

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX

PEDIATRIAE

duben 2022
číslo 4 • ročník 22



téma čísla

Výchova dítěte



- Společné prohlášení MZ ČR a SÚKL ke zdravotnické pomoci pro Ukrajinu
- Zdravotní situace na Ukrajině ve výskytu tuberkulózy, HIV, hepatitid a STI

- Doporučení k očkování osob, které budou pobývat na území ČR v důsledku současné krize na Ukrajině
- Cílem výchovy je připravit děti na život

- Teorie citové vazby a její využití při výchově dítěte
- Poruchy vztahové vazby a její následky
- Konopí v léčbě bolesti



	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Informace SPLDD	6
	- Infliximab: Informační dopis pro zdravotnické pracovníky - Tablety s jódem: Upozornění na rizika neuváženého používání - Jód - Kontroly zacházení s léčivými přípravky v zařízeních poskytujících zdravotní péči v roce 2021 - Společné prohlášení Ministerstva zdravotnictví ČR a Státního ústavu pro kontrolu léčiv ke zdravotnické pomoci pro Ukrajinu - Předepisování eReceptů pro ukrajinské občany - Postup poskytovatelů pracovnílékařských služeb a registrujících poskytovatelů v oboru všeobecné praktické lékařství při pracovnílékařských prohlídkách - Zdravotní situace na Ukrajině ve výskytu tuberkulózy, HIV, hepatitid a STI je odlišná oproti České republice - Doporučení k očkování osob, které budou pobývat na území České republiky v důsledku současné krize na Ukrajině, ze dne 28. března 2022 - Pro vystavení certifikátu o prodělaném onemocnění Covid je u symptomatických pacientů již dostačující pozitivní antigenní test - Dočkáme se konečně zprovoznění ePoukazu na zdravotnické prostředky?	
	Mgr. Jiří Halda	18
	Cílem výchovy je připravit děti na život	
	Mgr. et Mgr. et Mgr. Helena Zymonová, B.A.	24
	Teorie citové vazby a její využití při výchově dítěte	
	MUDr. Jaromír Kabát, Ph.D.	27
	Poruchy vztahové vazby a její následky	
	Konopí v léčbě bolesti	29
	Ze světa odborné literatury	33
	Aktuality	35
	Řádková inzerce	38
	Doporučení České vakcinologické společnosti Jana Evangelisty Purkyně, OSPDL ČLS JEP, SPLDD ČR a Společnosti pro epidemiologii a mikrobiologii ČLS JEP k očkování osob, které budou pobývat na území České republiky v důsledku současné krize na Ukrajině	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

AIDIAN

GSK

**Jihomoravské
dětské léčebny**

MSD

NUTRICIA

Dr Konrad Pharma

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX
PEDIATRIAE

www.detskylekar.cz

Tisk a distribuce: Casus Direct Mail, a.s., držitel certifikátu ISO 9001, ISO 14001 a ISO 27001, Žilinská 5, 141 00 Praha 4, www.casus.cz

Vydavatel:

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

Redakce VOX:

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

Inzerce: Jana Machalíková

GSM: 737 071 353 – jen pro inzery
mailing@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. Ilona Hülleová,
MUDr. Jana Kulhánková,
MUDr. Kateřina Štichhauerová,
MUDr. Ivana Koleč.

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.



Vážené kolegyně a kolegové,

v současnosti se toho odehrává tolik, že nevím, kde začít... Možná proto raději tím příjemnějším. Konečně jsme se po chladnu a nevlídnou dočkali prvních dnů prozářených hřejivými paprsky jarního sluníčka, provoněných rozkvétajícími sněženkami, prvosenkami, krokusy a taktéž původci jarních alergií – jívami a břízami. Právě tak, aby nám matka příroda pomohla vyrovnat se s tím, co se na nás valí. Sotva jsme se začali těšit, že covid pomalu odchází, a s klesajícími počty pozitivně testovaných a nakažených ustupoval zájem o očkování proti koronaviru, vyhrnula se na nás zpráva o napadení Ukrajiny Ruskem. Mne to zastihlo na rodinné rekreaci ve Vysokých Tatrách, které byly v letošním únoru dosti skoupé na sníh a též se chystaly na jaro. Asi nikdo z nás nečekal, jak velký exodus a následně problémy s uprchlíky z válkou postižené země budeme muset v brzké době řešit. Ale je pravda, že my Češi, Moraváci, Slezané a nakonec i Slováci jsme si v naší relativně nedávné historii prošli podobnými situacemi v letech 1938 a potom 1968, díky čemuž si myslím jsme schopni se vcítit do situace

Ukrajinců a v jejich nelehkém údělu jim i efektivně pomoci, byť jich je čtyřikrát více. Sdružení se samozřejmě k této situaci postavilo čelem, většina členů příslibila zajistit akutní zdravotní péči ukrajinským dětem a méně přetížené ordinace i tu preventivní. Také jsme na jednání předsednictva schválili poskytnutí finančního daru z fondu „pomoci“, který jsme založili poté, co se jižní Moravou prohnalo tornádo a srovnalo dvě ordinace PLDD se zemí. Věřím, že členové, kteří do tohoto fondu přispěli s myšlenkou pomoci postiženým kolegům, nebudou proti, že jsme se jako zástupci jednotlivých krajů dohodli část těchto prostředků věnovat Ukrajině. S příchodem jara nám tradičně stoupá nemocnost dětí a do toho se nyní přidá příchod dětí z Ukrajiny, z nichž mnohé cestou také onemocněly. Několik jsem jich už vyšetřil v rámci pohotovosti, většinou se jednalo o akutní respirační nebo gastrointestinální potíže. Uvítal jsem ochotu stran tlumočení zejména mezi již u nás žijícími Ukrajinci. Možná bych se s nimi nějak domluvil svépomocí, jsem sice v předsednictvu nejmladší, ale ještě jsem se na základní škole učil ruštinu a němnožko gavarjů pa rusky. Nejen já, ale hodně kolegů jistě ocenílo webinar na téma krize na Ukrajině, narychlo spíchnutý díky aktivitě našeho výkonného výboru. Myslím, že nám předal základní know-how, jak na to, abychom to společně konstruktivně zvládli. S novým rokem přišly změny úhrady očkování proti HPV a meningokokům u adolescentů – do toho nesmím zapomenout, jak jsem se s kolegyní navztekal s tím novým povinným e-očkováním, které šlo a nešlo, různé blbly a aktualizovalo se, no prostě procházelo svými porodními bolestmi, kdy jsme mu museli pomáhat tlačit, aby konečně porodilo, co jsme potřebovali. Teď už se mi zdá, že se to nějak zaběhlo a i když to drží, tak to aspoň funguje. Nesmím zapomenout, že ti šťastnější z nás se mohli opět vzdělávat prezenčně na Kongresu primární péče. Já ho bohužel strávil kvůli špatnému načasování službou na pohotovosti. Nicméně online semináře frčí dále a nyní přichází období regionálních konferencí SPLDD, které budou naživo a taktéž mívají svou odborně vzdělávací část. Neváhejte tedy a přihlaste se na konferenci svého regionu hned, jak se o ní dozvíte. Abych nezapomněl, tak od nového roku také můžeme již za úhradu z veřejného zdravotního pojištění po nasmlouvání příslušných kódů sledovat a pečovat o děti s enurézou a po pořízení přístroje Plusoptix se aktivně zapojit do screeningu očních vad u kojenců a batolat. Novorozenecký screening se také o něco rozšířil – hlavně o včasný záchyt SMA – spinální muskulární atrofie, což spolu s úhradou léku dává zcela nové možnosti v léčbě této zákeřné nemoci a možnost na lepší život těmto dětem. Pomalu se blíží ke konci a jen smutně konstatuji, že naše síť PLDD stále slábne, neboť další kolegyně a kolegové v důchodovém věku se chystají ukončit v letošním roce činnost svých ordinací a někteří bohužel bez adekvátní náhrady. K tomu se přidává v některých krajích i problém se zajišťováním lékařské pohotovostní služby a hejtmani se na nás snaží vyvíjet nátlak, aby nás sloužilo více a častěji. To už se v této situaci dá jen těžko, protože starší již na to nemají sílu, mladých výrazně nepřibývá a ani se jim do toho moc nechce. Takže to nejsou „nadějně vyhlídky“. Chtěl bych závěrem poděkovat všem, kteří v této době aktivně pracujete nejen ve své ordinaci, ale i jinde a zejména pro naše sdružení, obzvláště potom členům výkonného výboru SPLDD, kteří makají i ve svém volnu o sto šest.

Rozloučil bych se s vámi myšlenkou, která je v této době opadajícího nadšení z pomoci válečným uprchlíkům a stoupající xenofobie s jejich přibývajícím počtem v naší republice velice aktuální: „Správně vidíme jen srdcem. Co je důležité, je očím neviditelné.“ – Antoine de Saint-Exupéry, kniha Malý princ.

Chci vám popřát vše dobré, abyste se přes všechny překážky dokázali ve zdraví přenést, abyste si udrželi optimismus a víru v lepší zítřek a pro svůj vnitřní klid, dle rady mého duchovního učitele Hyakutena Inamota dokázali „pokojně kráčet mezi chválou a vinou“.

S pozdravem váš kolega Petr Kadleček

PS: Necht' je mi odpuštěno, pokud jsem na něco či někoho důležitého zapomněl.



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

- **Od počátku března jsme byli svědky narůstajícího počtu uprchlíků z válkou zasažené Ukrajiny. Mezi příchozími tvoří více než polovinu dětí.** PLDD čelí velké výzvě, jak se o tyto děti postarat. Již se nemluví jen o akutní péči, ale o přijetí do dlouhodobé péče a nikdo neví, o jak dlouhou dobu se jedná. Při kritické situaci v personálním zajištění primární péče o děti se ukazuje, že část péče musí převzít kliničtí pediatři či případně dětské specialisty. Během měsíce března proběhla na půdě MZ ČR řada jednání na toto téma. Úhrada za poskytnutou péči byla vyjednána a zdravotní pojišťovny se zavázaly k úhradě veškeré péče poskytnuté ukrajinským dětem výkonovým způsobem, kapitační platba u těchto dětí není hrazena.
- **MZ ČR zřídilo tzv. UA pointy** v přímo řízených nemocnicích při dětských odděleních, které pomáhají odlehčit primární péči zejména při poskytování akutní péče ukrajinským dětem.
- Bylo zahájeno dohodovací jednání o úhradách pro příští rok, analytická komise poskytla údaje o úhradách jednotlivých segmentů za uplynulé období.
- Po ukončení vykazování výkonu distanční péče 01300 k 31. 3. 2022 u posledních dvou zdravotních pojišťoven (VZP a ČPZP) se podařilo vyjednat **nový výkon distanční péče 01305**, zatím automaticky nasmouvaný VZP a ČPZP od 1. 4. 2022. Jednoznačně se ukázalo, že distanční péče u registrovaných pacientů má své opodstatnění a je přínosem jak pro poskytovatele, v našem případě PLDD, tak pro pacienta.

- Podařilo se prosadit úpravu vzdělávacího programu oboru pediatrie ve smyslu možnosti delší praxe na pracovišti PLDD. Vzhledem k nedostatku PLDD se nadále jedná o dalších možnostech podpory oboru pediatrie a posílení zejména primární péče.
- **Během měsíce března** nadále ustupovala epidemie COVID-19, nicméně vysoká nemocnost dětí příliš neklesala.
- **4. března 2022** v kanceláři Sdružení se uskutečnilo plánované jednání předsednictva SPLDD ČR.
- **8. března 2022** se distančně sešlo přes 900 PLDD na aktuálním webinaru, který pro členy uspořádalo SPLDD. Webinar byl věnován problematice péče o ukrajinské děti, které uprchly z válkou postižené Ukrajiny. Prezentovali jsme souhrn všech dostupných a platných informací, které PLDD mohli využít ve svých ordinacích při ošetřování těchto uprchlíků.
- **9. března 2022** proběhlo jednání SPLDD se zástupci ZP na téma zajištění a úhrady péče pro uprchlíky z Ukrajiny.
- **10. března 2022** jsem se zúčastnila jednání klinické skupiny MZ ČR, opět na téma zajištění péče o uprchlíky, vytvoření doporučeného postupu.
- **16. března 2022** proběhlo setkání zástupců pediatrických společností a opět na téma zajištění péče narůstajícímu počtu dětských uprchlíků z Ukrajiny. Počet dětí v tu dobu přesáhl 100 000.
- **17. března 2022** se uskutečnilo jednání Rady poskytovatelů, věnované zajištění péče o uprchlíky, diskutovalo se mj. zřízení UA pointů.

18.–19. března 2022 proběhl 16. kongres primární péče, který se konal pod záštitou MZ ČR a vzbudil velký mediální ohlas. Více než 1 000 účastníků, bohatý program včetně aktuálních témat, nabídka workshopů a hlavně po dlouhé době opět možnost osobních setkání – to vše vypovídá o jeho úspěšnosti. Ministr zdravotnictví zavítal na úvodní blok a milým překvapením bylo, že i přes svůj nabitý program se vrátil na jednání kulatého stolu, které je vždy věnováno aktuální problematice primární péče. V rámci sobotního programu jsme nezapomněli na 30. výročí založení SPLDD ČR. Minutou ticha jsme uctili památku našeho kolegy a dlouholetého člena redakční rady Vox pediatricae MUDr. Jiřího Lišky, CSc. V sobotu jsme se navrátili k tradičnímu udělování Patrona primární péče a tentokrát jsme ocenili Ing. Davida Šmehlíka za jeho podporu rozvoje primární péče. Vždy hájil postavení primární péče, věřil v její nezpochybnitelnou klíčovou roli v systému zdravotní péče a stál za rozvojem řady programů a zvyšování kompetencí PLDD.

25. března 2022 se konalo další z jednání Rady poskytovatelů.

28. března 2022 proběhlo jednání AK DŘ.

30. března 2022 uspořádalo SPLDD pro své členy další webinar věnovaný novým aktuálním informacím k péči o děti z Ukrajiny, včetně toho, jak postupovat při doočkování ukrajinských dětí, pokud není znám jejich vakcinační status. V dalších sděleních jsme se zaměřili na hojení ran u dětí z pohledu dětského chirurga, využití pulsní oxymetrie v ordinaci PLDD a tématu vybavení „lékárničky“ v ordinaci PLDD.

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

5. května 2022

Trendy v dětské chirurgii s praktickým využitím pro PLDD

Prof. MUDr. Michal Rygl, Ph.D.

O případných změnách programu budeme informovat e-mailem.



OSPDL ČLS JEP



Informace SPLDD

■ CAVE! Informační dopis pro zdravotnické pracovníky

Datum: 7. března 2022

Infliximab (Remicade, Flixabi, Inflectra, Remsima a Zessly): Použití živých vakcín u kojenců vystavených infliximabu *in utero* nebo během kojení

Vážená paní doktorko/vážený pane doktore,
držitelé rozhodnutí o registraci pro infliximab, ve spolupráci s Evropskou agenturou pro léčivé přípravky a Státním ústavem pro kontrolu léčiv, by Vás rádi informovali o následujícím:

Shrnutí

Kojenci vystavení infliximabu *in utero* (tj. během těhotenství)

- Infliximab prochází placentou a byl detekován v séru kojenců po dobu až 12 měsíců od narození. Po expozici *in utero* mohou být kojenci vystaveni zvýšenému riziku infekce, včetně závažné diseminované infekce, která může být fatální.
- Živé vakcíny (např. BCG vakcína) by neměly být podávány kojencům po *in utero* expozici infliximabu po dobu 12 měsíců po narození.
- Pokud existuje zřetelný klinický přínos pro daného kojence, je možné zvážit podání živé vakcíny v dřívějším termínu, jsou-li sérové hladiny infliximabu u kojence nedetekovatelné nebo pokud bylo podávání infliximabu omezeno na první trimestr těhotenství.

Kojenci vystavení infliximabu prostřednictvím mateřského mléka

- Nízké hladiny infliximabu byly detekovány v mateřském mléce. Byl také detekován v séru kojenců po expozici infliximabu prostřednictvím mateřského mléka.
- Podání živé vakcíny kojenému dítěti během doby, kdy matka dostává infliximab, se nedoporučuje, s výjimkou případů, kdy jsou sérové hladiny infliximabu u kojence nedetekovatelné.

Další informace o bezpečnostní otázce

Infliximab je chimérická lidská-myší monoklonální protilátka typu imunoglobulin G1 (IgG1), která se specificky váže na lidský TNF α . V Evropské unii je indikován k léčbě revmatoidní artritidy, Crohnovy choroby (dospělí a pediatričtí pacienti), ulcerózní

kolitidy (dospělí a pediatričtí pacienti), ankylozující spondylitidy, psoriatické artritidy a psoriázy.

Podání živých vakcín kojencům vystaveným infliximabu *in utero*

Infliximab prochází placentou a byl detekován v séru kojenců vystavených infliximabu *in utero* po dobu až 12 měsíců od narození (Julsgaard et al., 2016). U těchto kojenců může být zvýšené riziko infekce, včetně závažné diseminované infekce, která může být fatální. To zahrnuje diseminovanou infekci *Bacillus Calmette-Guérin* (BCG), která byla hlášena po podání živé vakcíny BCG po narození.

Před podáním živých vakcín kojencům, kteří byli vystaveni infliximabu *in utero*, se proto doporučuje dodržet 12měsíční odstup počínající narozením. Pokud existuje zřetelný klinický přínos pro daného kojence, je možné zvážit podání živé vakcíny dříve, jsou-li sérové hladiny infliximabu u kojence nedetekovatelné nebo pokud bylo podávání infliximabu omezeno na první trimestr těhotenství (kdy je přenos IgG placentou považován za minimální).

Podání živých vakcín kojencům vystaveným infliximabu prostřednictvím mateřského mléka

Omezené údaje z publikované literatury naznačují, že infliximab byl detekován v nízkých hladinách v mateřském mléce v koncentracích až do 5 % jeho hladiny v séru matky (Fritzsche et al., 2012).

Infliximab byl také detekován v séru kojence po expozici infliximabu prostřednictvím mateřského mléka.

Očekává se, že systémová expozice u kojeného dítěte bude nízká, protože infliximab je z velké části degradován v gastrointestinálním traktu.

Podání živých vakcín kojenému dítěti během doby, kdy je matka podává infliximab, se nedoporučuje, s výjimkou případů, kdy jsou sérové hladiny infliximabu u kojence nedetekovatelné.

Informace o přípravku

Souhrn údajů o přípravku pro infliximab, příbalové informace pro pacienty a karty pacienta jsou v současnosti aktualizovány tak, aby odrážely současná doporučení týkající se podání živých vakcín kojencům po expozici *in utero* nebo během kojení. Pacientům užívajícím infliximab má být poskytnuta

příbalová informace a karta pacienta. Ženy léčené infliximabem mají být poučeny o tom, že je důležité diskutovat o možnostech podávání (živých) vakcín s dětskými lékaři, pokud otěhotní nebo se rozhodnou kojit během užívání infliximabu.

Hlášení nežádoucích účinků

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

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

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

Jelikož se jedná o biologická léčiva, je třeba doplnit při hlášení nežádoucích účinků i přesný obchodní název a číslo šarže.

Děkujeme za spolupráci.

S pozdravem,

Držitelé rozhodnutí o registraci léčivých přípravků

Kontaktní údaje na držitele rozhodnutí o registraci

Přípravek

Držitel rozhodnutí o registraci

Lokální zástupce v ČR

Webová adresa / E-mail pro dotazy

Remicade

Janssen Biologics B.V.

Merck Sharp & Dohme s.r.o.

Na Valentince 3336/4, Praha 5

Tel.: +420 233 010 111

www.msd.cz

e-mail pro dotazy:

dpoc_czechslovak@merck.com

Flixabi

Samsung Bioepis NL B.V.

Biogen (Czech Republic) s.r.o.,

Tel.: + 420 255 706 208

e-mail: medical-cz@biogen.com

Inflectra

Pfizer Europe MA EEIG

Pfizer, spol. s r.o.



Stroupežnického 3191/17, 150 00 Praha 5–
Smíchov
tel: +420 283 004 111
www.pfizer.cz
e-mail pro dotazy:
Medical.Information@pfizer.com

Remsima

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
Hungary Kft. 1062 Budapest
Váci út 1–3.
Tel: + 420 234 076 547
https://www.celltrionhealthcare.hu/
e-mail pro dotazy:
celltrion.pvmi@biomapas.com

Zessly

Sandoz GmbH SANDOZ s.r.o.
Na Pankráci 1724/129, Praha 4–Nusle,
Tel: +420 225 775 111
www.sandoz.cz
e-mail: office.cz@sandoz.com

Reference

Fritzsche J, Pilch A, Mury D et al. Infliximab and adalimumab use during breastfeeding. *J Clin Gastroenterol.* 2012;46:718–9. doi: 10.1097/MCG.0b013e31825f2807. PMID: 22858514.
Julsgaard M, Christensen LA, Gibson PR, et al. Concentrations of adalimumab and infliximab in mothers and newborns, and effects on infection. *Gastroenterology.* 2016;151:110–119. doi:10.1053/j.gastro.2016.04.002. Epub 2016 Apr 8. PMID: 27063728.

■ Tablety s jódem: Upozornění na rizika neuváženého používání

V souvislosti s krizovou situací na Ukrajině eviduje Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) zvýšené množství dotazů na používání tablet s obsahem jódu s odkazem na prevenci rizika v případě jaderného konfliktu. Chápeme obavy obyvatel, nicméně je třeba varovat před neuváženým užíváním tablet s obsahem jódu, které může způsobit závažné zdravotní komplikace včetně nevratného poškození štítné žlázy.

V jaké situaci se jódové tablety používají?

Při potenciální jaderné katastrofě se může uvolnit radioaktivní jód. Aby se předešlo hromadění tohoto radioaktivního jódu ve štítné žláze, může být **ve vhodnou dobu** použit neradioaktivní jód ve formě tablet s vysokými dávkami jódu (jedná se o tzv. jódovou blokádu štítné žlázy). **Užívání jódových tablet chrání pouze před vychytáváním radioaktivního jódu ve štítné žláze, nikoli**

před účinky jiných radioaktivních látek. Příjem velkého množství jódu ale může způsobit vážná zdravotní rizika.

Jaké zdravotní komplikace může způsobit užívání jódu v nevhodné chvíli?

V případě předávkování se může objevit hnědé zabarvení sliznic, zvracení, bolesti břicha a průjem. Mohou se objevit dehydratace a šok. V ojedinělých případech byla pozorována stenóza (zúžení) jícnu. **Při neuváženém dávkování může dojít k závažnému, někdy i nevratnému poškození štítné žlázy.**

Jódové tablety mají být užívány až po doporučení odpovědných orgánů

Má-li mít jódová blokáda štítné žlázy požadovaný účinek, musejí být tablety užívány ve správný čas. Pokud jsou jódové tablety užívány příliš brzy, může být neradioaktivní jód znovu vyčerpán, a může tak stejně dojít k vychytání radioaktivního jódu ve štítné žláze. Ochrana by tedy byla zavedena příliš brzy a nebyla by dostatečná. Pokud jsou jódové tablety v případě havárie užívány příliš pozdě, štítná žláza již mohla absorbovat radioaktivní jód. **Proto by jódové tablety pro blokádu štítné žlázy měly být užívány pouze na výslovné doporučení odpovědných orgánů (Ministerstvo zdravotnictví ČR, Státní ústav pro kontrolu léčiv nebo Státní úřad pro jadernou bezpečnost).** Podobnou informaci rovněž zveřejnil SÚJB na svém webu.

Zdroj: www.sukl.cz, 2. 3. 2022

■ Jódové tablety v současné situaci nepotřebujete

Jódové tablety pouze chrání štítnou žlázu, aby nepřijímala radiojód z ovzduší. V současné situaci však žádné riziko ozáření radiojódem nehrozí. Tablety s jódem nejsou univerzálním „protijedem“ proti ionizujícímu záření.

Kdy se jódové tablety užívají?

Jódové tablety se užívají, když je riziko, že se v ovzduší objeví významně zvýšená koncentrace radioaktivního jódu. Ten je součástí radioaktivního mraku uvolněného z havarovaného jaderného reaktoru. Zjednodušeně řečeno, z havarovaného jaderného elektrárny. Proto jsou tabletami se stabilním jódem vybaveni obyvatelé „zón havarijního plánování“ v nejbližším okolí jaderných elektráren.

Jak to funguje?

Jód se v lidském těle hromadí ve štítné žláze. Pokud se tablety užijí ve správný okamžik – to znamená v rozmezí 2–4 h před tím, než je organismus vystaven působení radioaktivního jódu–, žláza se přednostně nasycí stabilním jódem a vdechovaný radioaktivní jód se do štítné žlázy nedostane.

Přínos tablet musí převážit nad případnými nežádoucími účinky.

Je tedy zbytečné tablety užívat ve chvíli, kdy radioaktivní jód v ovzduší není. Jedná se o vysoké dávky jódu, které mohou lidský organismus a především štítnou žlázu zbytečně zatížit. Užívají se až v situaci, kdy jejich přínos převáží nad případnými negativními účinky.

Od užívání jódu kvůli obavám z použití jaderných zbraní odrazuje i Česká lékárnická komora. Na svých stránkách uvádí možné následky předávkování jódem. Podobné sdělení uvádí i Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) ve svém článku.

Zdroj: www.sukl.cz, 3. 3. 2022

■ Zbytečná panika s prevencí užívání jódu?

V médiích se šíří informace, že lidé skupují jódové tablety jako prevenci proti možné jaderné katastrofě. Důvodem je vyhrožování prezidenta Putina atomovými zbraněmi. SÚBJ zaznamenal zvýšený zájem o jódové tablety pro profylaxi v případě, že se v ovzduší zvýší koncentrace radioaktivního jódu. Vysvětlení je na webu SÚJB. Problematikou jódu se SZÚ dlouhodobě zabývá. Pokud by bylo potřeba profylaxi, jistě je k dispozici rezerva, např. kolem atomových elektráren. Vysvětlíme vám, jak velké dávky jódu máte v dietě přijímat, aby byla ochráněna štítná žláza, která tvoří hormony trijodthyronin (T3) a thyroxin (T4). Působí na všechny buňky v těle.

Máme v dietě dostatek jódu? 30 % osob má v ČR nízký přívod jódu...

Při porovnání hodnot s evropským doporučením (AI, adekvátní přívod) je pravděpodobnost nedostatečného přívodu nízká u dětí, dospívajících a dospělých mužů. Ve skupinách dospívajících a dospělých žen není možné situaci zhodnotit, vzhledem k tomu, že střední hodnoty zjištěného přívodu jsou nižší než doporučený AI.

Při srovnání s americkým doporučením (EAR, průměrný přívod) lze hodnotit přívod jako adekvátní téměř v celé populaci. Pouze u dospělých žen byl zaznamenán možný



nedostatek, vzhledem ke skutečnosti, že u 30 % osob byl přívod jódu nižší než uve-
dené doporučení.

Je třeba poznamenat, že se jednalo o hod-
nocení, které nebere v úvahu použití jódo-
vané soli při přípravě pokrmů a dosolování.
Dá se tedy předpokládat, že celkový přívod
jódu je vyšší než námi uváděné hodnoty.
V doplňkové studii s využitím stanovení so-
díku ve 24hod. moči byl podíl žen s malnut-
ricí jódem odhadnut na 7–10 %.

Jakou dávku jódu v dietě máme mít každý den

Dospělá osoba (věk 18–60+) by měla mít
v dietě 150 mikrogramů na den. U dětí 4–17
let je dávka 90–130 mikrogramů na den.

Jaké jsou významné zdroje v dietě

K nejvýznamnějším zdrojům jódu ve stravě
dospělých osob patřilo pečivo, masné vý-
robky, mléko a mléčné výrobky. U dětí (4–6
let) se mléko podílelo na přívodu více než
35 %. Nejvyšší obsah jódu byl zazname-
nán u kojenecké mléčné výživy, u polévek
v prášku (v důsledku použití jódované soli
při výrobě), mořských ryb a výrobků z nich,
různých masných výrobků a tvarohu.

Používejte střídavě sůl s jódem

Denní dávka soli by neměla přesahovat 5 g
na osobu a den. Pozor, mořská sůl je chudá
na jód. Ministerstvo zdravotnictví zvýšilo le-
gislativně vyhláškou MZ ČR limit pro obsah
jódu v kuchyňské soli na 27 ± 7 mg/kg.
V průměru by jodizovaná sůl měla mít v 5 g
soli 135 mikrogramů jódu na den.

Předávkování jódem

Nadbytek jódu může poškodit štítnou žlázu.
Je to velmi nebezpečné. Za maximální dávku
(UL) doporučuje EFSA pro dospělé osobu
(věk 18–65+) 600 mikrogramů na den
(2006), pro děti (věk 4–17) 250–500 mikro-
gramů na den. V USA (IOM, 2001) se maxi-
mální hodnota pro dospělé osoby stanovila
na 1 100 mikrogramů na den.

Léčebné dávky jódu

Pokud by došlo ke kontaminaci radioaktiv-
ním jódem, podávají se řádově vyšší léčebné
dávky. Např. „Jodid draselný 65 hameln“ má
v jedné tabletě 65 mg, tj. asi 100× více než
maximální dávka (UL) uvažovaná v dietě
podle EFSA. Nesmí být užíván v případech
známé přecitlivělosti (hypersenzitivity,
alergie) na léčivou látku nebo na kteroukoli
pomocnou látku, zejména při známé přeci-
tlivělosti na jódové preparáty.

Informace o jód v dietě ČR 2020 (602.87 KB
02.03.2022 13:54)

Prof. J. Ruprich, CZVP SZÚ, 2. 3. 2022

Zdroj: www.szu.cz

Jód

Zjištěné hodnoty obvyklého přívodu:

Odhad distribuce obvyklého přívodu jódu
pro jednotlivé věkové kategorie je zobrazen
v tabulce 1.

Střední hodnota přívodu (p50) byla u mužů
18–59 let 179 µg/den a u žen 18–59 let 113
µg/den. Výsledné hodnoty nezahrnují přívod
z doplňků stravy ani přívod z kuchyňské soli

používané při přípravě pokrmů a k dosolo-
vání.

Doporučení pro přívod jódu:

U jódu lze k hodnocení využít AI (Adequate
Intake; EFSA, 2014), avšak pomocí AI lze
adekvátnost přívodu hodnotit pouze ome-
zeně. Pokud je střední hodnota přívodu v po-
pulační skupině vyšší než AI, pak lze přívod
považovat za adekvátní. V opačném případě
nelze hodnocení provést.

K hodnocení adekvátnosti přívodu v po-
pulaci byla také využita americká refe-
renční hodnota EAR (Estimated Average
Requirements; IOM, 2001), která svým
formátem pro tento účel vyhovuje.

Dále byl přívod jódu porovnán s hodnotami
UL (Tolerable Upper Intake Level; EFSA,
2006 a IOM, 2001).

Hodnocení obvyklého přívodu:

Při porovnání hodnot s evropským dopo-
ručením AI je pravděpodobnost nedosta-
tečného přívodu nízká u dětí, dospívajících
a dospělých mužů. Ve skupinách dospíva-
jících a dospělých žen není možné situaci
zhodnotit, vzhledem k tomu, že střední
hodnoty zjištěného přívodu jsou nižší než
doporučení AI.

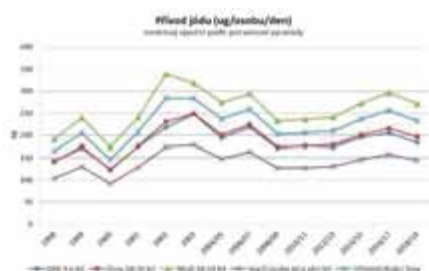
Při srovnání s americkým doporučením EAR
lze hodnotit přívod jako adekvátní téměř
v celé populaci.

Pouze u dospělých žen byl zaznamenán
možný nedostatek, vzhledem ke skuteč-

Tabulka 1 Obvyklý přívod jódu podle věku a pohlaví, srovnání s doporučeními

JÓD	4–6 let	7–10 let	11–14 let		15–17 let		18–59 let		≥ 60 let	
µg/den	n = 182	n = 311	muži n = 54	ženy n = 55	muži n = 55	ženy n = 55	muži n = 711	ženy n = 746	muži n = 166	ženy n = 255
P5	106	95	117	96	130	68	112	62	101	78
P25	124	118	136	119	169	112	149	92	127	102
P50	139	141	182	144	207	127	179	113	166	124
P75	157	166	215	164	254	146	217	136	199	149
P95	187	206	267	192	416	208	275	173	257	196
AI (µg/d) EFSA, 2014	90	90	120	120	130	130	150	150	150	150
Prevalence nedost. přívodu	nízká	nízká	nízká	nízká	nízká	ns	nízká	ns	nízká	ns
EAR (µg/d) IOM, 2001	65 ¹	65 ¹ 73 ²	73 ²	73 ²	95 ³	95 ³	95 ³	95 ³	95 ³	95 ³
% < EAR	0	0	0	0	3	12	3	29	4	20
UL (µg/d) EFSA, 2006	250	300	450	450	500	500	600	600	600	600
% > UL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
UL (µg/d) IOM, 2001	300 ¹	300 ¹ 600 ²	600 ²	600 ²	900 ⁴	900 ⁴	1 100 ⁵	1 100 ⁵	1 100 ⁵	1 100 ⁵
% > UL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

ns – nelze specifikovat, ¹ 4–8 let, ² 9–13 let, ³ ≥ 14 let, ⁴ 14–18 let, ⁵ ≥ 19 let



Graf 1 Modelový přívod jódu ($\mu\text{g}/\text{osobu}/\text{den}$) u vybraných populačních skupin (výpočet na základě doporučených dávek potravin)

nosti, že u 30 % osob byl přívod jódu nižší než uvedené doporučení.

Je třeba poznamenat, že se jednalo o hodnocení, které nebere v úvahu použití jódované soli při přípravě pokrmů a dosolování. Dá se tedy předpokládat, že celkový přívod jódu je vyšší než námi uváděné hodnoty. V doplňkové studii s využitím stanovení sodíku ve 24hod. moči byl podíl žen s malnutricí jódem odhadnut na 7–10 %.

Jak vyplývá z modelu znázorněného v grafu 1, pokud by spotřeba jednotlivých skupin potravin v populaci odpovídala doporučení podle výživové pyramidy, došlo by u většiny osob k navýšení přívodu jódu.

Nejvýznamnější zdroje ve stravě:

K nejvýznamnějším zdrojům jódu ve stravě dospělých osob patřilo pečivo, masné výrobky, mléko a mléčné výrobky. U dětí (4–6 let) se mléko podílelo na přívodu více než 35 %. Podíl jednotlivých skupin potravin na celkovém přívodu je uveden v grafu 2.

Nejvyšší obsah jódu byl zaznamenán u kojenecké mléčné výživy, u polévek v prášku (v důsledku použití jódované soli při výrobě), mořských ryb a výrobků z nich, různých masných výrobků a tvarohu.

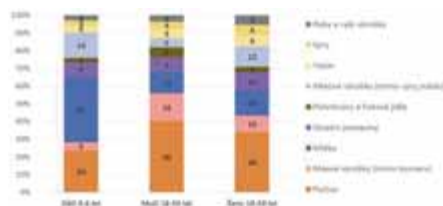
Potraviny s nejvyšším obsahem jódu, jak byly zjištěny v projektu IV Monitoringu, jsou uvedeny v grafu 3.

Jak již bylo zmíněno, uvedené hodnoty nezahrnují použití jódované soli při přípravě pokrmů a dosolování.

Zdroj: www.szu.cz

Kontroly zacházení s léčivými přípravky v zařízeních poskytujících zdravotní péči v roce 2021

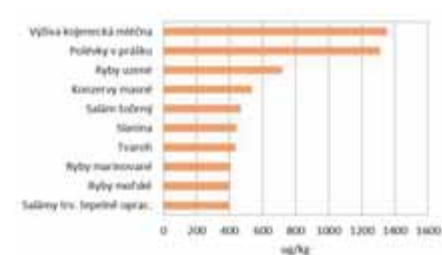
Hodnocení činnosti odboru lékárenství a distribuce – kontroly poskytovatelů zdravotních služeb



Graf 2 Podíl jednotlivých skupin potravin na celkovém přívodu jódu

V roce 2021 inspektoři Státního ústavu pro kontrolu léčiv (dále jen „Ústav“) provedli celkem 235 kontrol podmínek zacházení s léčivými přípravky (dále také jen „LP“) při poskytování zdravotní péče u poskytovatelů zdravotních služeb (dále také jen „ZZ“) se zaměřením na dodržování zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a jeho prováděcích předpisů (dále jen „zákon o léčivech“), části 6 vyhlášky č. 84/2008 Sb., o správné lékařské praxi, bližších podmínkách zacházení s léčivými v lékárnách, zdravotnických zařízeních a u dalších provozovatelů a zařízení vydávajících léčivé přípravky, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „vyhláška č. 84/2008 Sb.“), vyhlášky č. 329/2019 Sb., o předepisování léčivých přípravků při poskytování zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů, a zákona č. 40/1995 Sb., o regulaci reklamy a o změně a doplnění zákona č. 468/1991 Sb., o provozování rozhlasového a televizního vysílání, ve znění pozdějších předpisů.

Prioritami kontrolní činnosti odboru lékárenství a distribuce v ZZ v roce 2021 byl dozor nad zacházením s léčivými přípravky se zaměřením na skladování nadměrného množství LP a jejich výdej v ordinacích lékařů, kontrola účinnosti systému stahování LP z oběhu z důvodu závady v jakosti, kontrola zacházení s LP vrácenými pacienty a také edukace kontrolovaných osob při výkonu dozorové činnosti s důrazem na plnění oznamovacích povinností ZZ (hlášení podezření na nežádoucí účinky LP, resp. závady v jakosti LP). Při inspekcích v ZZ v roce 2021 byl inspektory Ústavu kladen rovněž zvýšený důraz na kontrolu dodržování povinností vyplývajících z ustanovení vyhlášky č. 84/2008 Sb., týkajících se uchovávání LP v souladu s jejich souhrnem údajů o přípravku (SPC), včetně léčivých přípravků určených k vakcinaci. Součástí dozorových aktivit



Graf 3 Potraviny s nejvyšším obsahem jódu (na kg potravin „jak nakupováno“)

inspektorů odboru lékárenství a distribuce v roce 2021 bylo rovněž i využívání systému elektronické preskripce kontrolovanými ZZ. Na základě kontrolních zjištění Ústavu byly regionálními pracovišti dle věcné příslušnosti předány celkem 3 podněty na místně příslušný krajský úřad, orgán ochrany veřejného zdraví a na Ústav pro státní kontrolu veterinárních biopreparátů a léčiv. Při kontrolní činnosti v ZZ nebylo inspektory Ústavu řízením na místě v roce 2021 pozastaveno používání LP poskytovateli zdravotních služeb ani pozastavena jejich činnost a nebyla řešena žádná oprávněná námitka kontrolované osoby proti protokolu o kontrole. Inspekce Ústavu v roce 2021 proběhly v souvislosti s nepříznivou epidemiologickou situací pouze ve 2 lůžkových odděleních poskytovatelů zdravotních služeb a dále ve 233 samostatných ambulancích praktických lékařů, lékařů specialistů a v ostatních zdravotnických zařízeních.

V tabulce 1 jsou uvedeny počty inspekci uskutečněných podle plánu a počty inspekci provedených na základě podnětů ke kontrole, které Ústav obdržel. Při hodnocení 19 cílených kontrol, provedených na podnět, lze konstatovat, že celkem v 6 případech byl podnět ke kontrole oprávněný. Inspekce u poskytovatelů zdravotních služeb byly zavedeným způsobem hodnoceny stupnicí 1 až 3 podle závažnosti zjištěných nedostatků.

Klasifikace 1 – drobné závady (např. méně závažné nedostatky v dokumentaci).

Klasifikace 2 – významné závady (např. chybějící záznamy o teplotě uchovávání u termolabilních léčivých přípravků, nejsou zpracovány standardní operační postupy pro jednotlivé vykonávané činnosti apod.).

Klasifikace 3 – kritické závady (např. nedodrženy podmínky uchovávání léčivých přípravků, uchovávány léčivé přípravky



s prošlou dobou použitelnosti, zacházení s LP v rozporu se souhrnnou informací o přípravku, výdej LP v ordinaci apod.).

V tabulce 2 jsou uvedeny nejčastější nedostatky při zacházení s LP v ZZ, zjištěné při kontrolách inspektory Ústavu v roce 2021.

V tabulce 3 je uvedeno porovnání výsledků kontrol v letech 2015 až 2021 z pohledu výskytu kritických nebo závažných nedostatků, které mají přímý vliv na výslednou klasifikaci inspekce, resp. na případné navazující správní řízení o udělení pokuty. Příznivý trend ve vývoji hodnocení kontrol byl podpořen i tím, že u celkem 84 kontrol (35,7 %) z celkového počtu 235 provedených kontrol ZZ v roce 2021 nebyly inspektory Ústavu nalezeny žádné nedostatky. Celková četnost sledovaných nedostatků uvedených v tabulce 2 při porovnání výsledků kontrol z roku 2020 zaznamenala téměř setrvalou tendenci (243 zjištěných nedostatků v roce 2020/178 kontrol; 328 zjištěných nedostatků v roce 2021/235 kontrol), hodnoceno v přepočtu zjištěných nedostatků na počet provedených kontrol.

Porovnáním počtu kontrol z předchozích let se v roce 2021 opět zvýšil počet cílených kontrol, které inspektoři Ústavu provedli na základě přijatých podnětů. Podněty se týkaly především podezření na skladování nadměrného množství LP v ordinacích lékařů a výdeje LP v ordinacích lékařů, na nelegální směřování pacientů do konkrétní lékárny, na nesprávné zacházení s léčivými přípravky včetně jejich použití po uplynutí doby použitelnosti nebo na aktivity v souvislosti se systémem elektronického receptu.

Na základě zjištěných závažných porušení povinností stanovených zákonem o léčivech bylo poskytovatelům zdravotních služeb uloženo celkem 12 rozhodnutí o pokutě příkazem, u kterých došlo v roce 2021 k nabytí právní moci, v úhrnné výši 630 000 Kč (zahrnuta jsou i pravomocně ukončená správní řízení na základě kontrol provedených v předchozím období). Z uvedeného počtu pravomocných rozhodnutí byly 3 pokuty v celkové výši 270 000 Kč uloženy poskytovatelům zdravotních služeb, kteří skladovali v prostorách jimi provozovaného zdravotnického zařízení velké množství registrovaných léčivých přípravků za účelem jejich neoprávněného výdeje.

V roce 2021 byla 1 poskytovateli zdravotních služeb uložena pravomocná pokuta ve výši

Tabulka 1 Kontroly ZZ v roce 2021

druh kontroly	Povaha inspekce		Klasifikace závad					
	následné	na podnět	1	%	2	%	3	%
ZZ 2021*	216	19	163	69,7	59	25,2	12	5,1

*1 kontrola nebyla klasifikována

Tabulka 2 Nejčastější nedostatky při zacházení s LP v ZZ v roce 2021

nejčastější druhy závad	počet kontrol ZZ: 235 z toho cílená: 19	výskyt v %
porušení zákona o léčivech § 79 odst. 10 → vyhlášky č. 84/2008 Sb. (§, odst., písm.):		
§ 37 odst. 2 písm. c) bod 1–4 – standardní operační postupy, § 37 odst. 3 – odpovědnost za zacházení s LP	73	31,1
§ 37 odst. 1 – záznamy o kontrole doby použitelnosti	72	30,6
§ 37 odst. 2 písm. a) bod 4 – kontrola dodržení teploty uchovávání LP	46	19,6
§ 37 odst. 2 písm. a) bod 5 – reklamace	14	6,0
§ 37 odst. 2 písm. a) bod 3 – evidence LP	47	20,0
§ 37 odst. 2 písm. a) bod 1 – záznamy o příjmu LP	18	7,7
§ 36 odst. 2, odst. 3 – LP bez původních obalů, LP bez identifikačních údajů	20	8,5
§ 35 – nedodržení postupu pro úpravu LP	0	0
porušení zákona o léčivech § 88 odst. 1, odst. 3 a § 89 odst. 1 – likvidace nepoužitelných LP ^{1),2),3)}	8	3,4
porušení zákona o léčivech § 88 odst. 1 – LP vrácené pacienty	1	0,4
porušení zákona o léčivech § 80 → vyhlášky č. 329/2019 Sb.	3	1,3
porušení zákona o léčivech § 7 odst. 1 písm. b), § 36 odst. 1 vyhlášky č. 84/2008 Sb.		
LP s prošlou dobou použitelnosti, které nebyly příslušně označeny a nebyly uchovávány odděleně od ostatních LP, nedodržení zacházení s LP podle souhrnu údajů o přípravku (SPC), nedodržování podmínek uchovávání podle pokynů výrobce, dodávající lékárny nebo zařízení připravujících LP	22	9,4
porušení zákona o léčivech § 7 odst. 2 a § 8 odst. 8 – skladování velkého množství LP bez povolení	0	0
porušení zákona o léčivech § 82 odst. 2 – neoprávněný výdej LP	2	0,9
porušení zákona o NL ⁴⁾	0	0
zacházení s LP se závadou v jakosti nebo s prošlou dobou použitelnosti v rozporu s § 23 odst. 2 zákona o léčivech	0	0
porušení zákona o léčivech § 8 a § 23 – nesplnění oznamovací povinnosti	0	0
porušení zákona o léčivech § 81a – lékař poskytuje údaje obsažené v jeho informačním systému v souvislosti se systémem ERP třetí osobě	1	0,4
porušení zákona o léčivech § 81f – lékař vystavuje listinné recepty v situacích, kdy to není přípustné	1	0,4
porušení zákona o léčivech § 79a odst. 4 – neposkytuje Ústavu informaci o výsledcích léčby jednotlivých pacientů v souvislosti s předepisováním IPLP s obsahem konopí pro léčebné použití	0	0

- 1) LP nejsou odevzdávány právnické nebo fyzické osobě, která provádí zneškodňování na základě souhlasu uděleného orgánem kraje, jsou odevzdávány dodávající lékárně, která není organizační součástí ZZ
- 2) smlouva pro zneškodňování nebezpečného odpadu nebyla předložena
- 3) ve smlouvě pro zneškodňování nebezpečného odpadu není uveden kód odpadu 180 109 „Jiná nepoužitelná léčiva“
- 4) zákon o NL, tj. zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů



Tabulka 3 Porovnání výsledků kontrol ZZ provedených v letech 2015 až 2021

rok	Povaha inspekce		Klasifikace závad					
	následné	na podnět	1	%	2	%	3	%
2015	243	44	177	61,7	73	25,4	37	12,9
2016	266	38	189	62,2	80	26,3	35	11,5
2017	280	20	195	65,0	72	24,0	30	10,0
2018	290	20	206	66,4	78	25,2	26	8,4
2019	283	14	196	66,0	74	24,9	27	9,1
2020	172	6	131	73,6	38	21,3	9	5,1
2021*	216	19	163	69,7	59	25,2	12	5,1

*1 kontrola nebyla klasifikována

100 000 Kč za neposkytnutí součinnosti při kontrole.

Ústav v roce 2021 trestal také přestupky fyzických osob v souvislosti s paděláním lékařských předpisů, přičemž celkem v 6 případech došlo v roce 2021 k nabytí právní moci správních řízení o uložení pokuty v úhrnné výši 47 000 Kč.

Dalšími důvody pro vydání rozhodnutí o uložení pokuty byly zejména zacházení s LP v rozporu se souhrnem údajů o přípravku, nedostatky v souvislosti se stahováním LP z důvodu závady v jakosti, závažná nebo vícečetná porušení povinností při zacházení s LP stanovených prováděcími právními předpisy, především nesprávné uchovávání LP nebo nevedení předepsané předpisové nebo záznamové dokumentace.

Odbor lékárenství a distribuce
8. 3. 2022

Společné prohlášení Ministerstva zdravotnictví ČR a Státního ústavu pro kontrolu léčiv ke zdravotnické pomoci pro Ukrajinu

Ministerstvo zdravotnictví ČR a Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) žádají v souvislosti s krizovou situací na Ukrajině občany ČR, aby neskupovali léčivé přípravky se záměrem jejich dodání na Ukrajinu.

Dodávky a stav zásob léčivých přípravků v ČR nejsou na náhlé výkyvy poptávky připraveny a léky nečekaně vykoupené v lékárnách by mohly chybět tam, kde jsou obvykle potřeba ve vztahu k pacientům na území ČR, k nimž v současnosti přibývají právě osoby nucené opustit oblast válečného konfliktu. S léčivými je navíc třeba zacházet tak, aby nebyla ohrožena jejich jakost, a proto je nutné dodržet podmínky pro jejich skladování a přepravu.

To lze nejlépe zajistit prostřednictvím subjektů, které s léčivými standardně zacházejí – tedy zejména výrobců a distributorů –, nikoli osobní dopravou léků nakoupených jednotlivými osobami v lékárně.

Nabídky darování léčiv ze strany distributorů léčiv a výrobců je možné adresovat na e-mail: ukrajina@mzcr.cz. Pro darování léčiva, u kterých ukrajinská strana potvrdí zájem, zajistí Ministerstvo zdravotnictví ČR přepravu do centrálního skladu zřízeného EU na polsko-ukrajinské hranici, odkud je následně pomoc distribuována na potřebná místa. Dodávky léků a zdravotnických prostředků by měly být koordinované a cílené na základě požadavků ukrajinské strany. V současné době existují dvě nejlepší cesty, jak v této oblasti pomoci:

První možností, jak vypomoci, je darování finančního obnosu ukrajinské vládě prostřednictvím účtu Velvyslanectví Ukrajiny v ČR, č. ú. 304452700/0300. Za tyto finanční prostředky budou ze strany Ukrajiny mj. přímo zajišťovány dodávky léčiv na území Ukrajiny.

Druhou možností je kontaktovat přímo výrobce či distributora léčiv s poptávkou léčivých přípravků. Ti mohou prostřednictvím distribučního kanálu zaštitěného Ministerstvem zdravotnictví ČR dodat Vám zakoupené léčivé přípravky na příslušná místa v rámci centralizované pomoci. Ministerstvo zdravotnictví skrze Českou asociaci farmaceutických firem koordinuje s farmaceutickými společnostmi humanitární dodávky léčiv tak, aby se na Ukrajinu dostaly léky, které tam skutečně potřebují. Pomoc bude přepravována tak, aby bylo zabráněno zneužití, a hlavně znehodnocení léků, a zároveň tak, aby nedošlo k náhlé nedostupnosti těchto léčiv pro pacienty v ČR. Takto organizované dodávky jsou časovány tak, aby nedocházelo k přetížení skladů na polsko-ukrajinských hranicích.



Graf 1 Grafické porovnání výsledků kontrol ZZ provedených v letech 2015 až 2021

Farmaceutické firmy ani distributoři léčiv ale nemohou vyhovět stovkám žádostí, proto doporučujeme, aby tuto cestu zvolily jen organizace ochotné pořídit značný objem léčiv najednou. Pro tyto případy je nastaven komunikační kanál mezi firmami, distributory a Ministerstvem zdravotnictví ČR.

Ministerstvo zdravotnictví ČR i Státní ústav pro kontrolu léčiv si velmi cení angažovanosti českých občanů a organizací při poskytování humanitární pomoci. Avšak aby tato pomoc byla efektivní, dovolujeme si Vás požádat, abyste v případě zájmu pomoci Ukrajině léčivými přípravky dodržovali doporučení MZČR a SÚKL.

Zdroj: www.sukl.cz, 4. 3. 2022

Doporučené zásady pro zasilky humanitární pomoci pro Ukrajinu obsahující léčivé přípravky

Poskytování a přijímání humanitární pomoci je upraveno v nařízení vlády č. 463/2000 Sb., o stanovení pravidel zapojování do mezinárodních záchranných operací, poskytování a přijímání humanitární pomoci a náhrad výdajů vynakládaných právními osobami a podnikajícími fyzickými osobami na ochranu obyvatelstva. Toto vládní nařízení bylo vydáno k provedení § 7 odst. 8 zákona č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému, a jeho obecné zásady se vztahují i na léčivé přípravky.

Poskytování léčiv v rámci humanitární pomoci však není speciálně v těchto pravidlech upraveno. Aby byla zajištěna jakost, účinnost a bezpečnost poskytovaných léčivých přípravků a jejich dohledatelnost, vyloučena možnost jejich zneužití nebo znehodnocení a splněny požadavky právních předpisů vztahujících se k léčivým přípravkům, je nutné kromě obecných výše uvedených pravidel vycházet při poskyto-



vání léčivých přípravků i ze zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů, a splnit podmínky kladené tímto právním předpisem a předpisy souvisejícími. V případě léčivých přípravků zařazených mezi návykové látky se při zacházení s nimi musejí v České republice dále zohlednit zejména požadavky zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Léčivé přípravky pro účely humanitární pomoci pro Ukrajinu lze získat:

- prostřednictvím distributora, který může zajistit nejsnadněji potřebné spektrum požadovaných léčivých přípravků a je prověřen i s ohledem na zajištění přepravy zaručující zachování jejich jakosti,
- od výrobce daného léčivého přípravku; který je oprávněn dodávat jím vyráběné léčivé přípravky. Výrobce může léky dodat bez uplatnění distribuční marže, ale obvykle je spektrum jím vyráběných přípravků omezeno.

Dle doporučení Ministerstva zdravotnictví České republiky (MZ ČR) lze dodávku do místa určení uskutečnit převodem zboží na základě darovací smlouvy mezi dárce (držitel registračního rozhodnutí, výrobce nebo distributor či lékárna) a obdarovaným (MZ ČR). Účelem darovací smlouvy bude převod zboží (léčivých přípravků) pro použití k humanitární pomoci Ukrajině do vlastnictví MZ ČR, a to okamžikem dodání zboží do skladu distributora, který bude určeným skladem a bude splňovat podmínky zákona o léčivech. Náležitosti darovací smlouvy budou upřesněny MZ ČR.

Povinnost zajistit zásady distribuční praxe již přechází na MZ ČR, které odpovídá za zachování jakosti léčivých přípravků až do jejich předání v místě určení.

Musí být ověřeno, zda v průběhu přepravy bude možné zajistit podmínky, které přepravovaná léčiva vyžadují pro své uchování, zda osoby, které se budou podílet na přepravě, jsou náležitě poučeny o zacházení s léčivy, a měl by zajistit, aby léčiva byla umístěna v obalech, které v nejvyšší možné míře zajistí i v průběhu přepravy jejich standardní jakost.

Vždy je potřeba se předem informovat o aktuálních požadavcích postižených oblastí a podmínkách odběru léčivých přípravků u příslušných organizací a složek organizujících sbírky a dodávky humanitární pomoci.

V případě darů občanů a podnikajících subjektů je obvykle preferovanou formou pomoci poskytnutí finančních prostředků, které umožňují humanitárním organizacím pořídit léčivé přípravky za výhodnějších podmínek a v rozsahu a množství odpovídajícím konkrétním požadavkům míst jejich určení.

V místě určení humanitární pomoci se již distribuce, poskytování a používání léčivých přípravků řídí místními podmínkami a infrastrukturou příslušných orgánů cílové země.

Zdroj: www.sukl.cz, 4. 3. 2022

■ Předepisování eReceptů pro ukrajinské občany

S ohledem na aktuální situaci na Ukrajině zveřejňujeme několik bodů týkajících se vystavování eReceptů pro ukrajinské občany postižené současným konfliktem.

Ukrajinci, kteří do Česka dorazili kvůli ruské invazi v jejich zemi, by se měli dle doporučení Ministerstva zdravotnictví ČR nejdříve spojit s tuzemským Ministerstvem vnitra, konkrétně s odborem azylové a migrační politiky. Jeho pracovníci Ukrajincům na žádost udělí vízum za účelem takzvaného strpění. Okamžikem udělení víza za účelem strpění se osoba stává účastníkem systému veřejného zdravotního pojištění s přístupem ke zdravotní péči v plném rozsahu.

S vízem anebo s dokumentem, jenž potvrzuje udělení zmiňovaného víza, mohou ukrajinští občané navštívit jakékoli Klientské pracoviště VZP ČR (případně jiné zdravotní pojišťovny). Jeho pracovníci jim pak vystaví dokument, kterým se budou prokazovat ve zdravotnických zařízeních. Ten se nazývá „Náhradní průkaz pojištěnce“. Po jeho předložení jim zdravotníci zajistí zdravotní péči v plném rozsahu veřejného zdravotního pojištění.

Při vystavování eReceptů je nutné vždy identifikovat pacienta jménem, příjmením a datem narození. Pro předepsání léčivých přípravků hrazených z veřejného zdravotního pojištění je dále povinné uvést číslo pojištěnce. Pokud takové číslo nemá pacient ještě přiděleno, je možné uvést jakýkoli jiný číselný identifikátor délky minimálně 9 a maximálně 10 číslic.

Dále je nutné uvést adresu trvalého pobytu, což doporučujeme vyplnit adresou současného pobytu pacienta na území České republiky včetně PSČ. Povinné je také nutné uvést telefon nebo adresu aktuálního pobytu. Ta může být stejná jako adresa trva-

lého pobytu, telefon je možné zadat i s ukrajinskou předvolbou.

Doporučujeme také uvést do pole poznámka číslo ukrajinského pasu pacienta. Pro lékárny pak bude snazší dohledat ve spolupráci s VZP číslo pojištěnce a péči do datečně vykázat.

Upozorňujeme, že identifikátor eReceptu lze zaslat pouze na české telefonní číslo. Pro předání identifikátoru v případě, že pacient nevlastní telefonní číslo s českou předvolbou, je možné využít ostatní formy předání (tisk průvodky, e-mail).

Stejným způsobem, prosím, postupujte, pokud vystavujete eRecept pacientovi, který ve chvíli ošetření dosud nemá v pase vízum strpění. Je velká pravděpodobnost, že pacient v příštích dnech získá pobytový status spojený se vstupem do veřejného zdravotního pojištění a péči poskytnutou mu bezplatně bude možno vykázat zdravotní pojišťovně i do datečně. V případě, kdy na eReceptu zaškrtnete „hradí pacient“, nebude moci lékárna pacientovi vydat lék bezplatně, i když se tak sama rozhodla.

Zdroj: www.epreskripce.cz, 1. 3. 2022



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

■ Postup poskytovatelů pracovníků lékařských služeb a registrujících poskytovatelů v oboru všeobecné praktické lékařství při pracovních lékařských prohlídkách

V Praze dne 9. března 2022

Ministerstvo zdravotnictví (dále i jen „ministerstvo“) vydává doporučený postup pro poskytovatele pracovních lékařských služeb a registrující poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost zajišťující provádění pracovních lékařských prohlídek a posuzování zdravotní způsobilosti k práci při vstupní lékařské prohlídce uchazečů o zaměstnání například ze zemí s vyšším výskytem tuberkulózy než 40 případů na 100 tisíc obyvatel, a dalších onemocnění, a to zejména z regionu Ukrajina.

Tento doporučený postup vychází z následujících právních předpisů: zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 262/2006 Sb.“), zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních



službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 373/2011 Sb.“), zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a vyhlášky č. 79/2013 Sb., o provedení některých ustanovení zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, (vyhláška o pracovnělékařských službách a některých druzích posudkové péče) (dále jen „vyhláška č. 79/2013 Sb.“).

Zákon č. 373/2011 Sb. stanoví povinnost zaměstnavatele zajistit vstupní lékařskou prohlídku uchazeče o zaměstnání vždy před uzavřením pracovního poměru, služebního poměru nebo dohody. Na tuto povinnost odkazuje i ustanovení § 32 zákona č. 262/2006 Sb., resp. zaměstnavateli je uloženo zajistit v případech stanovených zvláštním právním předpisem, aby se fyzická osoba před uzavřením pracovní smlouvy podrobila vstupní lékařské prohlídce. K uvedené povinnosti se považuje za nutné uvést zákon č. 262/2006 Sb., který ustanovením § 103 odst. 1 písm. a) ukládá zaměstnavateli povinnost nepřipustit, aby zaměstnanec vykonával zakázané práce a práce, jejichž náročnost by neodpovídala jeho schopnostem a zdravotní způsobilosti.

Zda je fyzická osoba zdravotně způsobilá ke konkrétní práci, kterou bude vykonávat v konkrétních pracovních podmínkách, či nikoli, nemůže být zjištěno jinak než pracovnělékařskou prohlídkou provedenou poskytovatelem pracovnělékařských služeb nebo registrujícím poskytovatelem v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost, který na základě zhodnocení zdravotního stavu, výpisu ze zdravotnické dokumentace registrujícího poskytovatele zdravotních služeb (je-li k dispozici) a znalostí zdravotní náročnosti konkrétní práce, konkrétního pracovního prostředí a konkrétních pracovních podmínek, kterým je posuzovaná osoba při práci vystavena u konkrétního zaměstnavatele, vydá lékařský posudek o zdravotní způsobilosti k práci.

Ministerstvo poskytovatelům pracovnělékařských služeb a registrujícím poskytovatelům v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost výrazně doporučuje, aby při vstupní lékařské prohlídce uchazečů o zaměstnání, například ze zemí s výskytem tuberkulózy vyšším než 40 případů na 100 tisíc obyvatel a dalších onemocnění, a to včetně regionu Ukrajiny, postupovali plně v souladu s vyhláškou

č. 79/2013 Sb. a využili všechny možnosti indikovat potřebná odborná vyšetření.

Ustanovení § 7 odst. 1 vyhlášky č. 79/2013 Sb. definuje základní obsah každé pracovnělékařské prohlídky, která zahrnuje rozbor údajů o dosavadním vývoji zdravotního stavu a dosud prodělaných onemocněních s cíleným zaměřením zejména na výskyt nemocí, které mohou omezit nebo vyloučit zdravotní způsobilost; dále pracovní anamnézu (zejména se sleduje odezva organismu na výskyt rizikových faktorů); komplexní fyzikální vyšetření, včetně orientačního vyšetření sluchu, zraku, kůže a orientačního neurologického vyšetření s důrazem na posouzení stavu a funkce orgánů a systémů, které budou zatěžovány při výkonu práce nebo přípravě na budoucí povolání a jeho výkonu, a s přihlédnutím k případné disabilitě posuzované osoby, a dále také zahrnuje základní chemické vyšetření moče ke zjištění přítomnosti bílkoviny, glukózy, ketonů, urobilinogenu, krve a pH moče.

V souladu s ustanovením § 7 odst. 2 písm. d) vyhlášky č. 79/2013 Sb. lze základní vyšetření podle § 7 odst. 1 citované vyhlášky rozšířit o

a) další poskytovatelem indikovaná odborná vyšetření, viz například níže, a

b) další poskytovatelem indikovaná vyšetření nahrazující absenci výpisu ze zdravotnické dokumentace registrujícího poskytovatele posuzované osoby, včetně výpisu ze zdravotnické dokumentace od registrujícího poskytovatele mimo území České republiky.

Indikovaným vyšetřením může být vyšetření potřebné k vyloučení nemocí, které omezují nebo vylučují zdravotní způsobilost k práci, nebo to pracovní podmínky vyžadují, anebo vyšetření na základě zhodnocení ukazatelů biologických expozičních testů nebo jiných vyšetření a jejich dynamiky, a to za účelem sledování zátěže organismu působením rizikových faktorů pracovních podmínek.

Ministerstvo zdravotnictví s ohledem na prevenci vzniku a šíření konkrétně tuberkulózy doporučuje, aby poskytovatelé pracovnělékařských služeb a registrující poskytovatelé v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost zajišťující provádění pracovnělékařských prohlídek a posuzování zdravotní způsobilosti k práci u uchazečů o zaměstnání ze zemí s výskytem tuberkulózy vyšším než 40 případů na 100 tisíc obyvatel, tedy včetně Ukrajiny, podle údajů Světové zdravotnické

organizace (údaje dostupné na internetových stránkách ministerstva www.mzcr.cz), podle svého odborného uvážení a v souladu s ustanovením § 7 odst. 2 písm. d) vyhlášky č. 79/2013 Sb. zvážili indikovat u uchazečů o zaměstnání z těchto zemí další potřebná odborná vyšetření směřující k zamezení vzniku a šíření tuberkulózy, a to například skiagram hrudníku a tuberkulinový test nebo IGRA test (např. Quantiferon).

Ministerstvo dále upozorňuje na možnost využití standardu poskytování dispenzární péče nemocným tuberkulózou a jinými mykobakteriózami a osobám s vyšším rizikem vzniku těchto onemocnění uveřejněného ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví, částka 7, ročník 2016, viz <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-7-2016/>.

Ministerstvo zdravotnictví shrnuje, že postup podle ustanovení § 7 odst. 2 písm. d) vyhlášky č. 79/2013 Sb. lze aplikovat i na další onemocnění, nikoli jen na dominantně prezentované onemocnění tuberkulóza.

Ministerstvo zdravotnictví doplňuje, že v současné době, zejména v souvislosti s platností nouzového stavu, neplánuje navrhovat úpravy systému provádění pracovnělékařských služeb, včetně pracovnělékařských prohlídek.

Doplňuje se, že předmětný postup nenahrazuje Metodický pokyn k zajištění zdravotní péče o migranty v ambulantních a lůžkových zařízeních poskytovatelů zdravotních služeb a v zařízeních sociálních služeb.

Postup hlavní hygieničky čj. MZDR 9739/2017-1/OVZ ze dne 10. 4. 2017 tímto postupem hlavní hygieničky čj. MZDR 8728/2022-1/OVZ ze dne 9. 3. 2022 plně nahrazen. Postup hlavní hygieničky čj. MZDR 9739/2017-1/OVZ ze dne 10. 4. 2017 se zrušuje.

MUDr. Pavla Svrčinová, Ph.D.

náměstkyně pro ochranu a podporu veřejného zdraví a hlavní hygienička České republiky

Rozdělovník

ředitel krajských hygienických stanic
ředitelka Hygienické stanice Hlavního města Prahy
Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, z.s.

Česká pneumologická a ftizeologická společnost ČLS JEP
Česká pediatriká společnost ČLS JEP
Společnost pracovního lékařství ČLS JEP
Spolek smluvních pneumoftizeologů v České republice, z.s.

Sdružení praktických lékařů České republiky



Hospodářská komora České republiky
Svaz průmyslu a obchodu České republiky

■ Zdravotní situace na Ukrajině ve výskytu tuberkulózy, HIV, hepatitid a STI je odlišná oproti České republice

Epidemiologická situace tuberkulózy na Ukrajině

Ukrajina patří ke státům s nejvyšším výskytem tuberkulózy v Evropském regionu WHO. Zvláště nepříznivá je pak situace s rezistentními formami tuberkulózy a koinfekcí tuberkulóza – HIV. Odhadovaná incidence tuberkulózy v roce 2019 byla 77/100 000 obyvatel (pro srovnání v ČR činil odhad 5/100 000). Počet hlášených multirezistentních tuberkulóz činil 4 490 (v ČR bylo hlášeno 8 případů), počet hlášených koinfekcí tuberkulóza – HIV byl 5 800 (v ČR bylo hlášeno 8 případů). Převažuje postižení mužů (asi 70 %), polovina tuberkulózních nemocných je ve věkové skupině 25–44 let. Podíl nemocných narozených mimo Ukrajinu je zcela zanedbatelný (0,1 %). Incidence u venkovského obyvatelstva je asi o 20–30 % vyšší než u obyvatel měst. Nejvyšší incidence je v Oděské oblasti, následované Chersonskou a Kyjevskou oblastí. 57 % nemocných tvoří nezaměstnaní v produktivním věku (údaje za rok 2016).

Zdroje:

- 1) European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2021–2019 data. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021.
- 2) Public Health Center of MOH of Ukraine. Tuberculosis in Ukraine. Analytical and Statistical Reference Book. Kyiv, 2017

Výskyt HIV infekce na Ukrajině patří k nejvyšším v Evropě.

Počet nově hlášených případů HIV byl v roce 2020 15 658 případů, tj. 37,5 případu na 100 000 obyvatel. Výskyt je 16,3krát vyšší než v ČR, kde byl 2,3 nového případu na 100 000 obyvatel. V rámci Evropy je horší situace ve výskytu HIV jen v Ruské federaci, kde dosáhl v r. 2020 hodnoty 40,8 případu/100 000 obyvatel. Výskyt v desetiletí od r. 2011 do r. 2020 na Ukrajině byl setrvale vysoký v rozmezí mezi 30,4 až 39,4 nového případu na 100 000 obyvatel. Podíl mužů byl u nově zjištěných případů v r. 2020 63 %, Nejčastější způsob přenosu byl heterosexuální (58,7 %), dále injekčním užíváním drog (38,6 %), zatímco jen u 2,5 % homosexuální u mužů majících sex s muži. Zastoupení způsobů přenosu HIV na Ukrajině se výrazně odlišuje od situace v České republice, kde dominuje přenos mezi muži majícími sex s muži

(57 %), zatímco přenos injekčním užíváním drog je setrvale pod 5 %. V ČR se setrvale zvyšuje podíl cizinců na počtu nově zachycených případů HIV, v posledních letech přesáhl 40 %. Mezi HIV infikovanými cizinci s dlouhodobým pobytem nově zachycenými v ČR v letech 2017–2021 tvoří Ukrajinci 28 % (127 případů, z toho 79 mužů).

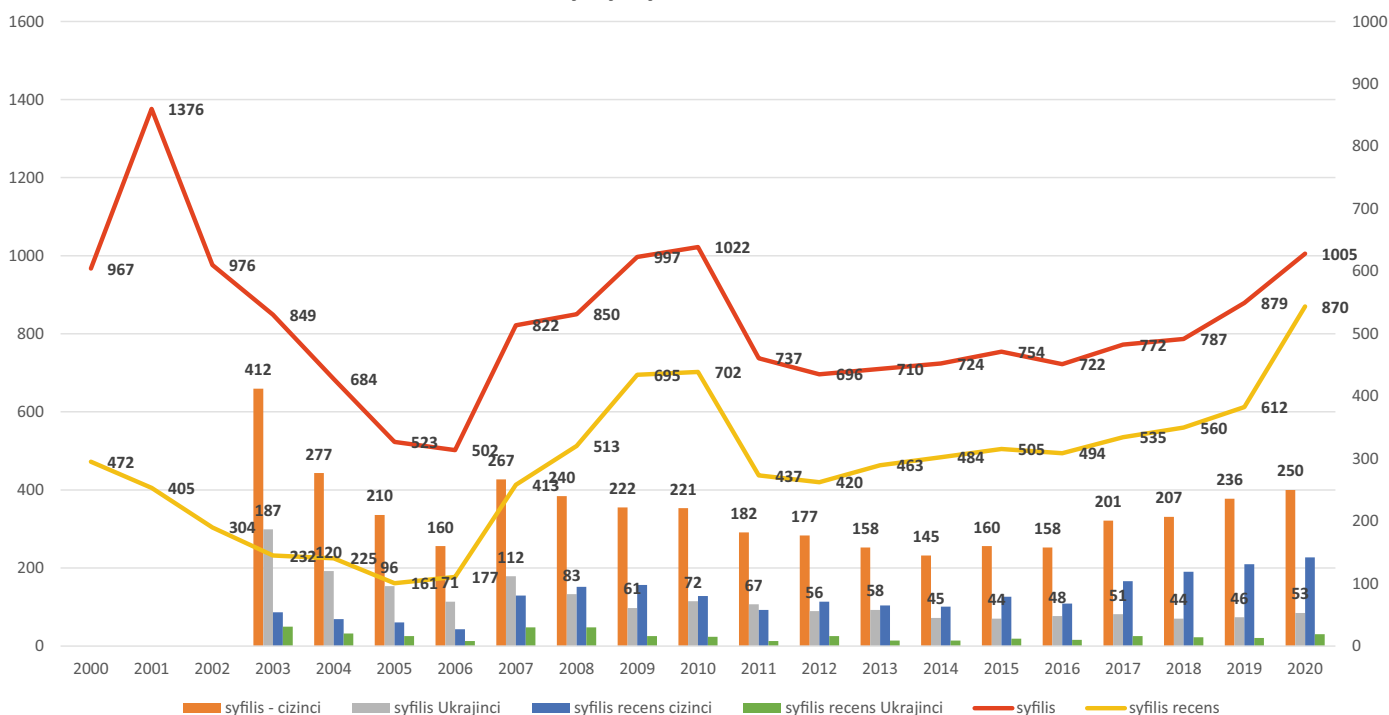
Zdrojem dat o výskytu HIV infekce na Ukrajině je ročenka Evropského střediska pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC) „HIV/AIDS surveillance in Europe 2021 (data 2020)“.

Situace ve výskytu HBV a HCV infekcí na Ukrajině

Na Ukrajině obdobně jako v dalších východoevropských zemích je výskyt HBV a HCV infekcí poměrně vysoký. Prevalence HBsAg je podle několika zdrojů dat v běžné populaci 1,3 % a 1,45 %, u dárců krve 1,0 % a v rizikové skupině injekčních uživatelů drog 12 %. Prevalence protilátek proti HCV je v běžné populaci 12 %, u dárců krve 1,3 % a v rizikové skupině injekčních uživatelů drog 71 % (Hope et al., 2012). Pro porovnání, výskyt v běžné populaci v ČR byl pro HBsAg v r. 2011 0,15 % a anti-HCV v běžné populaci 18+letých 0,6–0,8 %. Ukrajinská data o výskytu u injekčních uživatelů drog z roku 2007 uvádějí hodnoty výskytu ve věkové skupině 15–19letých 56,7 % a ve skupině

Graf 1

Výskyt syfilis v ČR 2000–2020





35+ 89,5 %. Až 68 % injekčních uživatelů drog má koinfekci některou z infekcí HBV/HCV/HIV, nejčastější (48 %) je koinfekce HBV/HCV. Plošná vakcinace proti hepatitidě B byla na Ukrajině zahájena v r. 2002. V letech 2004–2007 bylo vakcinační pokrytí (coverage) 92–98 %. V letech 2010–2016 však kleslo až na 21–48 %. Séroprevalenční studie na 4 596 dvou- až 11letých dětech zjistila relativně nízký výskyt HBsAg 0,2 % a anti-HBc protilátek 1,8 %, což indikuje, že k většině přenosů dochází v pozdějším věku. Z dostupných omezených údajů o způsobech přenosu HBV se usuzuje, že se na přenosu podílí zejména nedodržování hygienických postupů ve zdravotnických zařízeních, injekční užívání drog a sexuální přenos. Parenterální přenos dominuje i u hepatitidy C.

K situaci na Ukrajině v oblasti sexuálně přenosných infekcí (STI)

Bohužel aktuálně neexistují přesná agregovaná data založená na case-based hlášeních do centrální databáze WHO. Databáze Centralized information system for infectious diseases (CISID, <https://data.euro.who.int/cisid/>) WHO regional office for Europe není aktuálně přístupná. Deklarovaná incidence významných STI (syfilis, kapavka) na 100 000 obyvatel na Ukrajině podle publikace (Krotik, O. I. (2020). Epidemiology of sexually transmit-

ted infections in Ukraine. REPRODUCTIVE ENDOCRINOLOGY, (56), 8–12. <https://doi.org/10.18370/2309-4117.2020.56.8-12>) je uvedena v následující tabulce.

Je možné, že dostupná data jsou významně podhlášená vzhledem k praxi, kterou uvádí i sama autorka práce (na klinických syndromech založená diagnostika, samoléčba apod.).

V ČR se promítají infekce zjištěné u Ukrajinců-rezidentů do výskytu sledovaných sexuálně přenosných infekcí způsobem uvedeným v grafu 1 (syfilis) a 2 (kapavka). Ostatní hlášené pohlavní nemoci (lymphogranuloma venereum a ulcus molle) nebyly u pacientů z Ukrajiny zaznamenány. Vzhledem výrazně vyšší prevalenci, zejména syfilis, u pacientů přicházejících z Ukrajiny (vztaheno k známému oficiálnímu počtu ukrajinských rezidentů na území ČR, cca 200 000) je vhodné uvažovat o zařazení screeningu syfilis do základních vyšetření. Způsob šíření STI ale umožňuje zvážení

cost-benefit parametrů a případné upřednostnění vyšetření jiných infekcí, jejichž mezilidský přenos je možný i při běžném kontaktu.

Rozhodující je však provádění pečlivého screeningu syfilis (a také HIV, VHB a VHC) u gravidních, aby bylo možné včas zabránit přenosu z matky na plod.

Zpracovali: Dr. Zákoucká, vedoucí odd. STI (STI), SZU, Dr. Němeček, vedoucí NRL HIV/AIDS, NRL pro hepatitidy, SZU (HIV, hepatitidy), Dr. Malý vedoucí odd. biostatistiky SZU a Dr. Wallenfels, vedoucí Národní jednotky dohledu nad tuberkulózou (NJDT) NNB (TBC)

■ Doporučení k očkování osob, které budou pobývat na území České republiky v důsledku současné krize na Ukrajině ze dne 28. března 2022

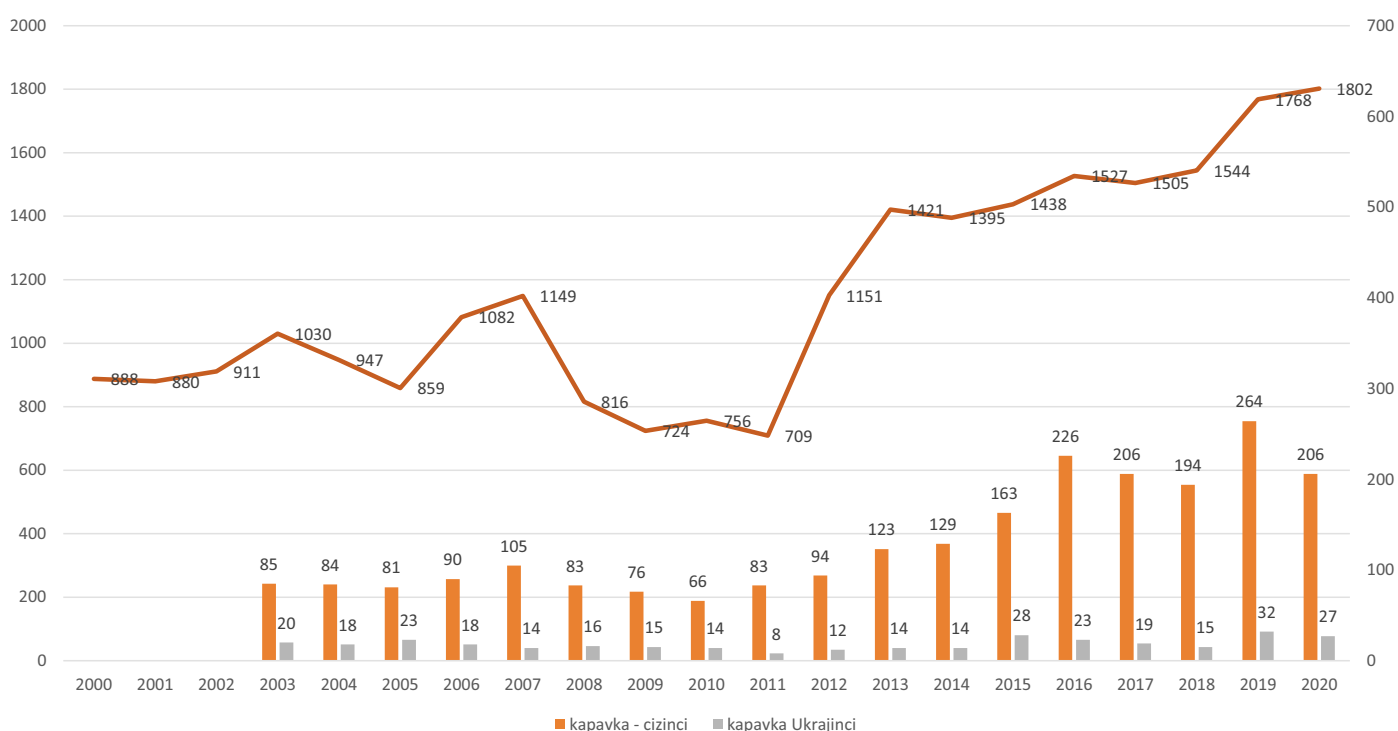
Česká vakcinologická společnost ve spolupráci s dalšími odbornými společnostmi a SPLDD připravila aktualizaci odborného

Následující tabulka

ROK	2014	2015	2016	2017	2018	2019
syfilis	8,65	7,68	7,67	6,59	6,08	6,01
kapavka	14,85	13,87	12,88	11,58	9,94	7,97
CTR	53,02	46,27	42,93	39,8	37,19	32,54

Graf 2

Výskyt kapavky v ČR 2000–2020





doporučení k očkování uprchlíků z Ukrajiny. Hlavními změnami proti předchozímu doporučení ze 7. 3. 2022 je postup očkování u dětí (osob), u nichž nelze ověřit, zda již bylo očkováno zahájeno na Ukrajině a v jakých termínech.

Toto doporučení nebylo vůbec jednoduché vytvořit, protože musí řešit spousty nestandardních situací, někdy i postupy *off-label* apod. Nicméně v praxi se očkující lékař musí nějak orientovat a řešit, jak doočkovat uprchlíky. Společné doporučení může být použito jako užitečná pomůcka s vědomím, že není právně závazné, a proto se jím nutně nemusejí lékaři řídit, ale kdo chce, jistě ho využije.

Celé znění doporučení uvádíme ve středové příloze tohoto čísla *Vox pediatrics*.

■ Pro vystavení certifikátu o prodělaném onemocnění COVID-19 je u symptomatických pacientů již dostačující pozitivní antigenní test

Od 22. 3. 2022 je možno vystavit certifikát o prodělaném onemocnění COVID-19 každému symptomatickému pacientovi na základě pozitivního antigenního testu provedeného zdravotníkem. Pro certifikát již není podmínkou pozitivní PCR test. Metodický pokyn hlavní hygieničky byl v tomto směru upraven. Rozhodnutí nemá zpětnou platnost, vztahuje se jen na nová onemocnění.

Oficiální informace MZ ČR:

Z pověření náměstkyně a hlavní hygieničky MUDr. Pavly Svrčinové, Ph.D., v návaznosti a v souladu s nařízením Komise v přenesené pravomoci (EU) 2022/256 ze dne 22. února 2022, kterým se mění nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2021/953, pokud jde o vydávání certifikátů o zotavení na základě rychlých testů na antigen, se s účinností od 22. března 2022 mění postup vydávání evropského certifikátu o prodělaném onemocnění COVID-19, a to tak, že od tohoto data budou generovány certifikáty i na základě vyšetření přítomnosti antigenu viru SARS-CoV-2 prostřednictvím RAT testu (antigenní test) provedeného zdravotníkem s pozitivním výsledkem.

Podmínkou pro vydání certifikátu o prodělaném onemocnění COVID-19 je kromě provedení testu zdravotníkem také přítomnost

příznaků onemocnění COVID-19 u testované osoby a dále také podmínka, že daný RAT test musí být uveden na společném seznamu EU testů na antigen na COVID-19 schváleném Výborem pro zdravotní bezpečnost.

Pro doplnění uvádíme, že za těchto podmínek budou generovány pouze certifikáty u osob s pozitivním výsledkem RAT testu provedeného od 22. března 2022 včetně.

V této souvislosti dále došlo k drobné změně Metodického pokynu pro krajské hygienické stanice a Hygienickou stanici hlavního města Prahy k nařizování izolace a dalších protiepidemických opatření v souvislosti s onemocněním COVID-19, kde došlo k úpravě ve smyslu vyjmutí textu o zmínce podmínky potvrzení pozitivního RAT testu metodou RT-PCR pro vydání certifikátu, tato podmínka z výše uvedených důvodů již neplatí. Metodický pokyn vám bude zaslán i oficiálně prostřednictvím datové schránky. Pro bližší podrobnosti uvádíme i odkaz na předmětné nařízení v českém jazyce): <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/PDF/?uri=CELEX:32022R0256&from=EN>

S pozdravem
Andrea Němcová,
sekretariát NH

Zdroj: <https://splcr.cz>

■ Dočkáme se konečně zprovoznění ePoukazu na zdravotnické prostředky?

17. 3. 2022 – KMVS, advokátní kancelář, s.r.o.

S elektronickým receptem alias eReceptem se v souvislosti s návštěvou svého lékaře pravděpodobně setkal již takřka každý z nás. Ačkoli je u nás elektronická preskripce léčivých přípravků povinná již více než čtyři roky, do povědomí mnohých pacientů se pevněji zakořenila až s příchodem pandemie onemocnění COVID-19. V jejím průběhu se totiž dle dat zveřejněných Ministerstvem zdravotnictví prudce zvedl zájem pacientů o telefonické či e-mailové konzultace jejich zdravotního stavu, které mnohdy vyústily právě ve výdej eReceptu. Podle údajů zveřejněných v rámci výsledků průzkumu realizovaného Státním ústavem pro kontrolu léčiv se obliba eReceptu v průběhu posledních tří let více než zdvojnásobila. V roce 2018 s ním byl spokojen pouze každý třetí respondent, zatímco o tři roky později se na jeho adresu pozitivně vyjádřilo celých 79 % dotázaných.

Nejen v návaznosti na to, že si lékaři a pacienti na eRecept postupně zvykli a mnozí z nich si jej (i přes původně nepřilíh nadějně vyhlídky) dokonce oblíbili, byla v minulém roce zavedena novinka v podobě tzv. ePoukazu jakožto obdoby eReceptu pro zdravotnické prostředky. O této novince jste se mohli dozvědět v jednom z předcházejících článků, i přesto je však vhodné připomenout, že se jedná o inovaci zavedenou novým zákonem o zdravotnických prostředcích, který vstoupil v účinnost 26. května 2021. Podstata ePoukazu je zřejmá, jedná se o elektronickou formu poukazu na zdravotnické prostředky. Elektronický poukaz by měl být pacientovi zaslán obdobně jako eRecept prostřednictvím SMS, e-mailem, pomocí aplikace či případně může být pacientovi předán i ve formě listinného formuláře. Důležitou inovací, která je s ePoukazem spojena, je možnost nákupu zdravotnického prostředku přes internet. Využívání ePoukazu by mělo být, obdobně jako u eReceptu, minimálně po dobu prvních několika let nepovinné a k jeho vydání by měl lékař přistoupit až po dohodě s pacientem.

Ačkoli je nový zákon o zdravotnických prostředcích účinný již takřka rok, elektronický poukaz doposud není v praxi využíván, a to z důvodu absence příslušné prováděcí vyhlášky. Samotné zavedení ePoukazu by po technické stránce nemělo být tak náročné jako u eReceptu, jelikož ePoukaz by měl zčásti využívat již existující funkcionality vytvořené právě v souvislosti s eReceptem. Ačkoli tedy bude u ePoukazů využíváno úložiště, které by mělo být součástí již vytvořeného systému eRecept, vydání prováděcí vyhlášky je i tak nutné, jelikož bez ní nemůže být ePoukaz spuštěn. Prováděcí vyhláška by měla kupříkladu stanovit formu identifikátoru ePoukazu či rozsah údajů potřebných pro jeho vytvoření, změnu a zrušení.

První návrh vyhlášky z pera Ministerstva zdravotnictví byl zveřejněn počátkem března tohoto roku, a to navzdory tomu, že dle původně avizovaných informací měl být ePoukaz spuštěn již k 1. březnu 2022. Je tedy otázkou, zda se ePoukazu dočkáme alespoň v první polovině letošního roku.

Zdroj: <https://www.kapitoly-online.cz>

Pro VOX připravil:
MUDr. Ctirad Kozderka



Jihomoravské dětské léčebny, p.o. **Dětská léčebna se speleoterapií OSTROV U MACOCHY**

679 14 Ostrov u Macochy, č.p. 389

+420 516 516 444 233, +420 737171 799

ostrov@detskelecebny.cz, www.detskelecebny.cz/ostrov

INDIKACE K POBYTU:

- **Nemoci alergické - astma, alergická rýma, pollinosis**
- **Nemoci bakteriální a virové - opakované záněty dýchacích cest** (zánět průdušek, zápal plic, laryngitidy, sinusitidy)
- **Nemoci s oslabenou imunitou**
- **Atopický ekzém**
- **Stavy po operacích dýchacích cest**

Pro děti od 4 do 18 let. U dětí do 6 let je možný doprovod. Součástí léčebny je základní škola. Léčebné pobyty jsou hrazené ze zdravotního pojištění. Od roku 2016 jsou JDL, p.o., držitelem Certifikátu kvality a bezpečí při poskytování zdravotní péče.

SPELEOTERAPIE

- je zvláštní klimatická léčebná metoda, která jako přírodní zdroj využívá klima v jeskyni
- její hlavní, imunomodulační účinek příznivě ovlivňuje jak stavy se sníženou imunitou, tak i alergická onemocnění,
- správně aplikovaná speleoterapie zvyšuje odolnost, a to jak v oblasti imunity nespecifické, tak i imunity specifické,
- doplňuje komplexní léčbu indikovaných pacientů v dlouhodobém léčebném plánu stanoveném jejich ošetřujícím lékařem;
- nenahrazuje léčbu medikamenty, avšak svými účinky umožňuje snížení medikamentózní léčby na minimum a v některých případech lze i léky vynechat.

VLASTNOSTI JESKYNNÍHO MIKROKLIMATU

- stálá teplota, vlhkost a malé kolísání barometrického tlaku,
- čistota ovzduší (prach, pyly a mikroorganismy jsou přítomny jen v nepatrné koncentraci),
- velikost částic aerosolu (0,2-0,5 μ m),
- vysoký obsah lehkých iontů (důležité jsou zvláště záporné ionty, které zlepšují krevní průtok kapilárami, a tím se zlepší prokrvení orgánů, zrychlují pohyb řasinkového epitelu v dýchacích cestách, zvyšují produkci hlenu. Zajišťují čistotu prostředí („samočistící“ schopnost jeskyně),
- nízká koncentrace radonu (různá, nekolísá více než o 1 řád) přímo ovlivňuje imunologické pochody v buňkách.

Pro speleoterapii naše léčebna využívá Císařskou jeskyni v Moravském krasu, od roku 2023 bude léčebná péče dětem poskytována v nové moderní budově na kraji Ostrova u Macochy. Výstavbou nového komplexu se zvýší komfort dětí i personálu, do Císařské jeskyně budou děti chodit lesem ne po frekventované silnici jako dosud. Součástí nové budovy bude také bazén s mořskou vodou.

www.detskelecebny.cz



Cílem výchovy je připravit děti na život

Mgr. Jiří Halda

Soukromá terapeutická praxe Brno

Lidé mají od nepaměti sklon spoléhat se na zvyky a tradice. Ještě před cca 150 lety stačilo, aby syn pozoroval tátu a dcera mámu a vlastně věděli, jaký život povedou. Po kouscích se to naučili. Včetně zvládání zátěže či velkých emocí. Historie nebyla k lidem, natož k dětem, nijak zvlášť citlivá. Lidé se rodili i umírali doma, takže to prožívali přímo, děti u všeho byly. I to, že jsme si narození i smrt „odstranili“ ze života, je důvod, proč lidé prožívají melancholicky – už se neumíme s velkými citovými otřesy vyrovnávat. Navíc člověk je tvor, který pro všechno hledá způsob, kterým si něco pokud možno zjednoduší. Proto také lidé mají sklony svoje špatné (ale i dobré) návyky svádět na geny – když se něco v rodině děje po generace, tak přestáváme přikládat význam tomu, že to je jen nápodoba a že to můžeme snadno změnit. Lépe je vymlouvat se, že „to“ způsobil někdo jiný.

Jenže doba pokročila a je čím dál složitější vytvářet dětem předvídatelný svět, ve kterém se všechno potřebné naučí pozorováním a nápodobou. Máme se nejlépe v historii, což je jistě příjemné. Ale taky nás to nenutí zrát – **člověk je nejvýkonnější, když prožívá existenční strachy.** A čím méně existenčních strachů máme, tím pohodlnější jsme, včetně pohodlnosti zrát a překonávat se. Ale také o to intenzivněji prožíváme, když se existenční strachy objeví – jako například při nedávno prožívané pandemii. Co tedy dělat, aby z dětí vyrostly nadějně bytosti, které v životě obstojí, najdou svoje uspokojivé partnerství, profesní úspěch a budou mít pocit, že jejich život má smysl a cíl? Pohledem rodinného terapeuta nás nic optimistického nečeká. Tedy alespoň větší část populace. Podcenili jsme, že děti se dál učí nápodobou a že jsme pro ně dál vzory. Jenže v životě, kterému často nerozumíme sami. Jen vyšší savec, který sám sebe začal nazývat homo sapiens sapiens, může „vychovávat“ děti tak jako my, obyvatelé „vyspělejší“ části světa. Vždyť co může vyrůst z dětí, které všechno, ale všechno mají? A když už mají všechno, dostanou to znovu. Co může vyrůst z dětí, které jedí jen to, co jim chutná, a ještě navíc každé něco jiného? Co může vyrůst

z dětí, po kterých nic nechceme a ony včas a intenzivně nezažijí pocit úspěchu? Sám si odpovím – zhýčkaná a věčně nespokojená stvoření, která se jen chtějí bavit.

Je totiž třeba si uvědomit, že **naš život se odehrává ve třech klíčových životních etapách, či spíš epochách. První a druhá epocha jsou epochy vštěpovací a kvalita té třetí je na nich zcela závislá.** Jinými slovy, to klíčové pro život se potřebujeme naučit do tří let, resp. do šesti let (obě epochy trvají shodně cca tři roky). V tomto článku se budu zabývat právě jimi. Začnu tou první. Je to období, které vrcholí nejdříve tzv. vzdorem a následně tzv. prvním střihem – tedy spontánní redukcí neuronálních propojení, které má zvláštní charakteristiku. A sice fakt, že **ve vědomí „nechává“ především ty návyky, které dítě vidělo a zažilo nejčastěji.** Co to znamená? Například to, že pokud dítě s mámou často a aktivně „kutílo“ na zahradce nebo v kuchyni, pak mu nepochybně zůstane návyk, že práce v kuchyni anebo na záhonku je zábava a je pro život důležitá. Stejný postoj ale má např. k tomu, že máma má denně několik hodin v ruce telefon – dítě si vštípí, že zábava, bez které se nedá existovat, je zase telefon. A kvůli vlastní zábavě bude dítě zahánět k něčemu podobnému. Viděl jsem bezpočet „home videí“, kde sotva odrostlé miminko civí na rozsvícený mobil a když ho zhasnou, začne vřískat. Zákonitost první epochy života totiž je, že všechno, co se v tomto věku děti učí ve vlídném klimatu, celý život dělají s chutí. Paradoxně všechno, co se naučí v nevlídném klimatu, dělají celý život s nechutí, ale dělají... **První vštěpovací období vytváří cca 80 % veškerých potřebných návyků pro život.** Takže máme nad čím přemýšlet – v době, kdy mámy strouhaly banány, na které stály fronty, měly postoj k jídlu úplně jiný než dnes. A když musely prát plínky, měly úplně jinou motivaci dětí „odplenkovat“. Dnes není výjimka čtyřleté dítě s plenou v mateřské škole!

Vzhledem k tomu, že v první životní epoše se vytvářejí naše základní návyky ve vztahu k tělu (po třetím roce si začínáme teprve uvědomovat nahotu), je třeba brát tuto infor-

maci vážně. Významně na ní totiž závisí náš celoživotní vztah k intimě a intimní zóně. Je tedy třeba brát vážně fakt, že **do tří let se potřebujeme naučit obejít se bez mámy.** A to z důvodů obsluhy intimní zóny těla a také z důvodu dostatečné citové nezávislosti na mámě. Tím, že se rodíme úplně závislí na maminkách, je náš klíčový úkol přirozený, ale co nejdříve děti osamostatnit. Důvod je prostý – třetím rokem se dítě stává oficiálně způsobilým pro nástup do mateřské školy. A je nutné si uvědomit, co všechno je třeba, aby dítě umělo, než ho tam „dáme“. Proto jsme se s kolegou Markem Hermanem před několika lety snažili o otevření společenské diskuse nad nesmyslem, který se ale děje ve většině civilizovaného světa – a sice předčasné zaškolení dětí do předškolních zařízení. Dítě potřebuje být dostatečně nezávislé na mámě, jinak svou míru závislosti upne na jinou dospělou osobu, což je v důsledku ono zlo – upíná nejintimnější potřeby na někoho mimo rodinu, popřípadě na jinou závislost. Není možné si nevšimnout, jak masivní dopady tento fakt má – všimněte si, když jde běžná rodina do restaurace na oběd – často mají všichni v roce telefon, sice spolu sedí, ale každý ve skutečnosti obědvá s někým jiným. Jinými slovy předčasným zaškolením, kdy dítě není citově na pobyt mimo mámu připraveno, mu degradujeme rozvoj a kvalitu vztahové – rodinné intimity. Proto věk nesmí být hlavní kritérium pro zaškolení dítěte.

A to není všechno. Nejen že zaškolujeme děti nepřipravené na pobyt mimo „svůj prostor“, tedy domov. Máme další „výborný“ návyk – děti dáváme do mateřské školy navzdory tomu, že je máma s druhým dítětem doma. Co je na tom podstatné? Dovolím si ještě jeden malý exkurs do minulosti. Jen blázen by si myslel, že dříve měly mámy kapacitu děti mazlit podle jejich potřeb. Mámy měly těžký život, celá domácnost byla na jejich bedrech, a to nepočítám nejen fakt, že nejen mnohokrát za život rodily, ale kvůli velké úmrtnosti dětí žily často v neustálém konfliktu smutku, radostí a starostí. Proto také měly dost brzy děti stanoveny povinnosti, které byly podmínkou, aby dostaly najíst. Ano, byla doba, kdy děti bezpečně chápaly



rozdíl mezi pojmy hlad a chuť. Ale byly doma. Takže malé děti, které se kolem mámy batolily, se mohly ujistit, že tam máma je. Ale jinak většinu úkonů kolem dětí postupně přebíraly starší děti. A citové potřeby si děti vzájemně kompenzovaly společnými aktivitami, společnými povinnostmi a společným spaním. Děti prostě nutně ke svému prospívání potřebují sourozence a souvislý kontakt s ním či s nimi. Takže dítě potřebuje nejen souvislý kontakt s mámou, ale také se svými sourozenci. Sledováním rodinných anamnéz za dobu své praxe jsem dospěl k poznání, že jedněmi z nejhorších vynálezů lidstva jsou tři vynálezy: chirurgicky vedené porody, odnášení dětí od matek a pokojíčky pro miminka. A přidal bych k nim čtvrtý – oddělení dětí od sebe zaškolením staršího, i když je jeho máma doma.

Porod je nejobvyklejší zázrak a drama zároveň. Ale to, zda je rodička dobře naladěná, připravená a že rodí s pocitem, zda je „vládkyní“ nad situací, významně ovlivňuje všechno, co se stane potom. Včetně traumatu vstupu ze tmy do ostrého světla – koho by napadlo, že k tomu, proč se většina dětí rodila v noci, je logický důvod. A sice že ze tmy přijdou na svět do milosrdného přítmí. Trauma z ostrého světla při porodu je dnes již prozkoumaný fakt... Ale měl jsem na mysli především urychlování porodů, které brání dostatečnému připravení matčina těla a aktivaci pro děti nejdůležitějšího ze smyslů – mateřského citu. Po celou svou praxi mě stále udivuje, jak velký vliv má průběh porodu na citový stav jedince, především na úzkostnost.

Odnášení dětí je zase nepřírozenou překážkou pro jiný fakt, a sice vytvoření kvalitní a pevné vazby mezi miminkem a mámou. Ta je základem pro důvěrný a intimní vstup dítěte do života. Koneckonců na tom není nic nepochopitelného – jak asi niterně snáší miminko, které devět měsíců nepoznalo nic jiného než kontakt s tělem mámy, to, že ho odnesou někam, kde je všechno jinak než doposud? Nejméně čtyři hodiny po porodu je optimální dítě od mámy neoddělovat, minimálně na úrovni stejné místnosti (chápu samozřejmě, že je zvykem dítě zvážit a změřit...). A že například imunita dětí „přirozeně“ narozených, neodnášených od mámy a první měsíce nijak prostorově neoddělovaných od mámy, je nesrovnatelně odolnější. A že cesta k emocionální nezávislosti je snazší a přímočará.

Pokojíček pro miminko je ohavná móda, která dělá z dítěte živou panenku. Můžeme to vidět na více projevech. Nejen že máma musí za miminkem do pokojíčku chodit, ale hlavně tam chodí podstatně častěji – miminko se často pouze potřebuje ujistit, že máma je u něj. Než si uvědomí, že je někdo jiný než máma, uplyne hodně času. Ale i větší děti protestují, když mají být v pokojíčku samy, a správně argumentují faktem, že máma s tátou jsou v ložnici dva, ale ono je v pokojíčku samo... Samé nepochopení a pohodlnost, která nás následně stojí hodně sil a nápravy. Legendární lékař dr. Perry dokonce odvodil, že některé děti jsou na prostou přítomnost mámy tak citlivé, že je patrně za vynálezem pokojíčku pro miminko i vznik syndromu náhlého úmrtí novorozenců. Prostě jsou s maminkami tak niterně spojené, že ztratí smysl života, když dáma smyslově není v místnosti přítomná. A prostě jim přestane bít srdíčko...

Když se vrátím k osamostatňování dětí, je třeba oddělit dva procesy. A sice samostatnost ve smyslu obsluhy dítěte a nezávislost ve smyslu citovém. Závislost dítěte je totiž nejen v tom, že si samo neuvaří, ale také že citová vazba mezi mámou a dítětem je vazba závislá. Tedy že všechno, co se dítě učí, je podřízeno této vazbě. Proto **je tak významné, aby si mámy uvědomily, že výchova dítěte má být citlivá cesta k nezávislosti na ní.** Protože jinak nejde dítě na život připravit. Nejdříve k té samostatnosti tělesné. Jedná se samozřejmě o návyky a dovednosti, které dovolují dítěti přežít bez mámy. Takže **je třeba včas děti naučit, aby se samy najedly, oblékly, obuly, vysmrkaly a očistily po toaletě.** Je to nejen v zájmu mámy – když děti dovrší tři roky a „probudí se“ jim vědomí nahoty, přestanou to chtít dělat. Je to logické – uvědomí si také, že exkrementy jsou exkrementy. Ale především – než dítě předám do instituce jménem mateřská škola, potřebuje umět se o svoji sebeobsahu postarat samo. Proč? Protože když nastupuje do úplně cizího prostředí, což je samo o sobě obrovská změna (doslova druhá největší v životě – po porodu, která je první; pak je tu třetí změna – nástup povinné školní docházky), musí mít jistotu, že se bez mámy obejde. Že to bez ní zvládne – zkrátka že jsme ho připravili na změnu, připravili na život. A je zde další důležitá věc – když se musí o obsluhu dítěte starat paní učitelka, vstupuje mu po všech stránkách do intimní zóny – a jsme opět u destrukce intimity.

Jinými slovy je to mateřská povinnost naučit dítě základním dovednostem. Jinak ho od-suzujeme do pozice někoho, kdo se v neuvědomovaném věku učí chronicky spoléhat na cizího člověka. Abych byl upřímný, myslím si, že fakt, jak dlouho se to v mateřských školách děje, je důvod, proč si čím dále méně rodičů umí s dětmi funkčně poradit. Žijeme v zemi, kde se zkrátka „spoléhá na školku“. Ale nic dobrého z toho nevzniká, máme čím dál více dětí s diagnózami, které jen reflektují fakt, že si rodiče neumějí poradit s vlastními závazky. Jak se má funkčně dítě adaptovat v novém prostředí, když je zvyklé, že ho někdo krmit? Jak se má funkčně adaptovat, když je zvyklé jíst jen dobroty? Navíc způsobem, který je už dnes obvyklý – dítě si k mámě přijde pro sousto a odchází si „hrát“. Ve společném sezení u stolu nám vzniká pocit komunity a našeho místa v ní. Proto je důležité pravidlo – společně a sám/a. A připomínám, že **samostatné jedení je primárním návykem pro rozvoj klíčové smyslové aktivity – vizuomotorické koordinace.** Jen je třeba vědět, že kooperace zraku a motoriky musí probíhat rovnou správně. Tedy například držení lžičky je třeba učit hned „správně“ – koho by v péči o batole napadlo, že lžička se má držet jako tužka. Jsem léty praxe utvrzený v tom, že přesně z těchto důvodů dnes roste počet dětí s poruchami učení a pozornosti – mají chybně vytvořené návyky vizuomotorické koordinace.

Je tedy třeba to děti učit – vlastním vzorem, trpělivě a hned správně. Ano, nejdříve je víc špenátu ve vlasech než v bříšku, ale tím, že jíme několikrát denně, tak se návyk nepozorovaně každý den vylepšuje. To ví každý, kdo chce něco dobře umět – musí to dělat správně, často a trpělivě (tedy správným tempem). Druhá oblast je oblékání. Dospělí se upnuli na sladění barev a exkluzivitu výsledku. Ale není to vůbec to podstatné. Oblékání má hned tři významy. O jednom jsem už zmiňoval – je to samostatnost. Ten druhý je fakt, že oblékání má mít svoje ustálené pořadí (co se po čem obléká), a tím se děti učí algoritmicky uvažovat. Je to zpravidla první uvědomovaná logická řada v životě. A s ní je spojen třetí význam – potřeba referovat o tom, že už si to pamatují. Není možné si nevsimnout, jak mizerně děti mluví, jak slabou mají slovní zásobu, ale o kolik jsou hlučnější... Protože jim důvod mluvit vlastně nedáváme. Jsou totiž čtyři. Ten první je „vyřvat si“ místo v sociální



hierarchii. Druhý důvod je pochubit se, co už umím. Třetí důvod je potřeba postěžovat si a čtvrtá je potřeba druhé poučit. Jinými slovy – mluvit je naše potřeba a my jen nechápeme, že pro potřebu mluvit je třeba zapojit obsah našich potřeb – sociální role a její ceny. Takže logický algoritmus, který dříve fungoval spontánně – tedy že se prostě děti naučily oblékat, protože mámy neměly čas na to dětem posluhovat, je pryč. A pokud jej nebudeme brát vážně, tak se nepozorovaně stane to, že z dětí se stanou jen konzumenti služeb, které budou automaticky očekávat.

Třetí funkcí je rozvoj pravo-levé orientace. Nejlépe se trénuje na obouvání, ale samozřejmě na oblékání a jedení. Klíčem je pozorovat, kterou ruku dítě spontánně používá v době, když si osvojuje vizuomotorické návyky při jedení. A pokud zjistíme, že to je např. pravá ruka (ale platí to stejně i o levé), učím ho, že to je ruka, která má „jméno“ – tedy je pravá/levá a ta druhá je prostě ta druhá. Když si dítě zafixuje jednu stranu správně a pevně, jen vylučovací metodou přidá jméno té druhé strany. Je nepochopitelné, kolik dětí nepozná stranu ještě v prvním ročníku, přitom je to dovednost, kterou by mělo ovládat při nástupu do mateřské školy. A z toho vychází i fakt, že tím se učí nejen správně oblékat a obouvat, což jsou klíčové kroky k samostatnosti. Ale naučí se snadno i jíst příborem, protože do jeho dominantní ruky patří konkrétní kus příboru (pokud by lidé nebyli líní a jedli tak, aby dětem byli příkladem).

Dalším klíčovým úkonem je smrkání. To má nejen význam čistoty dýchacích cest. Konstatuji, že moje pozorování a komunikace se stovkami učitelek a ředitelek mateřských škol ukazuje, že více než polovina dětí v mateřských školách nemá návyk automatizovaného dýchání nosem. Což ukazuje, jak málo mají děti uvědomovaně používané smysly, v tomto případě dech. UVědomované dýchání je totiž základem řeči. Je to prosté, ale řeč je zároveň výdech, který artikulací modifikujeme do specifických fonémů. Jak se má naučit mluvit dítě, které neumí pracovat s dechem? Přitom to je o troše přemýšlení a znalosti učení, kterému se říká imitační metoda. Nikdo se totiž nenaučí smrkat tím, že ho rodiče chytí za nos a řeknou „zatlač“. Ale stačí si stoupnout k zrcadlu, dát dítěti do ruky kapesník a svými rukama vést ty jeho. Když u toho komentujeme, co má dělat, spojíme mu

smrkání navíc s nácvičkou pravolevosti – nejdříve zacpeme pravou/levou a vydechujeme „tou druhou“. Na tři pokusy navzdýcky umí správně smrkat a jeho obličej se nemusí dotýkat cizí osoba. Navíc konstatuji, že je naše chyba, že jsme učitelky v mateřských školách částečně degradovaly na ženy, které utírají dětem nos – pochybuji, že na tohle se připravují na vysokých školách. Dnes již není žádné tajemství, že projevy adenoidní vegetace mají většinou původ v neaktivně používaném návyku dýchat nosem. Ostatně ten, kdo byl se svým potomkem „trhat mandli“, ví, jaký důsledek taková banalita může mít. A to kromě věčně zacpaného nosu připomínám, že většina dětí je dnes zcela nedostatečně osvalená, mají oslabené břišní svaly a ploché nohy. O držení těla se raději nebudu rozepisovat.

Skrytou hrozbou pro rozvoj intimity je fakt, že většina rodičů (podle slov velkého vzorku učitelek MŠ je to průměrně 29 dětí ze 30) nenaučí děti včas obsluhu po toaletě. Přitom je to z obsluhy těla ta nejintimnější. Nelze přesně změřit, jak moc to intimní zónu jedince poškodí, ale není možné, aby ji to nepoškodilo. Přitom to je mimořádně snadné, když si to nezjednodušujeme. Stačí jen přijmout fakt, jak zlovolným vynálezem je nočník (pozůstatek z dob, kdy lidi neměli toaletu doma, natož aby v ní splachovali pitnou vodou). Důvod, proč zejména prvorozené děti na nočník nechtějí, je, že nikoho jiného v rodině na něj nevidají sedat. Přitom pomůcky pro děti na toaletu jsou dávno známy. Jen to není tak jednoduché, jako když máma posadí dítě na nočník, přisune ho k televizi a má hodinu pokoj... Když dítě rovnou posazujeme na záchod, lze mu nejen vysvětlit, jaký kousek toaletního papíru si má vzít, ale i jak pevně jej uchopit, a pak mu jeho ručičkou (imitační metodou) úkon provést. Stačí u toho pouze úkon věcně vysvětlit („čím víc to drhne, tím je to čistší...“) a za tři pokusy to umí samo, navíc s pomocí gravitace se vyprázdní rychleji! Je mi líto jak dětí, které kvůli naší pohodlnosti v životě trpí různými typy studu z nahoty (nebo nejsou schopné vyměšovat jinde než zamknutí doma), anebo naopak, zdánlivě žádným studem netrpí. Ale také učitelky, které jsou delegovány nejen do rolí utíraček nosů, ale také cizích zadků.

Samostatnost v sebeobsluze je jednou klíčovou podmínkou. Tou druhou je emocionální nezávislost. Je fascinující, jak

adiktologové stále podceňují fakt, že závislost je nejpřirozenější jev na světě. A není ničím nebezpečný, pokud se jí daří funkčním a bezpečným způsobem měnit v nezávislost – tedy spoléhání se na sebe. Má to samozřejmě několik fází, ale ta první je právě nezávislost emocionální. Tedy stav, kdy dítě není paralyzované obavou být souvislý čas v prostoru, kde není máma. Trénuje se to vlastně snadno. A sice tím, že máma nedělá nic, čeho je její dítě schopné. Jinými slovy z něj udělá svého nepostradatelného pomocníka. Ve chvíli, kdy dítě začne cítit, že je „nenahraditelně potřebné“ (proto také jeho výkon hodnotíme emocionálně nadsazeně), probouzí se mu nejen pocit, že jeho život má smysl, ale také se mu probouzí pocit úspěšnosti. Ten lze navodit jediné aktivitami prospěšnými pro ty ostatní. A když nějakou aktivitu zvládne na úrovni, že k ní nepotřebuje pomoc (např. kontrola odpadkového koše), delegujeme ji na něj. Tím vzniká fenomén jménem povinnost. A najednou se mohu pochubit, čím jsem prospěšný, a mohu kohokoliv naučit/poučit, jak se to dělá, a nepotřebuji si vyřvávat místo v hierarchii, protože je deklarované mým přínosem. Když se zeptáte rodičů, co jejich děti doma dělají, tak vám maximálně řeknou, že si po delších diskusích maximálně uklidí hračky... A za úklid se považuje „estetický bordel“, tedy že se hračky naházejí do krabice a ta se schová pod postel.

A pak jde o patrně nejhůře interpretovaný jev ve vývoji dítěte, či spíš člověka. Lidově mu říkáme **vzdor**. Je to ale ve skutečnosti **velice složitý proces, při kterém se dítě aktivují zábrany**. Pokud máme na děti vztek, že si neumějí poručit, že se jim nedá domluvit, že neposlouchají, měli bychom si uvědomit, že bez nástroje, který to umožňuje (autocenzurní mechanismy = zábrany), to zkrátka nejde. „Vzdor“ je unikátní svou formou, u každého dítěte probíhá jinak. Některé děti prostě křičí a vztekají se, jiné zase kňourají a nejdou zastavit, jiné děti dělají naschvály a jiné třeba zadržávají... To podstatné je to rozeznat (zpravidla si vynu-cují něco, co nemohou nebo to ani nejde), nedělat z toho vědu a nechat děti prožít celý afekt. Pokud by vás téma vzdoru zajímalo hlouběji, napsal jsem na toto téma knížku Maličkosti, na které byste při výchově dětí neměli zapomínat. Ale jedná se o proces ve čtyřech fázích. Kdy dítě nejdříve začne po něčem neovladatelně dychtit (fáze I.). Je to vlastně souběh tělesného a emocionálního



dychtění. Začne vyjednávat (fáze II.), což je informace, že se přidal kognitivní systém. A pokud máme trochu rozumu, víme, že dítěti máme vlídně, ale nevyhovět. Ono začne vyvádět – každé trochu jinak a různě dlouho – a my máme s dítětem trpělivě prožít fakt, že svět se už nebude točit jenom kolem něj. Nejdříve s vědomím, že něco nedostanu teď (fáze III.A), a postupně zjištění, že to nedostanu nikdy (fáze III.B). Proto je třeba, aby dítě prožilo „vzdor“ jako jeden proces – aktivuje se při něm i vnímání konkrétního a abstraktního času. A následuje katarze (fáze IV.), kdy si s dítětem vysvětlíme, co se právě stalo. A že to skvěle zvládlo, i když to stejné nedostane – tak zjistíme, že se proces udál celý – tedy že nezačne znovu vyvádět. A že příště, až něco bude chtít, má se snažit zjistit, co může udělat pro to, aby to získalo. Celý emocionální požadavek se tedy transformuje do terénu sociálních kompetencí.

Pokud děti neprožijí vzdor, je zbytečné se rozčilovat tím, že „neposlušají“, že jsou obtížně ovladatelné... Raději jim přisoudíme diagnózu, jako je hyperaktivita nebo ADHD. A přitom je to daleko častěji dítě nedostatečně zvládnuté, které svým chováním jen demonstruje, že si se sebou neumí poradit. V naší kultuře je aktivace zábran řešena tradičně nesprávně – buď máme sklon dítěti uhnout a vyhovět, anebo mu dát „na prdel“, aby si „mělo proč rvát“... V obou případech vznikne průšvih – v tom prvním otevíráme prostor člověku, který nesnese odpor a sobecky prosazuje jen svoje požadavky. A v druhém případě zábrany potlačuje strach a hněv – nikdy tedy nevíme, kdy se probudí a jak destruktivní hněv vlastně bude. Jsem přesvědčen, že většina afektivních poruch má pozadí v neprožitém nebo nekvalitně prožitém „vzdoru“, tedy nekvalitně aktivovaných zábranách.

Druhá epocha má na starosti dva úkoly. Jednak rozvoj „aktivních stereotypů“ a jednak rozvoj základu sociálních kompetencí. **Aktivní stereotypy** jsou ve skutečnosti zobecněné dovednosti, které si dítě přineslo z první epochy. Lze si je představit například jako fakt, že dítě mámě pomáhá krájet mrkev do polévky. Jen odbočím – je třeba dávat velký pozor na to, aby mámy netvrdily (nebo tátové), že malou pomocí v kuchyni dítě vlastně uvařilo polévku! Pak se zobecní to zveličením a dítě za nepatrnou zásluhu v životě očekává obrovskou odměnu. A zpátky k mrkvi – mezi čtvrtým a pátým rokem se

má naučit, co je to krájení. Tedy krájení čehokoliv, čímkoliv, co je nůž, a kdekoliv. Jde tedy o stereotyp energetický (činnost) a časoprostorový (kdykoliv a kdekoliv). Takto si děti potřebují postupně zobecnit maximum dovedností, aby se při přechodu do první třídy uměly postarat o „svůj svět“ bez pomoci dospělých. Tragický stav aktivních stereotypů u dětí v mateřských školách ukazuje na naprostou nekompetentnost rodičů – v mateřské škole mají děti dovednosti zhodnotit, ale vzniknout musí doma. Anebo – vzniknout mohou ve škole, ale pak je musí rodina akceptovat jako přínos – rodina dává dovednostem cenu. Když ale nakouknete do mateřské školy, zjistíte, jak oslabenu mají děti jemnou i hrubou motoriku, hrají si a prožívají povrchně, obtížně si hledají „parťáka“ ke hře. Zde jen upozorňuji na fakt, že děti v mateřské škole ještě nemají kooperativní potřeby na úrovni skupiny. Pro kooperaci potřebují jedno nebo dvě děti, které si hrají s něčím podobných jinak nebo s něčím jiným podobně. Komentáře typu „dítě už potřebuje do kolektivu“ jsou rezidua komunistické zvůle.

Sociální kompetence jsou samostatný obor. Týká se jich celý předškolní rok a jsou důležitější než většina školních dovedností. Přece jen je snazší naučit se v první třídě barvy než prohrávat... Sociálních kompetencí je devět a jsou všechny podstatné nejen pro hladké zaškolení, ale především pro rozvoj sociálních vazeb, kooperace a komunikace po celý život. Lze konstatovat, že sociální kompetenci, která do dostatečné míry nevznikne do šesti let (u chlapců o trochu později), se jedinec naučí, zejména v dospělosti, pouze pokud o ni skutečně usiluje. Druhá epocha je také uzavřena spontánní redukcí asocičních procesů (tzv. druhý střih) a uzavírá vlastně celý spontánní rozvoj vědomí. Jinými slovy od šesti let dál už se dobrovolně učíme jen to, co nám jde snadno, baví nás anebo je za to velká odměna.

Jednotlivé sociální kompetence lze pojmenovat následujícím způsobem. Ta první, která nejvíce ovlivňuje kvalitu našeho života, se jmenuje **bezpodmínečné přijetí**. Tedy stav, kdy nijak nepochybuji o tom, že je dobře to, že jsem to já. Je to stav citové sytosti a vytváří pro život klíčový parametr – sebejistotu. Asi každý si všiml, že sebejistí lidé to mají snazší, méně se bojí a snáz se pouštějí do nových aktivit. Jinými slovy každý chce mít pocit, že ho mají rádi takto-

vého, jaký je. Jakékoliv podmínky kladené dětem musejí nést smysl (např. nároky na výkon). Jinak jen degradujeme pocit smyslu a nic pro život podstatného nevzniká. Zvlášť bych se zastavil u jednoho z nejpitoměších očekávání rodičů – pohlaví. Co se asi děje v hlavičce děvčátka, když si její rodiče přáli kluka? Co se v její hlavičce děje později, když se rodičům „podaří“ mít kluka na druhý pokus? Když jí ho dávají za příklad? Anebo naopak... To, kolik za poslední roky vzniklo „sexuálních identit“, je jen důsledkem našich pitomých přání. Děti vznikají ze čtyř nepříbuzných zdrojů genů – jak by mohly plnit naše očekávání?

Druhou kompetencí je tzv. **adaptabilita**. Jinými slovy naše adaptační mechanismy. Člověk je tvorem velmi přizpůsobivým, což ho zjevně vývojově zvýhodnilo, ale musíme mu jeho přizpůsobivost pomoci nastartovat. Dělá se to obyčejným vedením k samostatnosti v prostoru. Tedy ne jen aby si poradilo samo, ale hlavně aby si poradilo v prostředí, kde to dobře nezná. Všichni jsme zažili situaci na návštěvě, kdy nám dítě sedí na klíně a nechce si jít hrát, dokud „si nezvykne“, tedy dokud se neadapтуje. Adaptabilita je přímo souvisící s průběhem těhotenství, porodem a dobou bezprostředně po porodu. Proto je tak důležité, aby tato období prožily mámy s dětmi pokud možno hladce a s co nejmenší mírou stresu. Stresovaná miminka jsou úzkostnější a adaptují se hůř a zpravidla si to nesou dál. Což přináší v životě horší možnosti, protože nižší adaptabilita přináší vyšší konzervativnost... Tedy obavu, neochotu anebo neschopnost se měnit. Trénuje se vlastně velmi snadno – vedením k samostatnosti (o té je ale samostatná kompetence), především k co nejaktivnější změně prostředí. Míněno především chůze ven – na písek, do přírody, do lesa, na nákupy, na návštěvy. A to co nejvíc – pěšky! Když máma obden absolvuje stejnou procházku kolem místa bydliště, dítě se den po dni učí, že každý den je jiný, i když jde o stejné prostředí. Tedy naučí se nepozorovaně (neuvědomovaně), že změna není nic ohrožujícího. Tím, že děti všude, ale všude vozíme, pácháme těžký zločin na rozvoji jejich adaptability. Do této kategorie totiž příliš nepatří ani cesty za zábavou (kam se děti těší), pokud je neabsolvujeme pěšky.

Další kompetencí je **schopnost prohrávat**. Tedy schopnost vyrovnat se s neúspěchem, s tím, že je něco jinak, než jsem si myslel



nebo si přál... Trénuje se jako ty ostatní především nápodobou a hned pak hrami. Je jasné, že když rodiče neumějí prohrávat (tedy například uznat chybu nebo se omluvit), dítě se může jen divit, když to chtějí po něm. Podmínkou této kompetence jsou aktivované zábrany. Jinak spolu s tímto učením potřebuje prožít „vzdor“ – je to ale časté. Což předpokládá – dítě nemá výjimky, co platí pro ostatní, platí i pro ně. A to zejména při povinnostech, návycích a – hrách. Je velmi nebezpečné ze „soucitů“ nechávat dítě vyhrávat. Naopak – potřebuje se naučit prohrávat, protože to je základ pro životní usilování v něčem, co mi ještě nejde nebo mi to nejde. Cílová asociace je chápat rozdíl mezi touhou vyhrát a chutí hrát. A trénuje se nejlépe nesmrtelnou hrou Člověče, nezlob se. Když se u hry vzteká, netrestejte ho. Jen mu neuhýbejte. Nechte ho vyvztekat a pak ho zase nechte se do hry zapojit. Naopak – pokud našťavaně uteče, bavte se o to víc, aby mu bylo líto, že u hry není... A pak ho vlídně přijměte, až se uklidní, aniž byste jeho emoci komentovali. Má se naučit, že ovládnout se je hrdinství. Ne ho odměňovat za to, že vyvádělo... Tato kompetence je nyní velmi ohrožená – styl života většiny lidí je nenutí, aby se dělili, prohrávali, omlouvali, uznávali chybu, našeho prezidenta nevyjímaje...

Nesmíme zapomenout na naši individualitu. Tedy uvědomovanou část naší osobnosti, která shromažďuje dovednosti. Individualita je postavena na pojmu „umím“. Tedy naše **seberealizace**. Učit děti něco zaujatě dělat, naučit je si hrát, kutit, zajímat se a prostě „něco umět“. Preferovány jsou praktické dovednosti kvůli jiné kompetenci – spolupráci hemisfér, ale o té později. Tedy naučit děti dobře něco, k čemu nás nepotřebují, ale je to užitečné. Dovednosti jako vynášení koše, příprava příborů, podílení se na přípravě pokrmů, úklid domácnosti..., to všechno je pro život důležitější než jak velké umím postavit auto z Lega. Ale nebujím proti hraní, to je samozřejmě také důležité. Jen mírně preferuji praktické dovednosti (povinnosti), protože nejen že děti učíme „nejdříve povinnosti a potom zábava“, ale přes praktické dovednosti se lépe trénuje další kompetence – **spolupráce hemisfér**.

Ta má svoje fáze, ale je klíčová nejdříve pro probuzení řeči (to jsou ony důvody mluvit, o kterých už jsem psal), postupně pro kvalitní vybavování si pojmů a vrcholí cca v jedenácti letech probuzením kauzálního

uvažování. Co mám na mysli? Děti mají potřebu referovat o tom, co se jim daří a co se jim nedaří. Když se jedná o praktickou dovednost, má zpravidla svůj postup, nástroje a výsledek. A o to jde – naučit děti, aby uměly popsat postup, který si individualita osvojila. Mnoho let učím rodiče, aby naučili děti např. něco uvařit. Ochutnal jsem za svou praxi nespočet bábovek (i když od dětství nejím sladké). Ale upéct bábovku, samozřejmě co nejsamostatněji, je projev individuality. Popsat postup a poučit druhého, jak se to dělá, je tím druhým cílem. Pro gramotné čtení (např. čtení s porozuměním), či spíš gramotnost obecně je to naprosto klíčová dovednost. Pokud chceme spolupráci hemisfér dovést na co nejvyšší úroveň, čímž dětem mimořádně usnadníme celou školní docházku, pokračuje popis na vyšší úroveň – popisem obrázku. Tedy vybereme obrázek, který nám dítě popisuje co nejpodrobněji – jako příběh. Pokud to jde, začneme ukazováním objektů, které dítě pojmenovává, postupně je necháme hledat objekty a pak po částech dát obrázek dohromady. Výsledek je poplatný naší trpělivosti a překonávání dětské nechuti – všechno, co nám nejde hned, máme tendenci odbýt, popřípadě se na to vykašlat... Raději se vyrovnáme s tím, že je dítě dyslektik (což je jen popis stavu), než abychom dělali všechno pro to, aby dyslektik nebylo. Za nedostatečnou spolupráci hemisfér, nedostatečnou pečlivostí a orientovanou pozorností je naprostá většina specifických poruch učení. Jsou tedy velmi často plně kompenzovatelné. Když chceme dítě vybavit nejvyšší možnou mírou gramotnosti v předškolním věku, stačí pracovat na jeho obrazové paměti. Tedy nechat ho pozorně si obrázek prohlédnout (na začátku stačí část obrázku) a pak jej zakrýt. A nechat dítě, ať si vybavuje, co vidělo, popřípadě si vybavilo něco, na co se ho zeptáme. Děti to baví, a tak lze úkon postupně komplikovat – detaily, popř. kratším časem na zapamatování.

Nesmím zapomenout na kompetenci, která se nazývá **výkonová kapacita**. Tedy učit dítě, „na co má“. Má to dvě podmínky – jednak učíme děti celé dovednosti. Což znamená, že když s nimi něco děláme, doděláme to. Aktivita má svoji část plánovací, realizační a závěrečnou. Takže sdělit dítěti plán (lépe dělat ho s ním) a učit ho, jak se stanovují splnitelné cíle – děti mají přirozeně „velké oči“. Pak trpělivá společně realizace. Dnešní doba je toxická potřebou matek posluhovat.

Tedy dělat za dítě činnosti, které by zvládlo. Tím, že ji udělá sama, sděluje dítěti ne to, že ho má ráda, ale že nedůvěřuje jeho schopnostem. Vzniká z toho životní fenomén „naučená bezmoc“. A když to udělají, nejen že po sobě uklidí, ale ještě jednou si spolu řeknou, co dělali. Tím se posiluje i hemisférická spolupráce. Učit děti, že aktivity jsou proces, je klíčové a ví to každý, kdo má partnera, co ledacos začne, ale nic nedokončí...

Kompetenci, která trpí největší dezinterpretací, je **sebehodnocení**. Sebehodnocení je v kombinaci se sebejistotou hlavním principem našeho vědomí. Tedy být si vědom svých sil, svých možností a své ceny. Hodnocením vytváříme dětem představu o jejich možnostech a vybavujeme je do života pocitem, že mají konkrétní cenu. Lépe řečeno, že jejich čas má konkrétní cenu. Hodnocení je totiž klíčové jako konstatování ceny našeho výkonu, úspěšnosti našich aktivit. Jak nebezpečné je postavit dítěti cenu na jeho vzhledu! Hodnocení je konstatování faktů – co přesně se mi povedlo a co přesně se mi nepovedlo. Přitom je třeba myslet na udržitelnost motivace, takže pochvala (konkrétní konstatování úspěšně vykonané aktivity) musí dominovat. Ale opakuji – co nejkonkrétněji. Je obvyklé, že na nakreslený obrázek rodiče řeknou „to je ale krásný obrázek“. To ale nic neznamená! Děti potřebují slyšet a vidět (ukázat jim prstem), co přesně se jim povedlo. Ať hřiva nakresleného koně, nebo pečlivě, do kraje namazaná jednohubka. Stejně jako naopak – pokud vidím místo nedbale vybarvené, mohu naopak poukázat na fakt, že příště můžeš být přesně v tomhle pečlivější. Tak vznikají dětem informace o tom, co je správné a má smysl to vždycky opakovat, stejně jako to, co mohou příště udělat lépe. V tom je podstata hodnocení. Jen pozor, kritika musí být to, co je v silách dítěte napravit. Děti chválené obecně jsou děti s iluzí individuality a ceny. A mají sklon se hroutit vždycky, když jim něco nejde hned. Zejména když neumějí prohrávat. Děti hodně kritizované zase získají ostych cokoliv zkoušet a začnou jen plnit (postupně více a více neochotně) to, co jsme jim zadali. Tedy špatně formulované hodnocení snižuje motivaci (tedy míru chování) a tvořivost.

Nejobtížnější vysvětlitelnou kompetenci je stadium zralosti našich procesů **učení**. Malé děti se učí spontánně a expresivně, systémem pokus-omyl. Sem spadá i nápodobu. Než děti začnou chápat, PROČ mají



něco udělat, je to jen nápodoba a exprese. Postupně jim ale vznikají malé zkušenosti (proto když si dítě něco osvojí, dělá to stále dokola, dokud si to nevtiskne) a z nich schopnost učit se strukturačně – a vzniká vnitřní struktura. A cílem je, aby před nástupem povinné školní docházky mělo dítě strukturační učení, které dominuje tomu expresivnímu. Lidově se tomu říká, aby „bylo vyhrané“. V expresivním učení je „zakletá“ naše tvořivost a tvořivá intelligence. Proto je tak důležité nechat děti objevovat svět spontánně a vášnivě – dítě se učí pracovat s rizikem a ovládat riziko. Protože naše tvořivá intelligence je zpravidla to, co na nás v životě upozorní. A umět ovládat riziko je životní dar. Jak toho dosáhnout? Je to vlastně velmi prosté – snažit se, aby si dítě na co nejvíc odpovědi přišlo samo. Na co nejvíc postupů a výsledků. Klíčová rada: **„Porad si, ty to zvládneš.“** Zkrátka učit dítě, aby si poradilo, našlo řešení, uspělo samo. Je to nejrizikovější ze všech kompetencí – lidé rádi „zkoušejí“, což je expresivní postup, ale málokdy si řešení důsledně promyslí. Je to například krásně vidět na tom, jak ochotně lidé zaměňují názory a fakta.

Poslední z kompetencí je **sociální nezávislost**. Tedy schopnost efektivně fungovat nezávisle na dospělých, v tomto věku samozřejmě především nezávisle na vedení ženami. Počínaje mámou, přes paní učitelku v mateřské škole a nakonec samostatně v prvním ročníku. Větší část inkudovaných dětí v našich školách jsou děti s masivní sociální závislostí – tedy bez individuálního vedení dospělou osobou nejsou schopné nic dělat, natož nic dodělat. A už vůbec ne pečlivě dodělat. I proto je tak důležité vidět dětský vývoj jako kontinuum schopností, a to jak emocionálních, tak kognitivních a sociálních. Vést děti k nezávislosti je nutné, jen je třeba dělat to citlivě, trpělivě a přirozeně – tedy na míru každému z nich. A to nebudu komentovat takovou sociální katastrofu, jako jsou rozvody rodičů. A zejména ty, které následně vrcholí nejhorším novodobým vynálezem – střídavou péčí. To všechno je zátěž, kterou jsme pod iluzí zájmu dětí vnesli dětem do života. A dětem zpravidla způsobí regredování sociální nezávislosti.

Nelze se nezmínit o ještě jednom fenoménu dnešní doby, a sice moderních technologií. Jsou sice podstatně kompetentnější odborníci (například MUDr. Martin Jan Stránský), ale nemohu nenapsat alespoň zmínku.

Technologie jsou úžasný pomocník, ale velmi nebezpečný pán. Vzniká na nich velmi snadno „nelátková“ závislost a čím jsou děti menší, tím snadněji, rychleji a intenzivněji. Počínaje televizí, která je už v domácnostech dávno, ale v posledních letech tablety, počítače, „chytřejší“ telefony... Platí důležitá informace – do tří let vůbec technika nepatří dětem do rukou. A když televize, tak jeden příběh s dospělým vedle sebe – děti do tří let nemají ještě schopnost oddělit realitu od fikce. Techniku dětem nepůjčovat, i když je to pohodlné. Mobil má každý, data také – jak jednodušší je poklábat na kafíčku, když jde dítěti dát do ruky mobil a ono už si dokonce umí svou oblíbenou pohádku na YouTube najít samo... Nejen že tímto způsobem znemožňujeme dětem rozvoj tvořivosti, protože ta se rozvíjí na trojrozměrném hraní – tedy fyzických předmětech. Ale paralyzujeme dětem schopnost rozvíjení vazeb mezi hemisférami. Tedy např. gramotného čtení, přemýšlení a komunikace. Ideální je, když to dětem vůbec do šesti let nepůjčujeme a sami to používáme jako pracovní nástroj. A když už ustoupíme, je třeba myslet na to, že jde nejen o to, na CO koukají, ale také jak dlouho – především jak dlouho souvisle. Je to pravidlo – více krátkých úseků je méně škodlivých než jeden delší. Ale jak známo – lidé si zjednoduší co mohou, takže patrně dojde na moudrost Alberta Einsteina, že „technika jednou lidstvo zničí“. Myslím si, že k tomu dojde tím, že úplně zblbneme.

Proto závěrem opakuji – **výchova je proces, který má dětem systematicky, smysluplně a citlivě omezovat „osobní svobodu“ tak, aby měly osobnost připravenou na to v životě úspěšně obstát.** Jinými slovy – připravit děti na život. Čtyři klíčová slova pro výchovu jsou – vlídnost, která dává našemu počínání atmosféru důvěry a chuti. Trpělivost, která nás učí pečlivosti. A jednotnost a důslednost – tedy fakt, že dítě nepochybuje, zda pokyny platí, nebo ne, a že si rodiče vlídně a trpělivě počkají na výsledek. Výchova vlastně není nic složitějšího, jen nás nutí k přemýšlení o tom, zda naše návyky jsou použitelné, anebo si musíme osvojit jiné. A zda atmosféra, ve které jsme sami vyrostli, byla něco, v čem nám bylo dobře. Protože pro dítě není těžší životní situace, než když se netěší domů.



Mgr. Jiří Halda

Speciální pedagog, lektor a rodinný terapeut. Orientuje se na poruchy chování a učení a na rodinné vztahy. To, že poruchy vycházejí z chybných rodinných vzorů, je dávno známo. Proto je problém dítěte vždy problém celé rodiny. Orientuje se tedy na rodinu jako organismus, kde má být všem dobře a všichni si mají být jisti svým místem.

Jiří Halda je nepříliš aktivní sportovec, miluje válení kombinované s povalováním a je nenadaný, ale velmi vášnivý hráč na kytaru a baskytaru. Je autorem knížky Maličkosti, na které byste při výchově dětí neměli zapomínat a s kolegou Markem Hermanem spoluautorem knížky Jsi tam, brácho?



Teorie citové vazby a její využití při výchově dítěte

Mgr. et Mgr. et Mgr. Helena Zymonová, B.A.,

Ambulance klinické psychologie a psychoterapie Drážďany

„Musíš ho nechat vyřvat, jinak si z tebe udělá otrocka.“

„Neměla bys tak dlouho kojit, bude na tobě závislé.“

„Musíš ho kojit, jinak si spolu nevytvoříte skutečný vztah matky a dítěte.“

„Musí spát samo.“

S podobnými přesvědčeními k nám do praxe chodí relativně mnoho klientek. Buď se jedná o rady, které od někoho ohledně výchovy dostaly, nebo jsou to názory, o jejichž pravdě jsou skálopevně přesvědčeny ony samy. Jakým způsobem se ale vytváří citová vazba mezi rodičem a dítětem? Jak vzniká vztah mezi nimi a jak jej můžeme „správně“ budovat a rozvíjet? Kdy a jak můžeme začít vést dítě k samostatnosti? Univerzální odpověď pravděpodobně neexistuje, vždy je třeba volit individuální přístup a přihlížet k temperamentu jednotlivého dítěte a dynamice rodiny. V rámci medicíny založené na důkazech (evidence-based medicine) ale existuje několik významných prací a výzkumů, které se teorií citové vazby přímo zabývají a jejichž závěry lze využít při edukaci či práci s rodiči a k podpoře zdravého emočního rozvoje dítěte.

Vazbami v dlouhodobých vztazích, a to jak mezi rodiči a dětmi, tak i mezi životními partnery, se zabývá tzv. teorie citové vazby. Jako první s ní přišel britský psycholog John Bowlby, který ji definoval jako „dlouhodobé psychické spojení mezi dvěma lidskými bytostmi.“¹

Ve své práci se opíral především o zkušenosti s prací s dětmi s emocionálními problémy ve třicátých letech minulého století a s dětmi zasaženými druhou světovou válkou. Zajímala ho separační úzkost, kterou děti projevovaly při odloučení od své primární pečující osoby. Převážně behavioristické teorie té doby předpokládaly, že citová vazba je naučená a vzniká při krmení dítěte – tedy ten, kdo dítě krmí, si dítě vytvoří citový vztah.

Bowlbyho pozorování ovšem ukázala, že krmení samo o sobě nezmírňuje separační úzkost projevovanou dítětem, pokud je odděleno od svého primárního pečovatele.² Pokud se dítě bojí, nestačí je nakrmit, po-

třebuje utěšit od osoby, na kterou je zvyklé, ke které má onu citovou vazbu. Bowlby věřil, že tyto nejranější vazby mezi dětmi a jejich primárními pečovateli mají zásadní vliv na jejich budoucí život a jsou výsledkem evoluce, nikoli procesu učení.³ Citová vazba poutá dítě blíže k primární pečující osobě, nejčastěji k matce, čímž mu zajišťuje vyšší šance na přežití. Děti se tedy rodí s vrozeným pudem tvořit citové vazby, což potvrzují mnohé novější studie zkoumající biologické procesy utvářející lidskou psychiku.

Základní teze teorie citové vazby nám tedy říká, že primární pečující osoby, které konzistentně a adekvátně reflektují potřeby novorozence a reagují na ně, v něm podporují rozvoj pocitu jistoty. Novorozenec ví, že se na svého pečovatele může spolehnout, čímž je vytvořena bezpečná základna, ze které může objevovat svět.

Bowlbyho výzkum obohatila americká vývojová psycholožka Mary Ainsworth, zejména svým výzkumem „test neznámé situace“ na dětech mezi 9. a 20. měsícem věku.⁴ Výzkum spočíval v pozorování reakcí hrajícího si dítěte v různých situacích: dítě si hrálo nejprve samo s matkou, ta poté opustila místnost. V dalším kroku přišla do pokoje jiná osoba, kterou dítě neznalo, později místnost opět opustila. Nakonec se do místnosti vrátila matka. Ainsworthová pozorovala reakci na příchod a odchod matky i cizí osoby, chování dítěte v jejich přítomnosti či nepřítomnosti a stupeň úzkosti, kterou dítě v těchto situacích projevovalo. Na základě těchto pozorování potom diagnostikovala tři rozdílné typy emočního připoutání mezi matkou a dítětem.

V prvním případě dítě matku ignoruje nebo se jí vyhýbá, projevuje minimum emocí, když se vzdaluje nebo přichází, a nevěnuje se

zkoumání prostředí. Příchod a odchod cizí osoby dítě taktéž ignoruje a hraje si dál o samotě. Tento typ chování, který Ainsworthová nazvala **úzkostně vyhýbavý typ nejistého připoutání**, si dítě nejčastěji vytváří v případě, že matka na jeho potřeby nereaguje nebo reaguje neadekvátně. Důsledkem tohoto typu emočního připoutání jsou v pozdějším věku mimo jiné problémy s navazováním a udržováním blízkých vztahů.

V druhém případě je dítě v přítomnosti matky zvědavé a zkoumá okolí, při jejím odchodu je nespokojené a z jejího příchodu projevuje pozorovatelnou radost. Na cizí osobu reaguje obezřetně, ale je-li přátelská, je schopné navázat kontakt a hrát si ní. Toto se nazývá **bezpečný typ připoutání** a vytváří se u dětí, kde matka na potřeby dítěte reaguje adekvátně a konzistentně. V pozdějším věku tyto děti blízké vztahy vyhledávají, utvářejí a dokáží je dobře udržovat.

Třetí typ dítěte je pasivní, při odchodu matky reaguje podrážděně, ale při jejím příchodu ambivalentně – rozmrzele, negativisticky, bouchá do ní apod. Nevěnuje se zkoumání svého prostředí a na cizí osobu reaguje bojácně a nejistě. Toto se nazývá **úzkostně vzdorující typ nejistého připoutání** a utváří se u dětí, kde matka reaguje nekonzistentně, někdy potřeby dítěte naplňuje, jindy je ignoruje. V pozdějším věku děti s tímto typem připoutání sice důvěrné vztahy vyhledávají, hodně v nich však o sobě pochybují a často projevují například přehnanou závislost.

V osmdesátých letech k těmto třem kategoriím přidala Mary Mainová a kolegové kategorii čtvrtou, a to **nejistý/dezorganizovaný typ připoutání**.⁵ V něm je dítě zmatečné a úzkostné, může se chovat agresivně a vzdorovitě. Chování matky je absolutně nepředvídatelné. V budoucnu tyto děti mívají poruchy chování, nízkou frustrační toleranci, horší zvládání stresu a ze všech



typů zde hrozí nejvyšší riziko patologického psychického vývoje.

Přestože se původní výzkumy Bowlbyho, Ainsworthové a Mainové zabývaly interakcí mezi matkou a dítětem, současné studie ukazují, že otcové, prarodiče, sourozenci či chůvy hrají také významnou roli v utváření citové vazby. Pečující osoba, která není matka, ale která konzistentně a citlivě pečuje o dítě a reaguje adekvátně na jeho potřeby, tak přispívá k utváření bezpečné citové vazby dítěte. To se pak cítí ve vztahu bezpečně, neboť důvěřuje schopnosti pečující osoby postarat se o jeho emoce, a nebojí se je tedy vyjádřit. Toto platí dokonce i v situacích, kdy se dítěti nedostává adekvátní reakce na jeho potřeby od jeho primární pečující osoby (například matky/otce). Tedy pokud se pečující vztah rozvine alespoň s nějakou další o dítě pečující osobou (například s výše zmíněnou chůvou, tetou, prarodičem apod.), stačí dítěti tento vztah k tomu, aby se naučilo negativní emoce nepotlačovat a nevytvářet si proti nim obranné mechanismy.⁶

Dalším zásadním přispěním k výzkumům citové vazby a vztahů mezi matkou a dítětem byla v padesátých a šedesátých letech také práce amerického psychologa Harryho Harlowa s makakami rhesus.⁷ V jednom z pokusů byly novorozené opice makaků rhesus hned po narození odděleny od svých matek a vychovávány matkami náhradními. Mláďata byla umístěna do klecí se dvěma drátěnými modely opičích matek. Jedna z nich měla láhev s mlékem, které mohlo mládě sát a krmit se z ní, druhá byla pokryta měkkým froté. Přestože se mláďata chodila k modelu matky s lahví krmit, většinu času trávila u druhého modelu, který byl z froté. Pokud byla mláďata vyděšena, jednoznačně se uchýlovala k matce pokryté froté, hledala u ní bezpečí a oporu. Pokud jim byl kontakt s matkou z froté znemožněn, mláďata se nezklidnila, byla vyděšená, matku s lahví s mlékem ignorovala a vykazovala extrémní míru rozrušení a stresu. U některých opic dlouhodobě oddělených od měkké matky se v průběhu života projevovaly silné sociální deficity, agrese a nebyly schopny soužití s dalšími opicemi.

Harlowovy pokusy ukázaly, že citová vazba a připoutání jsou spíše důsledkem péče a pohodlí než pouze uspokojením základní potřeby jídla. Pokud se jedinci této péče v raném dětství nedostává, má to zásadní

vliv na jeho sociální dovednosti a především schopnost vstupovat do blízkých vztahů s ostatními lidmi.

Tyto závěry potvrzuje i longitudinální, dlouhodobý výzkum Simpsona a kolegů trvající třicet pět let. Dokonce i pokud vezmeme v úvahu rozdíly v temperamentu dětí, jejich sociálního okolí a sociální třídy, kvalita rané citové vazby se zásadně projevila v průběhu celého dětství, dospívání a i v dospělosti.⁸ Jeden z nejdůležitějších závěrů studie byl ten, že jisté připoutání vedlo u dětí k větší nezávislosti a jistotě během života, zatímco děti nejisté připoutané se ve vztazích projevovaly více závisle. Děti s jistým připoutáním pak v pozdějším věku projevovaly lepší regulaci emocí, vyšší sebevědomí, větší schopnost zvládat stres, bližší přátelství, větší důvěru v intimních vztazích, vyšší sociální kompetence a šťastnější a lepší vztahy s rodiči a sourozenci.

■ Jakým způsobem lze tedy tyto poznatky využít při výchově dítěte?

Pravděpodobně nejdůležitější je si uvědomit, že děti se rodí na svém pečovateli plně závislé – a to jak fyzicky, tak i psychicky. Tedy kromě uspokojení fyzické potřeby hladu potřebuje dítě uspokojit i potřebu blízkosti. Pokud je z nějakého důvodu v diskomfortu, dává to svému okolí najevo – a to jediným prostředkem komunikace, který má – tedy pláčem.

Pláč tudíž není chováním, které je potřeba měnit a odstraňovat jeho projevy, ale je potřeba na něj nahlížet jako na komunikační prostředek, kterým dítě sděluje svému okolí, že něco není v pořádku – cítí bolest, diskomfort, má hlad, bojí se. Tím, že na tento pláč pečující osoba zareaguje, k dítěti přijde, zvedne je, pochová, utiší, mu ukazuje, že je slyšeno, v bezpečí, že jeho potřeby budou naplněny. Pokud je pláč naopak ignorován, dítě dostává signál, že jeho komunikace nefunguje, není vnímáno a jeho potřeby nebudou naplněny. To sice může dlouhodobě vést k tomu, že dítě přestane tolik plakat, nebude to ale z důvodu osamostatnění se dítěte od pečovatele, ale z důvodu rozvoje tzv. naučené bezmocnosti – pocitu, že nemáme kontrolu nad skutečností, a tedy se nebudeme raději ani o nic pokoušet, protože situace se stejně nedá ovlivnit. Dítě se tedy naučí, že jeho komunikace nemá smysl,

protože na ni nikdo nereaguje – tak proč by tedy komunikovalo.

Adekvátní reakce na pláč dítěte – utišení, chování, nošení, mazlení – jsou tedy naprosto přirozené reakce, které dítě ke svému stabilnímu psychickému vývoji potřebuje zažívat. Není možné je chováním, nošením a častým kontaktem „zkazit“ či naučit závislosti. Dítě se ze své přirozenosti závislé už rodí a teprve častým a konzistentním zažíváním bezpečí si postupně buduje stabilní základnu, ze které se může naučit objevovat svět a budovat svou nezávislost na pečující osobě. Potřebuje zažívat pocit, že je slyšeno, že jeho potřeby budou naplněny, pro to, aby se mohlo později naučit tyto potřeby regulovat.

Pokud pečující osoby na projevy dětského pláče nebudou reagovat a nechají dítě vyplakat, pravděpodobně skutečně postupně přestane a nebude tolik rodičovský kontakt a pozornost vyžadovat. Ovšem stane se to z důvodu nikoli větší samostatnosti, nýbrž z rezignace v důsledku výše zmíněné naučené bezmocnosti. Ta potom vede k větší nejistotě, bojácnosti a nedůvěře v sebe sama. Právě v důsledku toho, že si dítě zažilo, že když to potřebovalo, nikdo mu nepomohl a nevyslyšel jeho potřeby.

Samostatnost v dětech neutváříme tím, že je od narození necháme vyplakat, ale právě tím, že jim do začátku poskytneme jisté a pevné vztahy, ve kterých se naučí, že jejich potřeby budou adekvátně naplněny a že nebudou ponechány bez pomoci svému osudu. Tím se dítě naučí, že se na své blízké může spolehnout, a odváží se díky této jistotě okolí a svět bez strachu a úzkosti objevovat. Způsob, kterým můžeme u dítěte vytvářet pevnou citovou vazbu, je tedy zdánlivě jednoduchý – reagovat na jeho potřeby, konzistentně a s respektem.

Vyžaduje-li dítě více kontaktu, je vhodné mu jej poskytnout. Chováním, nošením, častým tělesným kontaktem. Přitom není nutné, aby všechno zastala pouze sama matka – jak ukazují studie, v utváření pevné citové vazby jsou důležité i ostatní pečující osoby. Dítě může tedy chovat otec, prarodiče či jiné osoby podílející se na jeho péči. V současné době jsou k dispozici rozličné nosící pomůcky a při jejich správném výběru (ergonomické, podsazení nožek do tvaru písmene M, zakulacená páteř, látka od kolínka ke kolínku) je možné poskytnout dítěti tělesný



Válek chystá centrální úřad hygieny

Ministerstvo zdravotnictví chystá revoluci na krajských hygienických stanicích. Vzniknout by měl nový centrální úřad – Státní hygienická služba (SHS).

Podle resortu to povede k zefektivnění provozu. Někteří ředitelé jsou ale skeptičtí a mají obavu z propouštění. Mnoho se tím podle nich neušetří, odborné pracovníky by potřebovali spíš nabrat.

Výhrady mají i k tomu, že jsou stavěni před hotovou věc. O situaci na hygienách mluví Právo s několika řediteli, přáli si však zůstat v anonymitě.

„Vychází to z ponaučení z předchozích dvou let, kdy v řízení některých hygien byly určité nedostatky. Novelou bychom je rádi napravili a umožnili pružnější a rychlejší reagování na pokyny z centra,“ řekl Právu náměstek ministra zdravotnictví Josef Pavlovic (Piráti).

Tím, kdo nedostatečně a pomalu reagoval na vývoj kolem covidu, bylo podle ředitelů ale právě ministerstvo. „Teď se jen hledá viník za nezvládnutí pandemie,“ domnívá se jeden z nich.

Pravomoce ředitelů budou menší

Ministerstvo odmítá, že by ředitelé nic nevěděli, protože hlavní hygienička teď objíždí postupně kraje a diskutuje s nimi změny. Podle druhé strany je cílem spíše nasbírat argumenty, proč hygieny nefungují koordinovaně a efektivně.

Podle návrhu, který má Právo k dispozici, má být v čele nové Státní hygienické služby ředitel a všechny právní spory, personální záležitosti i hospodaření by se řešily jen z Prahy. Skončit by muselo také čtrnáct současných ředitelů hygienických stanic. Jejich pozice by zanikla, místo ní by vznikli ředitelé „sekcí“ s minimem stávajících pravomocí. Podle ředitelů to přinese provozní problémy a na vše se bude zdlouhavě čekat, než se k tomu vyjádří pražská centrála.

Zatím není jasné, odkdy by mohlo k radikální změně systému dojít. Potřeba bude změnit zákon. Podle náměstka chtějí novělu předložit do letních prázdnin.

Zdroj: novinky.cz, 3. 4. 2022

kontakt, který vyžaduje, a přitom mít volné ruce a nemuset je stále nosit.

Mnoho kojených dětí se často budí a vyžaduje v noci častější kontakt s matkou. Nejnovější výzkum doporučuje spaní co nejbližší rodičům – ve stejné místnosti (aby dítě cítilo přítomnost rodičů) a nejlépe blízko rodičovské postele.⁶

Děti, které nejsou kojené a jsou krmeny umělým mlékem z lahve, je vhodné krmit z náručí, aby byla zachována blízkost pečující osoby stejně jako při kojení.

Přes tyto závěry je však důležité připomenout, že citová vazba není osud – horší start do života může být kompenzován kvalitním partnerským vztahem, sociální skupinou nebo vhodnou psychoterapií.

Souhrn

Mnohé výzkumy poukázaly na důležitost citové vazby pro zdravý psychický vývoj dítěte. K utvoření bezpečného typu vazby je nutné, aby matka či jiná primární pečující osoba reagovala adekvátně na citové potřeby dítěte, tyto reakce byly konzistentní a aby byla pečující osoba pro dítě dostatečně přítomná a dosažitelná. To pak vede k utvoření bazální důvěry ve vztazích, díky které je dítě v budoucnosti schopno blízké vztahy vyhledávat, utvářet, udržovat a uspokojit v nich své potřeby. Naopak frustrace ve vztahu s primární pečující osobou vede k více či méně významným deficitům ve schopnosti vytvářet a udržovat vztahy. Tyto deficity je sice v mnoha případech možné v pozdějším věku kompenzovat, vždy však představují dodatečnou, někdy nepřekonatelnou překážku v normálním uspokojivém životě jedince.

Další studie ukázaly, že vazba se netvoří pouhým uspokojením tělesných fyziologických potřeb, nýbrž především uspokojením potřeb psychických, hlavně emocionálních. V raných fázích života hraje pak velkou roli pláč jakožto první a po dlouhou dobu jediný komunikační prostředek dítěte. Studie se jednoznačně shodují na důležitosti adekvátní reakce na dětský pláč, která má být pečující a konzistentní. Absence takovéto adekvátní reakce pak může v krajním případě vést k zásadním patologiím v psychickém vývoji dítěte a v rozvoji jeho osobnosti. Naopak při správné reakci si dítě utvoří a posílí svou bazální důvěru a dokáže pak bez strachu objevovat okolí a dál se rozvíjet.

Důležitým poznatkem je také zastupitelnost matky v roli primární pečující osoby, a to jak v případech, kdy matka není emočně nebo fyzicky k dispozici – zde pak mohou její roli zaujmout otec, chůva, příbuzný apod. –, nebo i v případě, kdy je potřeba jednoduše matce s péčí pomoci – například krmení, nošení apod. Bezpečný typ citové vazby se tak rozvine při adekvátní péči o potřeby dítěte bez ohledu na to, zda matka kojí, či je dítě krmeno z láhve například otcem.

Literatura

1. Bowlby J. Attachment and loss. (OKS Print.) New York: Basic Books, 1969.
2. Bowlby J. Attachment and loss: Retrospect and prospect. Am J Orthopsychiatry. 1982;52(4):664–678. doi:10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x.
3. Draper P, Belsky J. Personality development in the evolutionary perspective. J Pers. 1990;58(1):141–61. doi:10.1111/j.1467-6494.1990.tb00911.x.
4. Ainsworth MD, Bell SM. Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. Child Dev. 1970;41(1):49–67. doi:10.2307/1127388.
5. Main M, Solomon J. Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In: Brazelton TB, Yogman M (eds.). Affective development in infancy, pp. 95–124. Norwood, New Jersey: Ablex, 1986.
6. Cassidy J, Shaver PR. Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2008.
7. Harlow HF. The nature of love. American Psychologist. 1958;13(12):673–685. doi:10.1037/h0047884.
8. Simpson JA, Collins WA, Salvatore JE. The Impact of Early Interpersonal Experience on Adult Romantic Relationship Functioning: Recent Findings From the Minnesota Longitudinal Study of Risk and Adaptation. Current Directions in Psychological Science. 2011;20(6):355–359. doi:10.1177/0963721411418468.



Poruchy vztahové vazby a její následky

MUDr. Jaromír Kabát, Ph.D., Kristýna Lucáková

Psychosomatická klinika s.r.o., Praha

Následující článek vychází především z našich více jak pětiletých zkušeností s psychoterapeutickou léčbou psychosomaticky nemocných pacientů v rámci intenzivního programu Pobytového denního stacionáře Psychosomatické kliniky. Pomocí kazuistik zasazených do teoretického rámce se pokusíme nastínit některé psychodynamické souvislosti tělesně prožívaných obtíží, které k nám pacienti přivádějí.

Naši pacienti přicházejí velmi často s medicínským nevysvětlitelnými (či jen stěží ovlivnitelnými) příznaky, případně s chronickým tělesným onemocněním, u kterého se předpokládá, že se na jeho rozvoji a udržování významnou měrou podílejí faktory psychosociální.

Čtyřicetiletá J. se do programu vrací opakovaně. Trápí ji častá nemocnost, bolesti pohybového aparátu, autoimunitní onemocnění, opakující se zneschopňující úrazy,

kteřé jsou následovány neuspokojivými, často až mutilujícími lékařskými zásahy. V psychoterapeutickém rozhovoru se vyjeví smutný obraz jejího dětství. Je neplánovaným (nechtěným) dítětem, kdesi v pozadí stojí slabý, málo přítomný otec, v popředí dominuje tyranizující a svými psychickými a vztahovými problémy zahlcená matka.

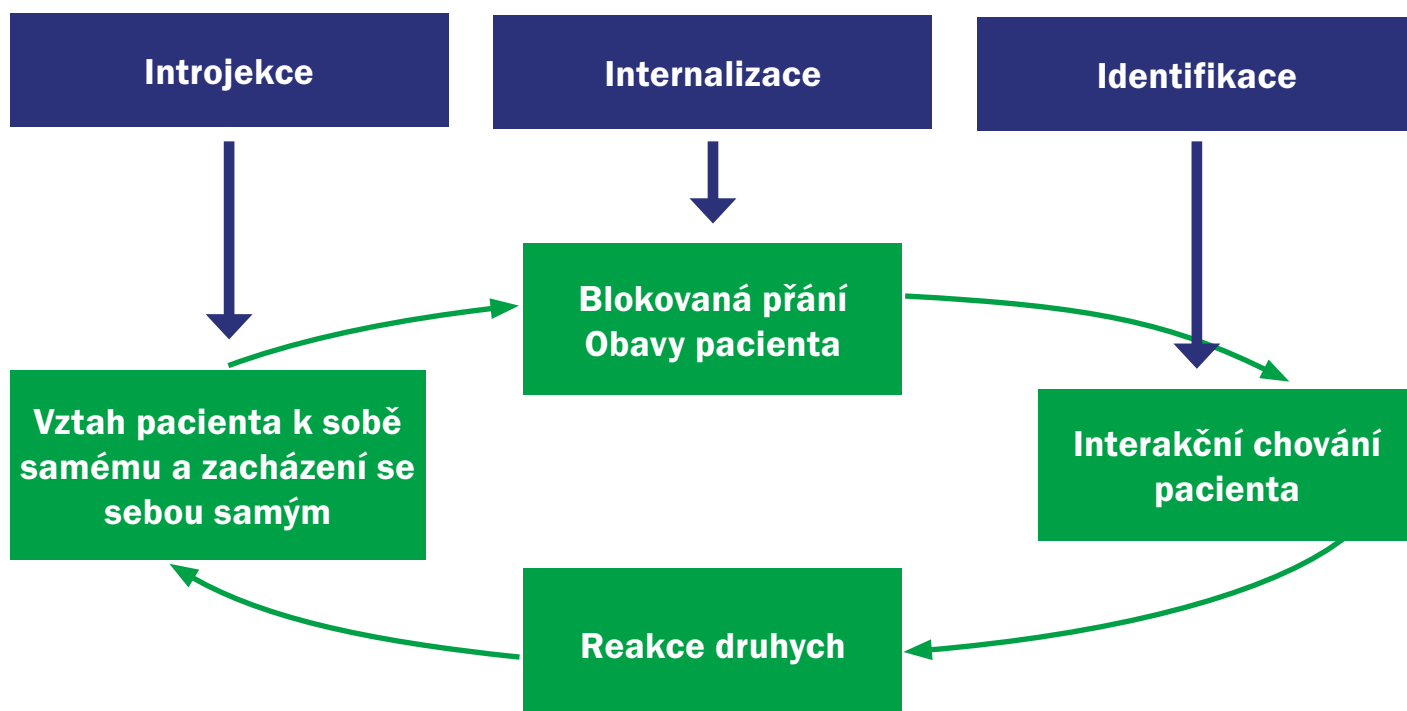
Podle teorie attachmentu, neboli teorie vztahové vazby, vypracované Johnem Bowlbym před více než 50 lety, si dítě vyvine již v průběhu prvních měsíců života hlubokou a pro další vývoj neobyčejně důležitou emocionální vazbu k matce nebo jiné nejbližší vztahové osobě. Jestliže je matka dostatečně citlivá a empatická, uspokojuje vazbové potřeby dítěte a poskytuje mu pocit pohodlí, bezpečí, podpory a ujištění v případě nebezpečí, utvoří si dítě vazbu jistou a získá jakousi „bazální důvěru“ v pečující osobu. Je-li ale matka naopak odmítavá,

nejistá, nekonzistentní nebo nepředvídatelná ve svých reakcích na dítě, vyhýbá-li se pohledům nebo tělesnému kontaktu, vyvine se vazba nejistá. Takovým dětem pak chybí, často trvale, schopnost vypořádat se se stresujícími situacemi, s traumaty, se ztrátami nebo separací od milovaných objektů. Prostřednictvím reakcí vztahové osoby na chování dítěte se totiž vyvíjí v jeho implicitní paměti vnitřní reprezentace bezpečné nebo nejisté vazby (attachmentu), která je určující pro chování a často i pro psychosomatické zdraví v dospělosti (Gil, Rupprecht, 2003; Maunder, Hunter, 2009; Ridley, 2015; Sutton, 2019).

Existuje dostatek důkazů o tom, že takové rané trauma v oblasti vztahové vazby narušuje normální integritu jedince. Bezpečná vazba je totiž jakýmsi předchůdcem „já-ských funkcí“, které zahrnují reflektivní uvědomování si vnitřních stavů a stavů druhých, schopnost regulovat vlastní impulsy,

Obr. 1 Cyklický maladaptivní vztahový kruh

Dítě se v rané fázi svého vývoje identifikuje s blízkými vztahovými osobami a s jejich postoji a na základě toho získává schopnost setkávat se podobným způsobem s druhými lidmi. Internalizace rodičovského chování vede k určitým typickým očekáváním od druhých. To pak dítě a později dospělý vnáší do vztahů s druhými lidmi. Na základě introjekce rodičovských vzorců je odvozován postoj vůči vlastní osobě – „zacházím sám se sebou tak jak se mnou dříve zacházeli moji rodiče“. (Tress W, Krusse J, Ott J)





afekty, sebehodnotu atd. Další kumulativní zkušenosti opakovaných devalvací, emocionálního zanedbávání, špatného zacházení, fyzického, nebo dokonce sexuálního zneužívání umocňují započatý nepříznivý vývoj dítěte. Zobecněné a zvnitřněné zážitky se často v „bludném kruhu“ upevňují v dalším životě. Typický v dětství zvnitřněný vzorec vztahování vyvolává na straně druhých lidí opakovaně odpovídající reakci, která je většinou nějak neuspokojivá či zraňující a potvrzuje nevědomá, také zvnitřnělá očekávání ve vztahu. Zažívá-li například dítě neustálé výčitky, kritiku a obviňování, bude pak vůči druhým lidem zaujímat podobný kritický postoj (na podkladě identifikace s vztahovou osobou). Bude velmi citlivě reagovat na ostatní, i neutrální interakce bude prožívat jako kritiku, a tu bude navíc zpracovávat a bolestně prožívat tak, jako by přicházela od kritických odmítajících vztahových osob (internalizace). Navíc bude mít (na podkladě introjekce) sklon k sebeobviňování, sebekritice, sebetrestání.

Teenagerku S. přivádí komplikované hojení zlomeniny, Sudeckův algodystrofický syndrom. V prostředí psychoterapeutické komunity se brzy projeví její vyhraněná sebedisciplína. Odpovědnosti plní i přes svůj handicap velmi svědomitě. Pochází z mnoha sourozenců, na děti je v rodině od útlého věku kladeno mnoho povinností, na jejich emoční potřeby nemají rodiče příliš kapacity. Zacházení s fyzickým zdravím a nemocí v rodině je také specifické – zdravotní obtíže se s jistou mírou necitlivosti přecházejí, sama pacientka dorazila k lékařskému ošetření zlomeniny až několik dnů po úrazu.

Mladou dospělou H. trápí od puberty psychogenní konverzní porucha napodobující epileptické záchvaty. V emočně náročném psychoterapeutickém programu se záchvaty zintenzivňují, jsou častější, prodlužují se. Následujeme souvislost s vypjatými sociálními interakcemi v psychoterapeutické skupině. H. si často vůbec není svých pocitů vědoma. Intenzivně prožívá, ale neví co. Když neomdlévá, sebepoškozuje se. Psychoterapie se dále zaměřuje na rozvoj mentalizace, schopnosti empatie vůči sobě i druhým.

Pacientce K. nebylo v dětství důvěřováno, mimo jiné i v traumatu sexuálního zneužití. V psychoterapeutické skupině vypráví jen

těžko uvěřitelné příběhy ze svého života. Jakékoli zaváhání druhých vnímá jako zpochybnění, nedůvěru. V konfrontacích je velmi zraněná a druhé zraňuje. Interakce s druhými jsou pro K. velmi bolestné. Ochromující bolest cítí velmi často i v celém těle.

V průběhu nepříznivého vývoje v dětství se prohlubují neurofyzilogické změny (Bremner, 2002; Cichetti, 2000). Traumata se doslova „otiskují“ do vyvíjejícího se limbického a autonomního nervového systému zrajícího mozku (Nemeroff, 2004; Schore, 2002). Mechanismy zvládání zátěžových situací se nevyvíjejí efektivně, mohou se objevovat patologické osobnostní charakteristiky, zvyšuje se dispozice k somatickým dysfunkcím a poruchám (Herman, 1989; Paris, 1998; Allen, 2007). Velké metaanalýzy naznačují, že 40 % populace má nejistý vzorec vztahové vazby (Bakermans-Kranenburg, 2009).

Děti, které byly od raného věku bity a zažily často až brutalitu vztahových osob, mají ve svém dalším životě „tendenci trpět“ psychosomatickou bolestí.

Pečující osoba bývá v takových případech zároveň zdrojem bezpečí i ohrožení. Děti tedy opakovaně zažívají střídání tělesného utrpení a náklonnosti, a to jim přináší určitou jistotu, že bolest a utrpení mohou nakonec k náklonnosti vést.

R. přivádí disociativní porucha motoriky. Brání jí v běžném fungování, především však v její samostatnosti. Ta by se mohla projevit odchodem od tyranského manžela. R. je na brutalitu blízkých zvyklá od útlého dětství. Byla zneužívána, tělesné tresty se často týkaly (nyní nemocné) oblasti nohou.

Některé studie poukazují také na to (Fitzgeraldová, 1995), že u lidí, dokonce již před porodem, zanechávají bolestivé podněty změny v centrálním nervovém systému, takže jsou tyto děti později ve svém životě citlivější na bolest.

Týká se to i dětí, které v raném věku musely vytrpět bolestivé vyšetření nebo zákroky. V obou případech dochází v průběhu dalšího života často k rozvoji chronických bolestivých syndromů.

■ Literatura

Allen B, Lauterbach D. Personality characteristics of adult survivors of childhood trauma. *Journal of Traumatic Stress* 2007;20:587-595.

Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. The first 10,000 Adult Attachment Interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & Human Development*. 2009;11:223-263.

Bremner JD. Does Stress Damage the Brain? Understanding Trauma-Related Disorders from a Mind-Body Perspective. New York: Norton, 2002.

Cichetti D, Rogosch FA. Impact of child maltreatment and psychopathology on neuroendocrine functioning. *Developmental Psychopathology* 2000;13:783-804.

Fitzgerald, M. The development of nociceptive circuits. *NATURE REVIEWS NEUROSCIENCE* 2005 Jul;6(7):507-520.

Fitzgerald, M. What do we really know about newborn infant pain? *EXPERIMENTAL PHYSIOLOGY* 2015 Dec 1;100(12):1451-1457.

Gil FP, Rupperecht R. Attachment research. Current aspects of attachment theory and development psychology as well as neurobiological aspects in psychiatric and psychosomatic disorders. *Nervenarzt*, 2003;74(11):965-971.

Herman J, Perry J, van der Kolk BA. Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 1989;146:490-495.

Kabát J. Účinnost psychosomatické terapie. Disertační práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2020.

Maunder RG, Hunter JJ. Assessing patterns of adult attachment in medical patients. *General Hospital Psychiatry* 2009;31(2):123-130.

Nemeroff CB. Neurobiological consequences of childhood trauma. *Journal of Clinical Psychiatry* 2004;65:18-28.

Paris J. Does child trauma cause adult personality disorder? *Canadian Journal of Psychiatry* 1998;43:148-153.

Ridley C. Attachment theory and research: New directions and emerging themes. *Nurse Researcher* 2015;23(1):47.

Schore AN. Dysregulation of the right brain. A fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of PTSD. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2002;36:9-30.

Sutton TE. Review of attachment theory: Familial predictors, continuity and change, and intrapersonal and relational outcomes. *Marriage and Family Review* 2019;55(1):1-22.

Tress W, Kruse J, Ott J. Psychosomatische Grundversorgung: Kompendium der interpersonellen medizin. Stuttgart: Schattauer Verlag, 2003.



Konopí v léčbě bolesti

SOUHRN: Chronická neztížitelná bolest je nejčastější indikací použití konopí pro léčebné účely. Využíváme ho zejména v léčbě bolesti neuropatické a u onkologických pacientů. Kromě toho zmírňuje projevy spasticity a má výborný antiemetický efekt, možnosti jeho léčebného využití jsou ale mnohem širší. Konopí mohou v současnosti předepisovat pouze lékaři některých specializací, příslušné indikace stanovuje vyhláška. Článek seznamuje s mechanismy působení kanabinoidů na organismus prostřednictvím endokanabinoidního systému, uvádí hlavní indikace a kontraindikace léčby konopím a zmiňuje i praktické aspekty preskripce.

Klíčová slova: konopí pro léčebné účely, tetrahydrokanabinol, kanabidiol, endokanabinoidní systém, neuropatická bolest, nádorová bolest

Summary

Chronic intractable pain is the most common indication of medical cannabis. We use it mainly in the treatment of neuropathic pain and for cancer patients. In addition, it alleviates the symptoms of spasticity and has an excellent antiemetic effect, but the possibilities of its therapeutic use are much wider. Currently, cannabis can only be prescribed by doctors with certain specializations, the approved indications are specified by a law. The article describes the mechanisms of action of cannabinoids on the body, the function of the endocannabinoid system, presents the main indications and contraindications of cannabis treatment and mentions the practical aspects of its prescription.

Key words: medical cannabis, tetrahydrocannabinol, cannabidiol, endocannabinoid system, neuropathic pain, cancer pain

■ Úvod

Ačkoli konopí provází lidstvo od nepaměti, ať už jako součást lidového léčitelství, euforizující látka, nebo technická plodina, teprve systematické vědecké zkoumání mechanismu jeho účinku spolu s objevem endokanabinoidního systému nám umožňuje postupně objevovat komplexní účinek této rostliny na organismus a její terapeutický potenciál.

Konopí pro léčebné účely, jak zní oficiální název při jeho použití v medicíně, představují sušené samičí květy rostliny *Cannabis*

sativa L. nebo *Cannabis indica L.* s přesně definovaným rozmezím obsahu tetrahydrokanabinolu a kanabidiolu. V České republice bylo konopí pro léčebné účely legalizováno v roce 2013, nicméně na český trh vstoupilo až v roce 2015 a finančně dostupné pro pacienty je pak od ledna 2020 po zavedení 90% úhrady ze zdravotního pojištění při preskripci do 30 g/měsíc. Tím se výrazně zvýšil zájem o tuto léčbu jak ze strany pacientů, tak i předepisujících lékařů.

Chronická neztížitelná bolest je vůbec nejčastější indikací použití léčebného konopí. Přestože v řadě preklinických i klinických studií prokázalo terapeutický efekt, závěry metaanalýz a systemických review jsou zatím opatrné,¹ stejně tak jako doporučení odborných lékařských společností.

Stanovisko *Evropské federace bolesti* (European Pain Federation, EFIC) z roku 2018 je takové, že konopí má být předepisováno zkušeným lékařem jako součást multidisciplinárního přístupu a preferenčně coby adjuvantní léčba tam, kde léky první nebo druhé linie nepřinesly dostatečný efekt nebo nebyly tolerovány. Množství a kvalita důkazů podporují indikaci pro neuropatickou bolest, u ostatních typů bolesti je pak terapie konopím možná jako individuální terapeutický pokus. Během léčby musí být pacient monitorován.²

■ Účinné látky v konopí

Rostlina konopí obsahuje více než sto různých kanabinoidů, z nichž nejznámějšími a nejvíce prozkoumanými jsou tetrahydrokanabinol (delta 9 tetrahydrokanabinol, THC) a kanabidiol (CBD).

THC zodpovídá za psychotropní efekt a tím i za většinu nežádoucích účinků. Psychotropní efekt se může projevovat euforií,

úzkostí, poruchou paměti, změnou vnímání času, halucinacemi nebo poruchou motoriky a koordinace. Intenzita tohoto účinku je závislá na dávce. Kromě toho má ale i účinek analgetický, antispastický, antiemetický a stimuluje chuť k jídlu.³ Po požití přechodně zvyšuje srdeční frekvenci a tlak, způsobuje sucho v ústech a zarudnutí spojivek.

CBD nemá psychotropní efekt, naopak tlumí některé nežádoucí účinky THC. Jeho efekt je antipsychotický, anxiolytický, antikonvulzivní a protizánětlivý.³

Účinky a využití dalších kanabinoidů jsou předmětem intenzivního zkoumání, pozornost je věnována např. protizánětlivým účinkům nepsychotropního **kanabigerolu** (CBG).³

V konopí je zastoupena řada dalších látek, zejména terpenů a flavonoidů, které interagují s kanabinoidy a podílejí se tak na výsledném synergickém působení rostliny, tzv. **entourage efektu**.^{4,5}

■ Endokanabinoidní systém

Existence endokanabinoidního systému byla objevena na počátku 90. let 20. století. Reguluje celou řadu fyziologických procesů organismu, jeho funkce je komplexní a stále není zcela prozkoumána. Sestává z receptorů, ligandů – endokanabinoidů – a enzymů pro jejich syntézu a degradaci. Podílí se zejména na regulaci bolesti, a to jak na supraspinální, tak i na spinální a periferní úrovni, a je dokonce částečně funkčně propojen s opioidním systémem. Je zapojen i do modulace paměti, nálady, koordinace pohybů, tělesné teploty, příjmu potravy, systému odměny i neuroprotektce. Dále ovlivňuje imunitní funkce, kardiovaskulární systém i reprodukci.⁶ Hlavními kanabinoidními receptory jsou **CB1** a **CB2**, nicméně



kanabinoidy modulují i další receptory, např. ze skupiny kanálů TRP (transient receptor potential).

Receptory CB1 se nacházejí převážně v CNS, a to zejména v oblasti kortexu, hipokampu, striata, mozečku a olfaktorického bulbu.⁷ Téměř však chybějí v oblasti dechového centra v prodloužené míše, což vysvětluje, že ani po požití vysokých dávek konopí nedojde k útlumu dechového centra, na rozdíl od působení např. opioidů nebo benzodiazepinů. Receptory CB1 najdeme i v periferním nervovém systému, zejména na sympatických nervových zakončeních, ale také v játrech, svalech, kostech, kůži a reprodukčním systému; nacházejí se především na presynaptických nervových zakončeních a modulují, resp. většinou inhibují uvolňování různých neurotransmiterů.⁷

Receptory **CB2** najdeme převážně na buňkách imunitního systému. V CNS jsou zastoupeny méně než receptory CB1, nacházejí se na mikrogliích (imunitní buňky CNS odvozené od makrofágů) a jsou výrazně inducibilní. Role těchto receptorů spočívá v modulaci chronické bolesti a potlačování chronického zánětu.⁸

THC působí jako parciální agonista receptorů CB1 a CB2. CBD je naopak nekompetitivním negativním alosterickým modulatorem receptorů CB1 a CB2, čímž snižuje jejich schopnost vázat THC a zmírňuje tak jeho nežádoucí účinky.⁹

Mezi hlavní endokanabinoidy patří **anandamid** (arachidonyletanolamid, AEA) a **2AG** (2-arachidonoylglycerol), jejichž objevitelem je český vědec Lumír Hanuš. Roli hrají především v endogenní modulaci bolesti.

■ Indikace konopí v léčbě bolesti

Všechny schválené indikace konopí pro léčebné účely jsou součástí vyhlášky č. 236/2015 Sb. (tab. 1). Vyplývá z ní, že ho lze využít v léčbě bolesti prakticky jakékoli etiologie.

Neuropatická bolest je jednou z hlavních indikací k léčbě konopím, kde byl prokázán dobrý klinický efekt. Jedná se o bolest v důsledku léze somatosenzorického nervového systému. Škála léků, které ji dokážou ovlivnit, je omezená a jejich efekt mnohdy nedostatečný, případně zatížený nežádoucími účinky. V léčbě nejčastěji používáme antiepi-

leptika gabapentin a pregabalin, tricyklická antidepresiva (amitriptylin, nortriptylin), inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu (SNRI) venlafaxin a duloxetin. Z opioidů je indikován především tramadol, tapentadol a oxykodon. Z lokálních terapeutik pak lidokain a kapsaicin.

Konopí může přinést efekt v případech selhání této terapie. Mezi jeho indikace tak patří **bolestivá polyneuropatie** různé etiologie, nejčastěji diabetická,¹⁰ prokázán byl efekt i při HIV neuropatii.¹¹ Využít ho můžeme i u postherpetické neuralgie, bolesti po **poranění periferních nervů** nebo v případě failed back surgery syndrome (**FBSS**).

Bolest při poškození míchy patří k dalším indikacím podpořeným studiemi.¹² Setkáváme se s ní zejména u roztroušené sklerózy, po míšních traumatech, tumorech nebo při syringomyelii. U těchto stavů se současně uplatňuje antispastický efekt konopí.

Bolest a spasticita u **roztroušené sklerózy** (RS) jsou také častou indikací s prokázaným efektem. Čistě k léčbě spasticity u RS je registrován i nabiximols (Sativex) – konopný extrakt s THC a CBD ve formě oromukózního spreje, který ale již dlouhodobě není dostupný na českém trhu.

Fibromyalgie představuje obtížně léčitelný syndrom s dosud nejasnou etiologií charakterizovaný plošnou muskuloskeletální bolestí s palpační citlivostí v typických bodech, i zde léčba konopím může přinést významné zmírnění symptomů.¹³

Zdá se, že konopí lze využít i u bolesti při **revmatoidní artritidě**, kde se uplatňuje rovněž jeho protizánětlivý efekt.¹⁴

Ve studiích konopí prokázalo překvapivě dobré výsledky na redukci záchvatů **migrény**,^{15,16} ačkoli se běžně pro tuto diagnózu nepoužívá.

Kromě analgetického efektu konopí si pacienti často pochvalují zlepšení kvality spánku, někdy i zmírnění úzkosti a deprese. U **onkologických pacientů** podáváme konopí s cílem zmírnit nejen vlastní nádorovou bolest, ale často i bolest vzniknuvší v důsledku operačního zákroku, radioterapie a chemoterapie. Konopí je také jedním z nejúčinnějších antiemetik,¹⁷ a lze ho tak použít ke zmírnění nauzey a zvracení při chemoterapii. Dalším jeho vítaným efektem u těchto pacientů je stimulace chuti k jídlu.

Při poruše polykání nebo funkce zažívacího traktu je výhodná vaporizační forma podání. Konopí tak může významně přispět ke kvalitě života pacientů v paliativní péči.

Dronabinol a **nabilon** jsou syntetické kanabinoidy podobné THC, které mají v některých zemích schválenou indikaci právě pro nauzeu a vomitus po chemoterapii a u kachexie při AIDS, v ČR dostupné nejsou.

■ Konopí a opioidy

Konopí lze v léčbě kombinovat s opioidy, předpokládá se dokonce synergické působení. Nicméně je potřeba opatrnosti vzhledem k možné potenciaci sedativního efektu a ovlivnění kognitivních funkcí, zejména u starších pacientů. Přidání konopí do medikace nám někdy dokonce dovolí opioidní léčbu redukovat. V řadě případů může být konopí bezpečnější alternativou k opioidům, neboť nevyvolává útlum dechového centra a má mnohem nižší návykový potenciál i výskyt abstinenčních příznaků.

■ Rizika a kontraindikace

Oproti jiným látkám řazeným mezi návykové i ve srovnání s některými běžně používanými léčivy má konopí mnohem menší toxicitu i návykový potenciál. Přesto není zcela neškodné. Za většinu nežádoucích účinků je zodpovědný THC.

Kardiovaskulární rizika: THC ovlivňuje kardiovaskulární aparát, přechodně zvyšuje srdeční frekvenci a krevní tlak, ale také může způsobit ortostatickou hypotenzi v důsledku vazodilatace. Efekt je závislý na dávce. Je třeba opatrnosti v případě jakýchkoli kardiovaskulárních rizikových faktorů v anamnéze a je kontraindikován při závažném kardiovaskulárním onemocnění.

CNS rizika: Uživatelé konopí mají vyšší riziko psychózy i rozvoje schizofrenie, zejména v případě genetické predispozice. V případě denního užívání konopí s velmi vysokým obsahem THC bylo zjištěno až pětinašobně vyšší riziko psychózy.¹⁸ U pacientů se závažným psychiatrickým onemocněním (bipolární porucha, schizofrenie) v osobní nebo rodinné anamnéze je konopí kontraindikováno.



Osoby mladší 25 let: Konopí se nedoporučuje pro nepříznivé ovlivnění vývoje mozku a rovněž kvůli vyššímu riziku rozvoje psychiatrického onemocnění.

Těhotenství a kojení: Konopí je kontraindikováno vzhledem k přestupu přes placentu a do mateřského mléka a prokázanému negativnímu vlivu na vyvíjející se mozek plodu.

Riziko závislosti: V porovnání s jinými návykovými látkami je mnohem menší, nicméně existuje, i když se týká hlavně rekreačních uživatelů. Opatrnosti je potřeba u osob s anamnézou abúzu jakýchkoli návykových látek.

Abstinenční příznaky: Po vysazení léčby se abstinenci příznaky udávají pouze u určité části pacientů, zejména při dlouhodobém užívání vysokých dávek THC. Příznaky zahrnují neklid, podrážděnost, úzkost, depresi, poruchu spánku a ztrátu chuti k jídlu. Při dávkách a obsahu THC běžně používaných pro léčebné účely většinou není problém konopí vysadit najednou bez jakýchkoli příznaků z odnětí.

Lékové interakce: Kanabinoidy jsou metabolizovány cestou jaterního cytochromu P450. Zejména CBD zde působí jako významný enzymatický inhibitor a tak může zvyšovat koncentraci, resp. toxicitu jiných léčiv. Stejně riziko platí i pro volně prodejné přípravky s CBD. Opatrnosti při indikaci konopí je potřeba i při současném užívání léků se sedativním účinkem a obecně při polypragmazi. Vzhledem k uvedenému způsobu metabolizace je namísto obezřetnost i u pacientů s poruchou jaterní funkce.

■ Pravidla preskripce a praktický postup

Lékař předepisující léčebné konopí musí mít jednu ze specializací daných vyhláškou (tab. 1). Neatestovaný lékař tedy recept na konopí vystavit nemůže. Žádost o umožnění preskripce se podává prostřednictvím webového formuláře na stránkách <https://pristupy.sukl.cz>.

Konopí pro léčebné účely se předepisuje jako individuálně připravovaný léčivý přípravek (IPLP) formou elektronického receptu v celkovém množství pouze na jeden měsíc. Na předpis je potřeba napsat číselnou diagnózu, v indikaci pro bolest je to vždy **R521 – Chronická nezišitelná bolest**. Dále se

Tab. 1 Indikační kritéria a specializovaná způsobilost (příloha č. 3 k vyhlášce č. 236/2015 Sb.)

Indikace	Specializovaná způsobilost lékaře
Chronická nezišitelná bolest (zejména bolest v souvislosti s onkologickým onemocněním, bolest spojená s degenerativním onemocněním pohybového systému, systémovým onemocněním pojiva a s imunopatologickými stavy, neuropatická bolest, bolest při glaukomu)	klinická onkologie radiační onkologie neurologie paliativní medicína léčba bolesti revmatologie ortopedie infekční lékařství vnitřní lékařství oftalmologie dermatovenerologie geriatrie
Spasticita a s ní spojená bolest u roztroušené sklerózy nebo při poranění míchy, nebolestivá úporná spasticita zásadním způsobem omezující pohyb a mobilitu nebo dýchání pacienta, mimovolní kineze způsobené neurologickým onemocněním a další zdravotní komplikace mající původ v neurologickém onemocnění nebo v úrazu páteře s poškozením míchy či v úrazu mozku, neurologický třes způsobený Parkinsonovou chorobou a další neurologické potíže dle zvážení ošetřujícího lékaře	neurologie geriatrie
Nauzea, zvracení, stimulace apetitu v souvislosti s léčbou onkologického onemocnění nebo s léčbou onemocnění HIV	klinická onkologie radiační onkologie infekční lékařství dermatovenerologie geriatrie
Touretteův syndrom	psychiatrie
Povrchová léčba dermatóz a slizničních lézí	infekční lékařství dermatovenerologie geriatrie

HIV – virus lidského imunodeficitu, human immunodeficiency virus

uvádí druh konopí (*C. sativa* nebo *C. indica*), procentuální obsah THC a CBD a také specifický číselný kód, který tento obsah reprezentuje (seznam všech číselných kódů je rovněž součástí vyhlášky). Konopí pro léčebné účely má stanovený přípustný obsah THC 0,3–21 % a CBD 0,1–19 %. V případě předpisu kapslí se udává množství konopí v jedné kapsli, počet kapslí, celkové množství konopí na jeden měsíc v gramech a nakonec způsob a frekvence podání. Pacientovi lze předepsat **maximálně 180 g konopí na měsíc, s 90% úhradou pojistovny do 30 g na měsíc**.

■ Způsob podání a dávkování

Konopí předepisujeme buď ve formě magistraliter **kapslí** nebo jako rostlinný materiál k **vaporizaci**. Cestu podání volíme indivi-

duálně, každá z nich má své výhody i nevýhody. Pokud pacient nemá předchozí zkušenost s konopím, je obvykle jednodušší začít léčbu perorálními kapslemi. Vaporizace totiž vyžaduje jak investici do vaporizéru (v řádu několika tisíc), tak i zvládnutí jeho obsluhy. Efekt kapslí nastupuje pomaleji (1–3 hod.), ale trvá delší dobu (6–8 hod.), v případě vaporizace se dostavuje rychleji (5–10 min.), ale trvání je kratší (2–4 hod.).¹⁹ Titrace účinné dávky je také podstatně rychlejší u inhalačního podání. Dle charakteru obtíží je možné kapsle a vaporizaci kombinovat. Také lze v individuálních případech kombinovat konopí s různým poměrem THC a CBD (např. na noc konopí s vyšším obsahem THC a přes den s nízkým THC a vyšším CBD). V případě výroby kapslí musí konopí nejprve projít procesem dekarboxylace, při kterém dochází k přeměně kanabinoidních kyselin



na účinné kanabinoidy, čímž se zvyšuje jeho efektivita.

Vaporizace je v podstatě inhalace par, tj. nedochází při ní ke spalování a tvorbě toxických látek jako při kouření cigarety, extrakce účinných látek je také efektivnější. Vaporizér navíc umožňuje nastavit teplotu (obvykle 160–200 °C), čímž lze dále optimalizovat léčebný efekt, neboť každá z účinných látek má jinou teplotu odpařování.

Ať už zvolíme kteroukoli cestu podání, začínáme vždy od nízkých dávek (strategie „start low, go slow“). V případě perorálního podání se doporučuje začít užitím jedné kapsle s obsahem 0,0625 g konopí, a to na noc pro možný sedativní efekt.²⁰ Je také možné řídit se množstvím THC s doporučenou úvodní dávkou 2,5 mg THC.¹⁹

Zejména na počátku léčby, kdy se hledá optimální dávka a poměr THC/CBD, je potřeba značné trpělivosti jak ze strany lékaře, tak pacienta. K minimalizaci nežádoucích účinků můžeme zvolit konopí buď s vysokým poměrem THC/CBD, nebo s nízkým obsahem THC a vyšším CBD. Nutno zdůraznit, že analgetický efekt mají obě látky. V případě nedostatečného efektu nebo špatné tolerance je vhodnější vyzkoušet konopí s jiným poměrem účinných látek namísto toho, abychom lék zcela vysadili.

■ Řízení motorových vozidel

Konopí je podle zákona (č. 463/2013 Sb.) zařazeno na seznam návykových látek. Je nutné pacienty poučit, že THC ovlivňuje schopnost řídit motorová vozidla. Míra reálného ovlivnění je závislá na dávce a časovém odstupu od požití, je individuální, někteří chroničtí uživatelé mohou mít vyvinutu určitou toleranci. Nicméně zákonem stanovená hranice koncentrace THC v krvi pro řidiče je 2 ng/ml, nad tuto hodnotu se jedná o přestupek, nad 10 ng/ml pak o trestný čin. Jako bezpečný odstup pro řízení motorových vozidel se pacientům doporučuje 12 hodin od poslední dávky.²⁰ V případě pozitivního testu ze slin by měl pacient trvat na krevní zkoušce, která jediná má právní validitu.

■ Zdroje informací

Na stránkách **SAKL.CZ**, zřízených Státní agenturou pro konopí pro léčebné účely (SAKL), lze najít základní informace pro lékaře i pacienty, včetně přehledné mapy předepisujících lékařů a seznamu lékáren. Podrobnějším zdrojem odborných informací

pro lékaře je kniha **Léčebné konopí v současné medicínské praxi** (Leoš Landa a kolektiv, Grada 2020). Pacientům se zájemem o léčbu konopím je pak možné doporučit stránky patientského spolku **KOPAC.CZ**.

■ Závěr

Při respektování správné indikace, dávkování a kontraindikací představuje konopí účinný a relativně bezpečný prostředek v léčbě chronické bolesti. Jeho preskripce ovšem patří do rukou zkušeného specialisty a musí být součástí komplexní péče. Nezbytným předpokladem úspěšné léčby konopím je i důkladná edukace pacienta.

■ Literatura

1. Mücke M, Phillips T, Radbruch L, et al. Cannabis-based medicines for chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;3:CD012182.
2. Häuser W, Petzke F, Fitzcharles MA. Efficacy, tolerability and safety of cannabis based medicines for chronic pain management – An overview of systematic reviews. *Eur J Pain* 2018;22:455–470.
3. Hanuš LO, Šulcová A, Landa L. Kanabinoidní látky a léčivá síla přírody. In: Landa L (ed.). *Léčebné konopí v současné medicínské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2020; 38–57.
4. Ben Shabat S, Fride E, Sheskin T, et al. An entourage effect: inactive endogenous fatty acid glycerol esters enhance 2 arachidonoyl glycerol cannabinoid activity. *Eur J Pharmacol* 1998;353:23–31.
5. Russo EB. Taming THC: potential cannabis synergy and phytocannabinoid terpenoid entourage effects. *Br J Pharmacol* 2011;163:1344–1364.
6. Reich GE, Narouze SN. The Endocannabinoid System In: Narouze SN (ed.). *Cannabinoids and Pain*. Cham: Springer International Publishing, 2021; 39–45.
7. Reich GE, Narouze SN. Cannabinoid Receptor 1 (CB1) In: Narouze SN (ed.). *Cannabinoids and Pain*. Cham: Springer International Publishing 2021; 47–54.
8. Vučković S, Srebro D, Vujović KS, et al. Cannabinoids and Pain: New Insights From Old Molecules. *Front Pharmacol* 2018;9:1259.
9. Laprairie RB, Bagher AM, Kelly MEM, Denovan Wright EM. Cannabidiol is a negative allosteric modulator of the cannabinoid CB1 receptor. *Br J Pharmacol* 2015;172:4790–4805.
10. Wallace MS, Marcotte TD, Umlauf A, et al. Efficacy of Inhaled Cannabis on Painful

Diabetic Neuropathy. *J Pain* 2015;16:616–627.

11. Aly E, Masocha W. Targeting the endocannabinoid system for management of HIV associated neuropathic pain: A systematic review. *IBRO Neurosci Rep* 2021;10:109–118.
12. Wilsey B, Marcotte TD, Deutsch R, et al. An Exploratory Human Laboratory Experiment Evaluating Vaporized Cannabis in the Treatment of Neuropathic Pain From Spinal Cord Injury and Disease. *J Pain* 2016;17:982–1000.
13. Sagy I, Bar Lev Schleider L, Abu Shakra M, Novack V. Safety and Efficacy of Medical Cannabis in Fibromyalgia. *J Clin Med* 2019;8:807.
14. Blake DR, Robson P, Ho M, et al. Preliminary assessment of the efficacy, tolerability and safety of a cannabis based medicine (Sativex) in the treatment of pain caused by rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 2006;45:50–52.
15. Aviram J, Vysotski Y, Berman P, et al. Migraine Frequency Decrease Following Prolonged Medical Cannabis Treatment: A Cross Sectional Study. *Brain Sci* 2020;10:360.
16. Cuttler C, Spradlin A, Cleveland MJ, Craft RM. Short and Long Term Effects of Cannabis on Headache and Migraine. *J Pain* 2020;21:722–730.
17. Zikos TA, Nguyen L, Kamal A, et al. Marijuana, Ondansetron, and Promethazine Are Perceived as Most Effective Treatments for Gastrointestinal Nausea. *Dig Dis Sci* 2020;65:3280–3286.
18. Forti MD, Quattrone D, Freeman TP, et al, and the EU GEI WP2 Group. The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe (EU GEI): a multicentre case control study. *Lancet Psychiatry* 2019;6:427–436.
19. MacCallum C, Russo E. Practical considerations in medical cannabis administration and dosing. *Eur J Intern Med* 2018;49:12–19.
20. Hřib R, Pecháčková M, Šaloun J. Kanabinoidy v léčbě chronické neopkologické bolesti In: Landa L (ed.). *Léčebné konopí v současné medicínské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2020; 83–96.

2. 2. 2022 – redakce Medical Tribune

Zdroj: Tribune.cz



Ze světa odborné literatury...

■ Zákaz alternativních porodních praktik

Americká pediatriká akademie v nedávné době doporučila zákaz alternativních praktik týkajících se porodu a poporodního období, které jsou (nebo mohou být) asociovány se zvýšeným rizikem infekčního onemocnění nebo úmrtí novorozence a nepřinášejí žádné jednoznačné benefity. Jedná se o tyto praktiky: porod do vody, vaginální osídlení (vaginal seeding – metoda, kdy se dítě po císařském řezu potírá obličej poševním sekretem matky – používá se i v některých českých porodnicích), nepřerušování pupečníku, požívání placenty, neopodstatněný odklad očkování proti hepatitidě B, odmítání okulární profylaxe a odkládání poporodní koupele novorozence vystaveného aktivní infekci herpes genitalis nebo anamnestické pozitivitě patogenů (HIV, HBV, HCV) v krvi matky.

Labor and delivery: Management of the normal third stage after vaginal birth

Authors: Edmund F Funai, MD, Errol R Norwitz, MD, PhD, MBA, Section Editor: Charles J Lockwood, MD, MHCM, Deputy Editor: Vanessa A Barss, MD, FACOG

■ Inzulinové pumpy s uzavřenou smyčkou (arteficiální pankreas) pro děti s diabetem 1. typu

Nová generace inzulinových pump se velmi osvědčila ve většině věkových kategorií dětí i dospělých, jen u nejmladších pacientů nebylo její užívání dosud testováno. Recentní studie zkoumala použití u 74 dětí ve věku 2–7 let s dobře kontrolovaným diabetem 1. typu. Výsledky prokázaly výrazně lepší stabilitu hladin, tedy zvýšené procento hodnot v cíleném rozmezí glykemií. Konkrétně se procento doby v ideálních hodnotách glykémie zvýšilo z 62,9 % na 71,6 %. K největšímu zlepšení došlo během nočních hodin. Tento systém také pomohl snížit hladinu glykovaného hemoglobinu a dobu v hyperglykémii a současně nezměnil celkovou dobu strávenou v hypoglykemickém rozmezí. Tato studie tedy jasně ukazuje benefity použití i u menších diabetiků, vyplatí se tedy pokusit se o zácvek i u mladší kategorie pacientů.

Insulin therapy for children and adolescents with type 1 diabetes mellitus

Authors: Lynne L Levitsky, MD, Madhusmita Misra, MD, MPH, Section Editor: Joseph I Wolfsdorf, MD, BCH, Deputy Editor: Alison G Hopkin, MD

■ Časná fyzická aktivita u adolescentů po komoci

V multicentrické, randomizované studii s více než 450 adolescenty (průměrný věk 13 let) s akutním otřesem mozku byla obnovena fyzická aktivita během 72 hodin od úrazu, místo klidového režimu do ústupu symptomů. Bylo prokázáno, že fyzická zátěž nijak nezhoršila průběh dalších dvou týdnů od úrazu, resp. průběh se nelišil s kontrolní skupinou, která dodržovala běžný klidový režim. Subjektivně se lépe cítila skupina, která měla fyzickou aktivitu povolenou. Ze studie vyplývá doporučení ponechat klidový režim 48 hodin, pak zahájit lehčí fyzickou aktivitu.

Concussion in children and adolescents: Management

Authors: William P Meehan, III, MD, Michael J O'Brien, MD, Section Editors: Albert C Hergenroeder, MD, Richard G Bachur, MD, Deputy Editor: James F Wiley, II, MD, MPH

■ Délka trvání antikoagulační terapie u nízkorizikové tromboembolických stavů u dětských pacientů

Optimální délka antikoagulační terapie u pacientů s tromboembolismem nízkého rizika (stavy indukované jasným mechanismem – viz níže), není zcela jistá. Doposud se guidelines řídily používáním u dospělých pacientů, tedy doba léčby je standardně 3 měsíce. V poslední době byly provedeny nové studie, které zkoumaly 6týdenní terapeutický plán. Ve studii bylo 416 pacientů s indukovanou TE, tedy tranzitním rizikovým faktorem: 50% TE vyvolaná katetrem, 30% TE spojená s infekcí, 20% TE spojená s traumatem nebo chirurgickým zákrokem. Tito pacienti byli randomizovaně rozděleni do dvou skupin, jedné byla podávána antikoagulační terapie po dobu 3 měsíců, druhé 6 týdnů. Po roce došlo k rekurenci u stejně nízkého počtu dětí v obou skupinách. Na základě toho lze doporučit kratší dobu léčby, samozřejmě při přísném zhodnocení etiologie a okolností vzniku tromboembolického stavu.

Nízké riziko TE:

- Žádná anamnestická data o předchozí žilní TE
- TE není závažného stupně nebo život ohrožující
- Vyvolávající faktory se vyřeší během 6 týdnů
- Trombus se během 6 týdnů rozpustí nebo nepředstavuje obstrukci

Pokud nejsou tato kritéria splněna, doporučení zůstává u 3měsíčního léčebného schématu.

<https://www.uptodate.com>

■ Dávkování a délka léčby amoxicilinem u komunitních pneumonií u malých dětí

Multicentrická randomizovaná studie čítající téměř 600 dětí (medián věku 2,5 roku) s klinicky diagnostikovanou komunitní pneumonií, které byly léčeny středně a vysoce dávkovaným amoxicilinem 2× denně po dobu 3–7 dní. Nutnost opakované ATB terapie v příštích 28 dnech byla u 12,5–12,9 % dětí ze všech 4 testovaných skupin, tedy ve všech skupinách stejná bez ohledu na dávku a dobu terapie. Žádné z dětí nebylo kolonizováno PNC rezistentními kmeny pneumokoků. Tato studie podporuje nižší dávkování amoxicilinu (35–50 mg/kg/den) v oblastech s nízkým výskytem PNC rezistentních kmenů, 2dávkové denní schéma a u dětí s velmi mírným průběhem dobu léčby kratší než 7 dní. Avšak tato data nemohou být generalizována na léčbu jinými ATB, léčbu starších dětí a léčbu za hospitalizace. Výsledné doporučení čeká na potvrzující studii. Představa je taková, že by děti od 1 do 5 let (především očkované proti pneumokokům) byly při bakteriální pneumonii léčeny amoxicilinem v dávce 90–100 mg/kg/den 2×–3× denně po dobu alespoň 5 dní.

<https://www.uptodate.com>

■ Pacienti s IBD a postvakcinační odpověď na očkování proti COVID-19

Studie ukázaly zcela přesvědčivá data po očkování proti nemoci COVID-19 u pacientů s nespecifickým zánětlivým onemocněním střeva (IBD). Do studie bylo začleněno necelých 600 dospělých pacientů s IBD, kterým byla aplikována mRNA vakcína SARS-CoV-2. 99 % z nich mělo po 2 týdnech od vakcinace adekvátní hladinu ochranných protilátek bez ohledu na druh užívané medikace (biologická léčba, mikromolekulární terapie, imunomodulační léčba, kortikoterapie).

Je tedy zřejmé, že vakcinaci této imunosuprimované skupiny pacientů je třeba podporovat i nadále.

COVID-19: Issues related to gastrointestinal disease in adults

Author: Sunanda V Kane, MD, MSPH, Section Editor: Lawrence S Friedman, MD, Deputy Editors: Kristen M Robson, MD, MBA, FAGG, Shilpa Grover, MD, MPH, AGAF



Dětské příběhy z války



JAK UNICEF POMÁHÁ NA UKRAJINĚ



Na východě Ukrajiny UNICEF působí nepřetržitě již od roku 2014, pracoviště má v Doněcku i Luhansku. Za rok 2021 například zajistil pitnou vodu 510 145 lidem, umožnil 7 400 dětem chodit do školy a vyškolil 180 tisíc dětí a jejich rodičů o tom, jak se chránit před minami. Po eskalaci konfliktu 24. února UNICEF rozšířil své působení i na zbytek země, kde dětem z Ukrajiny zajišťuje pitnou vodu, léky, zdravotnickou péči a psychosociální podporu. Působí i v sousedních zemích blízko hranic, například v Moldavsku či Rumunsku, kde provozuje centra přátelská k dětem, ve kterých si mohou děti a matky prchající před válkou odpočinout v bezpečí a dostanou nezbytnou péči.

Dětství. Největší oběť války na Ukrajině. Na východě země se válčí již 8 let, nyní se konflikt rozšířil na celé území. Děti, které za boje platí nejvyšší daň, nemohou chodit do školy ani si hrát venku. Často jim chybí také pitná voda nebo elektřina kvůli zničené infrastruktuře. Mnoho z nich muselo ze dne na den opustit svůj domov, kamarády a vše, co doposud znaly, aby se zachránily před válkou. Jaké jsou jejich příběhy?



Desetiletý Maxim je nyní s matkou v Rumunsku, kam utekli před válkou. Nejprve se pokusili přejít do Polska, tam ale čekalo příliš mnoho lidí. Vydali se proto do Černovic, kde nechali auto a pokračovali pěšky do Rumunska.



Devítiletá Masha z východní Ukrajiny žije v domě na fotografii. Ten je částečně zničený, v jeho zdech jsou šrapnely. Každý den žije se strachem z ostřelování a min, doma jí chybí topení a voda. Často se musí skrývat ve sklepě.



Sofii jsou 4 roky a žije se svými rodiči v Novogrativce na východní Ukrajině. Střelbu a výbuchy granátů slyší běžně a má z nich velký strach. Pociť bezpečí často hledá v náručí tatínka Oleksandra.



Tento chlapec se narodil na konci února v Charkově. Novorozenecké oddělení se ale muselo přesunout do suterénu, aby byla miminka v bezpečí před ostřelováním.



„Chci se vrátit domů. Přeju si, aby už ta válka skončila,“ říká **Tatiana**, která se svou maminkou utekla před válkou do Moldavska. S sebou si vzala i svého pejska.



Pokud můžete, pomozte prosím dětem z Ukrajiny ještě dnes na www.unicef.cz, pomocí QR kódu nebo zasláním DMS ve tvaru DMS UNICEF 90 na číslo 87 777.



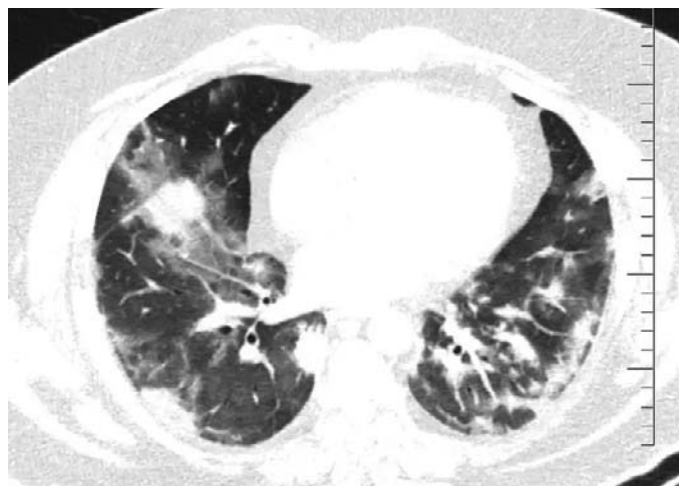
Aktuality...

Proč covid často usmrtí obézní lidi? Brněnští lékaři mají unikátní zjištění

Mezinárodní tým lékařů s výraznou českou stopou zřejmě vyřešil otázku, proč na covid často umírají lidé s nadváhou. Část z nich trpí poruchou spánku, kdy dotyčný trpí zástavami dechu. Takový stav nahrává rychlému zhoršení nemoci.

Jiří Lang onemocněl covidem loni v lednu. Chtěl nákazu doma zdolat sám, aby prý zbytečně nezatěžoval zdravotníky. Záchranku si přivolal až čtvrtý den po pozitivním testu. V té chvíli měl vysoké horečky a jen přerušovaně dýchal. „Až zpětně mi jeden lékař řekl, že kdybych ten večer nezavolał, už tady nejsem,“ vzpomněl po roce sedmačtyřicetiletý muž.

Bývalý reprezentant v judu patřil k vysoce rizikovým pacientům. Trpěl hypertenzí, cukrovkou, těžkou nadváhou, a aniž o tom před hospitalizací věděl, také zástavami dechu ve spánku. Ač měl zpočátku velmi špatné vyhlídky, přežil. Díky lékařům, kteří při léčbě využili nové poznatky.



CT snímek plic Jiřího Langa při přijetí do nemocnice. Trpěl těžkým oboustranným covidovým zápalom plic, na snímku jsou viditelná ložiska s bílou nebo světle šedou barvou.

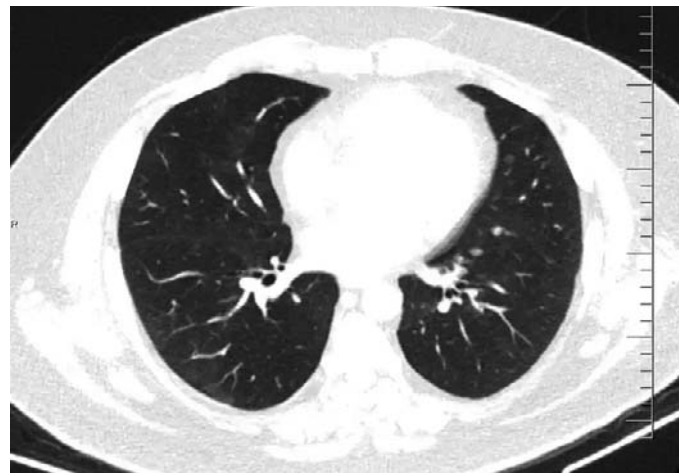
Mezinárodní tým složený z odborníků z Mayo Clinic a brněnských lékařů z Nemocnice Milosrdných bratří našel novou příčinu, proč covid víc ohrožuje lidi s nadváhou. Velká část z nich trpí obstrukční spánkovou apnoí. Je to porucha spánku, při níž člověk mnohokrát za noc přestává dýchat a tělo postrádá kyslík.

„Mnoho obézních lidí má neléčenou spánkovou apnoí. V době, kdy by měli relaxovat, nemá tělo dostatek kyslíku. Noční hypoxie může vést k rychlému postupu onemocnění COVID-19,“ vysvětlil kardiolog Tomáš Kára, který působí v brněnské Nemocnici Milosrdných bratří a přes dvacet let také na americké Mayo Clinic.

S kolegy přišli na významné souvislosti mezi obezitou, spánkovou apnoí a prudkým zhoršením covidového zápalu plic.

U některých pacientů s poruchou spánku se dech v noci opakovaně zastaví na minutu i více, čímž dochází opakovaně k těžké hypoxii. Právě takový stav pacienta – zvláště při spánku na zádech – může způsobit rychlý rozvoj covidu. „Už před covidem jsem se v noci něko-

likrát budil a jakoby lapal po dechu. Ale nepřikládal jsem tomu tehdy váhu,“ řekl Lang, který se s apnoí předtím neléčil.



Po dvaceti dnech léčby je na CT plic patrné výrazné zlepšení. Prakticky úplné vymizení ložisek covidového zápalu plic. Zlepšil se i stav pacienta, bez použití kyslíkového přístroje ušel několik stovek metrů.

Čím méně kyslíku, tím lépe se viru daří

Lékařský tým zužitkoval své dřívější klíčové zjištění. Virus SARS-CoV-2 zřejmě potřebuje nedostatek kyslíku v těle jako základní podmínku pro urychlení svého množení. Čím méně je kyslíku v krvi, tím rychleji se virus v organismu množí.

„Úroveň saturace, kdy dochází k exponenciálnímu nárůstu replikace, se zřejmě pohybuje kolem hodnoty 93 procent. Při prolomení této hranice dochází k přechodu od lineárního k exponenciálnímu množení viru. Je to bod zlomu, po němž může nemoc rychle postupovat,“ doplnil Kára.

V případě covidu tak hypoxie není jen důsledek zápalu plic, ale urychlením množení viru se může přímo podílet na dalším zhoršení zápalu plic. „Vzniká bludný kruh, kdy množení viru rozvíjí zápal plic. Tím klesá schopnost plic přenášet kyslík do krve. Pokles hladiny kyslíku v organismu následně dále urychluje množení viru, což vede k dalšímu zhoršení pneumonie,“ vysvětlil Kára. Tuto hypotézu, která přináší nový pohled na léčbu covidu, publikoval již dříve tento mezinárodní lékařský tým v respektovaném časopise Mayo Clinic Proceedings.

Kyslík a jeho nedostatek tak hrají zásadní roli pro závažnost onemocnění. Už ve Wu-čanu lékaři zjistili, že pokud dojde k poklesu hladiny kyslíku v krvi na hladinu 93 procent, může následně dojít k velmi rychlé progresi covidu. Současně si ověřili, že klíčovým faktorem k záchraně pacienta je co nejdříve dostat hladinu kyslíku v krvi na 95 procent a vyšší. Jako vysoce účinná se ukázala zejména léčba vysokoprůtokovým kyslíkem (HFNO), v těžších případech umělá plicní ventilace či mimotělní oběh (ECMO). Tento postup rychlého dosažení hladiny saturace se jmenuje časná a intenzifikovaná oxygenoterapie.

Mezinárodní tým, jehož členem je Kára, již v dubnu 2020 mimo jiné zjistil, že každý vzestup hladiny kyslíku v krvi o jedno procento je u pacientů s covidovou pneumonií spojený s relativním poklesem mortality o osm procent. A podle nových poznatků se zdá, že jedním



z důvodů, proč je léčba kyslíkem u pacientů s covidovou pneumonií tak důležitá, je schopnost kyslíku významně zpomalovat množení viru v organismu.

Třeba Jiřího Langa přijímali se saturací kyslíku v krvi pod devadesát procent. První tři dny byly kritické. „Hodně mi splývají. Asi to bylo dost špatné. Trpěl jsem halucinacemi. Moc si toho nepamatuji. Ale měla se mi za tři týdny narodit vnučka. V doktora Káru a jeho tým jsem měl od začátku obrovskou důvěru. Díky nim jsem to nezabalil,“ sdělil Lang.

Kára s mezinárodním týmem přišel jako první již v roce 2020 s hypotézou, že neléčená spánková apnoe může být důležitou příčinou pro zhoršenou prognózu obézního pacienta. Proto na covidové jednotce u obézních pacientů s vážným průběhem začali měřit výskyt této spánkové poruchy. „Tato neléčená nemoc může i za běžných podmínek u člověka bez onemocnění covid-19 vést k těžkým poklesům hladiny kyslíku v krvi během spánku. Může klesat až k šedesáti procentům,“ popsal Kára. A tyto poklesy výrazně zhoršují průběh covidu.

Normální monitory poklesy hladiny kyslíku v krvi způsobené spánkovou apnoí nezachytí. „Proto bylo potřeba pro správnou diagnostiku použít speciální technologie. Navíc jsme měření prováděli v podmínkách, kdy jsme současně pacienty léčili vysoce intenzivní kyslíkovou léčbou, což diagnostiku spánkové apnoe dále ztěžovalo,“ doplnil lékař. Klasický postup léčby spánkové apnoe, použití takzvaných CPAP přístrojů, nelze použít, protože neposkytují pacientům dostatečný přísun kyslíku.

Tým také zjistil, že je potřeba kyslík dávkovat jinak ve dne než v noci. „Právě riziko noční hypoxie u obézních pacientů s covid-19 pneumonií a spánkovou apnoí bylo dosud v klinické praxi často podceňováno,“ zdůraznil lékař.

Tito pacienti mohou přes den vyžadovat jen mírnou podporu kyslíkem, ale v noci může být kvůli spánkové poruše situace dramaticky jiná. Klinické zkušenosti navíc ukazují, že řada obézních pacientů umírala právě v noci.

Úspěšná léčba

Pilotní měření výskytu spánkové apnoe a její léčby provedl lékařský tým v listopadu 2020 u dvanácti obézních pacientů přijatých pro vážný zápal plic způsobený covidem. Apnoe se projevila u osmi z nich. Lékaři tak zjistili, že neléčená forma spánkové apnoe se může vyskytovat až u sedmdesáti procent obézních pacientů hospitalizovaných pro vážnou formu covidového zápalu plic.

Nový léčebný postup zabral. Ani jeden z těchto osmi těžkých obézních covidových pacientů, u nichž lékaři odhalili a léčili spánkovou apnoí, nezemřel ani nemusel být intubován. „U všech osmi pacientů došlo k významnému zlepšení jak klinického stavu, tak nálezu na CT plic. Všichni tito pacienti byli propuštěni domů a po roce žijí. A mají jen minimální výskyt postcovidového syndromu,“ doplnil lékař.

Také se ukázalo, že obézní pacienti bez poruchy spánku měli relativně lehký průběh a mohli být propuštěni z nemocnice dříve. Pacienti s nadváhou a apnoí naopak vyžadovali delší intenzivní kyslíkovou terapii v nemocnici – průměrně čtrnáct dní. Potřebovali také významně vyšší kyslíkovou podporu v noci než ve dne.

Lékaři však vyvinuli specifický algoritmus nastavení přístrojů pro léčbu vysokoprůtokovým kyslíkem (HFNO), který bylo možné použít i pro léčbu spánkové apnoe.

„Při nastavení jak vysokého průtoku vzduchu až 60 litrů za minutu, tak vysoké koncentrace kyslíku umožňuje HFNO přístroji vytvořit

slabý přetlak, který pacienti tolerují a který umožňuje udržet dýchací cesty alespoň částečně průchodné, a zabránit tak vzniku spánkové apnoe či její výskyt významně snížit,“ popsal Kára.

Vysoký průtok kyslíku navíc dokáže vytvořit potřebnou kyslíkovou rezervu, aby se ani při epizodách apnoe nedostal pod úroveň saturace 95 až 97 procent. „Tato hladina velmi pravděpodobně vede ke zpomalení až úplnému zastavení množení viru SARS-CoV-2,“ řekl Kára.

Vysokou účinnost intenzifikované oxygenoterapie a důležitost léčby spánkové apnoe v léčbě covidových pacientů potvrdily i výsledky léčby více než 300 pacientů, kteří byli hospitalizováni na covidové jednotce Nemocnice Milosrdných bratří v listopadu až prosinci 2020. „Podařilo se dosáhnout jak vysokého procenta přežití hospitalizovaných pacientů, tak následně nízkého výskytu postcovidového syndromu, a to zejména u obézních pacientů,“ doplnil lékař.

Spolupráce s lékařem z Wu-chanu

Kardiolog Kára od roku 2001 působí na prestižní Mayo Clinic ve špičkovém týmu předního amerického kardiologa, profesora Virenda Somerse. Patří ke klíčovým lidem, kteří začátkem března 2020 varovali českou vládu před nebezpečím covidu.

Káruv čínský kolega, profesor Frank Xie, s nímž se znal z Mayo Clinic, pracoval na začátku pandemie jako vedoucí lékař RedZone v Union Hospital ve Wu-chanu. „Přihlásil se jako dobrovolník a odletěl tam s celým svým týmem. Podílel se na budování celé koncepce péče o covidové pacienty. Je to průkopník léčby a prošel nejtěžším bojem od samého počátku,“ popsal Kára.

Xie v polovině března 2020 telemostem poskytl české vládě i zástupcům velkých fakultních nemocnic klíčové informace týkající se nebezpečnosti covidu, jeho extrémně vysoké infekčnosti či mechanismů šíření v populaci. „V té době nebyla většina těchto informací dostupná. Díky profesorovi Xie jsme v té době byli pravděpodobně jedinou zemí Evropské unie, která měla tyto strategické informace k dispozici,“ zavzpomínal Kára. Podle řady odborníků tyto poznatky přispěly k tomu, že Česko velmi dobře zvládlo první vlnu epidemie. Souvislost mezi obezitou, poruchami spánku a úmrtími na covid bude mezinárodní tým odborníků prezentovat příští týden na Světovém kongresu spánkové medicíny v Římě. „Jedná se zatím o pilotní výsledky, které bude nutné potvrdit dalším výzkumem,“ doplnil Kára.

Další tři významná světová pracoviště, včetně týmu odborníků Harvardovy univerzity, však nedávno potvrdila, že neléčená spánková apnoe je významným rizikovým faktorem pro pacienty s covidem.

Jiří Lang v nemocnici strávil téměř měsíc. Po roce má plíce ve stejném stavu jako před covidem. „Doktoru Károvi a celému týmu nemocnice vděčím za to, že tady jsem. Znovu ve mně probudili bojovníka,“ říká bývalý judista.

Zdroj: T. Svoboda, www.seznamzpravy.cz, 11. 3. 2022

Pokles teploty lidského těla za posledních 150 let

Německý lékař Carl August Wunderlich označil v 19. století 37 °C za „normální“ teplotu lidského těla, ovšem v dnešní době je tělesná teplota zdravého lidského organismu nižší a hodnota nad 37 °C se již považuje za teplotu zvýšenou. Reflektuje tento rozdíl teplot



skutečnou změnu, která proběhla za posledních 150 let, nebo se jedná o chybu způsobenou odlišným způsobem měření a kvalitou či kalibrací teploměrů? Tým vědců ze Stanfordovy univerzity si položil právě tuto otázku.

Srovnávací studie naměřených teplot

Ve Spojených státech amerických je normální teplota lidského těla měřená buď méně než 37 °C stanovených v 19. století. Předpokládalo se tudíž, že tělesná teplota v průběhu let poklesla. Tým v rámci svého bádání nashromáždil desítky tisíc naměřených hodnot z různých časových období: od veteránů občanské války od 2. poloviny 19. století přes pacienty ze 70. let 20. století až po ty nejnovější – již z 21. století.

Studie hodnotila výsledky měření u 3 kohort: veteránů z občanské války UAWC (Union Army Veterans of the Civil War; n = 23 710; měření v letech 1860–1940), dat získaných jako součást studie NHANES I (National Health and Nutrition Examination Survey I; n = 15 301; 1971–1975) a projektu STRIDE (Stanford Translational Research Integrated Database Environment; n = 150 280; 2007–2017). Naměřená data zahrnuje několik generací obyvatel Spojených států amerických a obsahovala hodnoty mužů i žen různého věku, rasy a hmotnosti, u kterých bylo k dispozici více měření z různých období.

Chyba, nebo dobový kontext?

Teplota lidského těla byla důležitou součástí diagnostiky onemocnění již od počátků klinické medicíny. První teploměry byly ovšem vyrobeny až v 16. a 17. století a první klinicky využitelný teploměr byl zkonstruován v roce 1867 širem Thomasem Cliffordem Allbuttem. Tento 15centimetrový teploměr již lékaři mohli mít pohodlně u sebe v kapse a jeho používání se rychle rozšířilo, na rozdíl od některých předchozích modelů.

Wunderlich během svojí lékařské kariéry naměřil a zaznamenal údaje až 25 tisíc pacientů, a to s pomocí na dnešní poměry velkého teploměru (okolo 30 cm), který vyžadoval až 20minutové měření, což mohlo vést k chybám. Na téma teploty lidského těla a zvýšené teploty jako příznaku onemocnění dokonce napsal celou knihu, v níž v roce 1868 stanovil 37 °C jako tělesnou teplotu zdravého lidského organismu. Nicméně v době, ve které autor žil, činila průměrná délka života 38 let a populace byla sužována mnohými neléčenými onemocněními, jako byly chronické infekce (tuberkulóza, syfilis atd.), ale také neodhalenými nemocemi.

Výsledná zjištění

Citovaná stanfordská robustní retrospektivní studie (celkem 677 423 naměřených hodnot) nakonec zjistila, že průměrná tělesná teplota u mužů a žen (rozdělených dle věku, výšky, hmotnosti a v některých případech také dle data a denní doby měření teploty) se v průběhu let snižovala. Nejvyšší hodnoty byly naměřeny u nejdříve narozených – kohorty UAWC, o něco nižší byly hodnoty ve skupině NHANES I a nejnižší u nejmladší skupiny – kohorty STRIDE. „Zdravá“ tělesná teplota se postupně snižovala o 0,03 °C za každou dekádu. Podobný pokles byl sledovaný ve všech 3 kohortách, což snižuje pravděpodobnost chyby měření.

Závěr

Existuje řada faktorů, jež ovlivňují klidovou rychlost metabolismu a klidovou tělesnou teplotu. Nejpravděpodobnějším vysvětlením pozorovaného poklesu teploty je celkově nižší množství probíhajících zánětů působících zvýšení teploty v populaci. Mnohá onemocnění

byla v průběhu let potlačena – došlo k poklesu míry infekcí tuberkulózy, malárie, zlepšila se dentální péče a spolu s nástupem antibiotik a celkovým ekonomickým rozvojem, respektive zlepšenou životní úrovní a hygienou pravděpodobně došlo ke snížení míry výskytu chronických zánětů v populaci. Tento signifikantní a konstantní pokles tělesné teploty tudíž poskytuje rámec pro pochopení změn v lidském zdraví a dlouhověkosti v průběhu posledních 150 let.

(lexi)

Zdroje:

1. Protsiv M, Ley C, Lankester J et al. Decreasing human body temperature in the United States since the industrial revolution. *eLife* 2020;9:e49555, doi: 10.7554/eLife.49555.
2. Grodzinsky E, Sund Levander M. History of the thermometer. In: Grodzinsky E, Sund Levander M (eds.). *Understanding Fever and Body Temperature*. Palgrave Macmillan, Cham, 2020:25–35, doi: 10.1007/978-3-030-21886-7_3.
3. Wunderlich CA, Seguin E. *Medical thermometry, and human temperature*. New York: William Wood & Co, 1871.

Zdroj: *prolekare.cz*, 28. 2. 2022

Česko žádá 30 tisíc vakcín pro děti z Ukrajiny

Ministerstvo zdravotnictví jedná s EU o dodání zhruba 30 tisíc dávek vakcín pro ukrajinské uprchlíky. Především jde o povinné dětské vakcíny, kterých by mohl být při velkém náporu dětí z Ukrajiny podle některých lékařů nedostatek.

„Budu mít příští týden jednání v Bruselu s ministry zdravotnictví zemí EU, kde tento požadavek znovu vznesu. Myslím si, že tento problém vyřešíme v řádu týdnů,“ řekl včera šéf resortu Vlastimil Válek (TOP 09) po jednání s eurokomisařkou pro zdravotnictví a bezpečnost potravin Stellou Kyriakidesovou. Aktuálně podle něj není problém v tom, že by nebylo čím děti z Ukrajiny očkovat, a nehrozí, že by to bylo na úkor českých dětí, ubezpečil.

Exministr zdravotnictví a vakcinolog Roman Prymula upozornil, že problém by mohl nastat s vakcínami proti tuberkulóze. Původní výroba v Dánsku skončila, převedla se do Británie a nyní se odebírá látka z Polska, uvedl. Nad rámec běžných dodávek ale mohou, jak řekl, dodat jen 15 tisíc dávek, což není mnoho.

Potřeby dostupné péče a očkování pro ukrajinské uprchlíky včetně dětí si je vědoma i EU. „Je důležité, aby bylo možné poskytnout uprchlíkům nejen očkování proti covidu, ale i proti jiným chorobám,“ uvedla eurokomisařka.

Aktuálně státy řeší, jak se dostat k očkovacím průkazům a další dokumentaci, kterou by mohli uprchlíci předložit zdravotníkům v hostitelské zemi. Někteří mají část dokumentů v elektronické podobě a mohli by se k ní dostat.

„EU se teď rozhodla vyslyšet naše doporučení a zkusí centrálně přes vládní struktury dokumentaci získat. Ale byť je válka, tak stále platí GDPR a je také potřeba překlad do češtiny,“ přiblížil Válek překážky. Získání dokumentů může mnohým pomoci vyhnout se přeočkování. Podle nedávného doporučení České vakcinologické společnosti se ti, kteří je nemohou doložit, automaticky berou jako neočkovaní. Při přílivu příchozích by to ale mohl být problém. „Znamenalo by to, že by se těm, kteří nedoloží očkování, muselo zahájit kompletně znova, což se nám zdá nerealistické,“ upozornil předseda společnosti Roman Chlíbek.



Chystá se proto nové doporučení, na němž se podílejí pediatri a praktici. „Pokud nedoloží nic, tak je jakési minimum aplikace očkování proti spalničkám, a pak proti záškrtu, tetanu a černému kašli. Zjednodušeně řečeno by člověk dostal od každého aspoň jednu dávku, abychom měli jistotu, že tam nějaká ochrana je,“ řekl Chlíbek.

Nebezpečí podle něj nehrozí dětem ani v případě, že by už dříve byly plně naočkované. Uvažovalo se i o tom, že by mohli rodiče dát čestné prohlášení, že děti očkovány byly. K tomu ale mají odborníci výhrady. „Ani českým rodičům se toto neuznává. To by byl dvojitý metr, i když chápeme, že je mimořádná situace,“ doplnil.

Test protilátek?

Válek zmínil také možnost nechat si změřit protilátky proti uvedeným nemocím, jak to umožňuje vyhláška. U dětí jde např. o žloutenku typu B, u dospělých i o spalničky. „U řady onemocnění není hranice ochrany stanovena a běžně se to nedělá. V doporučení proto máme, že nedoporučujeme vyšetření hladiny protilátek v souvislosti s očkováním,“ sdělil Chlíbek.

Odběr krve pro takové vyšetření mohou udělat přímo pediatri v ordinaci a poté poslat k rozboru do laboratoře. Vyšetření za několik stovek korun za odběr na jednu infekční chorobu dělají i soukromé laboratoře, třeba proti spalničkám, tetanu nebo žloutence typu B. Možné je ale udělat i hromadný odběr. Zřejmě ale za vyšší cenu. Pojišťovny testy na protilátky nehradí.

Zdroj: novinky.cz, 26. 3. 2022

Lékařníci připravili návod, jak zjistit české varianty ukrajinských léků

Česká lékařnická komora (ČLnK) připravila pro lékaře a lékárníky manuál pro vyhledávání českých ekvivalentů ukrajinských léků pro pacienty z řad uprchlíků. Pomůže jim vyhledat přípravky se stejnou účinnou látkou.

Podle odhadů může být v ČR už více než 300 000 uprchlíků z Ukrajiny, zhruba polovina z nich jsou děti. Seniorů, kteří nejčastěji trpí chronickými nemocemi, je méně než deset procent.

„Někteří z nich jsou chronicky nemocní a užívají pravidelně léky. Ti potřebují pokračovat v nastavené léčbě,“ uvedla na webu mluvčí komory Michaela Bažantová. V manuálu je popsáno, jak najít lék na stránkách ukrajinského ministerstva zdravotnictví a zjistit jeho účinnou látku.

Při vyhledávání může být problémem i odlišné písmo cyrilice, je možné ale používat například virtuální ukrajinskou klávesnici na webu. Ve spolupráci s členkou komory, lékárníkem ukrajinské národnosti Gannou Papishovou, která pracuje v lékárně v Rychnově nad Kněžnou, připravila ČLnK kromě manuálu také slovníček základních jednotek používaných v lécích nebo lékových forem včetně fonetického přepisu.

Podle lékařů zatím uprchlíci z Ukrajiny vyhledávají zdravotní péči nejčastěji s akutními problémy způsobenými komplikovanou cestou ze země, jako je nachlazení nebo různé střevní potíže. Chronicky nemocným ale budou postupně docházet jejich předepsané léky.

Starším lidem ale mohou lékaři některé nemoci nově diagnostikovat, protože například cukrovka nebo vysoký krevní tlak jsou podle nich na Ukrajině poddiagnostikovány.

Zdroj: novinky.cz, 30. 3. 2022

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

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

666 1-22

Předám ordinaci PLDD v Příbrami tel: 604 230 605

V regionu se mi nepodařilo sehnat nástupce do ordinace, praxi hodlám ukončit během letošního roku.

667 1-22

Přenechám velkou dobře zavedenou **praxi** (s.r.o.) PLDD v menším městě **v severovýchodních Čechách**. Možnost převodu v lednu 2022. Kontakt: 731 159 960

668 2-22

Hledám nástupce do dobře zavedené ordinace PLDD

v Praze 8, nyní i souběh s alergologickou praxí. Ordinace je v budově zdravotního střediska, kde jsou dále i ordinace VPL, gynekologie, stomatologie, rehabilitace, logopedie a odběrové místo laboratoře. Kontakt: 603 851 692

669 2-22

Hledám nástupce do ordinace PLDD **Praha 13**. Ukončení praxe koncem roku 2022. Velmi schopná sestra. Dle dohody. Tel.: 251 617 339

670 2-22

Hledám pediatra k převzetí praxe v blízkosti **Valašského Meziříčí**. Kontakt 739 045 007

671 3-22

Do dobře zavedené ordinace **v Praze 9 hledám pediatra na zástup 1×–2× týdně** s postupným převzetím praxe. Kontakt: 724 107 469

672 3-22

Hledám PLDD na částečný úvazek do zavedené ordinace na **Praze 10**. Příjemné prostředí i kolektiv, dobré finanční ohodnocení, podpora dalšího vzdělávání, příspěvek na stravování, 5 týdnů dovolené, možnost parkování v areálu s ordinací. Kontakt: MUDr. Kufnerová, 725 193 277, andrea@pediatrie-hostivar.cz

673 3-22

Hledám nástupce do ordinace PLDD ve **Veselí nad Moravou**. Telefon 723 167 628.

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

AIDIAN

Váš spolehlivý partner v oblasti diagnostiky již 30 let.



Váš **pomocník** při rozhodování o léčbě.

QuikRead go®

Rychlý multifunkční
plně automatizovaný
POCT analyzátor

Výsledky jako z laboratoře
(metoda imunoturbidimetrie)

CRP / CRP+Hb / Strep A
/ iFOBT / HbA1c



Podpořte boj proti mikrobiální rezistenci na ATB testováním

- CRP a Strep A na přístroji QuikRead go®
- moči pomocí testů Uricult® (cenově výhodné, zvýšená úhrada ZP)



www.tackleadmr.com

Rozšiřujeme nabídku v oblasti **POCT**!

BIOSYNEX LabPad® EVOLUTION

- Multifunkční přístroj
 - **T SMART** PT/INR
 - **K SMART** COVID-19 IgG kvantitativně, IgM, Antigen
- Přesný a rychlý (INR < 1 min)
- Snadné a komfortní použití
- Výsledek ve 3 krocích
- Kompaktní rozměry
- Zavedená kvalita

NOVINKA
v našem
portfoliu



Více informací na www.aidian.cz nebo nás kontaktujte: info@aidian.cz, +420 602 710 657
Aidian (dříve Orion Diagnostica)

Havrix

JUNIOR MONODOSE
Vakcína proti hepatitidě A

Efektivní a dlouhodobá ochrana před hepatitidou typu A již ve 2 dávkách¹

HAVRIX JUNIOR MONODOSE NABÍZÍ FLEXIBILNÍ OČKOVACÍ SCHÉMA*

Očkování vakcínou Havrix Junior monodose se skládá ze 2 dávek.¹



1. dávka
den 0¹



2. dávka
za 6 až 12 měsíců
po 1. dávce¹

První se aplikuje ve zvolený den, druhou dávku se doporučuje podat kdykoli v době od 6 měsíců do 5 let, přednostně mezi 6. a 12. měsícem po první dávce.¹

K očkování **děti od 1 roku do 15 let (včetně)** je určena vakcína Havrix Junior monodose. K očkování **dospělých a dospívajících od 16 let výše** je určena vakcína Havrix.¹

References: 1. SPC Hawk a Hawk Junior monospace, typen 2021, dostupné na www.goldenspark.com.cz.

Zdravotný stav a úroveň prípravy

[illegible]

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

PM-CZ-HAV-ADVT-210001, schváleno 01/2022