zaměstnavateli, který ho po doplnění příslušných údajů (případně za využití tiskopisu Záznamy zaměstnavatele k žádosti o krizové ošetřovné) předá místně příslušné OSSZ (v elektronické podobě do datové schránky nebo s uznávaným elektronickým podpisem na elektronickou adresu podatelny místně příslušné OSSZ).]

Pokud jde o dítě se speciálními vzdělávacími potřebami, musí škola navíc vyplnit tiskopis, kterým toto potvrzuje – <https://portal.cssz.cz/web/portal/-/tiskopisy/zoppd-svp-2021>.

Žádost o ošetřovné při péči o dítě / jinou osobu / za kalendářní měsíc při mimořádných opatřeních při epidemii (krizové ošetřovné)

Tiskopis vyplňuje žadatel o dávku – pečující osoba. Je připraven jako předepsaný

tiskopis k uplatnění nároku na ošetřovné v souvislosti s mimořádnými opatřeními při epidemii (krizové ošetřovné) v souvislosti s epidemií COVID-19 v období od 1. 11. 2021, a to až do skončení poskytování ošetřovného v souvislosti s mimořádnými opatřeními při epidemii.

Tiskopis se podává za kalendářní měsíc, pokud v něm trvala péče o dítě (jinou osobu) z důvodu zákazu osobní přítomnosti v zařízení (škole) na základě mimořádných opatření při epidemii (uzavření zařízení, nařízená karanténa).

Tiskopis se zasílá vždy za předchozí měsíc. Poprvé lze tiskopis podat za měsíc listopad 2021.

Tiskopis je číslovaný. Před samotným vyplněním žádosti je třeba vybrat, zda se jedná o novou žádost o ošetřovné (generuje se jedinečné číslo, které je třeba si poznamenat či nejlépe celou žádost uložit), nebo jde o žádost navazující na žádost z předchozího měsíce v případě, kdy péče o dítě pokračuje i do dalšího měsíce (potom se vyplňuje číslo předešlé žádosti).

Pečující osoba předkládá tiskopis svému zaměstnavateli, který ho po doplnění příslušných údajů (případně za využití tiskopisu Záznamy zaměstnavatele k žádosti o krizové ošetřovné) předá místně příslušné OSSZ (v elektronické podobě do datové schránky nebo s uznávaným elektronickým podpisem na elektronickou adresu podatelny místně příslušné OSSZ, kontakty naleznete [webu ČSSZ](https://portal.cssz.cz)).

Zdroj: [eportal.cssz.cz](https://portal.cssz.cz)

Změny v otcovské a dlouhodobém ošetřovném od 1. 1. 2022

Zákon č. 330/2021 Sb., kterým se mění zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, účinný od 1. 1. 2022, přináší změny u dvou dávek nemocenského pojištění, a to u otcovské a dlouhodobého ošetřovného.

Otcovská

U dávek otcovské poporodní péče, otcovské, se od 1. 1. 2022 prodlužuje *podpůrná doba*, po kterou náleží otcovská, z dosavadního jednoho týdne na dva týdny (tj. na 14 kalendářních dnů). Nadále však platí, že otcovskou nelze přerušovat, je nutné ji vyčerpat v celé délce.

V některých případech se také prodlužuje *období, po které lze na otcovskou nastoupit*. Doposud bylo možné nastoupit pouze



do 6 týdnů ode dne narození dítěte. Nově se v případě hospitalizace dítěte ze zdravotních důvodů na straně dítěte nebo jeho matky toto období prodlužuje **o dny pobytu v nemocnici**, které spadají do šestinedělí. Pokud by doba šestinedělí uplynula v průběhu hospitalizace dítěte, lze nastoupit na otcovskou po skončení hospitalizace, a to v období, které trvá tolik dnů, kolik trvala hospitalizace v období šestinedělí (nejdéle však do jednoho roku věku dítěte). Za „hospitalizaci dítěte ze zdravotních důvodů na straně dítěte nebo matky dítěte“, o kterou se období pro nástup na otcovskou prodlužuje, se však **nepovažuje** pobyt matky s dítětem v porodnici po porodu, při kterém je poskytována standardní péče (tj. obvykle 3–5 dnů).

Prodloužení podpůrní doby o týden (včetně možnosti prodloužení nástupu z důvodu hospitalizace) se uplatní i v případě dítěte, které se narodilo v období 6 týdnů přede dnem nabytí účinnosti zákona (tj. 21. 11. 2021 a později). I pokud pojištěnec u takového dítěte již do konce roku 2021 týden otcovské vyčerpal, může si ještě o další týden standardním způsobem požádat a na dávku po novém roce nastoupit za podmínek novelizované právní úpravy (nástup nejdéle do konce šestinedělí, případně později, pokud doloží potvrzením hospitalizaci matky nebo dítěte). Zaměstnavatel již k této dodatečné žádosti nepřikládá tiskopis „Příloha k žádosti o dávku“, při výplatě zbývajících týdnů se použijí parametry již vyplacené dávky. Stejně jako doposud platí, že na otcovskou lze bez dalšího nastoupit během šestinedělí i v situaci, kdy je matka nebo dítě v nemocnici, zde k žádné změně nedošlo. Smyslem úpravy je však nabídnout pojištěnci, který chce otcovskou čerpat, aby tak mohl učinit v časovém období šesti týdnů nezkrácených pobytem v nemocnici.

Pokud pojištěnec využije možnosti dle nové úpravy a nastupuje na otcovskou v období po uplynutí 6 týdnů ode dne narození dítěte, musí doložit **potvrzení lékaře o době hospitalizace dítěte** ze zdravotních důvodů dítěte nebo matky, o které se toto období prodlužuje. K tomu slouží tiskopis „Potvrzení o hospitalizaci dítěte ze zdravotních důvodů na straně dítěte nebo matky“, který bude od 1. 1. 2022 přístupný na ePortálu ČSSZ.

Dlouhodobé ošetřovné

U dávky dlouhodobého ošetřovného dochází od 1. 1. 2022 k úpravě podmínek a postupu pro vystavování rozhodnutí o potřebě dlou-

hodobé péče při hospitalizaci ošetřované osoby a dále se nově bude moci čerpat dlouhodobé ošetřovné při **poskytování dlouhodobé péče u osob v inkurabilním (nevléčitelném) stavu bez předchozí hospitalizace** ošetřované osoby.

V případě nároku na dávku dlouhodobého ošetřovného při péči po propuštění z hospitalizace se podmínka spočívající v potřebné době hospitalizace, při níž je poskytována léčebná péče, upravuje tak, že se tato doba zkracuje z původních 7 kalendářních dnů na **4 kalendářní dny** po sobě jdoucí.

Dále bude možnost požádat o vystavení rozhodnutí o vzniku potřeby dlouhodobé péče zpětně, pokud nebylo vydáno v den propuštění ošetřované osoby z hospitalizace. O vystavení lze požádat do 8 kalendářních dnů ode dne propuštění ošetřované osoby z hospitalizace. Ošetřující lékař na základě této žádosti vystaví rozhodnutí o potřebě dlouhodobé péče do 3 pracovních dnů.

Zpětné vystavení rozhodnutí o potřebě dlouhodobé péče je umožněno také u případů, kdy propuštění z hospitalizace do domácího prostředí spadá do období 15 kalendářních dnů přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona (musí však být splněna podmínka ještě 7 dnů hospitalizace). Žádost o vystavení rozhodnutí o potřebě dlouhodobé péče lze podat nejpozději do 15 dnů ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona, tj. do 15. 1. 2022. Jak bylo uvedeno výše, je nově zavedena možnost čerpat dávku dlouhodobého ošetřovného v případě péče o osobu v inkurabilním stavu, který vyžaduje poskytování

paliativní péče a dlouhodobé péče v domácím prostředí. Podmínka předchozí hospitalizace se v tomto případě nevyžaduje.

Rozhodnutí o potřebě dlouhodobé péče u osoby v inkurabilním stavu vystavuje ošetřující lékař, který poskytuje pro inkurabilní stav zdravotní služby. O potřebě dlouhodobé péče rozhodne ošetřující lékař ode dne, v němž tuto potřebu zjistil, a to na žádost ošetřované osoby, jejího zákonného zástupce, opatrovníka nebo jiné osoby určené ošetřovanou osobou.

Zdroj: www.cssz.cz

Informace k dlouhodobému ošetřovnému pro ošetřujícího lékaře poskytovatele zdravotních služeb ambulantní péče

Ošetřovaná osoba, její zákonný zástupce, opatrovník nebo osoba určená ošetřovanou osobou předá při první kontrole zdravotního stavu u ošetřujícího lékaře poskytovatele zdravotních služeb ambulantní péče (dále jen „ošetřující lékař AP“) II. díl Rozhodnutí o potřebě dlouhodobé péče (dále jen „RPDP“), který jí byl vystaven při skončení hospitalizace.

Ošetřující lékař AP vyplní v oddíle „Záznamy ošetřujících lékařů poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové a ambulantní péče o převzetí a propuštění ošetřované osoby ze své péče v průběhu trvání potřeby dlouhodobé péče“ datum převzetí ošetřované osoby do své péče.

Následně ošetřující lékař AP posoudí, zda trvá potřeba poskytování dlouhodobé péče, a na II. díl RPDP ošetřující lékař AP v oddíle „Záznamy ošetřujícího lékaře poskytovatele zdravotních služeb ambulantní péče, lékaře nebo zaměstnance OSSZ (popř. jiného příslušného orgánu nemocenského pojištění)“ vyplní datum provedení kontroly a stanoví termín příští kontroly potřeby dlouhodobé péče se zřetelem na zdravotní stav ošetřované osoby.

Převzetí ošetřované osoby do své péče dále ošetřující lékař AP oznámí příslušné OSSZ na předepsaném tiskopise Hlášení ošetřujícího lékaře (dále jen „HOL“), a to nejpozději v pracovní den následující po dni, kdy k převzetí do péče došlo. Tento tiskopis byl pro uvedený účel doplněn o možnost vyznačení čísla RPDP.

Nejméně jednou měsíčně ošetřující lékař AP potvrdí pro účely výplaty dávky dlouhodobého ošetřovného trvání potřeby dlouhodobé péče na tiskopise Potvrzení



o trvání/Rozhodnutí o skončení potřeby dlouhodobé péče, kde v části A vyplní údaj o trvání potřeby dlouhodobé péče, a to ke dni vydání tohoto potvrzení nebo nejvýše 3 kalendářní dny dopředu. Tiskopis s vyplněnou částí A předá ošetřující lékař AP ošetřované osobě, popřípadě jejímu zákonnému zástupci, opatrovníku anebo osobě určené ošetřovanou osobou.

Ošetřující lékař AP rozhoduje o ukončení potřeby dlouhodobé péče, a to v případě, pokud:

- uplynula podpůrná doba v délce trvání 90 kalendářních dnů ode dne vzniku potřeby dlouhodobé péče, tj. ode dne, kdy bylo rozhodnuto o potřebě dlouhodobé péče,
- v průběhu podpůrné doby vyšetřením zjistí, že zdravotní stav ošetřované osoby již další poskytování dlouhodobé péče nevyžaduje, a to ke dni, kdy tuto skutečnost zjistil, nebo nejpozději třetím kalendářním dnem následujícím po dni tohoto vyšetření, nebo
- v průběhu podpůrné doby se ošetřovaná osoba nedostaví ve stanoveném termínu ke kontrole trvání potřeby dlouhodobé péče nebo se nepodrobí kontrole zdravotního stavu u určeného poskytovatele zdravotních služeb, aniž by prokázala existenci vážných důvodů, pro které se k této kontrole nebo vyšetření nemohla dostavit, a to ke dni kontroly nebo vyšetření.

Ošetřující lékař AP při rozhodnutí o ukončení potřeby dlouhodobé péče vyznačí datum, ke kterému potřeba dlouhodobé péče skončila, a datum rozhodnutí na II. díl RPDP a zašle jej OSSZ příslušné dle sídla poskytovatele zdravotních služeb ambulantní péče, a to nejpozději třetí pracovní den následující po dni, v němž bylo rozhodnutí vydáno.

Následně po rozhodnutí o ukončení potřeby dlouhodobé péče vystaví ošetřující lékař AP pro účely výplaty dávky dlouhodobého ošetřování tiskopis Potvrzení o trvání/Rozhodnutí o skončení potřeby dlouhodobé péče, kde v části A vyplní údaj o tom, že potřeba dlouhodobé péče daný den skončila. Tiskopis s vyplněnou částí A předá ošetřující lékař AP ošetřované osobě, popřípadě jejímu zákonnému zástupci, opatrovníku anebo osobě určené ošetřovanou osobou.

Pokud ošetřující lékař AP rozhodl o ukončení potřeby dlouhodobé péče, protože se ošetřovaná osoba nedostavila ve stanoveném termínu ke kontrole trvání dlouhodobé péče anebo k vyšetření zdravotního stavu, může

ošetřovaná osoba prokázat existenci vážných důvodů, pro které se nemohla dostavit ke kontrole. Prokázala-li ošetřovaná osoba existenci takových důvodů, ošetřující lékař AP rozhodne o vzniku potřeby dlouhodobé péče a vystaví nový tiskopis RPDP. Tato potřeba dlouhodobé péče se považuje za pokračování předchozí potřeby dlouhodobé péče. Pouze v tomto případě může rozhodnout o vzniku potřeby dlouhodobé péče a vystavít tiskopis RPDP ošetřující lékař AP. V případech ztráty jednoho z dílů tiskopisu RPDP může ošetřující lékař vystavít náhradní hlášení a příslušný díl tiskopisu RPDP.

Zdroj: www.cssz.cz

■ Ercefuryl (nifuroxazid) – nová doporučení pro použití přípravku u fertálních a kojících žen

Státní ústav pro kontrolu léčiv informuje – V návaznosti na změnu registrace léčivého přípravku Ercefuryl informujeme o nových doporučeních pro použití přípravku u fertálních a kojících žen a u mužů, jejichž partnerky mohou otěhotnět.

Během jednotného hodnocení pravidelně aktualizovaných zpráv o bezpečnosti (PSUSA) byly identifikovány nové informace týkající se bezpečnosti a farmakokinetiky nifuroxazidu, které zatím nebyly uvedeny v informacích o přípravku, a držitel rozhodnutí o registraci byl proto vyzván k předložení dostupných dat a aktualizaci doprovodných textů (SmPC a příbalové informace).

Předložené preklinické studie genotoxického potenciálu mají z důvodu nízké kvality provedení omezenou výpovědní hodnotu. Dle průkaznosti dostupných důkazů mohou léčivá látka nifuroxazid a případně její metabolity vykazovat mutagenní potenciál, jeho klinický význam však vzhledem k uvedeným nedostatkům není jasný. Původně bylo předpokládáno, že přípravek se z GIT prakticky neresorbuje a 99 % podané dávky zůstává ve střevě. Na základě nově předložených údajů je však zřejmé, že přípravek je z gastrointestinálního traktu částečně resorbován (10–20 %) a podléhá významné metabolizaci, přičemž hlavní podíl v cirkulující krvi tvoří blíže nespecifikované metabolity. Z důvodu výše uvedených významných nedostatků v dostupných informacích Ústav přistoupil k posouzení bezpečnosti pro pacienty na základě tzv. nejhoršího scénáře (worst-case scenario), kdy je látka považována za potenciálně mutagenní, a navrhuje proto opatření ke snížení rizika u fertálních

a kojících žen a u mužů, jejichž partnerky mohou otěhotnět. Nifuroxazid nemá dle dostupných preklinických studií karcinogenní potenciál.

S ohledem na výše uvedené nově zjištěné informace bylo přistoupeno k aktualizaci doporučení pro použití přípravku u fertálních a kojících žen a u mužů, jejichž partnerky mohou otěhotnět. Doporučení, že přípravek nemá být používán v průběhu těhotenství, zůstává v platnosti a nově je také doporučeno, že ženy nemají otěhotnět během léčby a nejméně 6 měsíců po jejím ukončení.

Informace pro zdravotnické pracovníky

- Nifuroxazid je potenciálně mutagenní.
- Přípravek Ercefuryl není doporučen pro léčbu těhotných a kojících žen.
- Fertální ženy by během léčby a ještě 6 měsíců po jejím ukončení neměly otěhotnět.
- Přípravek Ercefuryl je vhodný pouze pro léčbu fertálních žen, které již užívají hormonální antikoncepci. Vzhledem ke zvýšenému riziku tromboembolismu, zejména po zahájení užívání hormonální antikoncepce, není vhodné, aby ženy zahajovaly užívání této antikoncepce pouze kvůli léčbě Ercefurylem. Ženy, které mohou otěhotnět, nezbytně potřebují léčbu Ercefurylem a neužívají hormonální antikoncepci, musejí během léčby a 6 měsíců poté používat jinou dostatečně účinnou metodu antikoncepce nebo kombinaci různých metod.
- Muži, jejichž partnerky mohou otěhotnět, mají během léčby a minimálně 90 dní poté používat kondom a další antikoncepční metodu, které vedou dohromady k méně než 1 % míře otěhotnění.

Informace pro pacientky (ženy, které mohou otěhotnět)

- Neužívejte přípravek Ercefuryl, pokud jste těhotná nebo kojíte.
- Během léčby Ercefurylem a ještě 6 měsíců po jejím ukončení byste neměla otěhotnět.
- Pokud můžete otěhotnět, je pro Vás léčba Ercefurylem vhodná pouze v případě, že již užíváte hormonální antikoncepci. Vzhledem ke zvýšenému riziku krevních sraženin při zahájení užívání hormonální antikoncepce ovšem není vhodné, abyste její užívání zahajovala pouze kvůli léčbě Ercefurylem. Pokud je pro Vás léčba Ercefurylem nezbytná a hormonální antikoncepci neužíváte, musíte během léčby a 6 měsíců poté používat jinou antikoncepci.



cepeční metodu nebo kombinaci různých metod.

- O vhodných metodách antikoncepce se poraďte se svým lékařem nebo lékárníkem.

Informace pro pacienty (muže, jejichž partnerky mohou otěhotnět)

- Během léčby přípravkem Ercefuryl a ještě minimálně 90 dní po jejím ukončení používejte kondom a další antikoncepční metodu.
- O vhodných metodách antikoncepce se poraďte se svým lékařem nebo lékárníkem.

Doplňující informace o přípravku

Ercefuryl je střevní antiinfektivum obsahující léčivou látku nifuroxazid, která působí baktericidně proti většině bakteriálních původců střevních infekcí. Účinek nifuroxazidu je omezen převážně na střevo, proto je přípravek Ercefuryl vhodný jen k léčbě průjmů, kde nedochází k přestupu bakterií přes střevní stěnu. Léčbu musejí doprovázet dietní opatření a rehydratace, jejíž způsob

závisí na závažnosti průjemového onemocnění, věku a klinickém stavu pacienta.

Zdroj: www.sukl.cz, 30. 11. 2021

■ Riziko myokarditidy a perikarditidy po mRNA vakcínách – doplnění z hodnocení výborem PRAC

Výbor pro hodnocení rizik léčivých přípravků (PRAC) Evropské agentury pro léčivé přípravky (EMA) vyhodnotil nové údaje o již známém riziku myokarditidy a perikarditidy po očkování mRNA vakcínami proti COVID-19 Comirnaty a Spikevax (dříve COVID-19 Vaccine Moderna).

Toto hodnocení zahrnuje dvě velké evropské epidemiologické studie. Jedna studie byla provedena s použitím údajů z francouzského národního zdravotního systému (Epi-phare) a druhá byla založena na datech severského registru. Celkově výsledek přezkumu potvrzuje riziko myokarditidy a perikarditidy, které je již popsáno v informacích o přípravku (Souhrn údajů o přípravku SmPC, Příbalová informace PIL) pro obě mRNA vak-

cíny, a poskytuje další podrobnosti o těchto dvou nežádoucích účincích. Na základě zhodnocených údajů výbor PRAC rozhodl, že riziko obou těchto nežádoucích účinků je celkově „velmi vzácné“, což znamená, že může být postižen až jeden z 10 000 očkovaných lidí. Údaje navíc ukazují, že zvýšené riziko myokarditidy po očkování je nejvyšší u mladších mužů. Výbor PRAC doporučil odpovídající aktualizaci informací o přípravku. Myokarditida a perikarditida se mohou vyvinout během několika dnů po očkování, zpravidla se vyskytly během 14 dnů. Častěji byly pozorovány po podání druhé dávky očkování.

Francouzská a severská studie poskytují odhady počtu extra případů myokarditidy u mladších mužů po druhé dávce ve srovnání s neočkovanými osobami stejného věku a pohlaví. Francouzská studie pro Comirnaty ukazuje, že v období sedmi dnů po druhé dávce bylo asi 0,26 případu myokarditidy navíc u mužů ve věku 12–29 let na 10 000 ve srovnání s neočkovanými osobami. V severské studii bylo v období 28 dnů po druhé dávce 0,57 případu



**Vsetínská
nemocnice**

Vsetínská nemocnice a.s.
vyhlašuje výběrové řízení na pozici:

zástupce primáře dětského oddělení

Kvalifikační požadavky:

- Specializovaná způsobilost v oboru pediatrie nebo neonatologie dle zákona č.95/2004 Sb.
- Profesionální přístup k pacientům a kolegům
- Výborné organizační a řídicí schopnosti
- Vysoké pracovní nasazení a flexibilita
- Zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost

Nabízíme:

- Podporu odborného i osobního rozvoje
- Nadstandardní mzdové ohodnocení odpovídající nabízené pracovní pozici
- Možnost ubytování v blízkosti nemocnice
- Zaměstnanecké benefity (zvýhodněné mobilní tarify, systém caterie, aj.)

Žádost uchazeče musí obsahovat:

- Strukturovaný životopis
- Doklady o dosaženém vzdělání
- Souhlas se zpracováním osobních údajů pro účely výběrového řízení

Další informace:

- Nástup dle dohody
- Termín pro přihlášení do: **31. 01. 2022**
- Termín výběrového řízení bude upřesněn

Kontakt pro zaslání žádosti:

Ing. Martin Pavlica, MHA,
náměstek pro personální řízení
E-mail: pavlica@nemocnice-vs.cz, tel.: 571 818 130
Adresa: Nemocniční 955, 755 01 Vsetín



www.nemocnice-vs.cz



myokarditidy navíc u 16–24letých mužů na 10 000 ve srovnání s neexponovanými osobami. V případě Spikevaxu francouzská studie prokázala, že v období sedmi dnů po druhé dávce bylo asi 1,3 případu myokarditidy navíc u 12–29letých mužů na 10 000 ve srovnání s neexponovanými osobami. Severská studie ukazuje, že v období 28 dnů po druhé dávce Spikevaxu bylo přibližně 1,9 případu myokarditidy navíc u 16–24letých

mužů na 10 000 ve srovnání s neexponovanými osobami.

Myokarditida a perikarditida jsou záněty srdeční svaloviny, resp. osrdečníku, které se projevují nejčastěji dušností, silným srdečním tepem, který může být nepravidelný (palpitace), a bolestí na hrudi. Dostupné údaje naznačují, že průběh myokarditidy a perikarditidy po očkování se neliší od myokarditidy nebo perikarditidy vzniklých z jiných příčin.

SÚKL i EMA tyto nežádoucí účinky dále sledují a bude dále komunikovat, jakmile budou k dispozici nové informace. EMA potvrzuje, že přínosy všech schválených vakcín proti COVID-19 nadále převažují nad jejich riziky, vzhledem k riziku onemocnění COVID-19 a s ním souvisejících komplikací. Vědecké důkazy ukazují, že očkování snižuje počet úmrtí a hospitalizací v důsledku COVID-19.

Zdroj: www.sukl.cz, 3. 12. 2021

■ Přehled registrovaných lékových forem Comirnaty, vakcíny proti COVID-19

V souvislosti s nedávnými změnami registrace vakcíny Comirnaty, které spočívaly v přidání nové lékové formy bez ředění a nové lékové formy pro děti od 5 do 11 let, informuje Státní ústav pro kontrolu léčiv přehlednou formou o těchto lékových formách.

	Comirnaty 30 mikrogramů/dávku koncentrát pro injekční disperzi	Comirnaty 30 mikrogramů/dávku injekční disperze	Comirnaty 10 mikrogramů/dávku koncentrát pro injekční disperzi
Důležité	Před použitím naředit	Bez ředění (ready to use)	Před použitím naředit
Věk	12 let a starší	12 let a starší	5–11 let
Barva plastového víčka	fialová	šedá	oranžová
Odkaz na SmPC	Strana 1–22	Strana 23–40	Strana 41–61
Instrukce pro zacházení s vakcínou	Strana 17	Strana 37	Strana 57
	https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2021/20211126154181/anx_154181_cs.pdf		
Dávka	30 mikrogramů	30 mikrogramů	10 mikrogramů
Ředění	K ředění	Bez ředění	K ředění
Množství rozpouštědla	1,8 ml	Bez ředění	1,3 ml
Velikost vialky	2 ml	2 ml	2 ml
Počet dávek ve vialce	6 (po naředění)	6	10 (po naředění)
Objem dávky pro podání	0,3 ml	0,3 ml	0,2 ml
Objem vialky pro plnění	0,45 ml		1,3 ml
Doba skladování neotevřené vialky (2 °C až 8 °C)	1 měsíc	10 týdnů	10 týdnů
Doba skladování neotevřené vialky při –25 °C až –15 °C	2 týdny	Takto neskladovat!	Takto neskladovat!
Doba skladování neotevřené vialky při –90 °C až –60 °C	9 měsíců	6 měsíců	6 měsíců
Doba skladování neotevřené vialky při pokojové teplotě (8 °C až 30 °C)	2 hodiny před ředěním	12 hodin před otevřením	12 hodin před naředěním
Doba skladování vialky po otevření nebo naředění (2 °C až 30 °C)	6 hodin po naředění	12 hodin po otevření	12 hodin po naředění
Velikost balení	195 vialek	195 vialek 10 vialek	195 vialek 10 vialek

Pro danou lékovou formu je třeba dodržovat příslušný souhrn údajů o přípravku, jehož součástí je v bodě 6.6 instrukce pro zacházení a v bodě 6.3 a 6.4 informace k době použitelnosti a zvláštním opatřením při uchovávání.

Zdroj: www.sukl.cz

Pro VOX připravil:
MUDr. Ctirad Kozderka



Metodický postup k vykazování očkování platný od 1. 1. 2022 – hlavní změny v očkování dětí

MUDr. Ctirad Kozderka

Očkování proti infekčním onemocněním je v Metodickém postupu členěno na:

- 1) pravidelné očkování
- 2) očkování při úrazech, poraněních, nehodách se ranách a před některými léčebnými výkony
- 3) očkování provedené na žádost fyzické osoby (tzv. nepovinné očkování)
- 4) zvláštní očkování
- 5) mimořádné očkování

■ Pravidelné očkování

Na základě výsledků tendru na očkovací látky na období 2022–2025 dochází ke změnám ve spektru používaných očkovacích látek pro pravidelné očkování. Nově budou používány OL **InfanrixHexa** (místo Hexacima), **Boostrix** (místo Adacel), **Adacel Polio** (místo Boostrix Polio) a **M-M-RVax-Pro** (místo Priorix). Pro vykazování ZULP zdravotním pojišťovnám je potřeba používat u daných OL jen kódy SÚKL uvedené v této metodice.

OL **Hexacima** je prioritně určena pro doočkování rozočkováných dětí. Pokud to skladové zásoby lékáře umožní, lze ji využít i pro úplnou vakcinaci dětí.

Do vyčerpání zásob lze používat OL Adacel, Priorix, Boostrix Polio, a to maximálně do doby jejich expirace.

■ Nepovinné očkování hrazené z v.z.p.

a) Očkování proti pneumokokovým infekcím

Očkování proti pneumokokovým infekcím je hrazeno, pokud jsou **všechny dávky** očkovací látky **aplikovány do sedmého měsíce věku pojištěnce**; hrazenou službou je též **přeočkování** provedené **do patnáctého měsíce věku pojištěnce**. Spektrum OL je bez změny. OL Synflorix je plně hrazena z v.z.p. ve výši 998,68 Kč, u OL Prevenar 13 je max. doplatek 460 Kč.

b) Očkování proti invazivním meningokokovým infekcím skupiny B (kojenci)

Očkování proti invazivním meningokokovým infekcím způsobeným meningokokem skupiny B je hrazeno, je-li očkování zahájeno **do dovršení dvanáctého měsíce věku** (dosud bylo očkování hrazeno při zahájení do 6. měsíce věku). Nově je možno používat oba kódy SÚKL (0193805, 0193806) OL Bexsero. U očkovací látky je nutno nadále vykazovat **symbol zvýšené úhrady Z (UHR 2)**. OL je plně hrazena z v.z.p. ve výši 1950,00 Kč, bez doplatku.

c) Očkování proti invazivním meningokokovým infekcím skupiny B (mezi 14. a 15. rokem)

Nově je z v.z.p. hrazeno očkování proti invazivním meningokokovým infekcím způsobeným meningokokem skupiny B, je-li očkování zahájeno **od dovršení čtrnáctého do dovršení patnáctého roku věku**. Pojištěnec může volit OL Bexsero nebo Trumenba. Očkovací látky jsou v základní úhradě (UHR 1) ve výši 1950,00 Kč, bez doplatku.

d) Očkování proti invazivním meningokokovým infekcím skupiny A,C,W,Y (mezi 1. a 2. rokem)

Očkování proti invazivním meningokokovým infekcím způsobeným meningokokem skupiny A, C, W, Y je hrazeno z v.z.p., je-li očkování provedeno jednou dávkou **od dovršení prvního do dovršení druhého roku věku pojištěnce**. Možná je volba OL Nimenrix nebo nové OL Menquadfi. U obou je nutno nadále vykazovat **symbol zvýšené úhrady Z (UHR 2)**. OL je plně hrazena z v.z.p. ve výši 1 207,89 Kč, bez doplatku.

e) Očkování proti invazivním meningokokovým infekcím skupiny A,C,W,Y (mezi 14. a 15. rokem)

Nově je zavedeno nepovinné očkování proti invazivním meningokokovým infekcím způsobeným meningokokem skupiny A, C, W, Y, je-li očkování provedeno

jednou dávkou **od dovršení čtrnáctého do dovršení patnáctého roku věku pojištěnce**. K výběru jsou tři OL (Nimenrix, Menveo, Menquadfi). Očkovací látky jsou v základní úhradě (UHR1) ve výši 1 193,50 Kč, bez doplatku.

f) Očkování proti lidskému papilomaviru

Očkování proti lidskému papilomaviru je hrazeno z v.z.p., je-li očkování zahájeno **od dovršení třináctého do dovršení čtrnáctého roku věku pojištěnce**. Spektrum OL je stejné jako doposud, nově jsou **všechny typy OL plně hrazeny z v.z.p.** (Cervarix – 1765,79 Kč, Gardasil – 3138,54 Kč, Gardasil 9 – 3555,12 Kč). U pojištěnců, kterým byla první dávka OL aplikována do 31. 12. 2021 s úhradou OL do výše ENNV (tedy s případným doplatkem), je **při aplikaci druhé dávky očkovací látka již plně hrazena** v souladu s ustanovením zákona č. 48/1997 Sb. platným **od 1. 1. 2022**.

Dle aktuálního znění zákona č. 48/1997 Sb., § 30 odst. 2 písm. b), je **hrazenou službou i očkování provedené po uplynutí stanovených lhůt** očkování očkovacími látkami proti pneumokokovým infekcím, proti invazivním meningokokovým infekcím a proti lidskému papilomaviru, **pokud došlo k odložení aplikace** jedné nebo více dávek očkovacích látek **z důvodu zdravotního stavu pojištěnce**.

Metodika obsahuje změny i v dalších částech, některé se netýkají PLDD, jiné jsou pro PLDD marginální. Kompletní znění Metodického postupu k vykazování očkování od 1. 1. 2022 uvádíme ve středové příloze tohoto čísla časopisu Vox pediatrae. Metodický postup byl také rozeslán hromadným mailingem členům SPLDD dne 5. 1. 2022 a je publikován na www.detskylekar.cz.



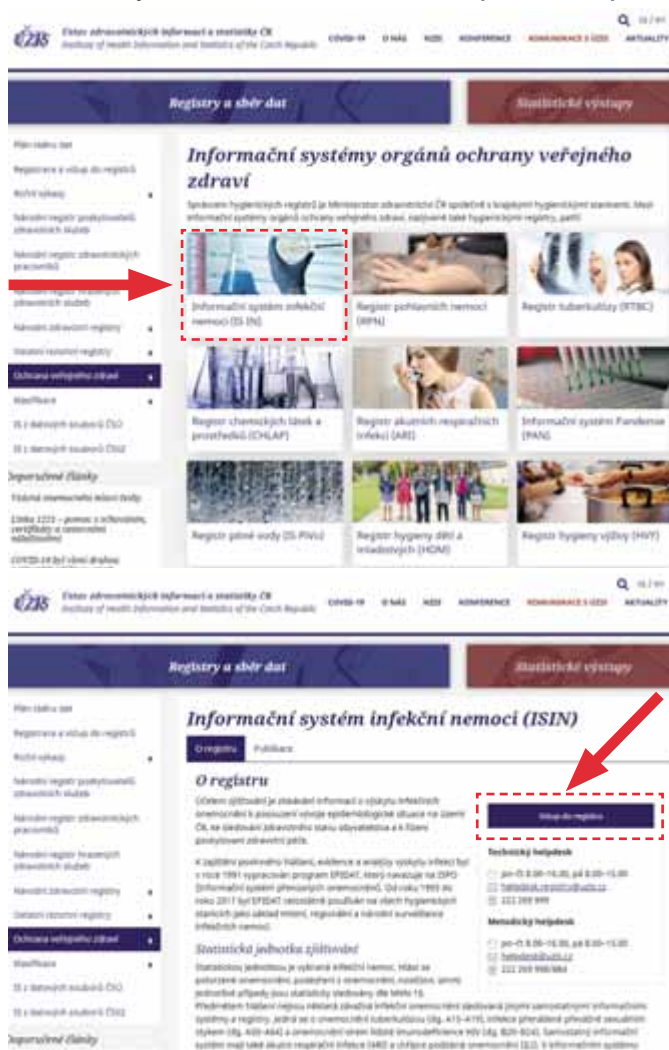
Jak zapisovat očkování proti COVID-19 do ISIN

MUDr. Ctirad Kozderka

Možnosti přihlášení do ISIN

- Přihlášení přímo z lékařského SW, pokud má modul pro zapisování očkování do ISIN
- Přihlášení prostřednictvím webových stránek ÚZIS (viz dále)

Informační systém infekční nemoci – ÚZIS ČR (www.uzis.cz)



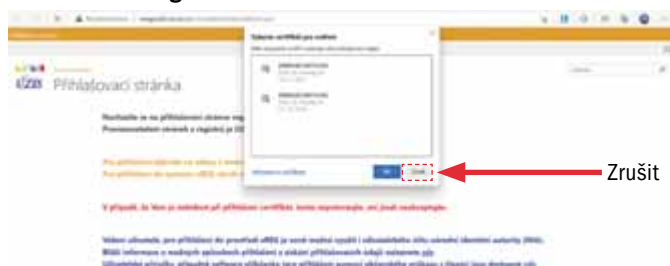
Přihlášení do registru



Důležité upozornění!

V případě, že jste si zvolili způsob přihlášení, který není dostupný, můžete se přihlásit jiným způsobem. Pro přihlášení do registru je nutné mít přístup k internetu a být online. Pro přihlášení do registru je nutné mít přístup k internetu a být online. Pro přihlášení do registru je nutné mít přístup k internetu a být online.

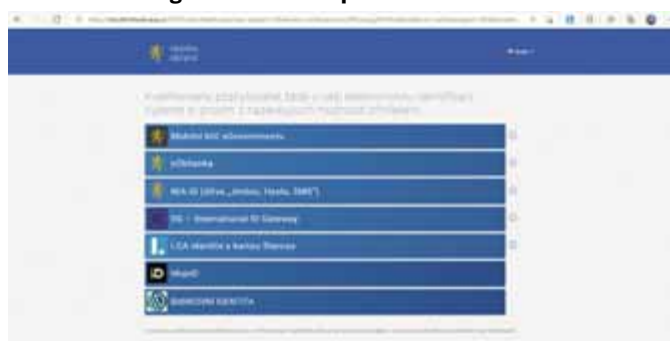
Přihlášení do registru



zvolte způsob přihlášení



Přihlášení do registru – varianta přes eidentita.cz



* Kliknout na zvolenou možnost

Po přihlášení do resortních registrů Ministerstva zdravotnictví stiskněte ikonu „Pacienti COVID-19“



Očkování musíte provádět pod rolí „praktik vakcinace“

Jak vygenerovat roli „praktik vakcinace“ ?



*Kliknutí na JSU – Jednotná správa uživatelů



Podání žádosti o novou roli „Praktik vakcinace“ do ISIN – modul Pacienti COVID-19

Podat žádost o přístup do aplikace může pouze osoba s přístupem do aplikace JSU a rolí žadatel.



Zjednodušená žádost



Zjednodušená žádost – rolí vyberte roli Praktik vakcinace a doplňte identifikaci (našeptávač)



Po odeslání žádosti je osoba ověřena a systémem je automaticky přidělena role „Praktik vakcinace“



Založení pacienta k očkování

Zobrazení pacienta a jeho přidání na očkovací seznam praktického lékaře

- Praktický lékař může provádět vakcinaci nejen u svých pacientů, které má registrované, ale i u pacientů neregistrovaných

- Pacienti registrovaní, kteří již byli v minulosti do systému zaneseni (například pro test, karanténu či izolaci) jsou v seznamu „Moji pacienti“



- Ostatní pacienty (tzn. registrované i neregistrované, kteří ještě nebyli do systému zavedeni) vyhledáme pomocí ikony „Vyhledání pacienta“.



Vyhledání pacienta

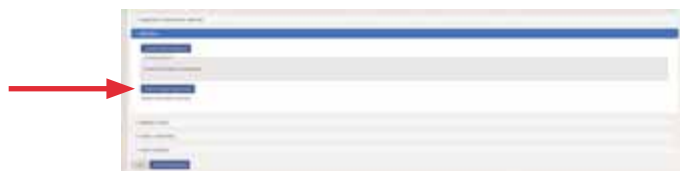


- Po zadání **jména, příjmení** a **rodného čísla** se zobrazí **detail pacienta**, ve kterém můžete doplnit – upravit některé z kontaktních údajů. Mezi **povinné údaje** patří: **zdravotní pojišťovna, město a PSČ**. Položku „Město“ vybíráte z našeptávače, PSČ se pak automaticky doplní. Důležité je také **uvést správně kontaktní e-mail a mobilní telefon**. Na uvedený e-mail je možné na vyžádání pacienta zaslat certifikát o provedeném očkování (certifikát jak po první, tak po druhé dávce). Primárně si ale certifikát o provedeném očkování pacient vyzvedává na Očkovacím portálu občana <https://ocko.uzis.cz>. Správně zadaný e-mail a mobilní telefon je důležitý pro bezproblémové přihlášení na tomto portále.

Detail pacienta – zadání očkování



Zadání očkování u dosud neočkovaného



Klikni na Zadat novou vakcinaci



V následujícím kroku **vyberte jednu z indikací**, tedy informaci, z jakého důvodu je pacient indikován pro vakcinaci.



Vizuál karty pacienta s indikací k očkování



* Pro zadání I. dávky očkování klikni „zadat novou dávku“

Otevře se karta, ve které doplníme požadované údaje



Zapsané provedené očkování I. dávkou (výřez)



Zadání další dávky vakcíny

- Pacient, kterého jste naočkovali první dávkou, je dohledatelný v seznamu „Moje očkování“ a druhou dávku lze zadat zrychleným postupem, kdy nemusíte pacienta složitě vyhledávat.
- Stisknete ikonu „Moje očkování“, kde se Vám zobrazí Vaši pacienti, které jste naočkovali první dávkou.
- Najdete si příslušného pacienta a kliknutím na jeho jméno si zobrazíte jeho detail. V sekci očkování je uveden stav „probíhající“.

- Uvidíte již zadanou první dávku očkování a těsně nad ní je tlačítko „Zadat novou dávku“, které stisknete a zadáte druhou dávku očkování. Postupujete stejně jako při zadávání I. dávky

Vizuál „Moje očkování“



K zadání další dávky očkování nejprve klikni na „detail“ u zvoleného očkovance

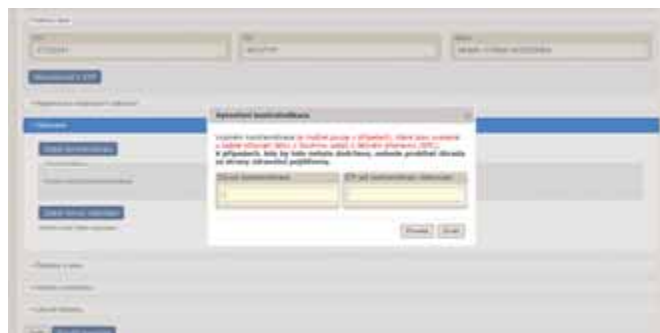
Pro zadání následující dávky klikni na „Zadat novou dávku“



Vizuál po vyplnění dat u pacienta očkovaného II. dávkou



Kontraindikace



V případě, kdy je pacient kontraindikován k očkování, vyberte v sekci „Vakcinace“ políčko „Zadat kontraindikaci“.



■ Zadání údajů o cizinci v ISIN

- V části s názvem Detail pacienta ověřte, případně doplňte – aktualizujte kontaktní údaje žadatele o certifikát, zejména tel. číslo (mobil) a e-mail pro pozdější možnost stažení certifikátu pacientem v aplikaci Tečka a na <https://ocko.uzis.cz/>.
- **U cizinců je nutné v kontaktních údajích vyplnit u položek „Město“ a „PSC“ českou obec, ve které se cizinec momentálně zdržuje.** Položku „Město“ vybíráte z našeptávače, PSC se pak automaticky doplní.
- **U položky Mobilní telefon je nutné u zahraničních telefonních čísel vyplnit číslo včetně mezinárodní předvolby.** Na toto telefonní číslo bude odesláno heslo pro otevření .pdf soboru s certifikátem, v případě, že poskytovatel odešle očkovací certifikát žadateli e-mailem.

Kódování „zdravotní pojišťovna“ u nepojištěných z v.z.p.

- **U nepojištěnců (samoplátců)** v kontaktních údajích vyplňte u položky Zdravotní pojišťovna/Samoplátce možnost „300 samoplátce“.
- V případě, že se jedná o **nepojištěnce s komerčním pojištěním (samoplátce)**, vyberte možnost „333 Všeobecná zdravotní pojišťovna – pojištění cizinců“.
- **U vládního stipendistů či jiné oprávněné osoby** vyberte možnost „800 Vládní stipendista – hradí MZ ČR“.
- U osoby, u které je **vakcína poskytnuta na základě usnesení vlády nebo rozhodnutí MZ ČR**, zvolte možnost „999 ostatní“ (použijte také pro očkování ve věznicích).

covid-19-ockovani-isin-manual-pl.pdf (uzis.cz)

■ Postup zadání očkování osoby očkované mimo ČR do ISIN

- Zkontrolujte doklady o očkování dle požadavků a doporučení MZ.
- Uznávání certifikátů o provedeném očkování z jiných zemí – Aktuální informace o COVID-19 (mzcr.cz)
- <https://koronavirus.mzcr.cz/certifikaty/>

covid-19-ockovani-isin-manual-mimo-cr.pdf (uzis.cz)

■ Zápis I. dávky očkování v cizině



- Nejprve zadejte I. dávku. Vyplňte datum vakcinace dle dodaného dokladu ze zahraničí. Pole expirace a šarže nejsou pro zápis uznaných očkování povinné.
- Zaškrtněte okénko Uznání dávky z jiné země. V rámci zemí EU se aktuálně dle platných metodických pokynů uznává pouze první dávka očkování. Zápis kompletní vakcinace (obou dávek) podaných v EU se do ISIN nezapíše. V tomto případě musí pacient požádat o DGC v té zemi EU, kde byla vakcinace zapsána.
- Poté zadejte II. dávku, kterou jste aplikovali, standardním způsobem.

■ Rady na závěr

Vzhledem k tomu, že PLDD asi nebude očkovat každý den, je **vhodné si naplánovat očkovací dny** tak, aby byl dodržen doporučený interval u dvoudávkových vakcín, tzn. počítat s víkendy, dny volna, svátky apod.

V případě potíží se můžete obracet na

Technický helpdesk:

po-čt 8.00–16.00, pá 8.00–15.00

helpdesk.registry@uzis.cz

222 269 999

Metodický helpdesk:

po-čt 8.00–16.00, pá 8.00–15.00

helpdesk@uzis.cz

222 269 998/884

Krajského metodika:

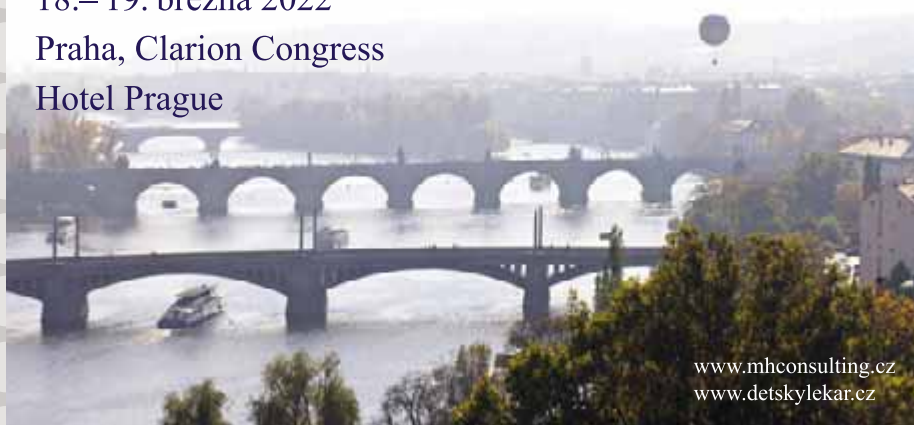
seznam uveden na <https://www.uzis.cz/index.php?pg=kontakt-metodicka-podpora>



18.– 19. března 2022

Praha, Clarion Congress

Hotel Prague



www.mhconsulting.cz
www.detskylekar.cz



Přehled akcí SPLDD

Tak jako v předcházejících letech, i v roce 2021 připravilo Sdružení pro své členy celou řadu akcí. Vzhledem k epidemiologické situaci proběhla naprostá většina online formou. Proběhlo i množství edukativních webinářů a webcastů. Jejich přehled uvádíme. Je patrné, že účast byla velmi vysoká. Vzhledem k tomu, že byly kreditované, potřebný limit pro certifikát celoživotního vzdělávání splnilo rekordních

475 členů. Tento počet se ještě jistě navýší po zpracování žádostí o extra kredity. Některé webcasty stále naleznete na stránkách www.detskylekar.cz. Na rok 2022 plánujeme akce v podobném rozsahu. Ty nejdůležitější uvádíme v tabulce „Termínový kalendář pro rok 2022“. Průběžně je budeme doplňovat dle aktuálních potřeb a požadavků.

■ Přehled webinářů + webcasty 2021

Název	počet účastníků
WEBCAST – Aktuální informace o očkování proti meningokokům	772
WEBCAST – Meningokok – nejčastější otázky a odpovědi	558
WEBCAST – Enuréza	481
WEBCAST – Síla přírody v terapii dýchacích cest	131
WEBCAST – Vývoj očkovacího kalendáře v čase	136
WEBCAST – COVID-19	448
WEBCAST – Anafylaxe	456
WEBCAST – 1. Purkyňka v karanténě	284
WEBCAST – 2. Purkyňka v karanténě	228
WEBCAST – 3. Purkyňka v karanténě	199
WEBCAST – Testování SARS-CoV-2 u dětí v ordinaci PLDD	362
WEBCAST – Symposium Pha + Stč	148
WEBCAST – 5. Purkyňka v karanténě	37
WEBCAST – 6. Purkyňka v karanténě	38
WEBINÁŘ – Nové vakcíny pro ordinace PLDD 23. 2.	785
WEBINÁŘ – Nové testy na COVID-19 v ordinaci PLDD. PIMS 10. 3.	893
WEBINÁŘ – COVID-19 – praktické zkušenosti v ordinaci PLDD – 14. 4.	895
WEBINÁŘ – Pohlavní vývoj u dětí v ordinaci PLDD – 27. 4.	515
WEBINÁŘ – Protiinfekční imunita + vitamin C – 21. 4.	118
WEBINÁŘ – Protiinfekční imunita + vitamin C – 28. 4.	160
WEBINÁŘ – Protiinfekční imunita + vitamin C – 12. 5.	106
WEBINÁŘ – SYMPOZIUM od A do Z – Hlava a krk – 15. 5.	307
WEBINÁŘ – Vyšetření zraku v ordinaci PLDD – 26. 5.	386
WEBINÁŘ – Pohlavní vývoj u dětí v ordinaci PLDD – 9. 6.	198
WEBINÁŘ – Novinky pro ordinace PLDD – režim ordinace, testování, očkování proti chřipce u dětí – 18. 10.	505
WEBINÁŘ – Nárůst obezity u dětí, možnosti PLDD v jejich léčbě – 25. 10.	208
WEBINÁŘ – Aktuální informace pro ordinace PLDD – 8. 12.	914
Management v ordinaci PLDD 1-2/2021	705
Komunikace 10-11/2021	330

■ Termínový kalendář pro rok 2022

Region	akce	datum
--------	------	-------

Akce pořádané SPLDD – prezenční

Jihomoravský	konference SPLDD s odborným programem	26. 3.
Jihočeský	konference SPLDD s odborným programem	2. 4.
Středočeský + Praha	konference SPLDD s odborným programem	7. 4.
Západočeský	konference SPLDD s odborným programem	9. 4.
Severočeský	konference SPLDD s odborným programem	23. 4.
Severomoravský	konference SPLDD s odborným programem	30. 4.
Východočeský	konference SPLDD s odborným programem	7. 5.

Celorepubliková	Sněm	21.-22. 5.
Celorepubliková	Celostátní konference	5. 11.

Akce pořádané SPLDD – online

Celostátní	Management praxe PLDD	22. 1.
Celostátní	Management praxe PLDD	29. 1.
Celostátní	Management praxe PLDD	5. 2.
Celostátní	Management praxe PLDD	12. 2.
Celostátní	Management praxe PLDD	19. 2.
Celostátní	A-Z	28. 5.
Celostátní	Sestra v ordinaci PLDD II.	4. 6.
Celostátní	Sestra v ordinaci PLDD II.	11. 6.
Celostátní	Komunikace v ordinaci PLDD 10 seminářů	Út-Čt, září-říjen

SPLDD jako spoluorganizátor

Celostátní	Kongres primární péče	18.-19. 3.
------------	-----------------------	------------



Dětská plastická chirurgie

prof. MUDr. Andrej Sukop, Ph.D.,

MUDr. Michaela Večeřová, MUDr. Kateřina Kiss, MUDr. Klára Novotná,

MUDr. Klára Schwarzmánová, MUDr. Michal Makel

MUDr. Matěj Patzelt, Ph.D., Ing. MUDr. Martin Ouzký

Klinika plastické chirurgie FN Královské Vinohrady

Plastická chirurgie v dětském věku hraje důležitou roli v řešení řady vrozených vývojových vad, úrazových i poúrazových stavů. Spektrum výkonů je velmi rozsáhlé. Pro orientaci jsou zpracovány základní informace o nejčastěji řešených diagnózách a následné péči v Centru dětské plastické chirurgie FN Královské Vinohrady.

■ Rozštěpové vady obličeje

(M. Večeřová, K. Kiss)

Rozštěpové vady obličeje patří mezi nejčastější vývojové vady. Ve většině případů se jedná o izolované vady, u 30 až 40 % pacientů mohou být přítomny i jiné vrozené vady. Celosvětová incidence rozštěpových vad se pohybuje kolem 1 na 600 až 800 porodů, nejčastěji se vyskytují u asijské a poté u kavkazské populace. Incidence mírně klesá díky dokonalejší prenatalní diagnostice. V České republice dle ÚZIS ČR je incidence 1,5 na 1 000 porodů.

Nejčastější příčinou vzniku rozštěpové vady obličeje je kombinace genetické predispozice s exogenními vlivy.

Rozštěpy dělíme na typické, kam patří rozštěp rtu, rozštěp rtu a čelisti či celkový rozštěp, kde je postižen ret, čelist i patro. Dále sem řadíme izolovaný rozštěp patra. Druhou, vzácnější skupinou jsou rozštěpy atypické, kam patří např. příčný rozštěp obličeje. Vada postihuje jak měkké, tak i tvrdé tkáně v oblasti střední části obličeje. Kromě vzhledu může být postižena funkce polykání, kousání a sání, dýchání, fonace a artikulace a správná funkce středouší. Léčba je proto multidisciplinární a začíná již od narození a trvá až do dospělosti.

Obr. 1 Neúplný rozštěp rtu



Péče a léčba pacientů s rozštěpem ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady má dlouholetou tradici již od období první republiky díky prof. Františku Burianovi, zakladateli oboru plastické chirurgie. Od roku 2001 je ve FN Královské Vinohrady na Klinice plastické chirurgie založeno Centrum pro léčbu rozštěpových vad obličeje a je zde zajištěna komplexní multioborová léčba pacienta, která často začíná konzultací již před narozením a pokračuje až do dospělosti. Péči o pacienta koordinuje plastický chirurg. Pokud je vada diagnostikována prenatalně, mají rodiče možnost konzultace v naší prenatalní poradně. Při zjištění vady až po narození přichází pacient do naší ambulance během 1. měsíce s dokumentací z porodnice a od pediatra. Při této návštěvě je naplánován postup léčby dle typu rozštěpu. Na Klinice plastické chirurgie FNKV postupujeme v souladu s evropskými a světovými standardy léčby, které byly stanoveny v projektu Eurocleft a též americkou společností ACPA (American Cleft Palate Association). Operaci rozštěpu rtu u celkových rozštěpů provádíme nejčastěji od 3. měsíce věku dítěte. Pacienty s izolovaným rozštěpem rtu (1) v indikovaných případech operujeme již v prvních dnech po narození. Organizace neonatálních operací probíhá mezi porodnicí, kde se dítě narodilo, a Gynekologicko-

Obr. 2 Rozštěp patra



-porodnickou klinikou FNKV, kde operace probíhají. Rozštěp patra (2) operujeme od 9. měsíce věku, v indikovaných případech v kombinaci s tympanostomií. Operační prodloužení patra při hypernasalitě a úniku vzduchu nosem se provádí od 4. roku dítěte. Případná rekonstrukce alveolu čelisti dle indikace ortodontisty od 9. roku dítěte. Estetické operační korekce nosu doporučujeme až po ukončení růstu, u dívek nejčastěji od 16. roku, u chlapců později. Nedílnou součástí léčby bývají i ortognátní operace realizované maxilofaciálním chirurgem.

Chirurgická léčba je doprovázena terapií a dispenzarizací na Otorhinolaryngologické klinice a Stomatologické klinice FNKV, kde probíhá důležitá ortodontická část léčby. Do našeho týmu dále patří neonatolog, anesteziolog, genetik, ortodontista, maxilofaciální chirurg, pediatr, foniater, radiodiagnostik a psycholog. U nás mají rodiče příležitost provést dítě léčbou v jednom zdravotním centru. Informace pro lékaře i rodiče jsou uvedeny na stránkách fakultní nemocnice: <https://www.fnkvv.cz/rostepove-centrum.php> či na stránkách našeho rozštěpového centra: <https://www.rozstepy-centrum.cz/>.

■ Hemangiomy

(A. Sukop)

Hemangiomy patří mezi vrozené vývojové vady, cévní tumory benigní povahy, způsobené patologickým růstem cévního endotelu ve fyziologicky vytvořeném cévním řečišti. Nejčastěji je postižena kůže, může však být postiženo cévní řečiště v kterémkoli orgánu. Mohu mít formu povrchovou, hlubokou nebo smíšenou. Superficiální hemangiomy mají typicky červené zbarvení na povrchu kůže. Hluboká forma, tzv. kavernózní hemangiomy, se projevují elastickým vyklenutím kožního krytu, ve kterém prosvítá tmavě červená

až fialová cévní struktura. Smíšené hemangiomy (7) jsou pak kombinací předchozích forem.

Hemangiomy mohou být vzácně přítomny hned po narození. Charakteristickým klinickým obrazem však bývá absence hemangiomu po narození nebo klinicky jen málo vyjádřená kožní afekce ve formě růžových skvrn, ložisek. Mezi 7.–30. dnem po narození dochází k objevení se hemangiomu a rychlému, často až dramatickému růstu (3). Do 6.–8. měsíce hemangiom obvykle roste rychleji než tělo dítěte, toto období nazýváme fází proliferativní. Následuje fáze „plateau“ trvající 2–4 roky, kdy se hemangiom zvětšuje proporcionálně s růstem dítěte. Od 5. roku do přibližně 12. roku probíhá fáze involuční, při které dochází k různě vyjádřené regresí hemangiomu. Ložisko může i zcela vymizet bez následků nebo se v místě postižení mohou nacházet kožní rezidua ve formě jizev, pigmentací, zvětšené laxicity kůže, teleangiektazií. Hemangiomy jsou častěji přítomny u žen v poměru 3–6 : 1, u bílé populace 10–12 %, minimálně u dětí původem z Asie a Afriky. Asi 10 % dětí má vícečetnou lokalitu. U dětí předčasně narozených se objevuje hemangiom až ve 23 %. Hemangiomy mohou způsobit celou řadu komplikací. Obstrukci svojí velikostí a lokalitou (jazyk, dýchací cesty, otvory...), destrukci ulcerací, deformaci tkání (ret (5), víčko (6), nos (7), prsty, trup...), krvácení, zánětlivé komplikace, poruchy růstu a závažné až letální komplikace u mnohočetných hemangiomů v životně důležitých orgánech.

U jednotlivých ložisek nejsou primárně indikovány vyšetřovací metody. U vícečetných nálezů je ultrazvukové vyšetření metodou první volby. V dalším sledu následuje magnetická rezonance.

Léčba spočívá u většiny případů v observaci dynamiky vývoje spontánní regrese. Rychle rostoucí, neregredující, komplikace způsobující hemangiomy (8) jsou indikovány k léčbě. V prvních měsících života jsou využívány betablokátory s ideálním nasazením do 3. až 5. měsíce věku. Po jednom roce života dítěte již tato léčba nepřináší efekt. K chirurgické léčbě jsou indikovány hemangiomy krvácející, pendulující, ulcerující, obliterující tělní otvory, omezující sluch, visus, příjem potravy, velikostí omezující svého nositele v běžném životě. Velmi důležitou indikací k odstranění jsou hemangiomy v esteticky nápadných místech, především v oblasti obličeje a krku. Zde je snaha o odstranění do 3 let věku, než dítě začne vnímat



Obr. 3 Rychle regredující hemangiom



Obr. 5 Hemangiom horního rtu



Obr. 8 Kavernózní hemangiom



Obr. 4 Rychle regredující hemangiom



Obr. 6 Hemangiom dolního víčka



Obr. 7 Smíšený hemangiom nosu



Obr. 9 Kongenitální vilózní pigmentový névus



Obr. 10 Sebaceózní névus



Obr. 11 Dermoidní cysta

svoji odlišnost při sociálních interakcích v dětském kolektivu, jako prevence nepříznivého psychického vývoje.

Chirurgická léčba může ložisko zcela odstranit nebo v několika etapách redukovat objem hmot hemangiomu. Po involuci hemangiomu je možná chirurgická korekce jizev, deformací a pigmentací.

■ Naevy

(K. Novotná)

Naevus je vrozenou anomálií kůže, jedná se o barevně odlišné ložisko, vrozené nebo získané. Rizikem, kterého se nejvíce obáváme, je maligní zvrat pigmentového neavu v maligní melanom, který je sice v dětském věku vzácný, nicméně se s ním občas setkáváme a vzhledem k závažné prognóze se ho velmi obáváme.

Péče o neavy, zejména právě pigmentové, patří do rukou dermatologa, ten v případě, že dojde k závěru, že naevus vyžaduje excizi, odesílá na pracoviště plastické chirurgie. Načasování operace podléhá několika kritériím, v případě nejasného dermatoskopického nálezu je indikována časná excize. V případě, že je naevus dle dermatologa klidný a umožňuje pouze sledování, sna-

žíme se vyčkat dobré spolupráce pacienta a výkon provést v místním umrtvení v ambulantním režimu. Obvykle se daří provádět výkony v lokální anestezii zhruba od 6 let věku, ale zde je velký individuální rozdíl. U rozsáhlejších naevů volíme často přístup tzv. parciálních excizí, kdy odstraníme vždy střední část naevu a okraje ponecháme, aby elasticita kůže umožnila uzávěr kožní suturou, a po obvykle 6–9 měsících postup opakujeme, dokud nezískáme lineární jizvu, která je esteticky nepřijatelnější. Specifickou skupinou jsou děti s rozsáhlými kongenitálními neavy (9), které vyžadují mnohaetapové výkony a často kombinaci přístupů – parciální excize, kožní transplantace, expandér... A vzhledem k dlouhodobé terapii je výhodné, když tito pacienti docházejí na naše pracoviště od cca 9 měsíců věku a první výkon se realizuje mezi dovršeným 1. a 2. rokem věku.

Sebaceózní naevus (10) je výrazně méně častý než naevy pigmentové, vyskytuje se zejména v oblasti hlavy a krku a je složen z nezralých vlasových nebo chlupových folikulů. Klinicky se jeví jako nahloučení světle hnědých papulek v těsném sousedství,

asymetrického tvaru, nejasného ohraničení. Často reaguje na hormonální změny a může se zvýraznit v době puberty. Vzhledem k nejasnému ohraničení často nebývá excize dostatečně radikální (vezmeme-li dále v úvahu špatnou posunlivost kůže v oblasti kštice, kde je tento nález nejčastější). Je doporučeno odstranění sebaceózních neavů, případně důsledná dermatologická dispenzarizace, protože byly popisovány maligní zvraty po 4. deceniu.

Spitz neavus (naevus Spitzové, melanoma juvenile) činí diagnostické obtíže jak dermatologům, tak patologům. Povaha tumoru je benigní, ale klinický i histopatologický obraz může budít rozpaky zejména u tzv. atypického Spitz naevu. Je typickým tumorem dětského věku, vykazuje obvykle rychlý růst, bývá amelanotický, může krvácet, klinicky se jeví jako červená papula, klinicky i anamnézou může být zaměněn za pyogenní granulom, který ovšem dermatolog spolehlivě dermatoskopicky odliší. U obou výše zmíněných útvarů se doporučuje časná excize a diagnostická histologie k zjištění povahy útvaru. Ani u jednoho není předpoklad spontánní regrese.



Obr. 12 Anocie



Obr. 13 Chrupavčitý štěp



Obr. 14 Stav po kompletní rekonstrukci boltce

Cysty

Z cystických útvarů se v dětském věku často setkáváme s dermoidní cystou (11), která je typicky lokalizována v okolí orbity. Někdy bývá přítomna již při narození a postupně se zvětšuje, jindy se objeví v prvních měsících věku. Jedná se o ektodermální struktury z doby embryonálního vývoje a tomu také odpovídá obsah cyst – typicky tenký obal vystlaný epidermis a uvnitř více či méně tekuté atheromové hmoty. V případě, že cysta nezasahuje do visu, ponecháváme operační řešení po dokončení 1. roce věku z důvodu anesteziologických doporučení. Pokud cysta působí obtíže ve smyslu útlaku okolních tkání nebo rychle roste, přistupujeme k exstirpaci dříve.

Pilomatrixom (pilomatricom)

Je benigní nádor z buněk kožních adnex. Klinicky se jeví jako tuhý podkožní útvar vznikající zejména v oblasti hlavy a krku a objevuje se nejčastěji v první dekádě života. Roste pomalu. V USG obraze dominují kalcifikace, minimální nebo častěji žádná vaskularizace a ostré oddělení od okolních struktur. Může být zaměněn s hmatnou uzlinou. V případě rozpaků doporučujeme USG vyšetření a vzhledem k benignosti útvaru dispenzarizaci a pouze při tlaku na okolní struktury, případně estetické nápadnosti časný výkon v celkové anestezii. Vhodnější je vyčkat na dobrou spolupráci, nezatěžovat pacienta narkózou a výkon provést v lokální anestezii.

Vrozené vady ušních boltců

(K. Schwarzmannová, M. Makel)

Jako vrozené vady boltců označujeme poruchu nebo změnu vývoje a tvaru boltců. Jedná se tedy o poměrně heterogenní skupinu. Nalézáme tedy změny ve vývoji boltce co do tvaru, postavení, až po úplné chybění boltce.

Boltec má poměrně složitý embryonální vývoj. Formuje se ze 6 mezenchymálních výběžků na dorsálním konci I. mandibulárního a II. hyoidního žaberního oblouku, které jsou odděleny první žaberní vkleslinou. Kritická perioda pro vývoj ucha je 4.–12. týden. Splývání jednotlivých hrbolků ve 12. týdnu je poměrně komplikovaný proces, a proto může často docházet k anomálnímu vývoji ušního boltce. Kvůli chybnému vývoji ve spojení jednotlivých hrbolků mohou vznikat anomálie boltce, preaurikulární píštěle a výrůstky. Defekty zevního ucha mohou být sdruženy s dalšími malformacemi.

Odstálé boltce je stav, kdy úhel, který svírá boltec s temporální částí hlavy, je větší než 25 st. Incidence v populaci je asi 5 % – může být přítomna změna tvaru a formování crus helices a různě hluboké konchy. Tato vada je řešena chirurgicky – otoplastikou. Operaci odstátých boltců provádíme nejčastěji v lokální anestezii za krátkodobé hospitalizace. Operace odstátých boltců je hrazena zdravotními pojišťovnami do 10 let věku dítěte. Operaci doporučujeme provádět kolem 7.–10. roku s přihlédnutím závažnost, tvarové změně boltců, spolupráci a celkovému vývoji dítěte.

Mikrocie, tj. zmenšení ušního boltce, které bývá často kombinováno s tvarovou deformitou. **Anocie** (12) označuje úplné nevyvinutí boltce, je spojena s poruchou vývoje zevního zvukovodu a středního ucha, a proto je nutné, aby dítě bylo sledováno ve specializované ambulanci ORL, byl proveden audiogram a řešena sluchová vada. Mikrocie a anocie může být součástí syndromů. Jedním z nejčastějších syndromů je Treacherův-Collinsův syndrom. Duševní vývoj u tohoto syndromu není postižen. Typicky se u něj vyskytuje antimongoloidní

postavení očních štěrbin s kolobomem, hypoplazie lícnicích kostí a mandibuly („ptačí profil“), malformace ucha, makrostomie, vysoké patro.

Deformita nebo nepřítomnost ušního boltce je handicapem nejen funkčním, ale i estetickým. Problémem je nošení brýlí, kompenzačních pomůcek (naslouchátko), významné je i psychosociální hledisko.

Rekonstrukce boltce je prováděna jako etapový rekonstrukční výkon. Operaci provádíme dle vývoje dítěte po 10. roku věku, s přihlédnutím k případným přidruženým onemocněním. V první etapě je vytvořen neoboltec z chrupavky žebra a vložen do kožně-podkožní „kapsy“ v místě nového boltce. Chrupavčitý štěp je získáván z junkce 6.–7. žebra a části 8. žebra (13). Druhá etapa rekonstrukce spočívá ve vytvoření záušního prostoru. Při této operaci je záušní prostor rekonstruován kožním štěpem, který odebíráme nejčastěji z oblasti třísla. Operace je opět prováděna v celkové anestezii s časovým odstupem 6 měsíců od prvního výkonu. V dalším období jsou potom dle potřeby prováděny korekce reliéfu, případně korekce a augmentace tragu (14).

Mezi další často se vyskytující vady patří výrůstky před boltci a vrozené píštěle, které mohou být jednostranné i oboustranné. Většinou mají tvar hrbolků nebo stopkatých lalůčků lokalizovaných před tragem. Nebezpečí vrozených ušních píštělí tkví v možné sekundární infekci, proto se chirurgicky odstraňují.

Vrozené vývojové vady ruky

(M. Patzelt, A. Sukop)

Vrozené vývojové vady ruky jsou strukturální a funkční odchylky od normálního stavu, které vznikají během prenatálního vývoje a jsou přítomny v okamžiku narození. Jedná se o velmi široké spektrum postižení od vad,



kteřé nezpůsobují nositeli žádná funkční omezení, až po vady, které znamenají těžký handicap a společenskou stigmatizaci. Prevalence vrozených vývojových vad ruky se udává 27,2 na 10 000 živě narozených dětí. Tyto vady se mohou vyskytovat buď izolovaně, nebo jako součást syndromů.

Etiologie je většinou multifaktoriální, na jejich vzniku se podílejí jednak genetické anomálie, jednak vnější vlivy – léky, alkohol, drogy, chemikálie nebo fyzikální vlivy. U některých vad je příčina přesně známá, příkladem může být thalidomová aféra na přelomu padesátých a šedesátých let, u jiných vad příčinu stále neznáme.

Mezi nejčastěji řešené vrozené vady ruky patří polydaktylie, syndaktylie a vrozený lupavý palec.

Polydaktylie (15) je stav, kdy má dítě jeden nebo více nadbytečných prstů, nejčastěji malík nebo palec. Nadbytečný prst je většinou hypoplastický a má omezený funkční rozsah. Může se vyskytovat v různých formách od měkkotkáňového přívěsku, který je k ruce připojen pouze tenkým kožním mostem, až po téměř plně vyvinutý nadbytečný prst, který je k ruce připojen kloubem. Léčba spočívá v odstranění nadpočetného prstu. V případě zdvojeného palce je kladen důraz na zachování prstu, který má lepší funkci a je schopen opozice.

Obr. 15 Nadpočetný prst



Syndaktylie (16, 17) je srůst prstů, nejčastěji bývá srůstlé třetí meziprstí. Syndaktylie může být měkká, jedná se pouze o srůst měkkých tkání, nebo synostální, v tom případě jsou srůstlé i kosti. Principem léčby je chirurgická separace srůstlých prstů a krytí vzniklých kožních defektů kožním štěpem odebraným z levého třísla.

Lupavý palec je způsoben ztlustněním šlachy dlouhého flexoru palce, což má za následek, že šlacha nemůže volně klouzat pod A1 poutkem. Dítě má většinou ohnutý palec v interfalangeálním kloubu. Léčba je buď konzervativní, kdy palec dlahujeme, pokud není dlahování úspěšné, provádíme chirurgické protnutí A1 poutka.

Časování chirurgických výkonů u vrozených vývojových vad je přísně individuální a závisí na tíži vady, spolupráci pacienta a jeho celkovém zdravotním stavu a hlavně na rozsahu funkčního omezení, které vada způsobuje. Obecně se doporučuje operace vrozených vývojových vad ruky mezi prvním a třetím rokem života, ideálně tedy před zařazením dítěte do kolektivu.

Po operaci je samozřejmě klíčová péče o rány a jejich pravidelné převazy, následně péče o vzniklé jizvy. Nedílnou součástí chirurgie ruky je také následná rehabilitace, tak aby dítě ruku řádně rozhýbalo a minimalizovaly se funkční deficity.

U každého dítěte s podezřením na vrozenou vývojovou vadu ruky je nutné vyšetření

Obr. 16 Syndaktylie před operací



plastickým chirurgem, který určí konečnou diagnózu, vyloučí sdružené a skryté vady a navrhne optimální řešení, tak aby se ruka řádně vyvíjela a měla co nejlepší funkci.

■ Úrazy obličeje a horních končetin u dětí

(M. Ouzký, A. Sukop)

Úrazy obličeje a horních končetin patří mezi diagnózy, které mají zvláště u dětí závažný psychosociální dopad na pacienty samotné i jejich rodiče.

Klinika plastické chirurgie FNKV je pracoviště disponující nepřetržitou, 24hodinovou traumatologickou službou, která kromě ošetření dospělých nemocných zajišťuje i péči o dětské pacienty. Mezi základní skupiny poranění pediatrických pacientů, která jsou indikována k ošetření na našem pracovišti, patří:

- Ztrátová poranění měkkých tkání hlavy a akrálních částí těla (obličej, nos, boltce, skalp, genitál)
- Amputační poranění horních a dolních končetin (prsty, ruka, zápěstí, distální předloktí)
- Všechna ostatní poranění ruky do úrovně zápěstí kromě zcela drobných povrchových ran (rozsáhlejší řezné rány, poranění šlachového aparátu, cév, nervů)

Amputační poranění u dětí patří mezi absolutní indikace k replantačnímu výkonu (18, 19, 20). U těchto poranění je pro úspěch

Obr. 17 Syndaktylie po operaci





Obr. 18 Ruka s amputovanými prsty



Obr. 20 Funkční výsledek po replantaci

Obr. 19 Amputáty prstů



replantace důležitá příprava pacienta. Vedle celkové přípravy (stabilizace pacienta, zajištění žilních vstupů, analgie) je zcela zásadní příprava traumatem postižených měkkých tkání, a to již při primárním ošetření se zásadním důrazem na ošetření amputátu.

Mezi hlavní principy primárního chirurgického ošetření u amputačních poranění patří: stavění krvácení na pahýlu kompresí (nikoliv elektrokoagulací), případně jemnými podvazy na koncích magistralních cév u masivního krvácení; zachování všech přítomných kožních mostů, které spojují (sub)amputát s pahýlem, a řádné ošetření amputátu.

Řádného ošetření amputátu docílíme zejména: opláchnutím amputátu (a pahýlu) fyziologickým roztokem; zabalením amputátu do sterilního obvazového materiálu, který je zvlhčen fyziologickým roztokem bez použití dezinfekčních prostředků; vložením zabaleného amputátu do vodotěsně uzavřeného nepromokavého obalu (polyetylenový sáček, chirurgická rukavice) a umístěním takto zajištěného amputátu do vody s malou příměsí ledu.

Při managementu pediatrického pacienta a komunikaci s replantačním centrem je vhodné znát mechanismus úrazu a úroveň amputace, stav amputátu a amputačního pahýlu, čas úrazu a čas, odkdy je amputát

chlazen, věk a zdravotní stav pacienta; vhodné je i zajištění zaslání RTG a případně i fotodokumentace.

Další informace lze získat na <https://www.fnkv.cz/klinika-plasticke-chirurgie-uvod.php>.

■ Péče o jizvy

(K. Novotná)

Správná péče o jizvy maximalizuje šanci na co nejlepší estetický výsledek chirurgického zákroku. Je však důležité si uvědomit, že jakékoli porušení integrity kůže v celé tloušťce vede k více či méně patrné jizvě.

Okamžitě po odstranění stehů doporučujeme promazávání jizvy mastnějším krémem 1–2× denně. Aby jizva vyžrávala co nejrychleji a byla maximálně nenápadná, osvědčilo se nám provádění tlakových masáží. Doporučujeme začít zhruba 2 týdny po extrakci stehů a provádět minimálně po dobu 6 týdnů 2–3× denně. Jizvu stlačit bříškem prstu takovou silou, aby zbělelo nehtové lůžko masírujícího prstu, a takto tlačit po dobu 30 s, nekroužit, nehladit, pouze tlačit. Takto postupovat po celé délce/ploše jizvy. Jako nadstandardní péči o jizvy máme dobrou zkušenost s lepícími silikonovými kryty, které se aplikují na jizvu na noc, konkrétně

např. produkty Contratubex Night nebo Mepiform, tyto plátky vytvářejí mírný tlak po dobu noci a zvláčňují kůži v oblasti jizvy. Lze dále zvažovat laserovou terapii a pacienta odeslat na pracoviště, které disponuje příslušným vybavením, většinou se jedná o zařízení věnující se korektivní dermatologii a procedury zde prováděné jsou za přímou úhradu. Obecně doporučujeme jizvu nevystavovat slunečnímu záření minimálně po dobu 1 roku s tím, že za dostatečnou ochranu považujeme opalovací krém s OF 50+, aplikovaný několikrát denně.

Při nedobré estetické výsledku po výkonu způsobeném například sekundárním hojením rány uvažujeme o korekci jizvy s odstupem minimálně 6 měsíců od výkonu, při rozpacích raději až 1–2 roky, kdy už jizvu považujeme za vyžralou a není velká šance, že se bude dále měnit – např. hyperémie jizvy způsobující nápadnou červenou až fialovou barvu je v prvních 6 měsících zcela přirozená a měla by následně blednout.



www.detskylekar.cz

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost České republiky





Vrozené vývojové vady ruky

MUDr. Alena Schmoranzová

Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou

Vrozené vývojové vady jsou odchylky od normálního prenatálního vývoje. Jedná se o takové odchylky, které překračují míru variability v populaci a pro nositele vady jsou patologické. Vrozená vada může způsobovat strukturální i funkční změnu. Závažnost vady může být téměř nevýznamná, kdy působí spíše kosmetický problém, ale může být i velmi závažná až letální.¹

Jako vrozenou vadu označujeme deformitu, která je přítomna již v okamžiku porodu. Vznik takové vady je způsoben zásahem teratogenu v průběhu morfogeneze (v našem případě morfogeneze pohybového aparátu – viz obr. 1) nebo na podkladě genetické vady či kombinací obou skupin. Kritická perioda pro končetiny, tedy i pro ruce, je interval mezi čtvrtým až sedmým týdnem nitroděložního života (viz obr. 2).

■ Příčiny vrozených vad

Na abnormálním prenatálním vývoji, a tedy na vzniku vrozené vady se podílí více faktorů. Jsou to faktory genetické (10–15 %), faktory zevního prostředí (10–15 %) – to jsou vlivy chemické, fyzikální a biologické povahy. Pak je zde velká skupina smíšených příčin, kdy nejsme schopni určit přesnou příčinu vady, a to je zbývajících 70–80 %.

Buňky, které jednotlivé části orgánů vytvářejí, jsou zvláště citlivé na vznik mutací a vlivy zevního prostředí. Matka v době vývoje orgánů ani nemusí o svém těhotenství vědět. Nevylučuje se tedy nebezpečných vlivů zevního prostředí, jako je kontakt s infekcí, nevhodné léky, excesy v životním stylu. Bohužel, placenta nefunguje jako bariéra a mnoho látek volně prochází do fétu. Je to například alkohol. V raném stadiu, kdy placenta ani není plně diferencována, je embryo obzvláště zranitelné. Většina těhotenství se naštěstí vyvíjí normálně, závažné vady jsou u 2–3 % nerizikových těhotenství. Riziko vzniku vady zvyšuje mnohočetné těhotenství, vyšší věk rodičky, onemocnění v průběhu těhotenství apod. A pak zde jsou ta rizika (viz výše), se kterými se nikdo v rodině nemusel setkat.

Ačkoli každá vada není přímo dědičná, genetika roli při vzniku vrozené vady hraje. Geny se totiž podílejí na vzniku vad na základě multifaktoriálních vlivů, kdy hraje roli vrozená schopnost jedince reagovat na faktory

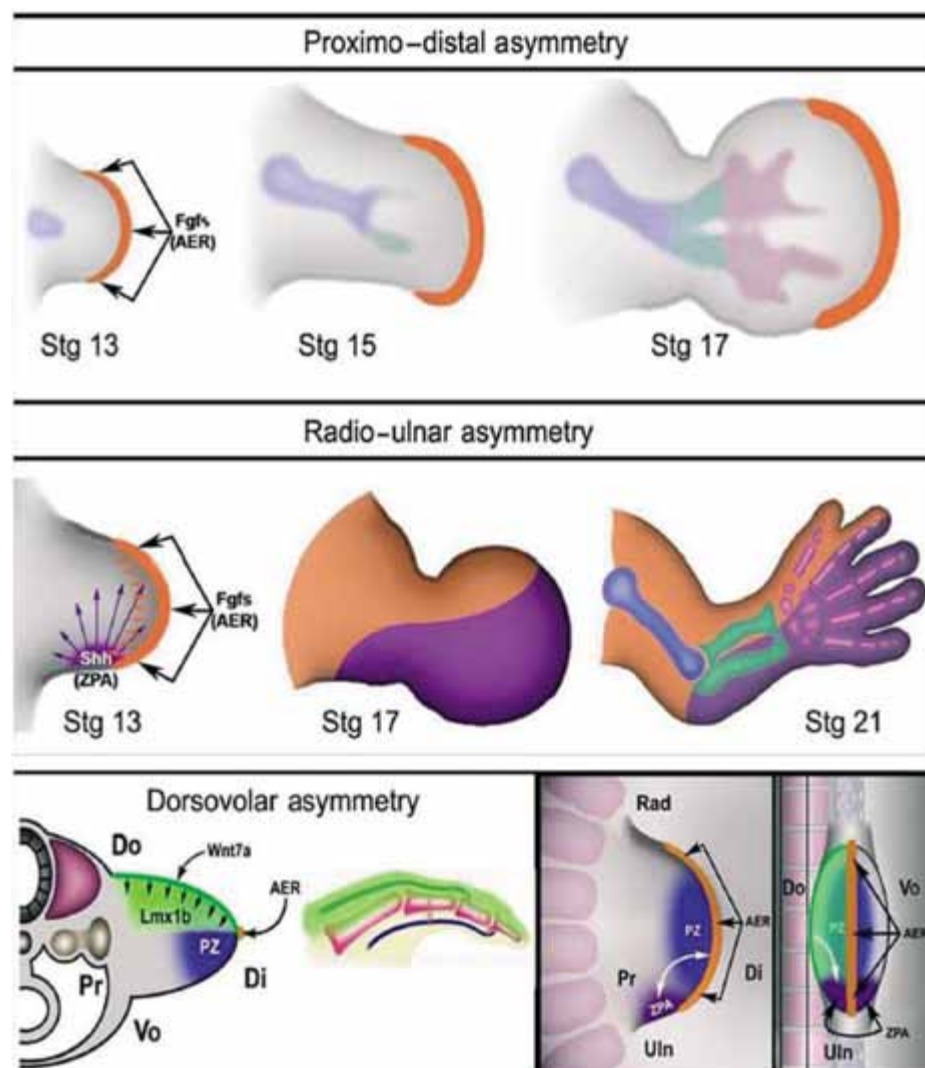
zevního prostředí, a to ze strany matky i otce (dítě má polovinu své dědičné informace po matce a polovinu po otci). Postižené dítě může být také prvním, kdo bude vadu nést v rodině dál. Vrozená vada navíc v široké rodině být může, ale každý nositel může mít vadu zevně jinak viditelnou, nebo i velmi

nenápadnou. Exprese vady u jednotlivých členů rodiny je různá i u jasně geneticky determinované vady.

■ Diagnostika

Vyšetřováním vad se zabývá lékařská genetika. Prenatální diagnostika je úspěšná

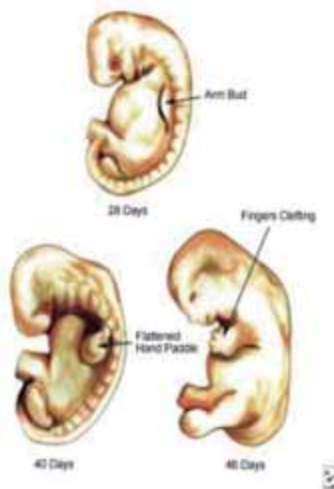
Obr. 1 Vývoj končetiny třemi směry: a) od centra k periférii: proximo–distálně, b) v horizontálním směru: radio–ulnárně, c) ve vertikálním směru: dorzo–volárně





RUKA

Nástup vývoje HK	- 27 dní
Dobře vyvinuté paže	- 28-30 dní
Prodloužení paže	- 34-36 dní
Formování ploutvičky	- 34-38 dní
Nástup oddělení prstu	- 38-40 dní
Plné oddělení prstů	- 50-52 dnů



Obr. 2 Časová sekvence vývoje horní končetiny. Zde si můžeme uvědomit, co a kdy může být poškozeno. Dny jsou počítány od okamžiku početí. Ruka se vyvíjí v intervalu 27–57 dní

až u 90 % vrozených vad. Záchyt vady závisí na stáří plodu (tedy na tom, co vše je již ze zárodku vytvořeno) a na tzv. sonoakustických podmínkách (zde je například problém vyšetření u obézní těhotné, vliv má kvalita a výskyt jizev po předchozích výkonech v oblasti podbřišku, poloha plodu ve chvíli vyšetření). Ultrazvukové vyšetření také patří mezi tzv. expert-dependentní vyšetření, kdy výsledky jsou závislé i na zkušenosti vyšetřujícího a kvalitě jeho přístroje.

Stoprocentní úspěšnost záchytu vady možná není, protože vývoj orgánů probíhá po celé těhotenství a kdykoli může dojít k poškození. Drobnější, ale funkčně významné vady (např. hypoplazii palce lehčího stupně) přede diagnostikovat ani nejde.

Klasifikace vrozené vady ruky

Klasifikace může být **morfologická**, kdy popisujeme, co je na objektu zjevně jinak. Nebo se můžeme snažit o klasifikaci na základě dosaženého pokroku v **genovém výzkumu** a v embryonální teratologii. Vadu pak zařazujeme podle toho, jakým způsobem k poškození došlo.

Morfologické klasifikování znamená, že vady rozdělujeme podle toho, jak se nám zvenku jeví. Poškození může být ve smyslu plus (hyper...) a minus (aplasie, ageneze, hypo...), můžeme vady rozlišovat na typické, atypické, atrofické, hypertrofické, zvětšení nebo zmenšení počtu sledovaných jednotek – numerické vady, můžeme popisovat konkrétní traktury nebo vrozené luxace a podobně.

Od roku 1978 až do roku 2015 platila téměř na celém světě klasifikace **kombinovaná**, která se opírala zčásti o morfologii, ale používala již termíny z genového výzkumu. Byla to **klasifikace Swansonova** a dosud je dobře zažitá.

Má 7 skupin:

1. Chybný vývoj částí končetin, zástava vývoje, absence ve směru longitudinálním nebo transverzálním.
2. Chybná diferenciaci nebo separace částí končetin.
3. Zdvojení.
4. Nadměrný růst.
5. Nedostatečný růst.
6. Syndrom vrozených zaškrcenín.
7. Generalizované skeletální abnormality.

Nově platná je ale klasifikace IFSSH (Mezinárodní společnost sdružující národní společnosti chirurgie ruky) na základě etiologie, molekulární genetiky a vývojové biologie. Tato klasifikace vydaná v roce 2014 a upravená v roce 2015 má název **OMT** podle svých autorů (Oberg⁴, Manske⁵, Tonkin⁶). Její hlavní výhodou je, že respektuje pokrok ve výzkumu vývoje embrya a do ní podle dosaženého pokroku je možné vkládat další jednotky.

OMT klasifikace umožňuje přidání známých chirurgických podklasifikací (např. pro duplikace palců, hypoplazie palce, rozštěpy ruky). Tato klasifikace má 4 skupiny:

- **Malformace:** způsobeny abnormálním vývojem orgánu nebo tkáně, přičemž tento vývoj byl abnormální od samého začátku.

- **Deformace:** způsobeny zásahem abnormální síly (fyzického charakteru), která poškodí doposud zdravý orgán nebo tkáň.

- **Dysplazie:** způsobeny abnormálním uspořádáním buněk formujících příslušný orgán – tkáň.

- **Syndrom:** komplex fenotypových vlastností (anomálií), které jsou typické pro definovanou klinickou diagnózu.

I zde sledujeme všechny tři směry vývoje zárodku. Klasifikace je velice obsáhlá, překračuje možnosti této kapitoly, a je zdánlivě složitá. Má ale svou vnitřní logiku a hlavně, je to živá záležitost, se kterou lze dále pracovat. Pro naše potřeby je dobré znát alespoň základní vady tak, jak se na našem území vyskytují. Je to tzv. **TOP TEN**. Patří k nim vrozeně lupavý palec, ulnární a radiální polydaktylie, kamptodaktylie, syndaktylie, defekty radiální longitudinální (radiální hypoplazie palce a radial club hand), klindaktylie, ulnar club hand, defekty centrální – rozštěpy a komplexní syndaktylie.⁸

Vrozeně lupavý palec

Diagnóza bývá stanovena obvykle kolem roku věku dítěte, kdy se rozevírá ručička, a rodiče si všimnou, že palec při natažení „lupe“, nebo je konečný kloub fixován ve flexi a paleček nejde narovnat. Někdy je v oblasti základní ohybové rýhy hmatné tuhé oblé zbytnění – Nottův uzel. Četnost vady je asi 3 děti na 1 000 živě narozených. Příčina je nejasná. Může být již zmíněné zbytnění na šlaše FPL nebo vrozeně úzké poutko.

Terapie: je **konzervativní** – pokud je možné prst převést do plného natažení, můžeme zkusit prst v natažení dlahovat. Některé práce uvádějí až 60 % regresi ve věku 5 let.

Operační výkon je ale jednoduchý a bezpečný. Spočívá v prostém přerušení poutka A1. Sutura je prováděna vstřebatelným materiálem, který za 14 dní vypadne bez součinnosti lékaře.

Rehabilitace: před operací je možné zkoušet prst dlahovat v plném natažení, alespoň na noc, ale jakmile je rozhodnuto o operaci, ani to již není potřeba. Po operaci pak doporučujeme plné protažení palečku (viz obr. 3) a občasnou masáž jizvy (asi měsíc).



Obr. 3 Vrozeně lupavý palec⁹

■ Polydaktylie

Další dvě skupiny jsou polydaktylie. Tyto vady vznikají rozštěpením embryonálních tkání, vedoucích k vývoji nadpočetných segmentů (periferních nebo i centrálních).

Ulnární polydaktylie (postaxiální polydaktylie) je zmnožení z malíkové strany. Dělíme ji na **typ A**, kdy je nadpočetný malík dobře formován (viz obr. 4a), a **typ B**, kdy je k malíčku měkce připojen vlající rudiment (viz obr. 4b).

- **Typ A** se vyskytuje poměrně často, četnost je 0,5 u žen a 2 u mužů na 1 000 živě narozených dětí (v ČR je porodnost kolem 100 000 živě narozených). Vada bývá spojena se syndromy. Typ A je již složitý operační výkon, se kterým nespěcháme.
- Jednodušší **typ B** (vlající rudiment) lze do tří měsíců v krátké lokální anestezii jednoduše odstranit (kdysi to prováděly asistentky v porodnici podvazem), po třetím měsíci již potřebujeme celkovou anestezii.

Radiální polydaktylie (neaxiální) je zmnožení na palcové straně. Nebývá součástí syndromů a vyskytuje se častěji u mužů. Klasifikujeme tuto vadu podle Wassela (viz obr. 5). Správné ohodnocení manipulačních funkcí ruky je předpokladem správně navržené a optimálně prováděné terapie. Pokud použijeme standardizované testy, lze naše výsledky terapie podložit akceptovatelnými důkazy o průběhu nemoci a uzdravování na základě objektivně naměřených dat. Pak se mohou porovnávat výsledky jednotlivých pracovišť v rámci naší republiky i mimo ni a sledovat kvalitu naší léčby. Lze reagovat na skutečné potřeby pacientů. A o tom zdravotnictví 21. století je.

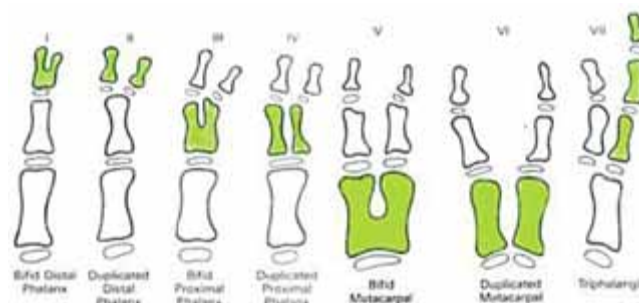
Oba palečky jsou menší, drobnější, poškození netkví jen ve zdvojení, jiný je i průběh flexorové a extenzorové šlachy, jiné jsou vazy a je potřeba myslet i na úpon thenarové svaloviny, který je u preaxiální polydaktylie jiný. Nejedná se jen o prosté snesení nadpočetného prstu, ale velkou a složitou rekonstrukci.

Nejčastější typ vady je vada W4, kdy jsou zdvojeny konečné a základní články. Rekonstrukce je znázorněna na obr. 6. Rekonstrukce

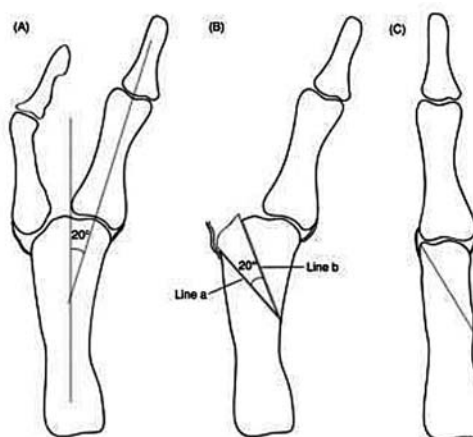


Obr. 4 Ulnární polydaktylie a) typ A, b) typ B¹⁰

Obr. 5 Klasifikace Wassel¹¹



Obr. 6 Rekonstrukce vady W4¹²



Obr. 7 Kamptodaktylie. A – typická oboustranná kamptodaktylie - malíky. B – dlahování kamptodaktylie ze hřbetu. C – dlahování z dlani¹⁴



Obr. 8 Jednoduchá syndaktylie¹⁷Obr. 9 Operace syndaktylie – vytvoření prostorného meziprstí¹⁸

jsou zatíženy mnoha komplikacemi, jako jsou nestabilita, ztuhlé klouby, nesprávná délka, poškození růstu, poškození kontury nehtu (*nail ridging*), rotační deformita, deviace longitudinální a nejčastější je deformita cikcak.

Rehabilitace u této vady je velmi důležitá. Spočívá v důsledném a dlouhodobém dlahování, hledání pohybu, péči o jizvy, polohování nového palce do úchopové pozice. K tomu nám slouží mnoho pomůcek, které si většinou vyrábíme sami vždy pro konkrétního pacienta.

Kamptodaktylie

Kamptodaktylie je vrozená nebolestivá kontraktura středního kloubu, nejčastěji na malíku, velmi často postihuje obě ruce (viz obr. 7). Postihuje 1 % populace. Postiženi mohou být různé struktury na ruce. Vídáme muskulotendinózní abnormality, změny úponů a začátků svalů, mohou být kontraktury volární ploténky a okolních kloubních vazů, postižena bývá dermis (*rete cutis*) a v nejtěžších případech jsou přítomny i kostní abnormality. Klasifikujeme a léčíme podle Bensona (viz tab. 1).¹³

Operace dynamické nebývají často úspěšné a trvalé zpevnění kloubu v kompromisní poloze zase není vítáno ze strany pacienta. **Rehabilitace** je zde zásadní. Dobrým dlahováním od narození lze mnoho vad téměř normalizovat. Dlahování musí být ale dlouhodobé a důsledné. U malých dětí dlaho sahá až do poloviny předloktí.

Syndaktylie

Syndaktylie neboli srostlice je nápadná autozomálně dominantní vada. Četnost je vysoká, 1 : 2 000. Jedná se o poruchu dife-

renciace prstů, kdy v době od 5.–8. týdne intrauterinně nedojde k programované buněčné smrti. Na ruce postihuje nejčastěji III. a IV. prst, na noze pak II.–III. prst, více se vyskytuje u mužů.

Může být jednoduchá (viz obr. 8) nebo komplexní, může se projevovat jen jako vysoké meziprstí nebo může být měkké spojení dvou

prstů až ke konečnému článku. Dokonce někdy může být spojení i kostní.¹⁶

Podle typu srostlice také volíme čas, kdy začít náme vadu řešit operací. U nekomplikované srostlice můžeme čekat do doby kolem druhého roku, při komplikované srostlici operujeme velmi brzy, abychom předešli pozdějším deformitám.

Tabulka 1 Bensonova klasifikace kamptodaktylie¹⁵

Typ	Charakteristika	Léčba
Typ I	izolovaná anomálie malíku při narození ženy = muži nejčastější forma	cvičení / dlahování
Typ II	izolovaná anomálie v adolescenci ženy > muži abnormální inserce lumbrikálu / FDS	pokud lze při MP flexi plná extenze PIP, provést transfer FDS do radiálního postranního pruhu
Typ III	těžké kontraktury více prstů při narození obvykle součástí syndromů	neoperační po vyvrácení skeletu při funkčním deficitu korekční osteotomie / dēza

Il projev až v preadolescenci, do té doby není patrný, projeví se mezi 7–11, ve většině případů se neupraví spontánně, může vést k těžkým flekčním deformitám

Kraniofaciální syndromy, chromozomální abnormality, mukopolysacharidóza

Obr. 10 Klasifikace podle Blautha²⁰

Klasifikace Blauth

BLAUTH



- 1-minor hypoplasia
augmentation
- 2-absence of thenar
first web space release.
UCL reconstruction
opponensplasty
- 3 A-stable CMC
reconstruction
3B- unstable CMC
- 4- floating thumb
- 5- absence



Obr. 11 Nový palec²²

Princip operace spočívá ve vytvoření prostorného dna meziprstí a oddělení prstů tak, aby byly jizvy na bocích prstů odolné vůči dalšímu růstu (viz obr. 9). Obvykle se nevyneme doplnění kožním štěpem.

Rehabilitace: samotnou operací ale terapie nekončí. Je nutné důsledně hlídat pozici meziprstí a pečovat o jizvy na bocích prstů. Používáme silikonové návleky, tlakové pásečky a dlahy do natažení. Během růstových zrychlení děti kontrolujeme a je-li potřeba, korigujeme kontraktury další operací.

■ Defekty radiální longitudinální

K těmto defektům patří *radiální hypoplazie palce* a *radial club hand*.

Radiální hypoplazie palce

Tato vada patří do spektra vývojových problémů na radiální straně ruky. Má četnost kolem 1 : 30 000, ale zřejmě bude četnost vyšší, protože jemnější formy vady, které se neprojevují problémem funkce nebo kosmetického vzhledu, se ze sledování ztratí. Muži i ženy jsou zastoupeni stejně.

Hypoplazie palce může být samostatnou jednotkou, ale je i součástí až 30 syndromů. Při vyšetření je vždy potřeba prohlédnout obě ruce, protože pacient přichází k vyšetření s horší rukou a o tom, že by byla vada i na druhé ruce, obvykle ani neví.

Klasifikace u této vady je velmi důležitá, protože správné zařazení nás vede ke stanovení operačního plánu. Používáme **klasifikaci Blauth 1-5**, kde u skupiny 3 rozlišujeme ještě 3A a 3B podle kvality sedlového kloubu (viz obr. 10).¹⁹

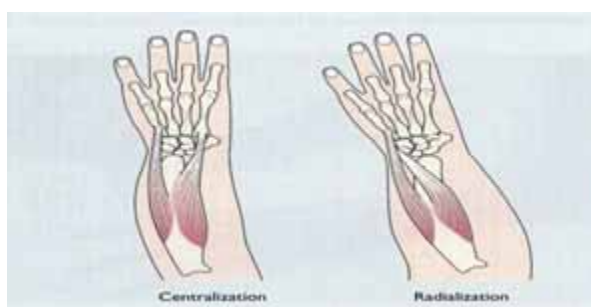
Zatímco u stupně 1, 2 a 3A poškozenému palci vypomáháme k lepší funkci, u vady 3B, 4 a 5 musíme palec znovu vystavět, a to z II. prstu na ruce – jedná se o tzv. *pollicizaci* (z latinského *pollex* = *palec*).²¹ Nový palec může být pouze v opozičním postavení bez pohybu, ale kvalitnějšího úchopu dosáhneme pouze tehdy, provedeme-li současně i rekonstrukci pohybu. Jedná se o mobilizaci II. prstu na nervově cévním svazku a jeho zkrácení a zajištění tak, aby byl mobilní a co nejvíce se blížil zdravému palci (viz obr. 11). Rekonstrukci palce se snažíme zvládnout do tří let věku dítěte, aby byl palec dobře zabudován do kortexu a aby se rozvíjely všechny fáze úchopu ve správných věkových obdobích. Ve školním věku pak dohlédneme na správné držení psacího náčinu.



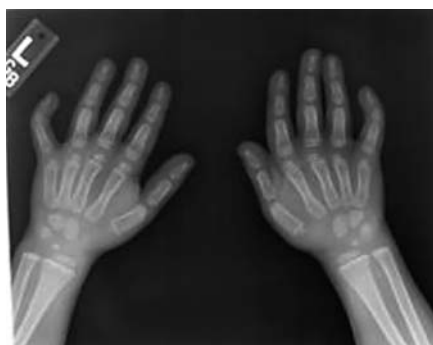
Obr. 12 Radial club hand²³

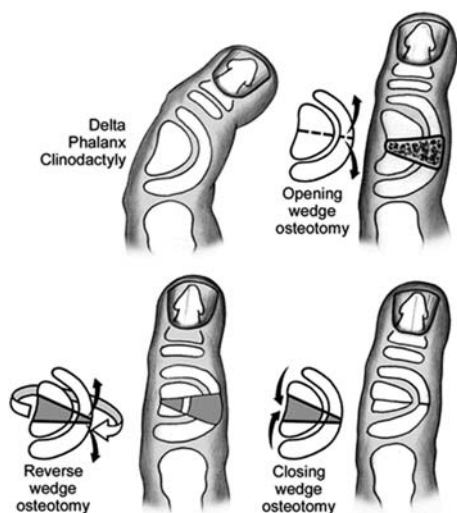


Obr. 13 Řešení těžkých forem²⁵

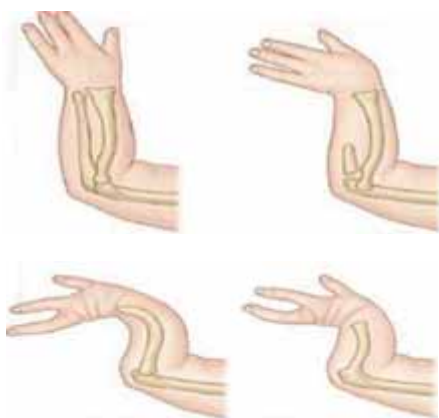


Obr. 14 Klinodaktylie²⁶





Obr. 15 Typy operace při klinodaktylii²⁷



Obr. 16 Ulnar club hand²⁸

Rehabilitace u této operace je zásadní, protože je nutné dítě naučit používat nový palec ve správné funkci. K tomu nám slouží mnoho individuálních pomůcek a je nutná součinnost rodičů. Pokud je výkon dobře proveden, dítě si na nový prst rychle zvykne a začne objevovat nové šikvnosti.

Radial club hand

Abnormální vývoj až absence tkáně na radiální straně ruky má za následek křivení ruky v radio-ulnární ose (viz obr. 12). Důvod je dán poškozením skeletu, svalů i ostatních měkkých tkání. Četnost našťastí není velká, ale jedno dítě do roka se v České republice narodí.

Rehabilitace je důležitá hned od narození, a to dlahování do co nejlepšího natažení, důsledně a trvale, současně pak protahování a masáže zkráceného místa. Část pacientů u lehčí formy vady je možné vydlahovat a pak zajistit zápěstní bandáží.

Těžké formy s velkým zkratem nebo absencí radia je lépe korigovat operačně. Nejprve zápěstí a ruku vytáhneme na distrakčním aparátu nad hlavičku loketní kosti a poté stabilizujeme. Možností stabilizace je více.²⁴ V Evropě provádíme centralizaci a radializaci (viz obr. 13).

Vždy je zde část pacientů, kteří operaci nechtějí nebo ji pro vážné onemocnění nemohou podstoupit. Ale ruka s pevným zápěstím v ose je perspektivně šikvnější.

Klinodaktylie

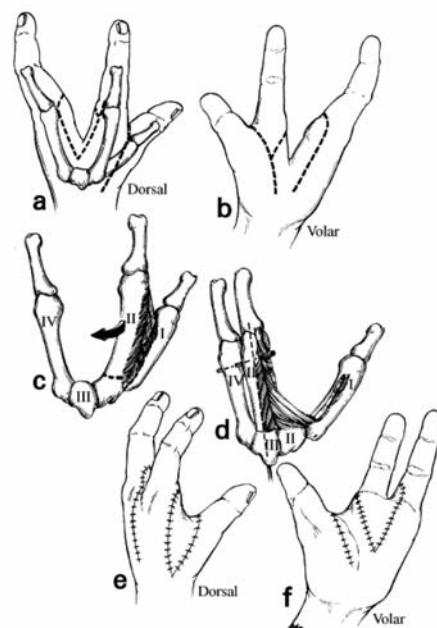
Klinodaktylie je nebolestivé vychýlení prstu ve frontální rovině; angulace může být radiálně i ulnárně. Abnormální tvar je výsledkem nesymetrického podélného růstu. Jedná se o autozomálně dominantní onemocnění a je součástí mnoha syndromů. Někdy se zaměňuje se špatně zahojenou zlomeninou nebo vadou Delta phalanx, kde je skloněný kloubní povrch (viz obr. 14).

Tuto vadu nelze řešit dlahováním! Často se jedná jen o kosmetický defekt. Pokud vada brání ve funkci ruky, provedeme korekční osteotomii postiženého článku (viz obr. 15).

Ulnar club hand

Podobně jako na radiální straně ruky mohou ubývat tkáně na straně ulnární. Vada je ale daleko méně častá, a protože většinou bývá vytvořen dobrý palec a protiprsty, může být ruka dobře funkční. Těžké formy samozřejmě vyžadují operační výkon, nejtěžší formy mají poškozený pohyb v lokti (viz obr. 16).

Obr. 18 Komplexní syndaktylie



Obr. 17 Typy operace u rozštěpu ruky²⁹

Defekty centrální – rozštěpy

Rozštěp ruky je funkční triumf přírody, ale sociální katastrofa. Pacient se s poškozenou rukou velmi dobře funkčně orientuje, rekonstrukci ale rodiče žádají pro své děti mj. proto, aby ruka byla „normálnější“.

Rozštěpy dělíme na typické a atypické. Výkony na obou skupinách jsou ale nesmírně náročné. Cílem operace je vytvořit široké první meziprstí, definovat palec, vytvořit přijatelný kosmetický vzhled a povzbuzovat sebevědomí. Typ operace je u každého pacienta jiný (viz obr. 17). Říkáme tomu „operace na míru“, při které chirurg využije vše, co se do té doby naučil. Já sama mám nejraději postup podobný podle Snow-Littler.

Další vady

Kromě těchto neobvyklejších diagnóz se terapeut, pečující o děti a přicházející do





Obr. 19 Amniotické zaškrceniny³¹

styku s vrozenou vadou ruky, může setkat také s těmito dalšími vadami. Nejsou tak časté, ale jsou velmi závažné.

Komplexní syndaktylie

Jedná se o vadu, kdy jsou spojeny dva nebo více sousedních prstů kostním nebo chrupavčítým spojením. Stejně jako u prosté syndaktylie nedojde k programované smrti tkání v meziprstním prostoru, dochází k poškození na končetinové hraně zárodku, nesprávně jsou dávány pokyny k vytváření prstů. Je to sporadické autozomálně dominantní postižení, které má pestré klinické obrazy. Bývá také součástí mnoha syndromů, jako je Poland, Apert, akrosyndaktylie. Četnost bývá 1 : 2–3 000 živě narozených dětí. Nejčastěji se srostlice objevují mezi IV. a V. prstem a u chlapců.

Operační výkony začínají kolem prvního roku věku dítěte, operace je podobná řešení jednoduché syndaktylie, ale výsledky jsou vždy horší, vždy je riziko poškození cévního zásobení a výkon má i kontraindikaci – při zdvojení metakarpů či nasedání zdvojení prstu na jeden metakarp – pak srostlice funguje jako jedna jednotka a rozdělení je neúspěšné.

Operace komplexní syndaktylie si také vyžaduje až dvakrát více revizních operací než při

jednoduchém výkonu, roste riziko poškození nervově cévních svazků, odumření laloků v meziprstí a transplantátů, nekvalitní jizvy recidivující kontraktury a – rodiči zvláště špatně vnímané – deformity nehtů.

Amniotické zaškrceniny

Jedná se o skupinu vrozených anomálií, které jsou spojeny se zaškrcujícími pruhy a vrozenými amputacemi částí nebo celých končetin (viz obr. 19). Důvod se hledá v protruzi chorioamniotické blány a formaci vazivových pruhů v oplodněném vajíčku (extrinsec teorie). Další teorii o vývojové poruše vyslovil Streeter v roce 1930 (intrinsic teorie). Existuje také vaskulární teorie, která poškození přikládá traumatu. Výskyt v rámci jedné rodiny je extrémně vzácný

Mezi vady spojené s amniotickým poškozením řadíme vzácněji pak kraniofaciální anomálie, viscerální anomálie, nepoměry délky končetin, různé valgozity a varozity na nohou. Nejčastější a nejvzácnější jsou ale amputace končetiny nebo její části – nejčastěji prstíky, zaškrceniny mohou také působit zmenšení zaškracených částí.

Amniotická zaškrcenina těžkého stupně byla také jedna z prvních diagnóz, kdy byl plod operován ještě v těle matky s cílem zabránit nitroděložní amputaci.

Léčba je chirurgická – uvolnění zaškrceniny, stabilizace správného vzhledu a nervově cévního zásobení poškozené části. Operační výkony začínají někdy ihned po narození, kdy je zaškrcená část ohrožena ischemií, méně závažné zaškrcení je možné sledovat a zásahnout později. Typický výkon je vytnutí zaškrcujícího pruhu, Z plastika a podobné posuny. Při větších amputacích doporučujeme epitézy a protézy, a to i u malých dětí.

Symbrachydaktylie

Jedná se o vrozenou vadu, kdy obvykle na ruce jsou malé drobné prsty, chybějí části skeletu, jsou přítomny kožní srostlice, namísto prstů jsou drobná baculatá zbytnění s reziduálními nehty (viz obr. 20). Bývá často součástí syndromů. Příčina vady je nejasná, původ se přikládá poškození krevního zásobení během 4.–6. týdne těhotenství.

Přestože vada vypadá závažně a rodiče jsou zdrceni, děti se na vadu velmi dobře adaptují a často ke zlepšení sebeobsluhy nevyžadují žádná řešení.

Pokud se tato vada operačně řeší, snažíme se rudimenty prstů různě prodlužovat nebo je cílem vytvoření dvouprsté (klepetové) nebo tříprsté ruky přenosem prstů z nohy na ruku (viz obr. 21).

Makro daktylie – lokalizovaný gigantismus

Jedná se o mohutné a někdy nestvůrné zbytnění prstů a končetiny (viz obr. 22). Obvykle je jednostranné a většinou postihuje dva a více prstů, nejčastěji je postižen ukazovák. Etiologie není známa a vada poškozuje současně i nervový systém v dané lokalitě, většinou medianus. Bývá spojena se syndromy: Proteus syndrome, Maffucci, Ollier, Milroy.

Rozeznáváme dva typy: statickou a progresivní makro daktylii, kdy statická se s věkem nemění a progresivní v čase roste.

Operační výkon spočívá v navození ukončení růstu, zmenšování odstraňováním měkkých tkání a u těžkých forem i v paprskové amputaci.

Rodiče někdy vyžadují brzká operační řešení, ale je potřeba vyčkat chvíle, kdy postižená část (prst) je stejně velká jako u rodiče stejného pohlaví. Riziky operačního výkonu jsou často nekrózy a odumření. I při úspěšném zkrácení makro daktylicky změněného prstu je jen vzácně výsledek nenápadný.

Závěr

Nad rámec této kapitoly jsou diagnózy vzácnějších syndromů, jako je Apert, Poland



Obr. 20 Symbrachydaktylie³²

Obr. 21 Dvoupřstá ruka³³Obr. 22 Makrodaktylie³⁴

a další, které se vyskytují sporadicky, ale rekonstrukční chirurgie ruky pro ně má také řešení.

Vrozená vývojová vada, tedy i vada ruky, pro rodinu znamená především stres. Obtížná prenatalní diagnostika vady ruky způsobí, že vada není očekávána. Čím větší bylo selhání prenatalní diagnostiky, tím horší je trauma. Dovolím si citovat akutně vystresovanou matku postiženého dítěte: „Pořád mi říkali, že je všechno v pořádku, a pak mi dají do náruče tohle, a co já s tím?“

Pokud se rodina adaptuje, je spolupráce dobrá, pokud není řešena posttraumatická stresová porucha jednoho nebo obou rodičů, je spolupráce s rodinou špatná. Rodičům se snažíme pomoci pochopit, že štěstí jejich dítěte nespočívá v normalitě ruky, ale v tom, jak je budou přijímat a jaké sebevědomí si vypěstuje.

Úžasné pokroky v chirurgické technice zvyšují naši schopnost rekonstruovat funkce a zlepšit životy našich pacientů. Každý případ je originální, je potřeba rozvážit, zda dítě bude mít prospěch např. z mikrochirurgického přenosu nebo z elongačních technik, či zda by kontakty se zdravotnickým prostředím dítě spíše poškozovaly. Je potřeba s rodinou mluvit a hlavně naslouchat i nevyřčeným obavám. Je potřeba mít mnoho zkušeností, pracovních i životních.

Vrozené vady doprovázejí člověka od narození a budou zde stále. Pochopení molekulárních mechanismů a schopnost zabránit poškození dětí nebo je změnit je věc daleké budoucnosti. V České republice běží v rámci výchovy k rodičovství program *Mysli na mne včas*. Tento program se zabývá prevencí vzniku vrozené vady díky správnému životnímu stylu budoucích rodičů.

Vrozená vada ruky je komplexní problém vyžadující spolupráci mnoha odborností. Rehabilitace zde má významné až klíčové místo. Zlepšování kvality rehabilitace poškozené ruky je v zájmu nás všech.

- 1 Schmoranzová A. Vrozené vývojové vady ruky. *Umění fyzioterapie*, 2019(7):27–33.
- 2 Zdroj: Plastic Surgery.Kkey
- 3 e-medicine.medscape.com
- 4 Kerby OBERG – patolog, Loma Linda University, USA, Pediatric Pathologist, Molecular Embryopathy
- 5 Paul MANSKE – ortoped, director of hand Sumery Shriners Hospital for Children (+2011)
- 6 Michael TONKIN – chirurg ruky, Sydney
- 7 WOLFE, Scott W., William C. PEDERSON, Robert N. HOTCHKISS, Scott H. KOZIN, and Mark S. COHEN. *Green's Operative Hand Surgery*. Vol. 2. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier, 2017, pp. 1217–1232.
- 8 FLATT, Adrian E. *The Care of Congenital Hand Anomalies*. Vol. 2. London: Churchill Livingstone, 1996; pp. 228–275.
- 9 Převzato z: SCHMORANZOVÁ, Alena. Vrozené vývojové vady ruky. *Umění fyzioterapie*, 2019(7):27–33.
- 10 Převzato z: SCHMORANZOVÁ, Alena. Vrozené vývojové vady ruky. *Umění fyzioterapie*, 2019(7):27–33.
- 11 Zdroj: orthobullets .com
- 12 Převzato z: SCHMORANZOVÁ, Alena. Vrozené vývojové vady ruky. *Umění fyzioterapie*, 2019(7):27–33.
- 13 McFARLANE R. M, D. A. CLASSEN, A. M. PORTE, and J. S. Botz. The anatomy and treatment of camptodactyly of the small finger. *J Hand Surg Am.*, 1992;17(1):35–44.
- 14 Zdroj: archiv Ústavu chirurgie ruky Vysoké nad Jizerou
- 15 Převzato z: SCHMORANZOVÁ, Alena. Vrozené vývojové vady ruky. *Umění fyzioterapie*, 2019(7):27–33.
- 16 KOZIN, Scott H. and Dan ZLOTOW. Common pediatric congenital conditions of the hand. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 2015;136(2):241e–257e.
- 17 Zdroj: archiv Ústavu chirurgie ruky Vysoké nad Jizerou

- 18 Převzato z: SCHMORANZOVÁ, Alena. Vrozené vývojové vady ruky. *Umění fyzioterapie*, 2019(7):27–33.
- 19 JAMES, Michelle A. et al. The spectrum of radial longitudinal deficiency: a modified classification. *The Journal of Hand Surgery*, 1999;24(6):1145–1155.
- 20 Zdroj: vlastní archiv
- 21 KOZIN Scott H. Pollicization: the concept, technical details and outcome. *Clinics in Orthopedic Surgery*, 2012;4(1):18–35.
- 22 Zdroj: archiv Ústavu chirurgie ruky Vysoké nad Jizerou
- 23 Zdroj: archiv Ústavu chirurgie ruky Vysoké nad Jizerou
- 24 TAKAGI, Takehiko, Atsuhito SEKI, Shinichiro TAKAYAMA and Masahiko WATANABE. Current Concepts in Radial Club Hand. *The Open Orthopedics Journal*, 2017;28:369–377.
- 25 Zdroj: informační leták firmy Ortofix
- 26 Zdroj: archiv Ústavu chirurgie ruky Vysoké nad Jizerou
- 27 Zdroj: orthobullets.com
- 28 Zdroj: e-medicine
- 29 Zdroj: orthobullets.com
- 30 Zdroj: BRAUN, Tara L., Jeffrey G. TROST and William C. PEDERSON. Syndactyly Release. *Seminars in Plastic Surgery*, 2016;30(4):162–170.
- 31 Zdroj: archiv Ústavu chirurgie ruky Vysoké nad Jizerou
- 32 Zdroj: archiv Ústavu chirurgie ruky Vysoké nad Jizerou
- 33 Zdroj: archiv Ústavu chirurgie ruky Vysoké nad Jizerou
- 34 Zdroj: archiv Ústavu chirurgie ruky Vysoké nad Jizerou



Tularémie po krmení daňků senem

MUDr. Jana Lhotská, MUDr. Martina Romanová

Klinika dětí a dorostu, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Pětiletého Jakuba odeslal praktický pediatr k hospitalizaci na naši kliniku pro jednostrannou konjunktivitidu, krční lymfadenopatii, otok v oblasti glandula parotis vpravo, osm dní trvající febrilie na terapii Amoksiklavem a výsev makulózního exantému.

Jakub byl narozen z nerizikové gravidity v termínu sekci pro hrozící hypoxii plodu, postnatální průběh byl bez komplikací, chlapec je řádně očkován, kromě povinného má navíc očkování proti pneumokoku, tuberkulóze a hepatitidě A. Vážněji nestonal, nemá alergické projevy, je bez trvalé medikace. Bydlí s rodiči a navštěvuje mateřskou školu. Jeho rodiče i čtyřletý bratr jsou zdraví. Tento rok do zahraničí necestoval, rodiče nezažnamenali kousnutí klíštětem, byl poštípán komárem, v kontaktu bývá se psem, v létě krmil daňky senem, jinak bývá v přírodě v rekreačním režimu.

Rozvoj příznaků nynějšího onemocnění v čase popisuje tabulka 1.

Při přijetí na naši kliniku měl Jakub makulózní exantém po celém těle, otok očních víček vpravo, spojivky klidné, byl zahleněný, měl soor na bukalní sliznici, hrdlo lehce pro-sáklé, v oblasti pravé glandula parotis byla hmatná a palpačně citlivá indurace, dále zvětšené a palpačně bolestivé lymfatické uzliny submandibulárně vpravo, bez fluktuace a zarudnutí, ostatní somatický nález byl normální.



Obr. 1 Jakub osmý den

Jako pracovní diagnózu jsme zvažovali infekční mononukleózu s exantémem po podávání aminopenicilinu, nicméně postižení parotidy a konjunktivitida do obrazu nezapadaly. Dále pak nešlo opomenout ev. dosud nejasný bakteriální fokus. Naši širší diferenciálnědiagnostickou rozvahu shrnuje tabulka 2.

Vstupně byla v krevním obraze neutrofilie, CRP 92 mg/l, prokalcitonin 0,52 µg/l, FW 2/4. Pro elevaci zánětlivých parametrů, přetrvávající febrilie a exantém jsme změnili antibiotika na klaritromycin (t.č. užíval amoxicilin/klavulonát 8. den). Pro výrazný makulopapulózní exantém byl podán 1. den a 3. den Solu-medrol a Dithiaden s mírným efektem.

Výsledky dalších vyšetření uvádí tabulka 3.

Po přechodném poklesu horeček první a třetí den, viz obrázek 2, byl chlapec stále febrilní, zánětlivá aktivita přetrvávala zvýšená (CRP 115...51,5...115,1...76 mg/l), lokální nález na hlavě a krku se neměnil, exantém mírně regredoal. Šestý den hos-

pitalizace, tj. sedmá den od začátku onemocnění, přichází výsledek sérologie tularémie – silně pozitivní titry protilátek ve třídě IgM i IgG. Stav uzavíráme jako **okuloglandulární formu tularémie**, jako vektor přenosu infekce předpokládáme seno při krmení daňků. Infektologem byla doporučena terapie klaritromycinem na tři týdny. Od osmého dne hospitalizace byl Jakub afebrilní, exantém vymizel, krční lymfadenopatie mírně regredoal, desátý den byl propuštěn do domácího ošetřování.

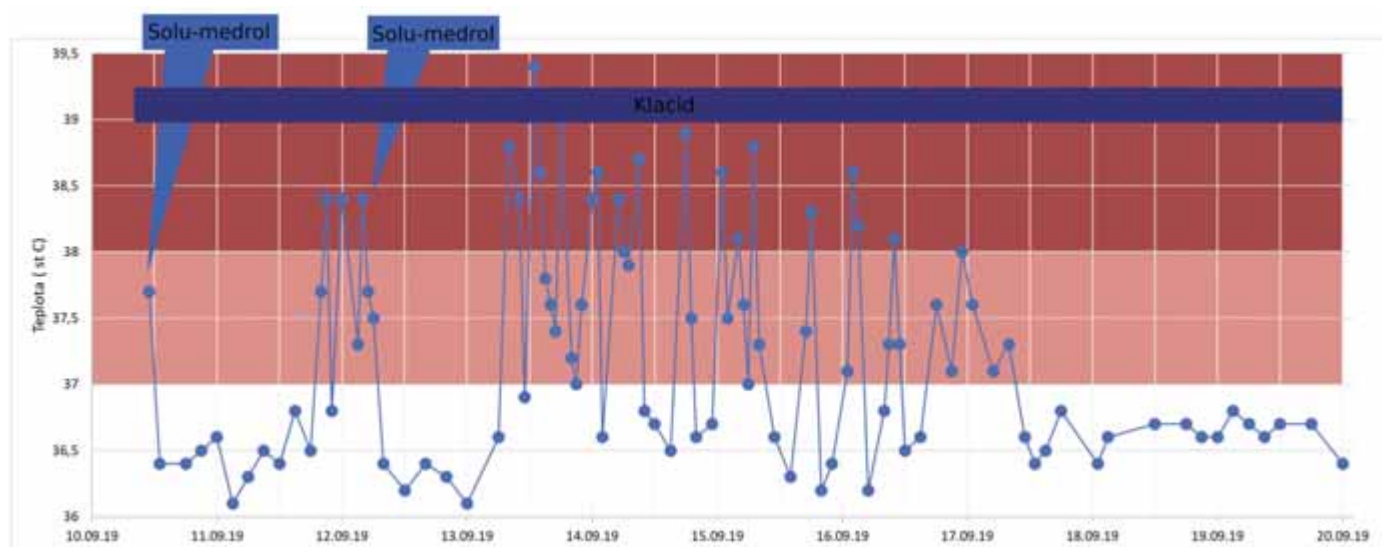
Týden po dobrání antibiotik se největší krční uzlina začala zbarvovat do fialova a Jakub si stěžoval na bolest, uzlina zkolikvovala. Na dětské chirurgii byla provedena incize a drenáž v celkové anestezii, tři dny byl ponechán

Tabulka 1 Nynější onemocnění

1. den	Bolest a otok pravého oka.
3. den	Bolest pod pravým uchem.
4. den	Akutní konjunktivitida vpravo, subfebrilie.
5. den	Febrilie, u PLDD otok v oblasti glandula parotis, nasazen Amoksiklav tbl., Tobrex gtt. a Maxitrol ung.
7. den	ORL vyšetření: sonograficky parotitis a lymfadenitis regio colli. CRP 16 mg/l, KO v normě.
8. den	Přetrvávají febrilie, únava, otok oka v regresi, konjunktivitida dále, bolestivost uzlin pod pravým uchem. Sérologie viru epidemické parotitidy IgM negativní.
12. den	Makulózní exantém po celém těle, nesvědívý, trvající febrilie, únava, schvácenost, konjunktivitida v regresi, trvá bolestivost uzliny pod pravým uchem. Přijat k hospitalizaci.

Tabulka 2 Diferenciálnědiagnostická rozvaha

Symptomy	Diferenciální diagnózy
Krční uzlinový syndrom, febrilie, exantém 7. den užívání Amoksiklavu	Infekční mononukleóza
Přetrvávající febrilie	Bakteriální fokus
Parotitida, febrilie	Purulentní parotitida, epidemická parotitida
Konjunktivitida, febrilie, exantém	Kawasakiho syndrom, spalničky
Uzlinový syndrom	Infekční mononukleóza, reaktivní lymfadenopatie, hematoonkologické, infekce – toxoplazmóza, toxokaróza, brucelóza, bartonelóza, tularémie, TBC, HIV, autoimunitní onemocnění



Obr. 2 Vývoj teplot během hospitalizace



Obr. 3 Jakub dva měsíce od začátku onemocnění

Tabulka 3 Výsledky vyšetření

Biochemie	Jaterní, pankreatické a renální funkce v normě.
Moč	Mírná ketonurie, jinak v normě.
RTG hrudníku a vedlejších nosních dutin	Normální nález.
Kultivace	Výtěr z krku, moč a hemokultura negativní.
Sonografie	Zvětšené a prosáklé slinné žlázy vpravo – submandibulární do 25 × 15 mm, příušní do 32 × 20 mm se zachovalou strukturou. Oboustranně zmnožené a zvětšené krční lymfatické uzliny, výrazněji vpravo, kde je velikost až 30 × 13 mm, t.č. bez známek kolikvace. Hraniční velikost sleziny. Ostatní břišní orgány v normě.
Kardiologické vyšetření	Fyziologický nález.
Revmatologické vyšetření	Bez známek kloubního poškození.
Imunologie	IgG, IgA, IgM, IgE, C3, C4, ANA, pANCA, cANCA – vše v normě.
Sérologie	EBV negativní, CMV anamnestické protilátky, Coxsackie negativní, Parvovirus B19 negativní, HHV 6 anamnestické protilátky, Mycoplasma pneumoniae negativní, Toxoplazmóza negativní.

Obr. 4 Souhrn symptomů v čase





Forma	Přenos	Klinický obraz
Ulceroglandulární	Kousnutí členovcem nebo přímým kontaktem	Papula, pustula, eschara, ulcerace a bolestivá lymfadenopatie
Glandulární	Kousnutí členovcem nebo přímým kontaktem	Bolestivá lymfadenopatie
Okuloglandulární	Tření očí kontaminovanými prsty nebo expozice prachu nebo aerosolu	Jednostranná konjunktivitida s bolestí a otokem víček, nažloutlé noduly nebo ulcerace na palpebrální spojivce, bolestivá preaurikulární lymfadenopatie
Orofaryngeální	Pozření kontaminované stravy nebo vody	Exsudativní faryngitida, tonzilitida, nejčastěji jednostranná krční lymfadenopatie
Pneumonická	Inhalace kontaminovaného aerosolu nebo hematogenní rozsev do plic	Respirační příznaky nebo nespecifický obraz s horečkou
Tyfoidní forma	Jakýkoli vstup	Systémové horečnaté onemocnění s celkovými nespecifickými symptomy, bolest v krku bez lokalizovaného postižení, bez jasné kožní léze nebo nápadné regionální lymfadenopatie, možný průjem

Tabulka 4 Klinické formy tularémie

drén, rána se zhojila *per secundam*. Dva měsíce od prvních příznaků byl vyřazen ze sledování infektologem a dále byl zdravý.

Tularémie, také nazývána „zaječí nemoc“, patří mezi zoonózy se závažným a klinicky variabilním obrazem. Etiologicky se uplatňuje *Francisella tularensis* – gramnegativní nepohyblivý kokobacil, opouzdřený, striktně aerobní, odolný na vlivy prostředí.

Roční výskyt v České republice se v posledních letech pohybuje okolo 50 případů za rok. Inkubační doba je typicky krátká, 3–5 dní (v rozmezí 1–21 dní).

Zdrojem nákazy pro člověka jsou zejména zajáci, králíci, myšovití hlodavci, ale i další savci nebo i ptáci a dále členovci sající krev. K přenosu dochází přímým kontaktem s nakaženým zvířetem, kontaminovanou stravou, vodou nebo vzdušnou cestou z kontaminovaného materiálu.

Diagnostika se provádí nejčastěji pomocí sérologie, nutno ovšem počítat se serokonverzí nejdříve za 10–20 dní od vzniku onemocnění. Kulturační průkaz je komplikovaný pomalým růstem a rizikem laboratorní

nákazy, v praxi se příliš neuplatňuje. Pomocí PCR lze testovat vzorky z uzliny, kožní léze, bronchiálního sekretu nebo hemokultury. Histologicky budí podezření na tularémii nález granulomatózně purulentního nebo nekrotizujícího zánětu.

Klinické formy závisejí na vstupu infekčního agens do organismu, viz tabulku 4.

Nejčastější formou u dětí jsou forma ulceroglandulární a glandulární.

V terapii se uplatňují aminoglykosidy a ciprofloxacin, doxycyklin a u dětí mladších osmi let pak makrolidy.

■ Závěr

V demonstrované kazuistice ukazujeme poměrně časově náročnou cestu k diagnóze tularémie. U febrilního stavu s lymfadenopatií jsme nejprve vylučovali běžné virové a bakteriální infekty, následně jsme diferenciální diagnózu rozšířili směrem k atypickým patogenům, autoimunitním onemocněním a malignitám. Dobu k diagnóze nakonec nejvíce prodloužila dostupnost výsledků sé-

rologie (šest dní). Dále pro nás byla překvapivá cesta nákazy, tedy krátká manipulace se senem při jednorázovém krmení zvířat. Na tularémii, i přes její nízkou incidenci, je nutno pomýšlet zejména u nejasných febrilních stavů a uzlinového syndromu.

■ Citace

1. Maurin M, Gyuranecz M. Tularaemia: clinical aspects in Europe. *Lancet Infect Dis*. 2016 Jan;16(1):113–124.
2. Imbimbo C, Karrer U, Wittwer M, et al. Tularaemia in children and adolescents. *Pediatr Infect Dis J* 2020;39:e435–8.
3. Sjöstedt A. Tularaemia: history, epidemiology, pathogen physiology, and clinical manifestations. *Ann NY Acad Sci*. 2007;1105:1–29.
4. John C, Souček A, Schindler J. *Francisella tularensis*. In: Bednář M, et al. *Lékařská mikrobiologie*. Praha: Marvil 1996:255–256.
5. SZÚ – CEM, Epidat, internetový zdroj www.szu.cz/cecm/hpcem.htm.

SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP Praha a střední Čechy

si vás dovoluji pozvat na odborné semináře v roce 2021. Semináře se konají vždy první čtvrtek v měsíci v Lékařském domě, Sokolská 31, Praha 2, stanice metra „C“ I. P. Pavlova, od 16:30. Vzdělávací akce mají charakter postgraduálního vzdělávání a jsou garantovány ČLS JEP ve spolupráci s ČLK (ohodnoceny kredity) jako akce kontinuálního vzdělávání.

Odborný garant: MUDr. Klára Procházková, MUDr. Bohuslav Procházka

3. února 2022

Vybrané patologie bílého krevního obrazu

MUDr. Petr Smíšek



OSPDL ČLS JEP

* O případných změnách programu budeme informovat e-mailem.



Aktuality...

Metamizol a život ohrožující anafylaxe po podání perorální formy

SÚKL přijal v říjnu 2021 hlášení od lékaře, který hlásil podezření na nežádoucí účinek po podání účinné látky metamizol. 62letý lékař a v tomto případě i sám pacient nám nahlásil podezření na nežádoucí účinek anafylaxe po podání účinné látky metamizol. Pacient se chronicky léčí s diskopatií a arteriální hypertenzí (telmisartan, indapamid) a benigní hyperplazií prostaty (tamsulosin). Historicky (před 40 lety) je uváděn exantém po podání kombinace účinných látek sulfamethoxazol a trimetoprim. Pacient si vzal 1 tabletu obsahující 500 mg účinné látky metamizol z důvodu dorzopatie. Po 20 minutách od podání léčivého přípravku (během cesty autem, které řídil) začal pacient pociťovat prudce se rozvíjející alergickou reakci s difúzním erytémem celého těla, otokem obličeje, svěděním, hučením v uších a tachykardií. Pacient byl na základě svého stavu nucen zastavit a zavolat rychlou zdravotnickou záchrannou službu. Po příjezdu rychlé záchranné služby (přibližně za 10 minut) byl aplikován intravenózně methylprednisolon a byla zahájena terapie krystaloidním roztokem. Následně pacientovi poklesl krevní tlak na úroveň 70/40 mm Hg s nezbytností převozu do nemocnice. Během převozu byl dále pacientovi aplikován intramuskulárně adrenalin. V nemocnici po podání antihistaminika bisulepinu a další parenterální kortikosteroidní terapie byly základní životní funkce stabilizovány asi po 3,5 hodinách a pacient byl propuštěn domů. Účinnou látku metamizol užíval pacient již několikrát v minulosti (konkrétně 3 měsíce a 1 týden před popisovanou událostí), a to bez jakýchkoliv známek nežádoucích účinků. Metamizol je v České republice vázán pouze na lékařský předpis. Jeho indikace se částečně liší dle lékové formy a kombinace s dalšími účinnými látkami, ale obecně lze říct, že je podáván při silné akutní nebo chronické bolesti, případně při horečce nereflující na jinou léčbu. Informace o léčivých přípravcích obsahujících metamizol popisují zvýšené riziko vzniku závažných anafylaktoidních reakcí u pacientů s astmatem indukovaným analgetiky nebo s intolerancí analgetik typu urtikarie-angioedém, s bronchiálním astmatem, zejména se současnou polypózní rinitidou, s chronickou urtikarií, přecitlivělostí na alkohol, tj. u pacientů reagujících již na malé množství alkoholických nápojů kýcháním, slzením a výrazným zarudnutím obličeje, nebo u pacientů s přecitlivělostí na barviva nebo na konzervační látky. Upozorňujeme, že před podáním jakékoliv lékové formy metamizolu je třeba odebrat podrobnou anamnézu. U pacientů, u nichž je shledáno zvláštní riziko anafylaktoidních reakcí, smí být metamizol podán pouze po pečlivém zvážení možného rizika proti očekávanému přínosu léčby. Jestliže se i za těchto okolností metamizol podává, je nutný lékařský dohled a musejí být k okamžité dispozici prostředky ke zvládnutí šoku. Anafylaktické reakce a šok, které mohou být závažné, život ohrožující až fatální, jsou očekávané nežádoucí účinky. Je prokázáno, že se mohou projevit i přesto, že užívání metamizolu proběhlo

již mnohokrát dříve bez komplikací. Tyto reakce se mohou vyvinout okamžitě po užití metamizolu nebo několik hodin po něm; obvykle se však objeví během první hodiny po užití. Mírnější anafylaktické reakce se projevují kožními a slizničními příznaky (jako jsou svědění, pálení, zarudnutí, kopřivka, otoky), dyspnoí a méně často gastrointestinálními potížemi. Mírnější reakce se mohou rozvinout do těžkých forem s generalizovanou urtikarií, těžkým angioedémem (včetně angioedému laryngu), těžkým bronchospasmem, srdeční arytmií, poklesem krevního tlaku (kterému někdy předchází zvýšení krevního tlaku) a oběhovým šokem. Jak jsme již několikrát upozorňovali v předchozích číslech Informačního zpravodaje nežádoucích účinků (např. dostupné na: <https://www.sukl.cz/sukl/informacni-zpravodaj-nezadouci-ucinky-le-civ-2-2021-1>), anafylaktické reakce po podání účinné látky metamizol jsou hlášeny na všechny lékové formy. Pacienti by měli být vždy upozorněni na toto riziko a poučeni o tom, jak v případě symptomů signalizujících hypersenzitivní i anafylaktickou reakci postupovat, a to i při opětovném předepsání/podání léčivého přípravku. Rychlé rozeznání počínajících příznaků, zavolání rychlé pomoci a adekvátní poskytnutá zdravotnická péče mohou zachránit mnoho pacientů před závažnými následky nežádoucí, avšak očekávané anafylaktické reakce.

Zdroj: www.sukl.cz

Zneužívání léků na předpis roste

V Česku narůstá fenomén zneužívání léků. Podle nejnovějších dat Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti se problém nadužívání medikamentů týká 1,35 milionu osob, z toho je 900 tisíc žen. S problémem souvisí i růst nelegální nabídky těchto preparátů, které jsou pouze na předpis lékaře. Situaci ještě více zhoršila pandemie.

V roce 2020 bylo 1 896 lidí léčeno pro poruchy způsobené užíváním psychoaktivních léků. Před deseti lety to bylo jenom 1 230.

Jak vyplývá z dat vládního monitorovacího střediska, užívání psychoaktivních léků je dvakrát častější u žen a zvyšuje se s věkem respondentů. „Málo se o tom mluví. Konzumace stoupá v celém západním kulturním světě a je několik možných interpretací, proč se tak děje. Je spousta úzkostných lidí, mají panické ataky, poruchy spánku, takže sáhnou po tom, co funguje. Doktoři to rádi předepíší, protože se zbaví pacienta,“ řekl Právu psycholog a specialista na drogy Ivan Douda. Zneužívání takových látek může dopadnout až fatálně, podle statistik je za rok 2020 v Česku evidováno 38 případů smrtelných předávkování psychoaktivními léky.

Jako drogy

Ženy tvoří přibližně dvě třetiny pacientů léčených pro závislost na sedativech a hypnotikách. Většina případů (74 %) je ve věku 45 a více let.



„Ženy často kombinují prášky a alkohol, takže zatímco průměrná délka léčby na protialkoholním byla u mužů tři měsíce, u žen to byly čtyři. Tyto výsledky je ale obtížné interpretovat, protože tam musí být ochota jít se léčit. Jestli rodina snáze dotlačí ženu k tomu, jít se léčit, popřípadě dotyčná žena má odpovědnost vůči dětem, tam je možná spousta interpretací,“ sdělil Douda. Problém je podle něho v nízké informovanosti lidí, kteří takové látky užívají.

„Nejsou dostatečně varováni, že jsou to prostě drogy. Droga je chemická látka, která ovlivňuje psychiku. Takže i léky na spánek, uklidnění, proti bolesti, proti úzkosti nebo pro povzbuzení jsou také drogy,“ uvedl Douda. Problém může přerůst do vážných zdravotních komplikací a silné závislosti.

Zvláštní kategorii tvoří mladí lidé. Léky bez předpisu alespoň jednou v životě zkusilo celkem 14,4 % studentů. V anketě uvedli, že se za tímto účelem chtěli „dostat do nálady“, přičemž zneužívání léků opakovaně uvedlo 5,2 %. „Užívání léků na předpis i bez předpisu uvádějí častěji dívky a studenti odborných škol bez maturity,“ varovala studie.

Nelegální prodej

Monitorovací středisko v této souvislosti rovněž upozornilo na rozmach prodeje léků na černém trhu. „Pokud mají lidé závislí na psychoaktivních lécích potíže s jejich získáním ze standardních zdravotnických zdrojů nebo od rodiny či známých, přichází na řadu nelegální nabídka na internetu,“ uvádí zpráva s tím, že takováto dostupnost léků je značná, a to i na tuzemských webových stránkách, které se zabývají bazarovým prodejem jinak neškodného zboží.

Cena nabízených léků je tady několikanásobně vyšší než v lékárně. Podle zjištění redakce je cena balení léku Xanax ve variantě 2 miligramů účinné látky 360 korun včetně standardního doplatku ze zdravotního pojištění. Na černém trhu dá zájemce za stejný produkt minimálně 1300 korun, ceny se přitom liší v závislosti na dealerovi.

„Nelegální trh s léky je jedním z největších témat současného zdravotnictví. Nikdo neví, zda jsou tyto produkty v pořádku a neobsahují různé přísady, jedovaté látky a tak dále,“ řekl přednosta Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze Michal Miovský.

„Cílová populace pro nákup těchto léků může dosahovat kolem 200 tisíc osob, u kterých jsou si lékaři vědomi, že mají problém s jejich nadužíváním nebo zneužíváním,“ uvedl bývalý šéf monitorovacího střediska Viktor Mravčík. Podle výroční zprávy dva z pěti respondentů závislých na lécích získávali léky na internetu. Policie konkrétní statistiky nelegální nabídky léků na internetu neviduje. Neobjevují se ani ve výroční zprávě Národní protidrogové centrály.

„Lidé si přes internet nacházejí informace a zdroje. Mohou si tam vybrat zrovna to, co jim vyhovuje. Toho, kdo mu říká, že mu daná látka pomáhá, a ne to, kde někdo varuje a popisuje účinky,“ uvedl psycholog Douda problémy spjaté s nabídkou látek online.

Jak Právo dříve uvedlo, počet webů, kterými se zabýval Státní ústav pro kontrolu léčiv v souvislosti s ilegální nabídkou léků, se zvýšil za posledních pět let více než čtyřnásobně.

Zdroj: novinky.cz, 29. 12. 2021

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

658 10-21

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

659 10-21

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

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

664 1-22

Akreditovaná pediatrická ambulance **v Brandýse n/L přijme lékaře** na částečný až plný úvazek. Tel.: 603 485 659

665 1-22

Kvůli narůstajícím zdravotním problémům **hledám výpomoc** do ordinace **PLDD v Mladé Boleslavi** – alespoň jeden den v týdnu. Vhodné pro lékaře na MD. Telefon 731 323 222.

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



Bez pediatriů by to prostě nešlo,

říká Pavla Gomba, ředitelka české pobočky UNICEF

Se zkratkou UNICEF se čtenáři setkávají v médiích, na konferencích či ve své odborné praxi. Můžete vaši organizaci představit blíže?

Práce Dětského fondu OSN – UNICEF je založena na přesvědčení, že každé dítě na světě má právo na život, zdraví, ochranu, vzdělání a férové šance pro svůj rozvoj. UNICEF vznikl v roce 1946 právě na pomoc dětem v Československu a dalších zemích Evropy zasažených 2. světovou válkou. Tehdejší československým dětem jsme dodávali sušené mléko, léky, vitaminy a rybí tuk, aby přežily a mohly se zdravě vyvíjet.

I dnes pomáháme tam, kde je situace dětí nejtěžší. Největší část pomoci směřuje do krizových oblastí a nejchudších zemí světa, kde děti umírají na podvýživu a běžné nemoci, kterým lze předcházet.

Humanitární organizací je hodně. V čem se UNICEF liší?

UNICEF se odlišuje ve dvou hlavních věcech: kdekoli na světě dokážeme reagovat řádově v hodinách – které rozhodují o tom, kolik lidí přežije a kolik lidí zemře – na jakoukoli nenadálou situaci, jako je přírodní nebo válečná katastrofa. Je to možné díky tomu, že jako prakticky jediná humanitární organizace pracujeme ve všech zemích a oblastech světa, včetně takových oblastí, jako je Severní Korea, Jemen nebo Afghánistán. Respektujeme místní podmínky a tradice, nevyvážíme demokracii, neprosazujeme ani

žádný politický či náboženský názor – jsme prostě spolupracující organizace, které jde o děti.

Jak důležitá je ve vašich programech pediatrická péče?

Naprosto klíčová – bez spolupráce s pediatrii by naše programy v terénu nebyly možné. Už před narozením dítěte se rozhoduje o tom, jaké později v životě dostane šance. Zajištění dostupné zdravotní péče nebo snižování novorozenecké a dětské úmrtnosti, to patří k našim celosvětovým prioritám. Tyto programy mají konkrétní výsledky. Za posledních třicet let se dětská úmrtnost do pěti let věku snížila celosvětově o 59 %. Imunizace, prevence a léčba infekčních chorob, to všechno jsou oblasti, kde je pediatrická péče nenahraditelná. Je ale nutné si uvědomit, že v mnoha zemích světa jsou pediatrii vzácnou profesí, protože i lékařů praktiků je tam velký nedostatek.

Jaký smysl má z vašeho hlediska pomáhat v dalekých krajích? Nemíjí se soustředit pouze na naše vlastní problémy doma?

Myslím, že obojí je důležité. Pandemie koronaviru nám připomněla, jak moc je současný svět propojený. Každá velká událost, byť by se děla na druhém konci světa, nás dříve nebo později ovlivní. Pokud lidé v nejchudších zemích světa nebudou mít pitnou vodu a možnost dodržovat hygienu, mohou se z těchto zemí šířit nemoci i do rozvinutých států.

Jaké projekty rozvíjíte v České republice?

Dlouhodobě prosazujeme vznik dětského ombudsmana jako samostatné instituce, která chrání děti v řízeních se státními úřady. Pracujeme také na projektu měst přátelských k dětem, která jim vytvářejí bezpečné a podnětné prostředí. Výzkum Mladé hlasy, který realizujeme s agenturou STEM/MARK, přináší pohled na dětství v Česku očima dítěte. Velmi nás zaujalo například to, že lékaři děti v Česku hodně důvěřují – mají nejvyšší důvěru hned po rodičích.

Řada našich čtenářů patří mezi příznivce a dárce UNICEF. Můžete prosím vysvětlit, kolik procent z vybraných peněz pro UNICEF jde na pomoc dětem?

Pomoci může i malá částka. Například za 8 korun můžeme pořídit jednu dávku terapeutické výživy pro léčbu akutní dětské podvýživy. Práce UNICEF není financována z rozpočtu OSN, ale výhradně z dobrovolných příspěvků. Abychom mohli plnit své poslání, provozní náklady musí být co nejnižší. V současnosti jde v UNICEF 89 % z každého daru přímo na programy pomoci dětem. Podpory českých příznivců si nesmíme vážit, protože i díky nim můžeme pomáhat dětem přesně tam, kde to je nejvíce zapotřebí.

Více informací o programech UNICEF a možnostech zapojení naleznete na www.unicef.cz.

© UNICEF/ Raab

Kambodža: Do dětské nemocnice v hlavním městě Phnom Penhu přicházejí matky s dětmi trpícími podvýživou. UNICEF zde proškolil zdravotnický personál a dodává potřebné léky a vybavení



© UNICEF/ Laurent Rusanganwa

Pavla Gomba, ředitelka UNICEF ČR, předává zdravotníkům symbolický šek na vybavení novorozeneckého oddělení okresní nemocnice v Musanze (Rwanda)





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 fúzní protein NHBA *N. meningitidis* B 50µg; rekombinantní protein NadA *N. meningitidis* B 50µg; rekombinantní fúzní protein fHbp *N. meningitidis* B 50µg; vnější membránové vesikuly (OMV) *N. meningitidis* B kmene NZ98/254 měřené jako množství celkové bílkoviny obsahující PorA P1.4 25µg. **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 prodlevou minimálně 1 měsíc mezi dávkami nebo dvě dávky po 0,5 ml s prodlevou minimálně 2 měsíce mezi dávkami; booster mezi 12 a 15 měsíci věku s prodlevou alespoň 6 měsíců od primární série.* Kojenci (6–11 měsíců) dvě dávky po 0,5 ml s prodlevou minimálně 2 měsíce mezi dávkami; booster v druhém roce života s prodlevou nejméně 2 měsíce od primární série. Děti (12 až 23 měsíců) dvě dávky po 0,5 ml s prodlevou minimálně 2 měsíce mezi dávkami; booster s prodlevou 12 až 23 měsíců od primární série. Děti (2 roky až 10 let) a dospívající (od 11 let) a dospělí dvě dávky po 0,5 ml s prodlevou minimálně 1 měsíc mezi dávkami; u jedinců, kteří jsou vystaveni setrvalému riziku expozice meningokokovému onemocnění má být zvaženo podání boosteru dle oficiálních doporučení. Vakcína se podává hlubokou intramuskulární injekcí, ideálně v anterolaterálním směru do stehna u kojenců nebo do oblasti m. deltoideus 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 febrilním 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 nepřevyšuje 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 protilátkovou odpověď na aktivní imunizaci. Údaje o imunogenicitě jsou k dispozici u jedinců s deficitem komplementu, asplenií nebo s poruchou funkce sleziny. U jedinců s dědičnými deficiencemi komplementu (např. deficiencie C3 nebo C5) a u jedinců podstupujících léčbu inhibující aktivaci terminálního komplementu (např. ekulizumabem) 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 pertuse, *H. influenzae* typu b, inaktivovaná poliomyelitida, 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 jasně hrozí 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 časté: poruchy příjmu potravy, ospalost, neobvyklý pláč, 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 časté: bolest hlavy, myalgie, artralgie. *spontánní hlášení po uvedení na trh: vyrážka.** **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Uchovávejte v chladničce od 2 °C do 8 °C. Chraňte před mrazem a světlem. Před použitím předplněnou injekční stříkačku dobře protřepejte, aby vznikla homogenní suspenze. **Držitel rozhodnutí o registraci:** GSK Vaccines S.r.l., Via Fiorentina 1, 53100 Siena I, Itálie. **Datum první registrace:** 14. ledna 2013. **Datum revize textu:** 02. 07. 2020. **Registrační čísla:** 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 zákonem definované rizikové skupiny. Přípravek aplikuje lékař intramuskulární injekcí. Před předepsáním léku se prosím seznámte s úplnou informací o přípravku, kterou najdete v Souhrnu údajů o přípravku na: www.gskkompendium.cz nebo se obraťte na společnost GlaxoSmithKline, s.r.o., Hvězdova 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, všimněte 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-ADVT-210004 Schváleno 04/2021

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