

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX

PEDIATRIAE

červen 2022

číslo 6 • ročník 22



téma čísla

Poruchy sluchu a rovnováhy



- Ceník služeb v ordinaci PLDD nehrazených z v.z.p.
- Benigní paroxysmální polohové vertigo
- Etiopatogeneze vad a poruch sluchu u dětí
- Monkeypox, opičí neštovice
- Vyšetření sluchu u nejmenších dětí za použití metod evokovaných potenciálů a jeho limity
- Vyhláška č. 97/2022 Sb., k provedení některých ustanovení zákona o zdravotnických prostředcích týkajících se elektronických poukazů
- Role vestibulárního systému při vývoji dítěte a projevy jeho nedostatečnosti



HPV SI NEVYBÍRÁ

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

Od 1. 1. 2022 plně hrazeny všechny vakcíny proti HPV včetně Gardasil®9.

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

Složení: 1 dávka (0,5 ml) obsahuje přibližně Papilomavir humani typus 6 proteinum L1 30 µg, Papilomavir humani typus 11 proteinum L1 40 µg, Papilomavir humani typus 16 proteinum L1 60 µg, Papilomavir humani typus 18 proteinum L1 40 µg, Papilomavir humani typus 31 proteinum L1 20 µg, Papilomavir humani typus 33 proteinum L1 20 µg, Papilomavir humani typus 45 proteinum L1 20 µg, Papilomavir humani typus 52 proteinum L1 20 µg, Papilomavir humani typus 58 proteinum L1 20 µg. Amorní aluminium-hydroxyfosfát-sulfát jako adjuvans (0,5 mg Al). **Indikace:** aktivní imunizaci jedinců ve věku od 9 let proti následujícím HPV onemocněním: premaligní léze a cervikální, vulvální, vaginální a anální karcinomy způsobené HPV typy obsaženými v očkovací látce; genitální bradavice (*Condyloma acuminata*) způsobené specifickými HPV typy. **Dávkování a způsob podání:** Jedinci ve věku 9 až 14 let včetně v době podání první injekce: Přípravek Gardasil 9 lze podat podle dvoudávkového schématu (0, 6–12 měsíců). Druhá dávka se má podat 5 až 13 měsíců po první dávce. Pokud je druhá dávka podána dříve než 5 měsíců po první dávce, vždy se má podat třetí dávka. Přípravek Gardasil 9 lze podat podle třídávkového schématu (0, 2, 6 měsíců). Druhá dávka se má podat nejmenší jeden měsíc po první dávce a třetí dávka se má podat nejmenší 3 měsíce po druhé dávce. Všechny tři dávky mají být podány v průběhu jednoho roku. Jedinci ve věku 15 let a starší v době podání první injekce: Přípravek Gardasil 9 se má podat podle třídávkového schématu (0, 2, 6 měsíců). Druhá dávka se má podat nejmenší jeden měsíc po první dávce a třetí dávka se má podat nejmenší 3 měsíce po druhé dávce. Všechny tři dávky mají být podány v průběhu jednoho roku. Doporučuje se, aby jedinci, kteří dostanou jako 1. dávku přípravek Gardasil 9, dokončili 3dávkové očkovací schéma přípravkem Gardasil 9. Potřeba posilovacích dávek nebyla stanovena. Studie se smíšeným (zaměnitelným) režimem očkovacích látek nebyly s přípravkem Gardasil 9 provedeny. Jedinci dříve očkovaní v 3dávkovém schématu kvadrivalentní očkovací látkou proti HPV typům 6, 11, 16 a 18, mohou dostat 3 dávky přípravku Gardasil 9. **Pediatrická populace (dítě ve věku < 9 let):** Bezpečnost a účinnost přípravku Gardasil 9 u dětí ve věku méně než 9 let nebyla stanovena. **Populace žen ve věku ≥ 27 let:** Bezpečnost a účinnost přípravku Gardasil 9 u žen ve věku 27 let a více nebyla studována. Očkovací látku je nutno aplikovat intramuskulární injekcí (preferuje se oblast deltového svalů horní paže nebo horní anterolaterální oblast stehna). Přípravek Gardasil 9 nesmí být aplikován intravaskulárně, subkutánně nebo intradermálně. Očkovací látku nesmí být smíchána s žádnou jinou očkovací látkou ani roztokem v jedné injekční stříkačce. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku. Jedinci s hypersenzitivní reakcí po předchozí aplikaci přípravku Gardasil 9 nebo Gardasil/Silgard nesmí dostat přípravek Gardasil 9. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Musí být k dispozici odpovídající lékařská péče a dohled pro případ vzácných anafylaktoidních reakcí po podání očkovací látky. Zejména u dospívajících může v důsledku psychogenní reakce na vprch jehly dojít po jakémkoliv očkování, nebo dokonce i před ním, k synkopě (mdlobám), někdy doprovázené pádem. Při probírání se z mdlob se mohou objevit některé neurologické projevy, jako jsou předchozí poruchy vidění, parézy a tonicko-klonické pohyby končetin. Proto mají být očkovaní jedinci sledováni přibližně 15 minut po podání očkovací látky. U jedinců s akutním závažným febrilním onemocněním je třeba očkování odložit. Méně závažné infekce jako mírný zánět horních cest dýchacích nebo horečka nízkého stupně nejsou kontraindikací k imunizaci. Stejně jako u jakéhokoli očkovací látky nemusí očkování přípravkem Gardasil 9 zajistit ochranu všem očkovaným. Očkovací látka chrání pouze proti onemocněním, která jsou způsobena typy HPV, na které je očkovací látka zaměřena. Proto je nezbytné i nadále používat vhodná opatření proti současně přenosným onemocněním. Očkovací látka je pouze k profylaktickému použití a nemá žádný účinek na aktivní infekci HPV nebo klinicky prokázané onemocnění. Není také určena k prevenci progresu jiných zjištěných lézí souvisejících s HPV. Přípravek Gardasil 9 nezabírá žádným způsobem typem HPV obsaženým v očkovací látce u jedinců již infikovaných tímto HPV typem v době očkování. Protože žádná očkovací látka nemá 100% účinnost a přípravek Gardasil 9 neposkytuje ochranu proti všem typům HPV nebo proti infekci HPV přítomné v době očkování, zůstává cervikální screening klíčový důležitý a musí probíhat v souladu s lokálními doporučeními. Nejsou k dispozici žádné údaje ohledně použití přípravku Gardasil 9 u jedinců s poruchou imunitní odpovědi. Jedinci s poruchou imunitní odpovědi v důsledku užívání účinné imunosupresivní léčby, genetické poruchy, infekce virem lidské imunodeficiency (HIV) nebo dalších příčin nemusí na očkovací látku reagovat. U jedinců s trombocytopenií nebo jakoukoliv jinou poruchou srážlivosti musí být tato očkovací látka aplikována s opatrností kvůli možnému krvácení po intramuskulární aplikaci. Nejsou k dispozici žádné údaje týkající se bezpečnosti, imunogenity nebo účinnosti, které by podpořily zaměnitelnost přípravku Gardasil 9 s bivalentní nebo kvadrivalentní očkovací látkou proti HPV. **Interakce:** Bezpečnost a imunogenita u jedinců, kteří dostali imunoglobuliny nebo krevní deriváty v průběhu 3 měsíců před očkováním, nebyla v klinických studiích hodnocena. **Použití s dalšími očkovacími látkami:** Gardasil 9 může být podán současně s kombinovanou posilovací (booster) očkovací látkou obsahující difteri (d) a tetanus (T) buď spertus (acelulární komponenta) (ap) a/nebo s poliovirusem (inaktivovaný) (IPV) (očkovací látky dT(aP, dT-IPV, dT(aP-IPV)). **Použití s hormonální antikoncepcí:** V klinických studiích 60,2 % žen ve věku 16 až 26 let, kterým byl aplikován přípravek Gardasil 9, užívalo v průběhu očkovací fáze klinické studie hormonální antikoncepci. Nezdálo se, že by užívání hormonální antikoncepce ovlivňovalo typově specifickou imunitní odpověď na přípravek Gardasil 9. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Nejsou k dispozici žádné údaje u lidí ohledně účinku přípravku Gardasil 9 na fertilitu. Studie na zvířatech nenaznačují škodlivé účinky na fertilitu. Údaje získané z rozsáhlého souboru těhotných žen (více než 1000 ukončených těhotenství) nenaznačují žádné malformační účinky nebo fetální/neonatální toxicitu přípravku Gardasil 9. Studie na zvířatech neprokazují reprodukční toxicitu. Nicméně tyto údaje nejsou považovány za dostačující pro to, aby mohlo být použito přípravku Gardasil 9 doporučeno v průběhu těhotenství. Očkování musí být odloženo až po ukončení těhotenství. Přípravek Gardasil 9 lze během kojení aplikovat. **Nežádoucí účinky:** Celkem 15 776 jedinců (10 495 jedinců ve věku 16 až 26 let a 5 281 dospívajících ve věku 9 až 15 let při zařazení do studie) byl podán přípravek Gardasil 9. Několik jedinců (0,1 %) sklonilo kvůli nežádoucím účinkům. Nejčastějšími nežádoucími účinky pozorovanými po aplikaci přípravku Gardasil 9 byly reakce v místě aplikace injekce (84,8 % očkovaných jedinců v průběhu 5 dnů po některé z očkovacích návštěv) a bolest hlavy (13,2 % očkovaných jedinců v průběhu 15 dnů následujících po některé z očkovacích návštěv). V jedné z těchto klinických studií, která zahrnovala 1 053 zdravých dospívajících ve věku 11 až 15 let, se ukázalo, že pokud došlo k aplikaci první dávky přípravku Gardasil 9 současně s posilovací dávkou kombinované vakcíny proti difterii, tetanu, pertusi (acelulární komponenta) a polioviruse (inaktivovaný), bylo hlášeno více nežádoucích účinků, jako jsou reakce v místě aplikace injekce (otok, erytém), bolest hlavy a pyrexie. Pozorované rozdíly byly < 10 % a u většiny subjektů byly hlášeny nežádoucí účinky mírné až střední intenzity. **Uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte předplněnou injekční stříkačku ve vnější krabičce, aby byl přípravek chráněn před světlem. Přípravek Gardasil 9 musí být po vyjmutí z lednice podán co nejdříve je to možné. Stabilní údaje naznačují, že složky vakcíny jsou stabilní po dobu 96 hodin, pokud jsou uchovávány při teplotách od 8 °C do 40 °C nebo po dobu 72 hodin, pokud jsou uchovávány při teplotách od 0 °C do 2 °C. Po uplynutí této doby musí být přípravek Gardasil 9 použit nebo zlikvidován. Tyto informace jsou určeny pouze pro zdravotnické pracovníky v případě dočasného teplotního výkyvu. **Léková forma:** Injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Čirá tekutina s bílou sraženinou. **Držitel rozhodnutí registrace:** MSD VACCINES, 162 avenue Jean Jaurès 69007 Lyon, Francie.

Registrační číslo: EU/1/15/1007/002 **Datum revize textu:** 10.11.2021 **RCN 0000021080-CZ**
*Všimněte si, prosím, změny souhrnu informací o přípravku
Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznámte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

MSD
© Copyright Merck Sharp & Dohme s.r.o., 2021. Všechna práva vyhrazena.
Merck Sharp & Dohme s.r.o., Na Valentince 3336/4, 150 00 Praha 5, Česká republika
Tel.: +420 277 050 000, e-mail: dpoc_czechoslovak@merck.com, www.msd.cz
CZ-GSL-00210 (3.0), datum přípravy materiálu: leden 2022

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

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Informace SPLDD	6
	- Usnesení regionální konference regionu Severní Morava a Slezsko - Usnesení konference Východočeského regionu SPLDD - Usnesení Sněmu SPLDD ČR 20.–22. 5. 2022, Skalský dvůr - Elektronické předepisování zdravotnických prostředků - Odměňování zaměstnanců - Posudková činnost ve vztahu k osobám vykonávajícím dozor na zotavovacích akcích (např. letních táborech)	
	Ceník služeb v ordinaci PLDD nehrazených z v.z.p. dle vyhlášky č. 134/1998 Sb. – vzor	10
	Monkeypox, opičí neštovice	12
	Případy opičích neštovic hlášené ve Spojeném království (UK) a Portugalsku	15
	MUDr. Milan Cabrnach, MBA Elektronický očkovací průkaz	17
	MUDr. Vít Kruntorád Role vestibulárního systému při vývoji dítěte a projevy jeho nedostatečnosti	19
	Doc. MUDr. Mojmír Lejska, CSc., MBA Benigní paroxysmální polohové vertigo	24
	Doc. MUDr. Mojmír Lejska, CSc., MBA Vyšetření sluchu u nejmenších dětí za použití metod evokovaných potenciálů a jeho limity	27
	Doc. MUDr. Mojmír Lejska, CSc., MBA Etiopatogeneze vad a poruch sluchu u dětí	31
	Aktuality	34
	Řádková inzerce	38
	Vyhláška č. 97/2022 Sb., vyhláška k provedení některých ustanovení zákona o zdravotnických prostředcích týkajících se elektronických poukazů	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

AIDAN

Dr Kondrad pharma

GSK

MERCK

Olivova dětská léčebna

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX
PEDIATRIAE

www.detskylekar.cz

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

Foto na titulní straně poskytl UNICEF

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

Vydavatel:

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

Redakce VOX:

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

Inzerce: Jana Machalíková

GSM: 737 071 353 – jen pro inzerty
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.



Vážené a milé kolegyně a kolegové,

dlouho jsem přemýšlela o tématu tohoto příspěvku.

Námětů je mnoho: dva roky bojujeme s covidem, následně vysokou nemocností u dětí, stále tíživěji na nás doléhá nedostatek PLDD. Sotva jsme si trochu oddechli a začali se těšit na nastávající jaro – propukla válka na Ukrajině, z okolních států přicházejí zprávy o závažné hepatitidě ohrožující malé děti. Jsme přetížení a unaveni z nekonečných telefonátů, mnozí kolegové a kolegyně již nejsou schopni přijímat nové pacienty. Administrativní zátěž se spíše zvyšuje, než aby poklesla.

Co tedy vybrat? A shoda okolností mi napověděla téma.

Vloni kontaktoval zástupce PLDD soudce Krajského soudu Ústí nad Labem ohledně péče o děti. Jednalo se zejména o spolupráci mezi soudy, rodiči, OSPOD a pediatrií (týrané děti, střídavá péče, adopce). A nyní se objevila další dobrá zpráva z této oblasti!

Na konferenci Severočeského regionu mě zaujala přednáška organizace Bateau, která poskytuje komplexní poradenství a pomoc – využívá kromě jiného názorných obrazových materiálů pro děti, rodiče a lékaře. Vzorové těchto materiálů jsme dostali do našich ordinací, např. komiksovou formou zpracované brožurky pro děti i rodiče.

Zaradovala jsem se, že se události daly do pohybu.

Ale realita všedního dne je, bohužel, odlišná.

Po návratu z konference jsem se setkala s případem nezletilé matky batolete s těžkou vrozenou srdeční vadou po dvou kardiologických operacích. Matka žila i s dítětem v diagnostickém ústavu. Po dosažení plnoletosti ústav opustila a v následujícím měsíci porodila své druhé dítě. Měla problémy s bydlením, nesehnala registrujícího PLDD. Přesto byla propuštěna s hraničně zralým novorozencem z porodnice bez jakékoli další podpory ze strany rodiny a OSPOD. S oběma dětmi pak matka cestovala vlakem po celé republice od jednoho příbuzného k druhému. Novorozence měsíc po porodu nikdo nevyšetřil. Jeho starší sourozenec se srdeční vadou vypadl z dispenzarizace.

Prostě matka vypadla ze systému a o to, jak je postaráno o její děti, se již nikdo nestaral.

Dále se na mne obrátila 15letá dívka se závažnými problémy ve vztahu s matkou, trpící depresemi se sklonem k sebepoškození. Potíže má již několik let, ale nikomu se nesvěřila. Nyní je v péči psychiatra. Jelikož se rodina opakovaně stěhuje, její případ si předávala tři pracoviště OSPOD, než se situaci nakonec podařilo vyřešit. Dívka se pak dostala do péče svého biologického otce.

Vzápětí po vyřešení této situace mne požádala Policie ČR o zprávu o zdravotním stavu dítěte v pěstounské péči pro podezření ze zneužívání.

Týž den dostala kolegyně oznámení o náhlém úmrtí batolete z problematické rodiny. Paní doktorka opakovaně upozorňovala OSPOD na závažné zanedbávání dětí v této rodině, ovšem bez výraznějšího efektu.

Myslím, že všichni jsme se s takovými smutnými případy opakovaně setkali.

Řešíme případy ohrožených, zanedbávaných a týraných dětí, tahanice o děti rozvádějících se rodičů, potíže dětí ve střídavé péči, šikanu ve školách, záškoláctví a podobně.

Potřebovali bychom mnohem větší podporu ze strany dalších institucí, jako jsou například OSPOD, OSSZ, školy, SPC, dětská a novorozenecká oddělení.

Spolupráce, která dříve více méně fungovala, nyní dle zkušeností mých i mnohých kolegů a kolegyní začíná povážlivě skřípat.

Pro tyto instituce jsme povinni v zákonné lhůtě vyhotovit řadu různých zpráv, potvrzení a posudků, ale zpětnou vazbu již často nedostaneme. Občas nemáme přehled o dětech ze sociálně slabých rodin propuštěných z porodnice nebo z dětského oddělení. Zprávu o případném trestním stíhání mladistvého se dozvíme (pokud vůbec) až od jeho rodičů.

Nemáme k dispozici ani zprávy o úmrtí dítěte. Často nedostáváme zprávy o zařazení dítěte do speciální či praktické školy nebo oznámení o změně opatrovníka dítěte.

Některé školy s PLDD spolupracují velmi dobře, ale jiné pouze neustále zarytě vyžadují omluvenky od lékaře.

V den, kdy jsem napsala tento postřeh, mi došlo poštou nové číslo časopisu VOX s podrobnou a velmi užitečnou přílohou „Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě v ordinaci PLDD“.

Jako na zavolanou! Zdá se tedy, že můžeme doufat ve zlepšení situace.

S přáním krásného jara a lepších časů

Helena Valentová

předseda regionu Libereckého



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

- Květen přinesl krásné jarní počasí, ale stále přetrvávala vysoká nemocnost dětí, která klesala až ke konci měsíce. Rychlý nástup pylové sezóny zvýšil počet dětí s potížemi a nadále jsme ošetřovali děti s planými neštovicemi. Zejména toto téma vzbudilo pozornost médií, a to jsme ještě netušili, že se budeme zabývat nově i opičími neštovicemi.
- Probíhala intenzivní jednání nad úhradami za poskytování zdravotních služeb v roce 2023. Na jednáních s ministrem zdravotnictví byli opakovaně zástupci segmentů upozorněni, že finance pro rok 2023 jsou limitovány státním rozpočtem. Ministr zdravotnictví prof. Válek přislíbil akceptovat dohody jednotlivých segmentů a nepreferovat ty segmenty, které se nedohodnou. Upozorňovali jsme na stále se zvyšující platby za energie a ostatní nákladové položky nutné pro provoz ambulancí. Netrpělivě očekáváme rozhodnutí, v jaké výši bude odvádět stát zdravotní pojištění za státní pojištěnce. Opakovaně jsme na Radě poskytovatelů doporučovali navýšování platby státu za státní pojištěnce a zavedení valorizačního mechanismu.
- 26. května jsme se po komplikovaných předchozích jednáních dohodli za segment praktických lékařů se zdravotními pojišťovnami na úhradovém dodatku pro rok 2023.
- Probíhala další jednání pracovní skupiny MZ ČR, která se zabývá problematikou poskytování zdravotní péče ukrajinským uprchlíkům. Kromě PLDD se ukrajinským dětem věnují i tzv. UA pointy při dětských odděleních FN. Ve spolupráci MZ ČR a VZP byl navržen nový výkon úhrady pro komplexní vyšetření ukrajinského uprchlíka, který jsem za Sdružení odmítla pro jeho nedostatečnou úhradovou výši. Kapacitně přetížené jsou ordinace PLDD zejména v Praze, v Brně a některých dalších lokalitách s vyšší koncentrací ukrajinských dětí.
- Na jednání Rady poskytovatelů jsem požádala ministra zdravotnictví o prodloužení bezsankčního období pro vykazování tzv. eOčkování v systému SÚKL a zjednodu-

šení celé agendy, neboť realizace má řadu problémů a nebyla u velké části praktických lékařů doposud zavedena v praxi. Na SÚKL jsme zaslali řadu podnětů, které nám komplikují elektronické vykazování očkování.

- Po 3 letech se konal ve dnech 20.–22. května Sněm SPLDD v hotelu Skalský dvůr. Pověření okresní zástupci, regionální výbory a předsednictvo SPLDD se po dva dny zabývali aktuální problematikou ordinací PLDD, z nichž nejdůležitější je nedostatek PLDD a přetížené ordinace PLDD, nedostatek mladých PLDD a dále také otázkou, jak zvládnout ošetření ukrajinských dětí. Vyslechli jsme si zástupce VZP, SZP a správní rady VZP. Diskutovali jsme nad prezentacemi zástupce ÚZIS RNDr. Mužíka, zejména daty o počtech a kapacitách PLDD.

4. 5. 2022 uspořádalo Sdružení další v řadě webinářů, tentokrát na téma preventabilních infekcí a jejich možném návratu v souvislosti s migrační vlnou vyvolanou válečným konfliktem na Ukrajině. Věnovali jsme se podrobně také problematice TBC.

5. 5. 2022 proběhlo další kolo jednání dohodovacího řízení segmentu praktických lékařů pro úhrady v roce 2023. Nepodařilo se dojít k dohodě.

6. 5. 2022 se uskutečnilo jednání se zástupci VZP k možnosti zavedení rozšířených praxí PLDD, které by zlepšovaly dostupnost zdravotní péče pro ukrajinské děti. SPLDD předložilo projekt, který by mohl dostupnosti pomoci, a to nejen v Praze, kde je situace nejsložitější.

17. 5. 2022 se konalo na půdě MZ ČR další jednání Rady poskytovatelů, zaměřené zejména na problematiku úhradové vyhlášky pro rok 2023. Prohlášení Rady poskytovatelů naleznete níže. Na program jednání jsem zařadila i problematiku elektronického očkovacího průkazu, očekáváme další kroky ministra.

19. 5. 2022 proběhlo další jednání segmentu praktických lékařů v rámci dohodovacího řízení, opět nedošlo k dohodě.

20.–22. 5. 2022 se sešli zástupci PLDD na dvoudenním jednání Sněmu SPLDD. Usnesení sněmu a prohlášení sněmu naleznete na dalších stránkách našeho časopisu a také na www.detskylekcar.cz.

26. 5. 2022 jsme se sešli se zástupci zdravotních pojišťoven opět nad úhradovou vyhláškou pro rok 2023, jednání skončilo dohodou.

27. 5. 2022 se konal na půdě ČSSZ kulatý stůl se zástupci lékařských organizací s tématem elektronizace některých agend. Diskutována byla elektronizace lékařského nálezu pro posouzení zdravotního stavu, dále problematika elektronické neschopenky, elektronického OČR při nemoci a při karanténě. Potřebné úpravy, které by nám usnadnily práci, však vyžadují mj. novelu zákona, a tak je otázkou, kdy se změn dočkáme.

■ Usnesení Rady poskytovatelů MZ ČR

- Rada poskytovatelů upozorňuje na enormní nárůst nákladů zdravotnických zařízení a podporuje snahu ministra zdravotnictví o nárůst finančních prostředků směřujících do systému veřejného zdravotního pojištění. V případě pouze minimálního navýšení finančních prostředků upozorňujeme na reálné ohrožení kvality a dostupnosti péče.
- Opakovaně doporučujeme navýšování platby státu za státní pojištěnce a zavedení valorizačního mechanismu.
- Opakovaně doporučujeme posílení role pacienta v systému veřejného zdravotního pojištění.
- Důrazně nedoporučujeme navýšování tabulkových platů ve zdravotnictví. Jejich navýšení by v současné době vedlo k ohrožení existence mnoha nejen lůžkových zdravotnických zařízení.



Informace SPLDD

■ Usnesení regionální konference regionu Severní Morava a Slezsko ze dne 30. 4. 2022 v Olomouci

Konference vyslechla zahájení konference a návrh programu

Konference konstatovala, že není přítomna nadpoloviční většina členů SPLDD regionu SM a Slezsko, a proto ukončila své jednání pro neschopnost se usnášet.

Konference zvolila jako náhradní termín konání konference sobotu 30. 4. 2022 od 15:15 h

V uvedenou dobu konference vyslechla opětovné zahájení a schválila původní program. Zvolila: komisi mandátovou ve složení: Veronika Halašková, Radka Olšarová, Ludmila Nováková, návrhovou komisi ve složení: Petr Kadleček, Pavla Tvrdoňová, Aleš Polách

Konference konstatovala, že je přítomno 21 členů a je usnášeníschopná.

Konference vyslechla

- zprávu o činnosti regionu Severní Morava a Slezsko Michala Pukovce a zprávu Petra Kadlečka za Olomoucký kraj
- zprávu Radmily Olšarové o hospodaření regionu za rok 2021 a návrh rozpočtu regionu na rok 2022
- Konference odhlasovala návrh rozpočtu regionu Severní Morava a Slezsko na rok 2022

Konference byla seznámena se zprávou kontrolní komise Ivany Vašíčkové
Konference bere na vědomí na základě přednesené zprávy, že nebyly zjištěny nesrovnalosti v hospodaření

Konference vyslechla vystoupení předsedkyně SPLDD ČR Ilony Hülleové:

- Vzdělávání v oboru pediatrie
- Akreditace v oboru pediatrie
- Generační výměna
- Finanční situace v ordinacích a seznam výkonů
- Péče o ukrajinské děti
- Situace v LPS

Konference konstatuje, že mnozí absolventi se zájmem o práci v primární péči jsou od-

mítáni primární dětských oddělení z důvodu nedostatku míst, i když by měli přijímat k pokrytí primární péče 2× více absolventů.

Konference konstatuje, že administrativní činnosti PLDD nadměrně stoupají.

Konference opět konstatuje, že základ zdravotní péče je v primární sféře.

Konference podporuje návrhy ke změně zákona o specifických zdravotních službách ke snížení administrativní zátěže v ordinacích PLDD.

Konference děkuje všem členům, kteří se aktivně podíleli na zvládnutí pandemie COVID-19.

Konference odsuzuje bezprecedentní agresi Ruska vůči suverénnímu státu Ukrajina, což vede k obrovské migrační vlně.

Konference žádá všechny členy, aby se v mezích svých možností pomohli postarat o děti přicházející z Ukrajiny.

Konference konstatuje, že mnohé ordinace pracují na pokraji svých sil a nebudou moci v brzké době situaci zvládnout

Konference konstatuje, že stav LPS v okresech je tristní a je bezpodmínečně nutná systémová změna celé LPS, odmítáme nátlakové akce realizované formou správního řízení.

Konference konstatuje, že celý obor pediatrie se nachází ve stavu obrovského marasmu a jen díky naší poctivé práci zatím obor nezkolaboval.

Konference konstatuje, že bez koncepčních opatření hrozí riziko zániku oboru pediatrie jako oboru primární péče.

Konference pověřuje představitele regionu k jednání o návrhu koncepčních změn s představiteli státní správy.

Konference jako každoročně vyzývá členskou základnu k vyšší účasti na akcích SPLDD.

Konference bere na vědomí, že příští regionální konference se bude konat během března až dubna 2023, termín bude upřesněn. Místo konání bude v Ostravě, v hotelu Vista

Konference schválila, že i v roce 2023 bude konference jednodenní a bude se konat ve všední den, pravděpodobně ve čtvrtek.

V Olomouci 30. 4. LP 2022

MUDr. Michal Pukovec

MUDr. Pavla Tvrdoňová

■ Usnesení konference Východočeského regionu SPLDD konané dne 7. 5. 2022

Mandátová komise: MUDr. Bartošová, MUDr. Janečková, MUDr. Prokopová
Návrhová komise: MUDr. Vrubelová, MUDr. Plšek, MUDr. Svobodová,
Prezentace firem Aidian, GSK, Sanofi
Odborná přednáška MUDr. Slezáka „Men ACWY“

1. Konference bere na vědomí zprávu o činnosti SPLDD Královehradeckého kraje, kterou přednesl MUDr. Hrunka.
2. Konference bere na vědomí zprávu o činnosti SPLDD Pardubického kraje, kterou přednesla MUDr. Vrubelová
3. Konference bere na vědomí zprávu o hospodaření SPLDD VČ regionu za rok 2021, kterou přednesla MUDr. Rottová
4. Konference bere na vědomí zprávu kontrolní komise za rok 2021, kterou přednesla MUDr. Korotvičková
5. Konference schválila jednohlasně rozpočet SPLDD VČ regionu na rok 2022
6. Konference si vyslechla projev předsedkyně SPLDD ČR MUDr. Hülleové (e-očkování, e-OČR, nedostatek mladých lékařů PLDD, generační výměna, LPS)
7. Konference vyzývá členskou základnu k hlášení NÚ léků a vakcín a hlášení průlomových onemocnění po očkování na SÚKL. Dále vyzývá k akreditaci více ordinací pro možnost vzdělávání nových lékařů v oboru PLDD. Vyzývá také k větší účasti členů na akcích SPLDD.
8. Konference ukládá VV SPLDD vyjednávat o zavedení e-ošetřovného, k znovuoobnovení oboru PLDD, k odložení e-očkování či přepracování k plné automatizaci.

Dále zajištění doporučení přeočkování proti meningokokům B, A, C, W, Y z úhrady VZP u dětí, které byly očkovány z vlastní úhrady nebo byly očkovány jako účastníci studií na uvedené OL.

Konference se zúčastnilo 31 účastníků a 6 hostů.

V Hradci Králové 7. 5. 2022,

zapsala MUDr. Vrubelová



■ Usnesení Sněmu SPLDD ČR 20.–22. 5. 2022, Skalský dvůr

Sněm zvolil komise:

Mandátovou ve složení: dr. Srncová,
Halašková, Svobodová, Bušek

Návrhovou ve složení: za VV dr. Cabrn-
chová a dále krajští předsedové SPLDD

**Sněmu se zúčastnilo celkem 74 platných
účastníků**

Na sněmu byla diskutována témata:

- **ZP, úhrady, nové výkony a podmínky nasmlouvání, dostupnost primární péče o děti**
- **Péče o děti z Ukrajiny, síť PLDD, UA point, předávání praxí**
- **Vzdělávání, atestace, kvalifikační kurs, akreditace a rezidenční místa**

Sněm SPLDD vyslechl diskutovaná témata a konstatuje, že:

- Sněm vyslechl úvodní zprávu předsedkyně SPLDD Ilony Hülleové, aktuální výhledy na úhrady za práci PLDD, informaci o jednání se ZP a možnosti dohody v rámci DŘ o úhradách na rok 2023, vývoj členské základny SPLDD, spolupráce s MZČR a další témata.
- Sněm vyslechl prezentaci VZP MUDr. Sajdllové, která informovala o dostupnosti PLDD v ČR, představila mapy dostupnosti a jaké parametry jsou z hlediska zajištění péče o děti ze strany ZP sledovány. Na sněmu vystoupila místopředsedkyně správní rady VZP ČR Ing. Matoušková, která nám nabídla spolupráci, vystoupil i zástupce Svazu ZP MUDr. Šmach.
- Sněm vyslechl prezentaci zástupce ÚZIS RNDr. Mužíka. PLDD patří mezi nejstarší věkovou skupinu lékařů, téma široce diskutováno i s ohledem na skutečnost, že se jedná většinou o OSVČ, kde nedochází k odchodu do důchodu jako u zaměstnanců, diskutována i potřeba správné interpretace zjištěných dat z hlediska pracovních úvazků lékařů a průměrného počtu registrovaných dětí. **Prezentace dokládá pokračující úbytek praxí PLDD v ČR. Sněm požádal o doplnění dat týkajících se počtu pediatriů v nemocnicích a obložnosti jednotlivých lůžkových dětských oddělení. Podle předběžných dat se ukazuje nízká obložnost DO, která nekorresponduje s neadekvátně vysokým počtem úvazků pediatriů na DO. ÚZIS byla nabídnuta spolupráce ze**

strany SPLDD nad interpretací a upřesněním těchto dat.

- Sněm diskutoval problematiku zajištění primární péče o děti, a to i v souvislosti s uprchlickou krizí a potřebnou péčí o děti z Ukrajiny. Aktuálně je největší problém z hlediska zajištění péče o tyto děti především v hl. m. Praze a přilehlých oblastech Středočeského kraje. Je navržena možnost rozšíření kapacity s využitím personálu z Ukrajiny, pomoci s tlumočením a administrativou za podmínek finanční podpory ze strany ZP a hl. m. Prahy, jednání s magistrátem a ZP. **Představený nový výkon úhrady za první vyšetření dětí uprchlíků, který navrhlo MZČR, není řešením stávající situace, je méně ohodnocený než vstupní prohlídka a neumožňuje zafinancování nákladů na tuto péči, navíc zavádí novou povinnost vyplňování dotazníku, který dosud nebyl představen. Sněm doporučuje odmítnutí tohoto výkonu, nestačí pouze ho nepoužívat, výkon je bohužel využíván v komunikaci ze strany MZČR tak, že je zajištěna úhrada za péči o tyto děti, a to není pravda.**
- **PLDD jsou připraveni zajistit zejména akutní péči pro děti uprchlé z Ukrajiny, potřebujeme nezbytně podporu ze strany státu, krajů a ZP zejména pro zajištění soustavné péče o nejmenší děti. Stávající UA pointy nejsou řešením pro zajištění tohoto typu péče.**
- Sněm diskutoval zneužívání péče LPS pro řešení i neakutních situací, diskutoval i budoucí možné rušení LPS, aktuálně nadbytečnou síť a problémy v jednotlivých oblastech ČR. Stávající síť lůžkových dětských oddělení a připravovaná koncepce pediatrických urgentních příjmů by měla vést ke zrušení lékařské pohotovostní služby o děti. Rozhodně odmítáme jakékoliv vymáhání povinnosti sloužit služby na LPS a sankcionování PLDD za neúčast na službách. **Sněm navrhuje zrušení služeb LPS, které jsou masově zneužívány a jejich udržování je plýtváním lidskými i finančními zdroji.**
- Sněm vyslechl informace dr. Cabrnchové o vývoji legislativy v oblasti vzdělávání, aktuální situaci z hlediska počtu absolventů kvalifikačních kursů, výuky v oboru pediatrie, rezidenčních míst, akreditace, možné předávání praxí. Byly diskutovány návrhy na řešení pokračujícího úbytku PLDD, společný obor pediatrie tento problém neřeší, nemáme informace o počtech lé-

kářů zařazených do oboru pediatrie na lékařských fakultách, lůžková zařízení jsou motivována k tomu, aby rezidenti v oboru pediatrie neodcházel do primární péče. Sněm konstatuje, že nedošlo k navýšení dotace na rezidenční místo pro zájemce o práci PLDD, a to i přesto, že byla navýšena minimální garantovaná mzda lékaře. Sněm požaduje ze strany MZČR nápravu této situace, navrhuje i možné odpuštění plateb nemocnicím za stáže lékařů zaměstnaných a placených z dotací MZČR ordinacemi PLDD.

- **Sněm opakovaně upozorňuje na nedostatečný počet pediatriů v primární péči a vyzývá k nezbytným změnám v systému vzdělávání a odborné přípravy budoucích PLDD. Pouhé navýšení celkové délky volitelné praxe tuto situaci dostatečně neřeší. Možným řešením je povinná předatestační praxe v primární péči, a to i v podobě částečných úvazků, možné odchody lékařů do primární péče po absolvování pediatrického kmene, případně znovuoobnovení samostatného vzdělávání budoucích PLDD v rámci samostatného oboru.**
- **SPLDD žádá krajské úřady cestou regionálních předsedů SPLDD o sdělení počtu zdravotnických dokumentací uložených na úřadech po zaniklých praxích. Prosíme, aby krajští předsedové SPLDD předali tyto informace do kanceláře SPLDD nejpozději do konce června 2022.**
- Sněm diskutoval aktuální situaci v oblasti elektronizace zdravotnictví, stávající zákonem zavedený systém evidence očkování eOčkování vykazuje stále chybovost v evidenci očkování (problémy s identifikací očkovanych i očkovacích látek), zbytečné požadavky na rozsah záznamů. Plánováno je další jednání na téma eOčkování. **Sněm nesouhlasí se stávajícím systémem realizace eOčkování, která by měla být vymáhána i pod sankcí od 1. 7. 2022.**

Datum příštího sněmu: dle rozhodnutí celostátní konference s následnou úpravou stanov.

22. 5. 2022

Prohlášení sněmu:

- Účastníci sněmu – pověření okresní zástupci SPLDD ČR, členové krajských výborů SPLDD a VV SPLDD ČR – konstatují pokračující trend úbytku PLDD v primární péči, dle informací regionálních zástupců



sněm upozorňuje na nízkou obloženost dětských oddělení, která kontrastuje s nadbytkem personálu na DO.

- Sněm navrhuje zrušení služeb LPS, které jsou masově zneužívány a jejich udržování je plýtváním lidskými i finančními zdroji.
- Sněm konstatuje, že nedošlo k navýšení dotace na rezidenční místo pro zájemce o práci PLDD a to i přesto, že byla navýšena minimální garantovaná mzda lékaře. Sněm požaduje ze strany MZČR nápravu této situace, navrhuje i možné odpuštění plateb nemocnicím za stáže lékařů zaměstnaných a placených z dotací MZČR ordinacemi PLDD.
- Sněm opakovaně upozorňuje na nedostatečný počet pediatriů v primární péči a vyzývá k nezbytným změnám v systému vzdělávání a odborné přípravy budoucích PLDD. Pouhé navýšení celkové délky volitelné praxe tuto situaci dostatečně neřeší. Možným řešením je povinná předatestační praxe v primární péči, a to i v podobě částečných úvazků, možné odchody lékařů do primární péče po absolvování pediatrického kmene, případně znovuoobnovení samostatného vzdělávání budoucích PLDD v rámci samostatného oboru.
- PLDD jsou připraveni zajistit zejména akutní péči pro děti uprchlé z Ukrajiny, potřebujeme nezbytně podporu ze strany státu, krajů a ZP zejména pro zajištění soustavné péče o nejmenší děti. Stávající UA pointy nejsou řešením pro zajištění tohoto typu péče.
- Představený nový výkon úhrady za první vyšetření dětí uprchlíků, který navrhlo MZČR, není řešením stávající situace, je méně ohodnocený než vstupní prohlídky a neumožňuje zafinancování nákladů na tuto péči, navíc zavádí novou povinnost vyplňování dotazníku, který dosud nebyl představen. Sněm doporučuje odmítnutí tohoto výkonu, nestačí pouze ho nepoužívat, výkon je bohužel využíván v komunikaci ze strany MZČR tak, že je zajištěna úhrada za péči o tyto děti, a to není pravda.
- SPLDD žádá krajské úřady cestou regionálních předsedů o sdělení počtu zdravotnických dokumentací uložených na úřadech po zaniklých praxích.
- Sněm nesouhlasí s pokračováním povinnosti evidence očkování stávajícím systémem eOčkování, která by měla být vymáhána i pod sankcí od 1. 7. 2022. Ve spolupráci se SPL vyvineme společné

aktivitu k nápravě tohoto systému. Sněm nesouhlasí se stávajícím systémem realizace eOčkování.

- Sněm vyzývá VV SPLDD, aby podnikl kroky směřující ke snížení administrativní zátěže PLDD (posudky pro školy, výpisy na brigády apod.).
- Sněm vyjádřil znepokojení nad dlouhodobým výpadkem očkovacích látek, žádáme do budoucna o předcházení podobné situaci a její nápravu ze strany MZČR a ZP.
- Sněm upozorňuje na komplikace v léčbě u dětí z důvodů chybějících léků a dostupných lékových forem pro děti.

Odsouhlaseno 63 přítomnými

■ Elektronické předepisování zdravotnických prostředků

Dne 1. 5. 2022 nabyla účinnosti vyhláška č. 97/2022 Sb., k provedení některých ustanovení zákona o zdravotnických prostředcích týkajících se elektronických poukazů. Elektronický poukaz je součástí systému eRecept a je pro něj v rámci SÚKL od 1. května 2022 zprovozněno Centrální úložiště elektronických poukazů (ePoukazů).

Elektronický poukaz je vytvářen, měněn nebo rušen v systému eRecept na základě požadavku předepisujícího, který obsahuje údaje potřebné pro vytvoření, změnu nebo zrušení elektronického poukazu. Součástí požadavku na vytvoření elektronického poukazu je dále vždy informace o pacientem zvoleném způsobu předání identifikačního znaku, kterým je elektronický poukaz označen.

Lékaři, kteří již mají přístupové údaje k systému eRecept, mohou tyto údaje využít pro předepisování elektronických poukazů. Nově je možné volit přístupovou variantu přes aplikaci Identita občana, podmínkou ale je možnost ověření v registru obyvatel (ROB). Obdobně jako u eReceptu jsou i u ePoukazu stejné možnosti předání identifikátoru ePoukazu pacientovi (devítimístný alfanumerický znak), změny a zrušení ePoukazu.

Nutno podotknout, že při předpisu zdravotnického prostředku může oprávněný lékař nebo jiný zdravotnický pracovník volit mezi poukazem pro konkrétního pacienta vystaveným po dohodě s pacientem v elektronické podobě nebo poukazem pro konkrétního pacienta vystaveným v listinné podobě (ev. žádankou na zdravotnické prostředky pro použití při poskytování zdravotních služeb).

Zatím v legislativě není zakotvena povinnost listinné poukazy digitalizovat.

Vzhledem k tomu, že předepisování i výdej elektronických poukazů jsou ze zákona nepovinné, připravil SÚKL pro vydávající subjekty možnost oznámit zahájení výdeje elektronických poukazů. Všechny subjekty z takto podaných oznámení jsou zařazeny do seznamu aktivních výdejců, který je k dispozici na <https://www.epreskripce.cz/seznam-aktivnich-vydejen>. Do seznamu aktivních vydávajících subjektů jsou zároveň automaticky zařazeni všichni výdejci, u kterých proběhne zaznamenání výdeje alespoň jednoho ePoukazu do Centrálního úložiště elektronických poukazů. Tento seznam je aktualizován minimálně jednou týdně.

Plné znění vyhlášky uvádíme ve středové příloze. Další informace lze získat též na webových stránkách SÚKL <https://www.epreskripce.cz/ePoukaz>.

■ Odměňování zaměstnanců

Dolní hranice odměňování zaměstnanců je regulována legislativou jak ve státním, tak v soukromém sektoru.

Pro úplnost nutno připomenout rozdíl v pojmu plat a mzda. **Plat** dostávají zaměstnanci státu, obcí nebo příspěvkových organizací, **mzda** náleží zaměstnancům soukromých zaměstnavatelů.

Platy jsou určovány na základě platových tabulek pro státní zaměstnance, které jsou uvedeny v **nařízení vlády č. 222/2010 Sb.**, o katalogu prací ve veřejných službách a správě. V platové tabulce lze na základě platové třídy a platového stupně zjistit, na jaký základní plat má státní zaměstnanec nárok.

Dolní hranici mzdy zaměstnanců v soukromém sektoru stanovuje **nařízení vlády č. 567/2006 Sb.**, o minimální mzdě, o nejnižších úrovních zaručené mzdy, o vymezení ztíženého pracovního prostředí a o výši příplatku ke mzdě za práci ve ztíženém pracovním prostředí, ve znění pozdějších předpisů.

Minimální mzda je pro rok 2022 stanovena aktuálním zněním **nařízení vlády č. 405/2021 Sb.** ze dne 5. listopadu 2021 ve výši 16 200 korun měsíčně hrubého při týdenní pracovní době 40 hodin, tj. 96,40 Kč/hod. Zaměstnanci odměňovanému měsíční mzdou, který má sjednanou kratší pracovní dobu (§ 80 zákoníku práce) nebo který neodpracoval v kalendářním měsíci příslušnou pracovní dobu odpovídající stanovené



týdenní pracovní době, se minimální mzda snižuje úměrně odpracované době.

V podnikatelské sféře platí pro odměňování zaměstnanců vedle minimální mzdy současně další limit, a to nejnižší úroveň **zaručené mzdy**. Nejnižší úroveň zaručené mzdy jsou odstupňovány podle složitosti, odpovědnosti a namáhavosti vykonávaných prací a jsou rozděleny do 8 skupin.

Kategorie prací v jednotlivých skupinách zaručené mzdy:

- skupina (minimální mzda)** – pomocnice v kuchyni, švadlena drobných úprav, uklízečka, doručovatel zásilek, nosič zavazadel
- skupina** – kopáč, lešenář do 10 m, sanitář, pokojská, trafikant, asfaltér
- skupina** – zedník, klempíř, instalatér, topenář, číšníčník, barman, holič, kadeřník
- skupina** – průvodce s tlumočením, kuchař specialista, krejčí v modelové a zakázkové výrobě
- skupina** – řidič autobusu, mistr, dispečer, záchranář, všeobecná zdravotní sestra, porodní asistentka, personální a mzdová účetní, průzkumník trhu, učitel ve škole
- skupina** – obchodní referent, speciální pedagog, správce sítí, tvůrce IT systému, samostatný projektant rozsáhlých a náročných staveb
- skupina** – finanční expert, lékař, zubař, farmaceut, expert na marketing, programátor
- skupina** – odborník na finanční a obchodní strategii organizací, makléř na finančním a kapitálovém trhu, špičkový vědecký pracovník řešící principálně nové vědeckovýzkumné okruhy

V roce 2022 dle nařízení vlády č. 405/2021 Sb. platí tyto nejnižší úrovně zaručených mezd:

	Nejnižší úroveň zaručené mzdy v Kč za hodinu	Nejnižší úroveň zaručené mzdy v Kč za měsíc
1. skupina	96,40	16 200
2. skupina	106,50	17 900
3. skupina	117,50	19 700
4. skupina	129,80	21 800
5. skupina	143,30	24 100
6. skupina	158,20	26 600
7. skupina	174,70	29 400
8. skupina	192,80	32 400

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že v roce 2022 musí zaměstnavatel v soukromém sektoru vyplatit např. všeobecné zdravotní sestře při plném úvazku částku minimálně 24 100 Kč, lékaři-zaměstnanci 29 400 Kč.

Kontrolní činnost v dodržování pracovněprávních předpisů v oblasti odměňování zaměstnanců vykonává Státní úřad inspekce práce a jemu podřízené **oblastní inspektory práce** podle místa výkonu pracovní činnosti na základě zákona č. 251/2005 Sb., o inspekci práce, ve znění pozdějších předpisů.

■ Posudková činnost ve vztahu k osobám vykonávajícím dozor na zotavovacích akcích (např. letních táborech) – registrující praktický lékař posudek bez problémů vydává

V současné době se množí dotazy týkající se posuzování zdravotní způsobilosti různých vedoucích na tábory, dozoru, zdravotníků apod.

Samozřejmě nejistotu a zmatky do této problematiky vnesla novelizace zákona č. 373/2011 Sb., jež omezila kompetence registrujících lékařů, kteří nově nemohou v rámci pracovnělékařské péče posuzovat práce v kategorii vyšší než první (to platilo vždy) a nově ani všechny práce v kategorii první (problém s tzv. riziky ohrožení zdraví). **Zcela zásadní ovšem je, že v naprosté většině případů nejde v případě posudků pro letní tábory a obdobné akce o pracovnělékařskou prohlídku, takže omezení zde neplatí a registrující praktik posouzení provádí.**

Po lékaři je obvykle pacientem žádáno posouzení schopnosti pracovat s dětmi, pracovat jako vedoucí na táboře apod. Ačkoli je uvedeno slova „pracovat“ poněkud matoucí, nejde zpravidla o posouzení k pracovněprávnímu vztahu, ale o posouzení dle zákona č. 258/2000 Sb., konkrétně ustanovení § 10, které zní takto:

Podmínky účasti fyzických osob činných při škole v přírodě a zotavovací akci

(1) *Fyzické osoby činné při škole v přírodě nebo zotavovací akci jako dozor nebo zdravotník musejí být k této činnosti zdravotně způsobilé.*

(2) *Zdravotní způsobilost posuzuje a lékařský posudek vydává registrující poskytovatel zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost. Tento posudek*

má platnost 2 roky od data vystavení, pokud během této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti fyzické osoby. Posudek o zdravotní způsobilosti předají fyzické osoby činné při škole v přírodě nebo zotavovací akci, s výjimkou pedagogických a zdravotnických pracovníků, vysílající škole nebo pořádající osobě.

Jak tedy postupovat? Jak poznat, zda jde, nebo nejde o posouzení k pracovněprávnímu vztahu (vstupní prohlídka)?

U pracovnělékařské prohlídky je posouzení prováděno na základě písemné žádosti zaměstnavatele (či budoucího zaměstnavatele v případě vstupní prohlídky) a rovněž v posudku je uveden zaměstnavatel, zaměstnanec atd. Pokud tedy žádá přímo pacient a žádá o vydání posudku pouze na své jméno, tak o pracovnělékařskou prohlídku nejde a posudek bez problémů vydává registrující praktik. Pro tento posudek nemusí být písemná žádost.

Předmětem posouzení (účelem posudku) by měla být způsobilost vykonávat dozor na zotavovací akci, ale klidně lze napsat „vykonávat činnost vedoucího na letním táboře“, „pracovat s dětmi“ apod. Podle mého názoru by bylo nejlepší formulovat tak, že vždy napíšu „vykonávat dozor na zotavovací akci pro děti“ a dále doplním dle konkrétního požadavku – třeba do závorky. Takže celé by to znělo třeba takto: **Vykonávat dozor na zotavovací akci pro děti (vedoucího na letním táboře), nebo Vykonávat dozor na zotavovací akci pro děti (pracovat s dětmi)** atd.

Jiná situace by byla v případě, kdy pacient donese písemnou žádost zaměstnavatele (organizátora tábora) o provedení vstupní prohlídky. Pak teprve půjde skutečně o prohlídku pracovnělékařskou, kde může registrující praktik posudek vydat pouze v případě, že jde o kategorii práce první a není přítomno žádné z rizik ohrožení zdraví.

Domnívám se ovšem, že tyto případy jsou zcela výjimečné; ve všech případech, které jsem měl k posouzení nebo na ně byly dotazy, se jednalo o situaci první – tj. pacient žádal o posudek pro svou osobu, že může vykonávat dozor na akci pro děti (byť to bylo formulováno různě – práce s dětmi, vedoucí na táboře apod.).

Mgr. Jakub Uher

Pro VOX připravil:
MUDr. Ctirad Kozderka



Ceník služeb v ordinaci PLDD nehrazených z v.z.p. dle vyhlášky č. 134/1998 Sb. – vzor

Východiska:

- Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami
- Hodnota bodu pro r. 2022: 1,30 Kč (Příloha č. 2 k vyhlášce č. 396/2021 Sb. odstavec 9)
- Sazba DPH: 15 % (zákon č. 235/2004 Sb., o dani z přidané hodnoty – § 47, § 58, Příloha č. 2 a Klasifikace produkce CZ-CPA-Sekce Q, 86.21). Pokud je poskytovatel plátcem DPH, přičte si navíc sazbu DPH.

• Příklady nejčastěji použitelných výkonů

Kód výkonu	Název výkonu	Body	Maximální cena bez DPH (Kč)
01030	ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE	87	113,10
01040	PODROBNÝ VÝPIS Z DOKUMENTACE	261	339,30
02022	OPAKOVANÉ KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ DO 6 LET	693	900,90
02032	OPAKOVANÉ KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ NAD 6 LET	556	722,80
02023	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ DO 6 LET	351	456,30
02033	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ NAD 6 LET	214	278,20
02100	PRAVIDELNÉ OČKOVÁNÍ PODLE PŘEDPISŮ O OCHRANĚ VEŘEJNÉHO ZDRAVÍ JE HRAZENO Z VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ	216	280,80
09234	OŠETŘENÍ NEHTU, INCIZE SUBKUTÁNNÍHO ABSCESE NEBO HEMATOMU, OŠETŘENÍ RÁNY STERISTRIPEM.	200	260,00

	Zdravotní výkony (služby)	Věk žadatele	Použité kódy výkonu	Body celkem	Maximální cena (Kč) zaokrouhleno
I.	Komplexní vyšetření zdravotního stavu spojené s vydáním posudku o zdravotní způsobilosti	Dítě do 6 let	02022 + 01030	780	1 014
		Dítě nad 6 let	02032 + 01030	643	836
	Příklady				
	Účel	Právní předpis			
	Posouzení zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel	Vyhláška č. 277/2004 Sb.			
	Posouzení zdravotní způsobilosti dle vyhlášky č. 79/2013 Sb.	Vyhláška č. 79/2013 Sb., o pracovnělékařských službách a některých druzích posudkové péče			
	Posouzení zdravotní způsobilosti dítěte k tělesné výchově a sportu	Vyhláška č. 391/2013 Sb.			
	Posouzení zdravotní způsobilosti ke vzdělávání	Nařízení vlády č. 211/2010 Sb.			
	Posouzení zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě				
	Posouzení zdravotní způsobilosti k praktickému vyučování a praktické přípravě				
	Posouzení zdravotní způsobilosti k vydání zbrojního průkazu	Vyhláška č. 493/2002 Sb.			
	Posouzení zdravotní způsobilosti členů jednotek sborů dobrovolných hasičů	Nařízení vlády č. 352/2003 Sb.			
	Posouzení zdravotní způsobilosti osob k vedení a obsluze plavidel	Vyhláška č. 42/2015 Sb.			
	Posouzení zdravotní způsobilosti k žádosti o povolení činnosti dítěte (Úřad práce)				
	Posouzení zdravotní způsobilosti dle jiných právních předpisů				



	Zdravotní výkony (služby)	Věk žadatele	Použité kódy výkonu	Body celkem	Maximální cena (Kč) zaokrouhleno
II.	Cílené vyšetření zdravotního stavu osoby včetně vystavení příslušného tiskopisu	Dítě do 6 let	02023 + 01030	438	569
		Dítě nad 6 let	02033 + 01030	301	391
	Příklady				
	Účel	Právní předpis			
	Potravinářský průkaz (činnosti epidemiologicky závažné)				
	Svářečský průkaz				
	Vyjádření pro umístění do ústavu sociální péče				
III.	Podrobný výpis ze zdravotní dokumentace (na vlastní žádost)	---	01040	261	339
IV.	Administrativní úkony dle časové náročnosti á 10 minut	---	01030	87	113 Kč/10 min.
	Příklady				
	Účel	Právní předpis			
	Potvrzení do MŠ				
	Ohodnocení bolestného a ztížení společenského uplatnění	Nařízení vlády č. 276/2015 Sb.			
	Opis Zdravotního a očkovacího průkazu dítěte				
V.	Ostatní zdravotní výkony obsažené ve vyhlášce č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami				
	Příklady				
	Očkování nehrazené z v.z.p.	Dítě do 6 let	02100 + 02023	567	737
		Dítě nad 6 let	02100 + 02033	430	559
	Návštěva lékaře u pacienta v době mezi 19–22 hod.; 1× za den (pokud není v příloze smlouvy)	---	01160	100	130
	Návštěva lékaře u pacienta v době mezi 22–06 hod.; 1× za den (pokud není v příloze smlouvy)		01170	200	260
	Návštěva lékaře u pacienta v den pracovního volna nebo pracovního klidu (pokud není v příloze smlouvy)		01180	200	260
	Aplikace 1 náušnice		09234	200	260



Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost si vás dovoluje pozvat na seminář

V. Sestra v ordinaci PLDD

Program webcastu:

Seminář proběhne formou **webcastu** a bude pro registrované účastníky k dispozici od **15. 6. 2022 10⁰⁰** dopoledne **do 31. 8. 2022.**

- **Úvodní slovo**, MUDr. Ilona Hülleová, předsedkyně, SPLDD
- **Odběry biologického materiálu**, MUDr. Renata Přibíková, primárka Dětského a dorostového oddělení, Nemocnice Děčín
- **Náplň a provedení prohlídky v 5 letech**, MUDr. Aleš Polách, PLDD
- **Děti a digitální technologie**, MUDr. Zuzana Sadílková, PLDD
- **PM vývoj z pohledu fyzioterapeuta**, Kateřina Pokorná a Kristýna Zdráhalová, fyzioterapeutky, Masarykova nemocnice Ústí nad Labem
- **Očkování proti HPV**, Bc. Květoslava Dofková, Centrum ambulantní gynekologie a primární péče, Brno
- **Novinky v očkování**, Jarmila Zajíčková, Senior Medical Specialist, GSK
- **Účinně a jednoduše v boji s IMO**, MUDr. Petr Jelínek, Medical Manager, Sanofi

Více informací včetně registračního formuláře naleznete na webu www.detskylekar.cz a www.vialain.com.



Monkeypox, opičí neštovice

MUDr. Marek Štefan, MUDr. Pavel Dlouhý

Společnost infekčního lékařství ČLS JEP, verze 2022_05_24

SPOLEČNOST INFEKČNÍHO LÉKAŘSTVÍ SOCIETY FOR INFECTIOUS DISEASES

■ Virologie

Původcem opičích neštovic jsou DNA viry z čeledi *Poxviridae*, rod *Orthopoxvirus*. Virus tvoří v infikovaných buňkách inkluze ve tvaru cihel. Do rodu *Orthopoxvirus* patří kromě původce opičích neštovic ještě virus varioly (pravých neštovic), virus vakcinie (užívaný jako očkování proti variole) a virus kravských neštovic.

V případě komunikace s veřejností je třeba upozornit, že výše zmíněné poxviry a opičí neštovice nemají virologicky nic společného s planými neštovicemi (varicelou), které jsou vyvolány herpetickým virem varicella zoster (VZV). Podobné jsou jen klinické projevy – vyrážka s „neštovičkami“, tedy se zkalenými puchýřky. U planých neštovic je zdrojem a rezervoárem infekce člověk a jde o velmi časté, celosvětově se vyskytující onemocnění převážně dětského věku.

Virus byl objeven v roce 1958 u opic ve výzkumné stanici, proto byl zvolen název onemocnění monkeypox a původce označen za virus opičích neštovic. První případ u člověka byl popsán v roce 1970 v Demokratické republice Kongo.

■ Přenos

Zdrojem je zvíře, většinou hlodavec, ve střední a západní Africe se uplatňují například veverky (*Funisciurus* a *Heliosciurus*), gambijské krysy (*Cricetomys gambianus*) nebo plši (*Graphiurus* spp.) případně primáti. Člověk se nakazí úzkým kontaktem se **sekrety zvířete** přes poškozenou kůži (drobné oděrky, pokousání, poškrábání), potřísněním sliznic nebo kapénkovým přenosem dýchacími cestami. Popsány jsou nákazy při přípravě a konzumaci masa divokých zvířat („bushmeat“). Je možný také nepřímý přenos kontaminovanými předměty (např. podestýlkou).

Mezilidský přenos je možný, ale není snadný; dosud proto nebyl tak významný jako u jiných „neštovičkových virů“. Dochází k němu zejména přímým kontaktem s in-

fekčním materiálem z kožních a slizničních lézí. Méně rizikový je přenos respiračními kapénkami – na krátkou vzdálenost (face to face) a po delší expozici. Možná je také nákaza kontaminovanými předměty (prádlo, sexuální pomůcky). U aktuálního výskytu v Evropě se jedná převážně o přenos pohlavním stykem, často u mužů majících sex s muži (MSM) – viz níže.

■ Výskyt

Opičí neštovice se vyskytují ve střední a západní Africe, endemickou oblastí je zejména Demokratická republika Kongo, kde je od roku 2005 hlášeno více než 1 000 suspektních případů ročně. Další endemické země v oblasti jsou Nigérie, Kamerun a Středoafrická republika. Případy na jiných kontinentech (např. USA, Singapur, Velká Británie, Izrael) se dosud objevovaly v důsledku zavlečení z Afriky nakaženou osobou (opakovaně doloženo při cestách z Nigérie) nebo od importovaného zvířete (gambijská krysa v ZOO shopech). V roce 2003 byl popsán výskyt celkem 81 případů opičích neštovic v několika státech USA. Příčinou byl import infikovaných zvířat z Ghany, od kterých se nakazili američtí psouni préríovní (prairie dogs). Ti pak nakazili lidi – psouni jsou chováni jako domácí mazlíčci. Během tohoto amerického outbreaku nebyl prokázán mezilidský přenos a nikdo nezemřel.

Od 7. 5. 2022 je hlášen výskyt opičích neštovic ve Velké Británii, Portugalsku, Španělsku a jiných evropských zemích (k 23. 5. 2022 také Belgie, Německo, Francie, Itálie, Švédsko, Nizozemsko, Rakousko a Švýcarsko, celkem k tomuto datu v Evropě potvrzeno 89 případů). 24. 5. 2022 byl potvrzen první případ také v České republice.

Převážně se jedná o osoby s negativní cestovatelskou anamnézou (resp. bez vazby na střední a západní Afriku) a bez kontaktu s předchozími případy, tedy s komunitním šířením. Dominuje přenos mezi MSM při intimním kontaktu s infekčními kožními lézemi – při pohlavním styku, sdílením sexuálních

pomůcek, kontaminovaným prádlem. Riziko mezilidského šíření bez blízkého kontaktu se považuje i nadále za nízké.

■ Klinické projevy

Inkubační doba je v průměru 10 dnů, s rozptylem 5–21 dní. Klinické projevy:

- většina infekcí probíhá **bez příznaků**
- klinicky patrné onemocnění začíná horečkou, bolestí hlavy, svalů a malátností (**chřipkové příznaky**)
- významné je **zvětšení lymfatických uzlin**, v prodromálním stadiu i souběžně s vyrážkou, v různých lokalizacích (krční uzliny, v podpaží, v tříslech apod.) – tím se obraz liší od varioly i planých neštovic
- nejčastěji za 3 dny od začátku horeček se objevuje **vyrážka**. Ta začíná na obličeji nebo na místě primární infekce (např. perigenitálně a perianálně) a šíří se postupně na další části těla, včetně dlaní a plosků. Vyrážka má **postupně** několik stadií a vysévá se v průměru 12 dnů:
 - makuly
 - papuly
 - vezikuly
 - pustuly, některé mají centrální prohlubeň, umbilikaci
 - krusty

V mírnějších případech nemusí být výsev hustý a při vyšetření pacienta je třeba po eflorescencích aktivně pátrat. Projevy na sliznicích lze nalézt v dutině ústní, někdy jsou postiženy i spojivky, případně rohovka. U infekcí přenesených pohlavním stykem mají být četnější eflorescence na genitálu a v okolí konečníku, proto by mohlo dojít k záměně se syfilis. Vyrážka silně svědí a po rozškrábání se může uplatnit bakteriální superinfekce.

Pro varicelu (plané neštovice) je naopak typické, že vyrážka je na těle v různých fázích zároveň, tedy vedle sebe makuly, papuly, vezikuly, pustulky i krusty.



Onemocnění trvá většinou 2–4 týdny. Smrtnost se liší dle oblasti výskytu, v Africe je udávána 3,6 %, u osob neočkovaných proti pravým neštovicím dosahovala až 10 %, vyšší byla u dětí, mladých dospělých a těhotných žen. Naopak při výše zmíněném výskytu v USA v roce 2003 nezemřel nikdo. Západoafrický kmen monkeypox (který se nyní vyskytuje v Evropě) je spojen s méně závažným průběhem (smrtnost menší než 1 %) a nižším rizikem mezilidského přenosu, u středoafriického kmene je naopak pozorován závažnější průběh a významnější mezilidský přenos. Závažným až fatálním průběhem mohou být ohroženy osoby s těžkým primárním či sekundárním imunodeficitem včetně HIV/AIDS.

V **diferenciální diagnóze** je třeba vyloučit: plané neštovice, diseminovaný herpes zoster, impetigo, polékové erupce, *erythema multiforme*, enterovirové infekce (zvláště syndrom ruka–noha–ústa), diseminovanou infekci herpes simplex, scabies, pokousání a poštipání hmyzem.

■ Diagnostika

Diagnóza se stanoví na základě epidemiologické rozvahy:

- návrat ze střední a západní Afriky či kontakt s osobou z endemických zemí
- kontakt se zvířetem (zejména hlodavci z Afriky, pokousání a poškrábání)
- rizikové sexuální chování v posledních 3 týdnech (zejména MSM, v zahraničí nebo s partnerem, který v zahraničí pobýval v posledních dvou měsících)
- blízký kontakt s osobou s klinickými příznaky či prokázaným případem opičích neštovic

Klinická diagnóza vychází z výskytu horečnatého stavu se zvětšením uzlin a následným výsevem exantému v postupných stadiích.

■ Laboratorní vyšetření

- elektronová mikroskopie obsahu puchýřů (SZÚ)
- PCR vyšetření
 - na virus opičích neštovic (SZÚ)
 - VZV, HSV, enteroviry (do lokální laboratoře)

- *Chlamydia trachomatis* a *Neisseria gonorrhoeae* (uretra, hrdlo, ev. rektum, do lokální laboratoře)

- sérologické vyšetření k vyloučení STD, v rámci diferenciální diagnostiky: HIV1,2, syfilis, anti-HCV, HBsAg, anti-HBc (u neočkovaných proti hepatitidě B)

Nejvhodnějším materiálem k průkazu opičích neštovic je sterilně odebraný

- obsah 2–3 puchýřů: natáhnout do sterilní stříkačky, případně setřít sterilním tamponem a vložit do suché sterilní zkumavky bez přidání virologického transportního média, nesmí být použit inaktivační roztok, je možné vnořit do 0,5 ml sterilního PBS či fyziologického roztoku;
- krusty z 2–3 eflorescencí: vložit do suché sterilní zkumavky;
- v prodromální horečnaté fázi je možné odebrat stěr z nosohltanu.

Materiál	Způsob odběru
vezikulární tekutina	obsah 2–3 puchýřů natáhnout do sterilní inzulinové stříkačky, pak vstříknout do sterilní kryozkumavky o objemu 1,5–2 ml s vnějším závitem
stěr z eroze	razantní odběr dacronovým tamponem, vložit do sterilní suché zkumavky nebo do 0,5 ml sterilního fyziologického roztoku či PBS
krusta	2–3 krusty vložit do prázdné sterilní zkumavky
stěr z nazofaryngu a orofaryngu	1. tamponem vytřít nosem, 2. tamponem ústy, oba vložit do jedné zkumavky s 1 ml sterilního fyziologického roztoku či PBS
krev nesrážlivá	cca 0,9 ml krve odebrané do zkumavky s EDTA

Odebraný materiál se uchovává při teplotě 2–8 °C (nesmí se zmrazit) a transportuje co nejdříve (do 24 hodin) v trojbalu (tzv. pathopacku) označeném UN 3373 do: Státní zdravotní ústav, Národní referenční laboratoř pro chřipku, Šrobárova 48, Praha 2, budova 4, zvonek „chřipka“ v pracovní dny 8:00–18:00, o víkendech 8:00–16:00, jinak po domluvě na tel. 724 362 602.

■ Léčba

Léčba je symptomatická a zahrnuje:

- antipyretika, analgetika
- antihistaminika k omezení svědění
- lokální ošetřování obdobné jako u planých neštovic (1% genciánová violeť k zaschnutí projevů, později promašťování)
- experimentálně antivirotika (cidofovir, brincidofovir, tecovirimat), imunoglobulin (VIG, vaccinia immune globulin)

K léčbě orthopoxvirových infekcí včetně opičích neštovic je v EU autorizován pouze tecovirimat.

Dostupný k použití *off label* je cidofovir, ale jeho použití limituje značná nefrotoxicita a nutnost parenterálního podání. Nedostupný brincidofovir je ester cidofoviru s možností orálního užívání.

V případě bakteriální superinfekce mohou být potřebná antibiotika.

■ Prevence

V endemické oblasti se omezí kontakt s rezervoáry zvířaty a kontaminovanými předměty. Je třeba vyhybat se rizikovému pohlavnímu styku – příležitostnému, nechráněnému, MSM a s více partnery.

Použití kondomu neposkytuje plnou ochranu proti nákaze opičimi neštovicemi. Nakažlivost začíná již v prodromálním období a pokračuje do zaschnutí eflorescencí.

■ Protiepidemická opatření

Nakažené osoby jsou umístěny do izolace – vyšetření a léčba probíhá na lůžkách infekčních oddělení.

Pacient je umístěn v samostatném pokoji do zaschnutí lézí. Jsou dodržována pravidla obdobná jako u covidu-19, personál používá osobní ochranné pomůcky (respirátor FFP2, brýle či štít, jednorázový plášť, rukavice; úroveň ochrany BL2). Zásadní je vyhnout se přímému kontaktu s infikovanými lézemi a kontaminovanými předměty bez použití rukavic, důsledná hygiena rukou a ochrana před kapénkovou nákazou. Pokud to není potřebné z klinických důvodů a jsou zajištěny vhodné izolační podmínky v domácnosti, je možné nakažené osobě naříditi izolaci také doma. Zejména je třeba zabránit kontaktu s imunokompromitovanými osobami a zvířaty a zdržet se pohlavního styku



do úplného vyhojení eflorescencí, nejméně však po dobu 4 týdnů. Pacient musí být řádně a prokazatelně poučen.

Lidé, kteří byli v úzkém styku s nakaženou osobou, zůstávají v karanténě po 21 dnů od posledního kontaktu. Jedná se zejména o tyto osoby

- sexuální partneři
- osoby žijící ve společné domácnosti, sdílející lože a prádlo

Po pečlivém posouzení okolností se může jednat také o osoby, které po mnoho hodin (dle ECDC po více než 8 hodin)

- sdílely společné pracovní místo, pokud sedí vedle sebe ve vzdálenosti 1–2 metry
- seděly vedle sebe při dálkových letech či mnohahodinových cestách jinými dopravními prostředky

Lidé v karanténě nesmějí být dárce plazmy a jiných krevních složek či orgánů. Po dobu 21 dnů abstinují od sexuálních aktivit. Pokud při sebepozorování zjistí příznaky onemocnění, bezodkladně vyhledají lékařské vyšetření na spádovém infekčním oddělení.

Poxviry jsou extrémně odolné proti zasněžení, zvýšené teplotě a změnám pH. Materiál od infikovaných osob (např. krusty) a kontaminované předměty mohou zůstat infekční měsíce i roky. Dobře účinné jsou běžné dezinfekční prostředky. Při úklidu se používají saponáty a následná dezinfekce chlornanem sodným (Savo), pozornost je třeba věnovat toaletám, povrchům, kterých se pacient často dotýká, vyvarovat se víření prachu či vzniku aerosolu. Kontaminované prádlo se pere při 60 °C. Vhodné je použití jednorázových pomůcek, ručníků, utěrek apod. Infekční materiál se uchovává a likviduje v souladu s předpisy.

Výskyt opicích neštovic či podezření na ně se neprodleně hlásí orgánu ochrany veřejného zdraví, který zajišťuje depistáž kontaktů. Pro potřeby surveillance platí tyto definice (pro případy s nástupem příznaků kdykoliv od 1. 3. 2022, blíže viz ECDC):

Konfirmovaný případ: osoba s laboratorně potvrzenou infekcí opicími neštovicemi metodou PCR.

Suspektní případ: osoba s jinak nevysvětlitelnou vyrážkou na kterékoliv části těla

- jeden nebo více příznaků opicích neštovic (horečka, bolesti hlavy, zad, únava, lokalizovaná či generalizovaná lymfadenopatie)

- pozitivní výsledek vyšetření na orthopoxviry (elektronová mikroskopie)

nebo kontakt s infikovanou osobou v posledních 21 dnech nebo pobyt v endemické zemi nebo se jedná o osobu s vícečetnými sexuálními partnery v době 21 dnů před nástupem příznaků nebo se jedná o MSM.

■ Očkování

Vakcína proti pravým neštovicím zkříženě chrání i proti neštovicím opicím (cca z 85 %). V Česku bylo očkování ukončeno v roce 1980, ochrana trvá více než 20 let a přestože klesá s časem, mohla by zabránit závažnému průběhu opicích neštovic. Případné využití starších zásob vakcín nelze doporučit pro riziko závažných komplikací.

Vakcína 3. generace MVA (*Modified vaccinia Ankara*) je obchodována pod názvem Imvanex (v EU) a Jynneos (v USA). Imvanex je od roku 2013 schválen EMA k prevenci pravých neštovic. Vakcína Jynneos je v USA navíc schválena také k prevenci opicích neštovic. Podává se ve 2 dávkách 0,5 ml s.c. v odstupu maximálně 28 dní. Přeočkování je za 2 roky (u pracovníků v trvajícím profesionálním riziku nákazy).

V preexpoziciční profylaxi se očkování doporučuje např. zdravotníkům, laboratorním pracovníkům či ošetřovatelům zvířat. Postexpoziciční profylaxe se podává lidem, kteří byli v kontaktu s nemocným. První dávka se podává ideálně do 4 dnů od kontaktu, ale lze podat až do 14. dne. Postexpoziciční profylaxe nemusí zabránit vzniku nemoci, ale vede ke zmírnění příznaků.

Kontraindikace a nežádoucí účinky: virus vakcinie v této vakcíně má velmi limitovanou schopnost množení v lidském organismu (proto se označuje „non-replicating vaccine“). Vakcína MVA má díky tomu ve srovnání s vakcínami předchozích dvou generací nižší riziko nežádoucích účinků: jedná se o běžné lokální projevy v místě aplikace a celkové chřipkové příznaky.

MVA není kontraindikována v těhotenství ani při kojení. Není schválena k očkování dětí, ale byla použita u dětí při výskytu opicích neštovic v Británii v letech 2018 a 2019, snášenlivost byla dobrá.

■ Literatura

ECDC <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/monkeypox-cases-reported-uk-and-portugal>

ECDC <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-monkeypox-cases-ukimported-travellers-returning-nigeria>

ECDC Factsheet for health professionals on monkeypox [https://www.ecdc.europa.eu/en/all-topics/monkeypox/factsheet-healthprofessionals#:~:text=Human%20monkeypox%20\(MPX\)%20is%20a,at%20the%20EU%20FEEA%20level.](https://www.ecdc.europa.eu/en/all-topics/monkeypox/factsheet-healthprofessionals#:~:text=Human%20monkeypox%20(MPX)%20is%20a,at%20the%20EU%20FEEA%20level.)

CDC <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/index.html>

Beneš J a kol. Infekční lékařství. Praha: Galén, 2009, 190. ISBN 978-80-7262-644-1.

Mandell, Douglas, and Bennetts principles and practice of infectious diseases, ninth edition. 2020, ISBN: 978-0-323-48255-4, 1814–1817.

SZÚ. Případy opicích neštovic hlášené ve Spojeném království (UK) a Portugalsku. <http://www.szu.cz/tema/prevence/pripady-opicich-neshtovic-hlasene-ve-spojenem-kralovstvi-uk-a>

SZÚ. Algoritmus laboratorního vyšetření biologických vzorků získaných od pacientů s podezřením na infekci virem opicích neštovic – provizorní verze 19052022.

http://www.szu.cz/uploads/Opici_nestovice_Monkeypox/Algoritmus_laboratorniho_vyse-treni_hj_rl_BM_SKORO_final_20_05_22.pdf

ECDC <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Monkeypox-multi-country-outbreak.pdf> (publikováno 23. 5. 2022)

UK Health Security Agency. Monkeypox vaccination. Recommendations for the use of pre and post exposure vaccination during a monkeypox incident. <https://www.gov.uk/government/publications/monkeypoxvaccination>.

Text vychází ze stavu vědeckého poznání a informací dostupných k 24. 5. 2022. Jedná se o živý dokument připravený Společností infekčního lékařství ČLS JEP, který je upravitelný dle nových poznatků.

Uvedené údaje nezabývají lékaře zodpovědností za individuální posouzení okolností ani nepředstavují jediný možný způsob řešení, od kterého by nebylo možné se v odůvodněných případech odchýlit.



Případy opičích neštovic hlášené ve Spojeném království (UK) a Portugalsku

V Evropě, včetně členského státu EU (Portugalska), bylo potvrzeno několik případů opičích neštovic. V tuto chvíli nejsou v ČR hlášeny žádné případy ani podezření na toto onemocnění. Pravděpodobnost přenosu mezi jedinci bez blízkého sexuálního kontaktu je považována za nízkou.

■ Monkeypox cases reported in UK and Portugal, ECDC, 19. května 2022

První případ byl hlášen Agenturou pro zdravotní bezpečnost Spojeného království (UKHSA) dne 7. května a předpokládá se, že jde o importovaný případ. Dne 14. května 2022 byly ve Spojeném království identifikovány další dva případy žijící ve společné domácnosti, ale oba s negativní cestovatelskou anamnézou a bez kontaktu s případem hlášeným dne 7. května. Další čtyři případy byly potvrzeny UKHSA dne 16. května, rovněž s negativní cestovatelskou anamnézou do endemických oblastí a bez kontaktu s případy hlášenými 7. a 14. května. Ve všech případech hlášených 16. května se jednalo o muže, kteří se sami identifikovali jako muži mající sex s muži (MSM). Dne 18. května Portugalsko oznámilo pět potvrzených případů opičích neštovic a více než 20 suspektních případů. Ve všech případech šlo o mladé muže z Lisabonu a údolí řeky Teja. Osm suspektních případů ohlásilo také Španělsko.

Od roku 2018 bylo ve Spojeném království hlášeno 7 případů opičích neštovic (v letech 2018, 2019 a 2021), především v souvislosti s cestováním do endemických zemí. Je to však poprvé, kdy jsou v Evropě hlášeny řetězce přenosu bez známých epidemiologických vazeb na západní a střední Afriku.

Jedná se také o první celosvětově hlášené případy mezi MSM. Riziko přenosu viru opičích neštovic je mezi lidmi považováno za střední. V aktuálně komentované situaci se však přenos mezi MSM sexuálními partnery v důsledku intimního kontaktu s infekčními kožními lézemi během sexu jeví jako pravděpodobný způsob přenosu.

V současné situaci je tak pozorována neobvykle vysoká frekvence přenosu infekce z člověka na člověka a pravděpodobně dochází ke komunitnímu přenosu bez předchozí cestovatelské anamnézy do endemických oblastí. Je vysoká pravděpodobnost dalšího šíření viru prostřednictvím blízkého kontaktu, například během sexuálních aktivit. Pravděpodobnost přenosu mezi jedinci bez blízkého kontaktu je považována za nízkou. Rozsah komunitního přenosu není v současné době znám. V dotčených zemích EU/EHP však začíná cílené testování jedinců s podobnými klinickými projevy.

■ Základní informace o onemocnění

Výskyt: Poprvé bylo lidské onemocnění hlášeno v roce 1970 v Demokratické republice Kongo (DRC) při kampani na eradikaci pravých neštovic. Onemocnění bylo následně hlášeno z několika zemí střední a západní Afriky. DRC je považována za endemickou oblast s výskytem více než 1 000 suspektních případů ročně od roku 2005. Lidské případy opičích neštovic mimo území Afriky jsou většinou spojeny s cestováním nebo s importem zvířat, například v Singapuru, Velké Británii a Izraeli.

Projevy onemocnění: U lidí jsou příznaky opičích neštovic podobné, ale mírnější než příznaky pravých neštovic. Opičí neštovice

začínají horečkou, zimnicí, bolestmi hlavy, svalů, zad a vyčerpáním a dochází ke zduření lymfatických uzlin (lymfadenopatie). Během 1 až 3 dnů (někdy i déle) po nástupu horečky se u pacienta objeví typická vyrážka (neštovice), která často začíná na obličeji a poté se šíří na další části těla. U nedávno zjištěných případů onemocnění mezi MSM byla hlášena převaha lézí v oblasti genitálií. Vyrážka prochází různými fázemi vývoje a může se podobat planým neštovicím nebo syfilis. Onemocnění obvykle trvá 2–4 týdny, kdy se většina lidí uzdraví. Studie z Afriky prokázaly smrtelnost asi 3,6 %, u osob nevakcinovaných proti pravým neštovicím může dosahovat až 10 %. Smrtelnost je vyšší u dětí a mladých dospělých. Jedinci s oslabenou imunitou jsou zvláště ohroženi závažným až fatálním průběhem onemocnění.

Inkubační doba je 6 až 16 dní, může být až 21 dní.

Původce: Virus opičích neštovic byl poprvé objeven v roce 1958 u opic. **Monkeypox** je zoonotické onemocnění vyvolané virem rodu *Orthopoxvirus* z čeledi *Poxviridae*. Do rodu *Orthopoxvirus* patří také virus varioly, který způsobuje pravé neštovice, virus vakcíně používaný ve vakcíně proti pravým neštovicím a virus kravských neštovic.

Rezervoár: Přírodní rezervoár viru je nejasný. V cyklu přenosu ve střední a západní Africe se uplatňují veverky (*Funisciurus Heliosciurus*), gambijské krysy (*Cricetomys* sp.), plši (*Graphiurus* spp.), primáti a lidé. Do Severní Ameriky byla infekce zavlečena v roce 2003 dovozem exotických zvířat ze západní Afriky do tzv. „pet shopů“, kde došlo k nákaze psounů, kteří se chovají jako domácí „mazlíčci“, a později došlo k přenosu infekce na děti a chovatele (cca 50 případů).

SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP Praha a střední Čechy

si vás dovoluji pozvat na odborné semináře v roce 2022. 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

8. září 2022

Lékové alergie u dětí

MUDr. Jaromír Paukert





Přenos: K přenosu viru na člověka dochází při kontaktu s infikovaným zvířetem, člověkem nebo kontaminovaným materiálem. Virus se do těla dostává dýchacími cestami nebo sliznicemi a také při poranění kůže; stačí i drobné oděrky. K přenosu ze zvířete na člověka může dojít kousnutím nebo poškrábáním, přípravou masa divokých zvířat, tzv. „bushmeat“, přímým kontaktem se zvířecími tělními tekutinami nebo lézemi nebo nepřímým kontaktem, například prostřednictvím kontaminované podestýlky. Předpokládá se, že k přenosu z člověka na člověka dochází především prostřednictvím respiračních kapének, je nutný dlouhodobý kontakt. Jiné způsoby přenosu z člověka na člověka zahrnují přímý kontakt s tělními tekutinami nebo infekčními lézemi a nepřímý kontakt s materiálem lézí, například prostřednictvím kontaminovaného oblečení nebo prádla.

Vnímavost je všeobecná.

■ Prevence, terapie

Obecně se jako prevence v oblastech s aktivní cirkulací viru doporučuje omezit kontakt se zvířecími rezervoáry a se všemi předměty, které byly v kontaktu s potenciálně nemocným zvířetem. Ve zdravotnických zařízeních je prevence založena na izolaci zaměřené na prevenci šíření přímým kontaktem a vzdušnou cestou, kapénkami. Vakcinace proti pravým neštovicím chrání i před nákazou virem opicích neštovic.

V současnosti by zdravotníci měli v rámci diferenciální diagnostiky zvážit infekci opicími neštovicemi u jedinců s odpovídajícími klinickými příznaky.

Je nutné informovat odbornou a laickou veřejnost o potenciálním riziku šíření opicích neštovic, zejména u osob MSM komunity nebo osob, které mají příležitostný sex nebo více sexuálních partnerů.

Jedinci s odpovídajícími příznaky by měli neprodleně vyhledat odbornou péči.

Suspektní případy opicích neštovic by měly být izolovány a testovány a ihned hlášeny. U pozitivních případů by mělo být zahájeno sledování kontaktů. Pokud jsou v zemi dostupné vakcíny proti pravým neštovicím, mělo by se podle doporučení ECDC po zhodnocení poměru rizika a přínosu zvážit očkování vysoce rizikových blízkých osob. U závažných případů lze zvážit léčbu registrovaným antivirotem, pokud je lék v zemi dostupný.

Zdravotníkům pečujícím o suspektní nebo laboratorně potvrzený případ je doporučeno implementovat opatření ke kontrole přenosu kapénkami či kontaktem:

- Aplikovat rutinní opatření pro kontrolu infekčních chorob s důrazem na hygienu rukou a zavést opatření ke kontrole přenosu kapénkami či kontaktem pro všechny interakce zahrnující kontakt s pacientem nebo potenciálně kontaminovaným okolím pacienta, tedy používat jednorázové pláště a rukavice, ochranu dýchacích cest

kategorie FFP3, ochranu očí – obličejový štít nebo brýle.

- Izolovat pacienta v samostatném pokoji, dodržovat bariérová opatření do zaschnutí lézí.
- Vyhodnotit expozici zdravotnických pracovníků, ověřit status očkování proti pravým neštovicím a zhodnotit přínos/riziko případného provedení profylaktické vakcinace.
- Sledovat osoby, které přišly do kontaktu, po dobu 21 dní.

■ Zdroj

- ECDC <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/monkeypox-cases-reported-uk-and-portugal>
- ECDC <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-monkeypox-cases-uk-imported-travelers-r>
- ECDC Factsheet for health professionals on monkeypox <https://www.ecdc.europa.eu/en/all-topics-z/monkeypox/factsheet-health-professionals#:~:text=Human%20monke>
- CDC <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/index.html>
- Beneš J a kol. Infekční lékařství. Praha: Galén, 2009, 190. ISBN 978-80-7262-644-1.
- Heymann DL. Control of Communicable Diseases Manual. 20th Edition. Washington 2015, p. 565–568. ISBN 978-0-87553-018-5.

■ Výzkumníci z AV ČR a Pediatrická klinika v Motole žádají PLDD po celé ČR o pomoc se studií na vývoj jazyka

Psychologický ústav AV ČR ve spolupráci s Pediatrickou klinikou FN Motol (garantem projektu je prof. MUDr. Jan Lebl, CSc., FCMA) vytváří rodičovský dotazník na hodnocení **raného vývoje řeči**. Za účelem standardizace nástroje potřebujeme nabrat 2 000 rodičů dětí ve věku od 7 do 29 měsíců, kteří by nám vyplnili dotazník zaměřený na slovní zásobu. Dotazník je anonymní a vyplňuje se online. Za účast rodiče obdrží 200 Kč v podobě nákupního voucheru.

Tímto bychom chtěli požádat **PLDD** po celé České republice o pomoc s **náborem rodin**. Zaslali bychom vám poštou vytištěné náborové letáčky, které byste nabízeli rodičům.

Pokud byste byli ochotni nám pomoci, napište nám prosím na e-mailovou adresu kadava@praha.psu.cas.cz

Bez vaší pomoci by byla realizace projektu takřka nemožná.

Předem vám děkujeme.

Mgr. Nikola Paillereau, Ph.D.
PsU AV ČR, vedoucí projektu



Elektronický očkovací průkaz

MUDr. Milan Cabrnach, MBA

26. května 2022

V článku se zamýšlíme nad centrálním registrem očkování, jeho organizací, problémy, které je třeba řešit, a nad očekáváními, která jsou s centrálním registrem spojena a legitimizují náklady spojené s jeho vznikem, provozem a naplňováním.

Od 1. ledna 2022 je podle zákona každý lékař, který v ČR podá očkovací látku, povinen odeslat do centrálního registru údaje o provedeném očkování. Vzniká tak centrální evidence podaných očkování, které pro jednoho konkrétního pacienta můžeme říkat elektronický očkovací průkaz.

V době rychle postupující elektronizace má registr očkovacích látek svůj nezpochybnitelný význam. Přispívá k vyšší kvalitě zdravotní péče, protože je cestou, jak se ošetřující lékař (a také pacient a další) může dostat k informacím o provedených očkováních.

Podmínkou využívání – které je pro lékaře v ČR ze zákona povinné! – je dobrá funkčnost systému. Na počátku roku se objevovaly četné problémy, které by správně měly být „vychytány“ ve zkušebním provozu, ten se ale kvůli rychlému zavedení nekonal. Je nutné, aby byly chyby odstraněny a systém pracoval hladce, nezdržoval své uživatele a nebyl pro ně komplikací.

Nepříjemnou zátěží zavedeného systému je extenzivní rozsah informací, které správce registru – SÚKL – od zadavatelů požaduje. Nikdo zatím bohužel nevysvětlil, proč jsou některé informace vyžadovány a k čemu budou využívány. Kvůli tomu zatím lékaři odmítají data zadávat, později se dá očekávat, že to povede ke „švejkování“, tedy formálnímu vyplňování kolonek bez vazby na skutečně poskytnutou péči.

Dobrou funkcí registru očkování by mohla být vazba na vakcíny a jejich šarže, které byly regulačním úřadem (SÚKL) autorizovány k použití v ČR. Pokud systém nabídne očkovacímu lékaři, aby si u každé očkovací látky vybral, jakou šarží očkuje, vyloučí se možné chyby v zadávání šarže a expirace. V tomto případě lékař zvolí šarží, bude ale potom naprosto zbytečné, aby dále zadával

informace, jako je, proti čemu je vakcína určena, její expirace, dávka a další. Zatím jsou mezi informacemi, které systém podává, a skutečnými čísly šarží a expiracemi nesrovnalosti.

Problematickou funkcí je sledování pořadí podané dávky a navrhování termínu dalšího očkování. V době náběhu centrálního registru je jasné, že systém „neví“ o předchozích provedených očkováních, a tedy opakovaně stále dokola navrhuje lékařům, aby podávanou dávku zadali jako první, i když je ve skutečnosti druhá nebo třetí. Na to měli správci systému pamatovat a problematickou funkci vylepšit tak, aby neobtěžovala a nemátla uživatele.

Máme dnes dva centrální registry očkování. První je ISIN, registr, který vznikl rychle v pandemii, shromažďuje informace o testech na COVID-19 a provedených očkováních. Funguje dobře, je spolehlivý a mimořádně užitečný. Provozuje jej ÚZIS, organizace přímo řízená ministerstvem zdravotnictví.

Druhý je systém „ostatních očkování“, který od ledna 2022 shromažďuje informace o provedených očkováních kromě COVID-19. Funguje s chybami již výše popsány, provozuje je, SÚKL, také organizace přímo řízená ministerstvem zdravotnictví, ale jiná. Na otázku, proč dva registry a dva provozovatelé k jedné tematické, odpověď neznáme. Tato dichotomie je neudržitelná, registr očkování musí být brzy sjednocen: uživatel musejí doufat, že to nepovede k funkčním problémům...

Co máme od registru očkování očekávat?

Pro správné využívání je třeba systém, který bude pracovat bezchybně a bude svým uživatelům užitečný, a ne komplikací, bude jejich práci podporovat, a ne je zdržovat či mást. Toho dle mého názoru lze poměrně

snadno dosáhnout, pokud bude správce systému vstřícně komunikovat s uživateli.

Jakmile bude systém správně pracovat, je čas jeho využívání skutečně vymáhat.

Informace o podaných očkováních musejí být přístupné samotným pacientům, u dětí jejich rodičům, zákonným zástupcům. Pokud budou mít rodiče přístup k informacím o očkování svých dětí, je namístě zrušit všechna potvrzení o očkování dětí, která dnes dětští lékaři ve svých ordinacích každodenně vystavují. Pokud očkováním „covidová tečka“ umožnila vstup do restaurace či do letadla, proč by podobná „tečka“ nemohla sloužit mateřským školám a školám jako doklad o tom, že je dítě řádně očkováno?

Bude nezbytné brzy rozhodnout o dalším osudu papírových očkovacích průkazů. Není udržitelné, aby očkovací lékař zapisoval stejné informace o očkování (1) do zdravotnické dokumentace, (2) do centrálního registru i (3) do papírového průkazu.

Centrální registr očkování musí rychle nahradit stávající výkazy a hlášení o očkování, musí se stát zdrojem informací o prováděných očkováních, o proočkovanosti, a být podkladem pro odborná i zdravotně-politická rozhodování. Podle informací o prováděných očkováních může například stát pružně rozhodovat o nákupu odpovídajícího množství vakcín nebo moderovat přístup k očkování včetně komunikace s veřejností.

Určitě najdeme řadu dalších využití centrálně shromážděných zdravotních informací, jakými registr(y) očkování bezpochyby je. Klíčovou je korektní komunikace správce systému s jeho uživateli, otevřenost systému jak pro lékaře, tak pro pacienty, stejně jako užitečnost systému, který bude informace nejen shromažďovat a snad i ukazovat, ale umožní jejich mnohostranné využívání.



www.detskylekar.cz

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost České republiky



GER - čím toto onemocnění vzniká a jaké jsou možnosti konzervativní léčby?



Mgr. Edita Knotková, fyzioterapeutka
Bc. Veronika Chaloupková, fyzioterapeutka
Olivova dětská léčebna, o.p.s., Říčany u Prahy

Gastroesofagiální reflux (GER, GERD) je onemocnění, které se u dětí objevuje už v brzkém kojeneckém věku, a s jehož projevy se ve své praxi setkal snad každý pediatr. Čím ale toto onemocnění vzniká a jaké jsou možnosti konzervativní léčby?

Dolní jícnový svěrač je nejdůležitější antirefluxní bariérou a jeho funkce je významně ovlivněna tonusem a funkcí bránice. Bránice plní trojí funkci - dechovou, posturální a svěračovou. Z klinického hlediska nejsou příznaky GER u dětí tím jediným problémem, který si zaslouží naši pozornost. Pokud je nedostatečná funkce bránice jako svěrače, vždy existuje nedostatečnost funkce bránice i v dýchání a postuře.

V anamnéze refluxních dětí se objevují typické znaky jako je vysoká kazivost zubů, ranní zápach z úst a kašel při zátěži bez expektorace nebo vysoká respirační nemocnost z důvodu snížené obranné funkce sliznice, podrážděné žaludeční kyselinou.

Děti s GER mívají určité shodné posturální znaky. Vidáme předsun hlavy s reklinací krční páteře, protrakci ramen, pod prsy zúžený hrudník v nádechovém postavení a prominující spodní žebra. Břišní svalovina bývá v dysbalanci - přímý břišní sval přetížený a šikmé ve své funkci nedostačují. Pánev často vidáme v antevertzi, s čímž souvisí i vnitřně rotační postavení osy dolních končetin.

Komplexní terapie GER se skládá z ovlivnění všech tří funkcí bránice. Dysbalance pohybového systému a aktivaci posturální funkce bránice ovlivníme použitím metod na neurofyzilogickém podkladě vycházejících z vývojové kineziologie na základě individuální diagnostiky pohybového systému. K terapii dechové funkce bránice slouží metody z respirační fyzioterapie, využívající pomůcek na bázi kontinuálního přetlaku a to jak v inspiriu, tak v expiriu. Pacient by měl být schopný odolat zvýšené respirační zátěži i ve složitějších posturálních pozicích. Tak zajistíme dobrou funkci antirefluxní bariéry v běžném životě. K dosažení ideálního posturálního vzoru je zapotřebí také uvolnit dlouhodobě přetížené fasciální struktury v peritoneu za pomoci manuální viscerální fyzioterapie.

Z klinické zkušenosti vyplývá, že na základě komplexní terapie se sníží příznaky GER a u mnohých pacientů lze snížit až zcela vysadit farmakologickou léčbu.



Role vestibulárního systému při vývoji dítěte a projevy jeho nedostatečnosti

MUDr. Vít Krontorád

Klinika dětské otorinolaryngologie LF MU a FN Brno

Vestibulární aparát je nezastupitelný v raném vývoji dětské motoriky a udržování svalového tonu. Později se jeho správná funkce uplatňuje při jemné motorice, čtení, učení a orientaci v prostoru. Akutní jednostranný výpadek se projeví periferním vestibulárním syndromem. Klinické vyšetření nevyžaduje specifické přístroje a umožňuje poměrně senzitivně zachytit projevy vestibulopatie. Vyšetřujeme okulomotoriku, optokinetiku, vestibulookulární a vestibulospinální jevy. Popisujeme spontánní a provokovaný nystagmus. Vestibulopatie v 90 % provází vrozené poruchy sluchu a projevuje se opožděným vzpřimováním dítěte. Získaná porucha vestibulárního aparátu se může projevit jako pocit dysbalance. Nejčastěji se jedná o benigní paroxysmální vertigo jako projev dětské migrény. Rehabilitace vestibulárních poruch spočívá ve stimulaci kompenzačních mechanismů zrakové a somatosenzorické percepce.

■ Úvod

Udržení rovnováhy je základním předpokladem k pohybu a interakci s okolním světem. Kontrola rovnováhy nám umožňuje mít představu o své poloze v prostoru, vnímat a vyrovnat se s působením mechanických fyzikálních sil (konkrétně gravitace a zrychlení) na své tělo. Centrální nervový systém fúzuje informaci ze tří senzorických systémů. Jedná se o vestibulární aparát vnitřního ucha, zrak a hlubokou svalovou a šlachovou propiocepci. Výkonnými orgány jsou lokomoční systém a zrak.

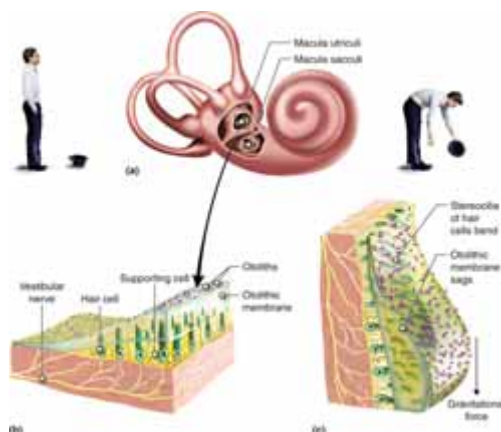
Vestibulární aparát je soustava kanálků a váčků, které jsou párově uloženy v kostěné kapsle pyramidy petrozní kosti lebky. Rozlišujeme jeho 2 kompartmenty, a to systém otolitový (sakulus a utrikulus), registrující působení gravitační síly (obr. 1), a systém

ampulární (polokruhovitě kanálky), který registruje úhlové zrychlení (obr. 2). Společně s kochleou, která je orgánem percepce zvuku a ontogeneticky vychází ze stejné materie jako periferní vestibulární aparát tvoří takzvaný blanitý labyrint vnitřního ucha. Percepce zvuku i čítí gravitace a úhlového zrychlení jsou založeny na stejném principu depolarizace vláskových buněk pohybem jejich cílů vlivem působení mechanické síly (zvuková vlna, gravitační síla, setrvačný pohyb tekutiny). Vrozené vady vnitřního ucha mohou postihovat jeho morfologii nebo molekulární strukturu. V případě vrozených vad sluchu bývá v 90 % různou měrou postižen také vestibulární aparát.¹ Vestibulární aparát generuje dvě skupiny reflexů. Vestibulookulární reflex zajišťuje stabilizaci pohledu (obrazu na sítnici) během normálních aktivit v denním životě. Vestibulospinální (+ vestibulokolický)

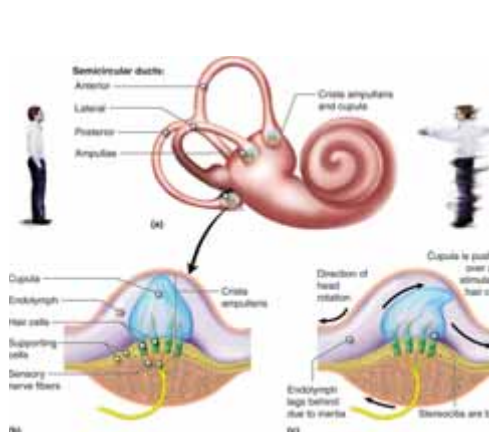
reflex udržuje optimální svalový tonus a vzpřimené držení hlavy a těla.

Vývoj vzpřimování lidského těla a svalového tonu je v prvních etapách života řízen výhradně pomocí informací z periferního vestibulárního aparátu.² Při jeho výpadku dochází k opoždění ve vývoji vzpřimování.³ Klasické milníky vývoje vertikalizace, jako zvedání hlavičky, lezení nebo postavení se na nohy a chůze, jsou opožděné vlivem pozdější myelinizace a dozrávání systémů kompenzujících výpadek vestibulárního systému.² Vestibulární funkce se účastní také procesu učení, čtení, jemné motoriky a hrají roli ve vývoji psychiky prostřednictvím ukotvení se v prostoru a sebepoznávání.⁴ Zajímavé je uplatnění vestibulookulárního reflexu u čtení, kde je zodpovědný za precizní stabilizaci obrazu při přechodu na další řádek.

Obrázek 1. Otolitový systém. Na obrázku je demonstrováno uložení makuly sakulu a utrikulu a pohyb stereocilií vlivem působení gravitační síly při změně polohy hlavy. Zdroj: University of Minnesota CC licence⁵



Obrázek 2. Ampulární systém. Na obrázku je demonstrováno uložení krysty ampularis polokruhovitých chodbiček a ohnutí stereocilií vlivem pohybu endolymfy při rotaci hlavy a těla. Zdroj: University of Minnesota CC licence⁵





■ Vyšetření vestibulárního aparátu

Klinické vyšetření vestibulárního systému dítěte se opírá o znalost vývoje vestibulárního aparátu a motoriky globálně. K vyšetření musíme přistupovat obeznámeni se stavem centrálního nervového systému (CNS), zrakového aparátu a muskuloskeletálního systému konkrétního pacienta. Jinak vedeme vyšetření u dítěte s opožděním vertikalizace a sníženým svalovým tonem, jinak u projeveného akutního vestibulárního syndromu. Níže v textu je nabídnuta komplexní baterie testů, které nejsou vázány na přístrojové vybavení ordinace a mohou pomoci v diferenciální diagnostice poruchy vestibulárních funkcí.

Průběh vyšetření musí být přizpůsoben věku co do druhu a rozsahu prováděných testů. V textu chceme demonstrovat možnosti efektivního vyšetření malých dětí (kojenec až předškolní věk). Vyšetření starších dětí se neliší od vyšetření dospělého pacienta a můžeme zde vycházet z četných českých prací, například z přehledné příručky pro praxi od Kouckého a kolektivu.⁶

Velmi výhodné, zvláště u malých dětí, je začít vyšetření pozvolna rozhovorem s rodiči a zároveň dítěti nabídnout hračky, a začít si tak získávat jeho důvěru. Odběr anamnézy cílíme na perinatologická rizika. Zásadní je údaj o předčasném narození a jeho příčině, zajímá nás hypoxie, adnatní cytomegalovirová (CMV) infekce, přítomnost vrozených či metabolických vad oka, mozku a muskuloskeletálního systému či syndromů. Hodnotíme dosažení milníků vývoje hrubé motoriky. Posuzování vývoje vzpřimování by mělo být pojímáno v kontextu vývoje jazyka, chování, inteligence a emočního rozpoložení dítěte, k čemuž lze využít standardizované škálovací systémy. Dítě s poruchami vývoje/rovnováhy obvykle již podstoupilo vyšetření neurologem či rehabilitačním lékařem. Vzhledem k významné provázanosti vestibulárního a sluchového ústrojí je nezbytným vyšetřením verifikace prahu sluchu pedaudiologem. V případě závratových projevů dokumentujeme dobu trvání potíží, subjektivní charakteristiku poruchy rovnováhy, vyvolávající faktor, záchratový průběh či vegetativní doprovod.

Vyšetření postury – kontrola držení těla.

Přímým pozorováním pohybů dítěte, jeho hry, sedání a vstávání hodnotíme jeho globální schopnost držení těla – postury. Ve



Obrázek 3 a) Dívka 1,5 let s adekvátně projeveným vzpřimovacím reflexem a udržováním rovnováhy při vyšetření na dynamicky se měnícím povrchu balančního míče (Zdroj: archiv autora)

věku 4 let je dítě schopno stát na jedné noze se zavřenýma očima, pokud to nezvládne, považujeme to za příznak oboustranného vestibulárního deficitu.⁴ K testování vzpřimovacích reflexů a udržení postury lze dobře využít balanční míč¹ (obr. 3).

Vyšetření vzpřimovacího reflexu (righting reflex).

Na základě dozrávání centrálního nervového systému ve vztahu k věku posuzujeme 4 skupiny úrovně rozvinutí vzpřimovacího reflexu.² Testován je svalový tonus jako projev aktivity svalstva proti působení gravitace a vlastní vzpřimovací reflex, který vede k postupné vertikalizaci osy těla. U novorozenců se vzhledem k nezralosti pyramidálního



Obrázek 3 b) Dívka 3,5 let. Demonstrováno udržování vertikály hlava–trup při vychylování těžiště na dynamicky se měnícím povrchu balančního míče. Pozitivní naladění dítěte urychluje a zpřesňuje klinické vyšetření (Zdroj: archiv autora)

traktu uplatňují primitivní, kmenové reflexy (tab. 1). Ve věku 4–6 měsíců vlivem dozrávání vyšších center centrálního nervového systému, kortikalizace, vyhasínají primitivní reflexy (např. výše zmíněné, sací, úchopový, Moroův a další), ale ještě nejsou zcela rozvinuté typické posturální reflexy, které jsou typické pro 3. věkovou skupinu 6–48 měsíců. Postupně myelinizuje tractus pyramidalis a lemniscus medialis. Dochází k integraci zrakových, vestibulárních podnětů a propriocepce v úrovni nucleus ruber. Důsledkem je progres ve vertikalizaci držení těla. Testovat můžeme vzpřimovací reflexy (labyrintový, šíjový a tělový). Reflex zajišťuje vzpřimené držení hlavy nebo trupu a hlavy. Při úklonech těla udržuje osu ústa–oči ve

Tabulka 1 Primitivní kmenové vestibulární reflexy

Asymetrický tonickošíjový reflex	Jedná se o primitivní reflex přítomný u novorozenců do 16. týdnu věku. Vybavíme ho otočením hlavičky a extenzí ruky k jedné straně. Reakcí je flexe ruky a nohy na straně opačné.
Moroův reflex	Tento primitivní reflex je považován za úlekovou reakci novorozence. Nejčastěji používaným stimulem je trhnutí podložkou nebo simulace pádu dítěte dozadu. Reakcí je rozpažení horních končetin při inspiriu. Vyhasíná kolem 4. měsíce věku.
Doll's eyes fenomén	Okulocefalický reflex (doll's eyes reflex) je přítomen u novorozenců do cca 11,5 týdne, kdy dochází k jeho centrální supresi. Jedná se o konjugované oční pohyby v reakci na pomalou rotaci hlavy ve vertikálním a horizontálním směru. Výsledkem je udržení přímého pohledu kontralaterálním pohybem bulbů oproti pohybu hlavou.



Tabulka 2 Zjednodušená tabulka typů nystagmu

Typy nystagmu	Jednostranná periferní léze	Centrální léze	Fyziologický
Spontánní	Horizontálně rotatorická charakteristika Rychlá fáze proti straně léze Inhibovaný zrakovou fixací	Variabilní směr Není inhibován nebo je naopak zesílen zrakovou fixací	
Polohový	Spouštěč je typický směr změny polohy. Je opožděný (vzniká s latencí po provokujícím manévru) Je adaptabilní (vyhasíná) Je geotropický (bije směrem k zemi)	Není opožděný Není adaptabilní Může mít variabilní a proměnlivý směr	
Pohledový		Při abdukci oka menší než 30° Při abdukci větší než 30° nevyčerpaný Mění směr se směrem pohledu Rebound nystagmus (změní směr při refixaci)	„fixační nystagmus“ Při abdukci oka větší než 30° Nízká amplituda Časně vyčerpaný

vertikální rovině. Po 4. roce věku pokračuje myelinizace a kortikalizace CNS. Proces myelinizace retikulární formace končí ve 2. dekádě života.

Vyšetření okulomotoriky

Vyšetření okulomotoriky je cenné k vyloučení centrální symptomatologie a ověření stavu zrakového aparátu před vyšetřením vestibulookulárních reflexů. Hodnotíme rozsah a plynulost pohybů očí. Přítomnost sakád může signalizovat mozečkovou patologii. Centrální patologii provází porucha okohybných nervů (N. III, IV, VI), která se projevuje deficitem v pohybu jednoho z očí. Přítomnost hypermetrických sakád je ekvivalentem přestřelení cíle při vyšetření taxy a může být projevem mozečkové patologie,

k tomuto vyšetření lze využít takzvaný „sakádový domeček“ (obr. 4).

Vyšetření optokinetiky

Optokinetický bubínek (obr. 5) slouží k jednoduchému vyšetření sledovacích očních pohybů, fyziologického optokinetického nystagmu (OKN). OKN je pozorovatelný od 1. měsíce věku, spolehlivě projeven je ve 3 měsících. Je považován za projev vestibulookulárního reflexu (VOR). Asymetrie očí nebo úplná absence OKN v jednom směru může svědčit pro centrální etiologii. Pomocí rotace s fixací zraku můžeme testovat schopnost inhibice VOR, tedy efektivitu nadřazeného mozečku.

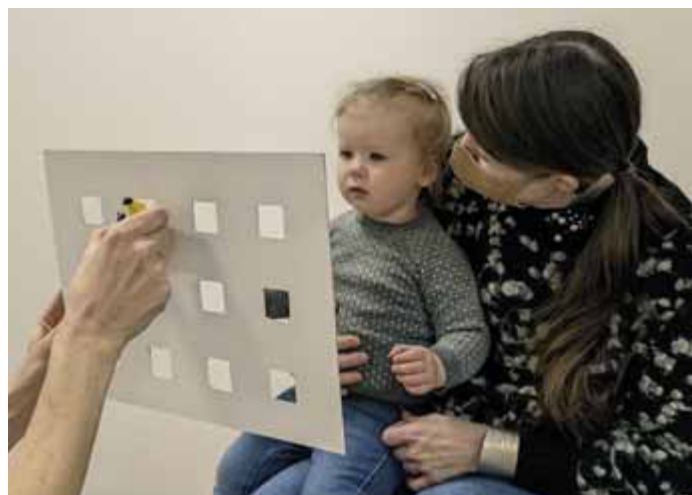
Vyšetření nystagmu

Rozlišujeme pomalou a rychlou složku nystagmu. Směr nystagmu udává rychlá složka. V případě horizontálního nystagmu rychlá složka míří k aktivnějšímu vestibulárnímu ústrojí. Dále u nystagmu popisujeme jeho intenzitu a charakter. Vedle spontánního nystagmu vyšetřujeme též polohový a pohledový nystagmus,⁷ zjednodušeně v tabulce (tab. 2).

Head impulse test

Podle individuálních dispozic, často odvislých od věku, kdy je dítě schopno a ochotno zrakem fixovat předmět, můžeme vyšetřit Head Impulse Test (HIT) (obr. 6). Jedná se o vyšetření vestibulookulárního reflexu. Zachycení korekční sakády značí více než 80% ztrátu funkce příslušného kanálku.⁴

Obrázek 4 Vyšetření okulomotoriky a taxy pomocí sakádového domečku u 1,5 leté dívky (Zdroj: archiv autora)

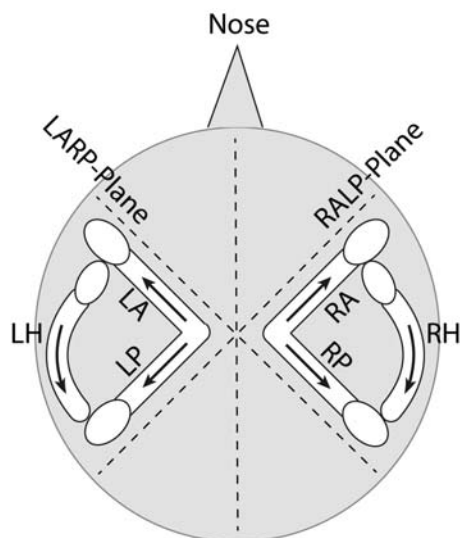


Obrázek 5 Optokinetický bubínek můžeme jednoduše vyrobit s použitím rule kuchyňských ubrousků, odstraňovače zvířecích chlupů a barevného papíru (převzato od Dr. S. Wiener-Vacher⁴).





Obrázek 6 Testování HIT u 3,5leté dívky. Na fotografii demonstrováno udržení pozornosti dítěte na hračku mezi zuby vyšetřujícího. Test levého laterálního kanálku (Zdroj: archiv autora)



Obrázek 7 Roviny polokruhovitých kanálků. H – horizontální, P – zadní, A – přední, R – vpravo, L – vlevo, RALP – rovina pravého předního a levého zadního kanálku, LARP rovina levého předního a pravého zadního kanálku (zdroj: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Semicircular_Canals.png)

Další klinické vyšetření vestibulookulárních a vestibulospinálních reflexů se neliší od vyšetření dospělých pacientů. Je-li dítě dostatečně spolupracující, můžeme plynule pokračovat otoneurologickým vyšetřením postury, taxy, subjektivní vertikály atd., které je detailně popsáno v publikaci Závratě.⁸

Přístrojové vyšetření vestibulárních funkcí

Ve specializovaných vestibulárních ambulancích na klinické vyšetření navazuje vyšetření přístrojové. Zaužívané přístroje, které jsou použitelné i pro velmi malé děti, cca od 3 měsíců věku testují reaktivitu vestibulárního aparátu s využitím vestibulospinálních a vestibulookulárních reflexů. Kalorická zkouška využívá podráždění laterálního kanálku chladným nebo teplým médiem, následně je vyhodnocen provokovaný nystagmus. Při vyšetření evokovaných krčních vestibulárních potenciálů (cervical vestibular evoked myogenic potentials – c-VEMP) stimulujeme otolitovou složku vestibulárního systému zvukem, následně měříme změnu v napětí kývače. Video head impulse test (v-HIT) s využitím samostatně stojící kamery umožňuje rychle otestovat vestibulookulární reflex ve všech rovinách polokruhovitých kanálků⁹ (obr. 7).

Nejčastější nosologické jednotky

Incidence vrozených vad sluchu je 1/1 000 narozených dětí. U 90 % z nich je přítomen deficit vestibulárního systému, který se, jak bylo zmíněno výše, projevuje snížením

svalového tonu, opožděním v dosahování milníků vývoje motoriky a dalšími projevy v kognitivně-emocionální rovině.¹⁰ Tyto poruchy mohou být součástí syndromových vad (např. Usherův, brachiorenální, Pendredův, Waardenburgův a mnohé další). Na našem pracovišti pracujeme na ustanovení algoritmu vestibulárního vyšetření (screeningu) u dětí s poruchou sluchu.

Nejčastějším získaným onemocněním, které se projevuje závratěmi, je dětské benigní paroxysmální vertigo (BPV), které je považováno za variantu migrény. Typicky začíná mezi 1. a 4. rokem života a spontánně mizí v 5–6 letech. Diagnóza je stanovena per exclusionem, podmínkou je negativní nález na EEG a minimálně 5 atak vertiga, délky trvání v hodinách¹. Druhou nejčastější příčinou je úraz, který vedl k uvolnění otolitů z jejich lůžek v makule sakulu či utrikulu a jejich dislokaci do ampulárního systému. Nosologická jednotka je označována jako benigní polohové paroxysmální vertigo (BPPV) a účinnou léčebnou modalitou jsou repositionální manévry. Při zlomeninách pyramidy může být poškozena otická kapsula, což se projeví akutním vestibulárním syndromem a ztrátou sluchu. 5 % dětských pacientů ze souboru Wiener-Vacher⁴ mělo prokázanou vestibulární neuronitidu, která se projevuje typickým periferním vestibulárním syndromem (tonické odchylky ke straně léze a horizontálně rotatorický nystagmus rychlou složkou směřující ke zdravému uchu). U stejného počtu případů imitoval periferní

vestibulární syndrom tumor CNS, jedná se nejčastěji o tumory mozečku. Jedna z komplikací zánětu středního ucha je akutní labyrintitida, která se projevuje periferním vestibulárním syndromem a ztrátou sluchu na postižené straně. Ve výčtu možných příčin je třeba připomenout takzvané psychogenní vertigo, které může být projevem somatizace psychických potíží. V neonatologii i dětském infekčním lékařství jsou v některých případech lékem první volby aminoglykosidy, které mají specificky vestibulotoxický účinek a mohou vést k oboustrannému poškození vestibulární funkce.

Léčba a rehabilitace vestibulární poruchy

Prokážeme-li vrozený vestibulární deficit, je namístě započít s časnou a dlouhodobou rehabilitací, která může zahrnovat posílení zrakových a somatosenzorických kompenzačních mechanismů. Děti trénují rovnováhu a držení těla.¹¹ V případě akutního setrvalého periferního vestibulárního syndromu je často namístě podání prednisolonu v dávce 1 mg/kg/den ještě před stanovením přesné diagnózy. Kortikoidy potlačí zánětlivou reakci, která může přispívat k dalšímu poškození struktur vnitřního ucha. Dále stav léčíme podle vyvolávající etiologie. V rámci časné následné péče doporučujeme pacientům vestibulární rehabilitaci, která by měla podpořit rychlou a efektivní kompenzaci výpadku vestibulární funkce.¹² K dispozici je také volně dostupný leták od Jeřábka a kolektivu.¹³



■ Závěr

Vrozená porucha vestibulárních funkcí dítěte může ucházet pozornosti odborné veřejnosti, protože se neprojevuje vertigem, může mít ale zásadní dopady na vývoj dítěte. Včasná diagnostika přispívá k optimálně vedené rehabilitaci, jejímž cílem je posílení kompenzačních mechanismů. Úspěšnost zachytu dětí s vestibulopatií by mohl zajistit vestibulární screening dětí s poruchou sluchu.

■ soupis literatury

1. Gans, Richard E. Evaluation and management of vestibular function in infants and children with hearing loss. In: Pediatric Audiology. third edition. Thieme; 2019.
2. Kaga K. Vertigo and Balance Disorders in Children. Springer Japan; 2014. doi:10.1007/978-4-431-54761-7
3. Martens S, Dhooge I, Dhondt C, et al. Vestibular Infant Screening (VIS)-Flanders: results after 1.5 years of vestibular screening in hearing-impaired children. Sci Rep. 2020;10(1):21011. doi:10.1038/s41598-020-78049-z
4. Wiener-Vacher S, Sidney I W. Vertiges & Troubles de l'Equilibre Chez l'Enfant. Vol 62.; 2017. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02365374>
5. Olman E. Vestibular Transduction. Published online January 1, 2022. Accessed May 24, 2022. <https://press-books.umn.edu/sensationandperception/chapter/vestibular-transduction-draft/>
6. Koucký V, Balatková Z, Čada Z, Jeřábek J. Akutní Závrať: Příručka pro Praxi. Maxdorf, Praha, 2022.
7. Černý R, Jeřábek J. Analýza a diferenciální diagnostika nystagmu v klinické praxi. Neurol Praxi. 2008;8(6):340-343. <http://solen.cz/doi/10.nnnn/neu.2007.075.html>
8. Čada Z, Černý R, Čákr O, Chrobok V. Závratě. 1. vydání. Tobiaš; 2017.
9. Wiener-Vacher SR, Wiener SI. Video Head Impulse Tests with a Remote Camera System: Normative Values of Semicircular Canal Vestibulo-Ocular Reflex Gain in Infants and Children. Front Neurol. 2017;8:434. doi:10.3389/fneur.2017.00434
10. Rine R, Wiener-Vacher S. Evaluation and treatment of vestibular dysfunction in children. NeuroRehabilitation. 2013;32:507-518. doi:10.3233/NRE-130873
11. Rine RM, Braswell J, Fisher D, Joyce K, Kalar K, Shaffer M. Improvement of motor development and postural control following intervention in children with sensorineural hearing loss and vestibular impairment. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2004;68(9):1141-1148. doi:10.1016/j.ijporl.2004.04.007
12. Čákr O, Jeřábek J. Vestibulární rehabilitace. Neurol Praxi. 2017;18(3):170-173. doi:10.36290/neu.2017.081
13. Rehabilitační program pro nemocné se závratí a poruchou rovnováhy – Jak na vertigo. Accessed May 25, 2022. <https://jknvertigo.cz/ke-stazeni/rehabilitacni-program-pro-nemocne-se-zavratí-a-poruchou-rovnovahy/>



PEDIATRICKÝ KONGRES s mezinárodní účastí



O S T R A V A

13. - 15. 10.
2022

Clarion Congress Hotel

OSTRAVA

www.pediatrie2022.cz



Benigní paroxysmální polohové vertigo

Doc. MUDr. Mojmír Lejska, CSc., MBA¹, MUDr. Eva Kadaňková²

¹Audio-Fon Centr s.r.o. Brno

²Klinika neurologie, Fakultní nemocnice Brno; Audio-Fon Centr s.r.o. Brno

Definice, základní pojmy

Benigní paroxysmální polohové vertigo (BPPV) je nezávažná občasná náhlá polohová závrať vycházející z vnitřního ucha. Jedná se o nejčastější a nejobvyklejší typ závratí (cca 60 % ze všech závrativých stavů v ORL ambulanci), přičemž zadní polokruhovitý kanálek je postižen až v 90 %.

Anatomie a fyziologie

Rovnovážné ústrojí ve vnitřním uchu tvoří 3 polokruhové kanálky, na sebe kolmé, vyplněné v membránové části endolymfou (přední, zadní, horizontální), 2 otolitové váčky sakulus a utrikulus. Každý polokruhovitý kanálek je spojen s utrikulem rozšířením (ampulou), do níž zasahuje hrana (crista ampularis). Receptory (obsahují podpůrné a vláskové rovnovážné buňky) jednak váčků – makuly (maculae staticae), jednak polokruhovitých kanálků – ampulární krysty. Pohyb endolymfy se při rotačním zrychlení v rovině kanálku přenáší na vláskové buňky. Makulu pokrývá gelová membrána s otolity (krystalky uhličitany vápenatého), otolity dráždí vláskové buňky, zprostředkující informaci o poloze hlavy v prostoru či o lineárním zrychlení. Otolity jsou po čase spontánně rozpuštěny či aktivně resorbovány. Pokud nejsou resorbovány, volně se vznášejí v endolymfě a při pohybu hlavou mohou prudce nasednout gravitací na rovnovážné buňky, které mechanicky podráždí. Nahromadění zbytků otolitů v polokruhovitých kanálkách a podráždění vláskových rovnovážných buněk v ampule je vždy důsledkem pohybů hlavy. Ze synapsí vláskových buněk vycházejí nervová vlákna VIII. hlavového nervu (vestibulární porce), které přenášejí informace do mozku.

polokruhové kanálky detekují	otolitové váčky detekují
úhlové zrychlení	lineární zrychlení
rotaci hlavy v příslušné rovině	polohu hlavy v prostoru

Příznaky

- typicky rotační vertigo (v horizontální rovině)
- chvilková (sekundy) silná prudká závrať, vázaná na změnu polohy hlavy
- první záchvat při posazení ráno z lože
- v úvodu se jednotlivé sekundové závratě opakují při každém pohybu hlavy nebo očí i po dobu několika hodin
- důsledek pohybu hlavy či změny polohy (postavení ze sedu či lehu, posazení se z lehu, ulehnutí na znak, předklon a narovnání, záklon hlavy, otáčení hlavy do strany – i v vleže, přetáčení se vleže na bok
- chvilková nejistota či pocit opilosti při chůzi
- kolísání okolního světa (oscilopsie) v důsledku polohově vázaného nystagmu
- pocit následného otáčení při otočení hlavy (pohyb poté)
- mžítka před očima
- pocit nevolnosti (nauzea) a zvracení (předešlým v samotném počátku)
- podle průběhu se jedná o onemocnění spontánně ustupující s tendencí se opakovat (recidiva až 50 %)

Diagnostika

1. Základem je typická anamnéza, tedy prudká několik sekund trvající závrať, následující polohově vázaná závrať.
2. Diagnostické polohovací manévry slouží k vyvolání subjektivního pocitu závratí a často typické nystagmické reakce odpovídající rovině stimulovaného kanálku. Diagnostický manévr dle Dixové-Hallpike a na BPPV zadního polokruhového kanálku:
 - pacient sedí na lůžku v podélném směru s nohama na lůžku
 - vyšetřující stojí za jeho zády, hlava je rotována mírně cca 45 stupňů doprava nebo doleva
 - pacient je vyzván k tomu, aby po celou dobu měl otevřené oči a díval se na vyšetřujícího

- pacient je prudce během 2–3 sekund převeden do polohy na záda s přesahem hlavy přes okraj lůžka

3. Frenzelovy brýle (vyřazení zrakové fixace) vhodné k objektivizaci nystagmické reakce

4. Paraklinická vyšetření
 - posturografie (stoj a držení těla)
 - elektronystagmografie
 - sluchové evokované potenciály (BERA)
 - tympanometrie (reflexy)

Léčba

Polohovací manévry

- Sémontův manévr (uvolňovací) – pod dohledem lékaře
- Epleyův manévr (repoziční) – pod dohledem lékaře
- Brandt-Daroffovy habituační cviky (domácí)

Režimová opatření

- spánek v polosedě v průběhu provádění manévru
- nepředklánět se a nezaklánět, vyhnout se provokujícím polohám, neležet na postiženém uchu, vyhýbat se výškám, plavání a potápění ve tmě,
- velice individuálně posoudit řízení motorových vozidel

Další léčba

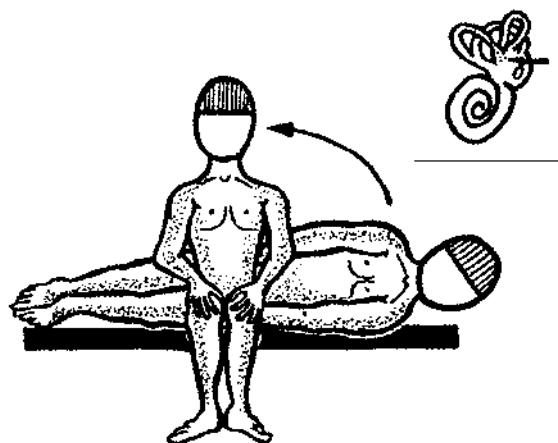
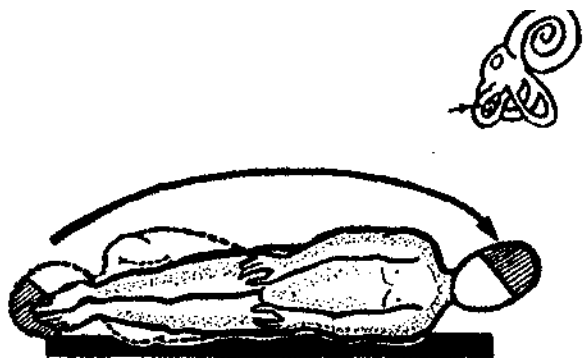
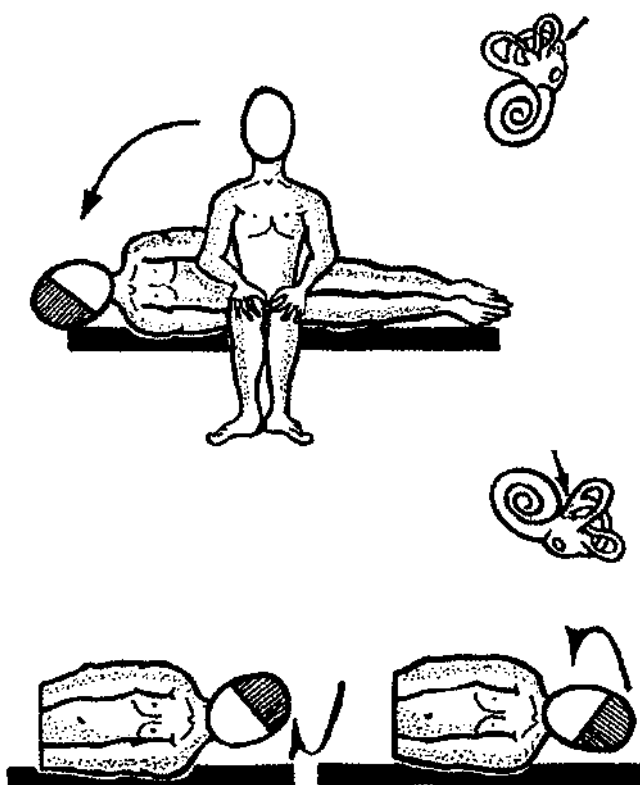
- medikamentózní (antiemetika, vazodilatační léčba)
- chirurgická léčba – plugging postiženého kanálku



■ SÉMONTŮV uvolňovací manévr (4 polohy) – pod dohledem lékaře

Obr. 1 Ulehnutí je na stranu postižení. Obličej musí být stočen o 45° ke zdravé straně a po ulehnutí celé hlavy klesá o 30° pod horizontální rovinu. Velmi často se vyvolá velmi silný záchvat závratí – nepřerušovat!

Obr. 2 Celé tělo se přes střední polohu vsedě pomocí jednoho plynulého pohybu přetáčí na zdravou stranu. Hlava svou polohu nemění. Je stočena o 45° ke straně zdravé a odkloněna o 30° od horizontály.



Obr. 3 Ve stejné poloze těla hlava poklesává o 60° a dostává se o 30° pod horizontálu. Obličej je i nadále stočen o 45° ke straně zdravé (nyní leží i na podložce).

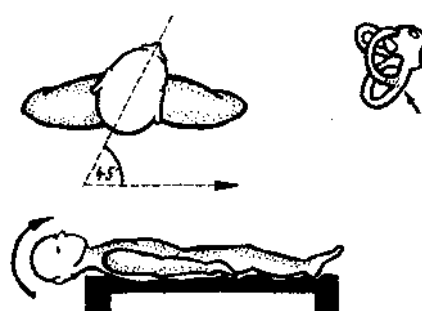
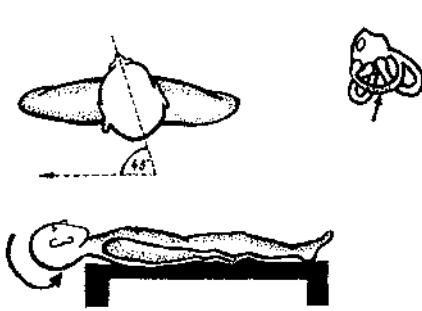
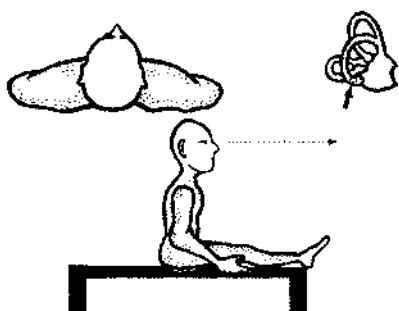
Obr. 4 Klidový sed je stejně významná poloha jako všechny předchozí. Nelze ji vynechat ani zkrátit. Osvědčuje se klidový sed s podepřenou hlavou a zavřenými očima.

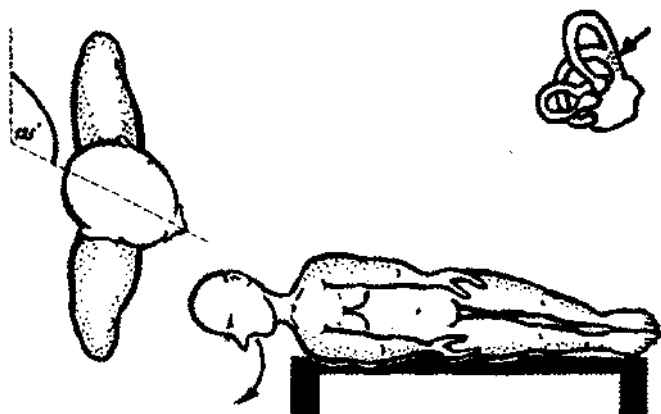
■ EPLEYŮV repositionální manévr (5 poloh)

Obr. 5 Pacient volně sedí na loži. Pohled zaměřen vpřed, hlava se neotáčí.

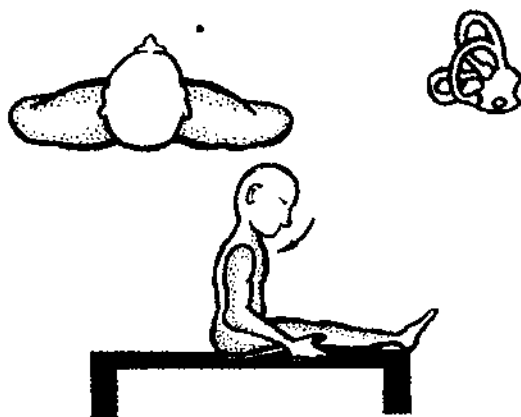
Obr. 6 Pacient ulehá na záda s hlavou zakloněnou vzad přes okraj lože o 30° . Celou hlavu v této poloze stáčí na stranu postižení (zde strana levá) o 45° . V uvedené poloze se může vyvolat závrativý stav – nepřerušovat!

Obr. 7 Hlava je i nadále zakloněna vzad o 30° . Celá hlava se stáčí o 90° z polohy druhé ke zdravé straně. Hlava je tak zakloněna o 30° a otočena o 45° .





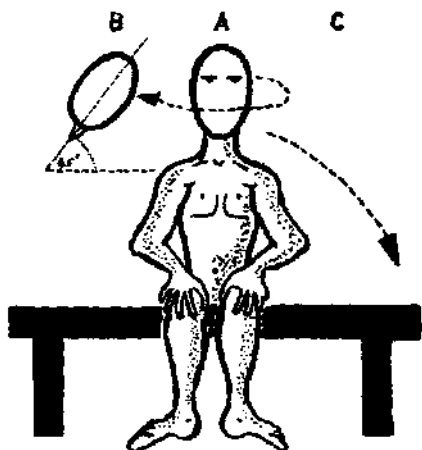
Obr. 8 Hlava zůstává v předchozí poloze. Celé tělo rotuje tak, že ulehá pomocí plynulého pohybu na rameno zdravé strany. Hlava zůstává mírně zakloněná asi o 30° a stočena o 45° ke spodině. Poloha je srovnatelná s třetí polohou Sémontovou. Obličej směřuje k podložce.



Obr. 9 Klidový sed.

■ **BRANDT-DAROFFOVY** habituační (domácí) cviky (4 polohy) Provádějí se samostatně doma v sériích po pěti cvičeních 1–2krát denně.

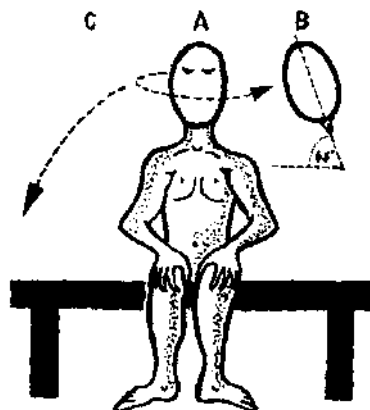
Obr. 10 Klidový sed. Hlava je stočena k jednomu rameni o 45° .



Obr. 11 Celé tělo ulehá na rameno, kam není stočen obličej. Hlava pak klesá o 30° pod horizontálu. Obličej je obrácen vzhůru. Poloha je srovnatelná se Sémontovou první polohou.



Obr. 12 Tělo ulehá na druhé rameno a hlava je stočena a obrácena stejně, jen na opačnou stranu.



Obr. 13 Klidový sed. Později se hlava stáčí k opačnému rameni.



Vyšetření sluchu u nejmenších dětí za použití metod evokovaných potenciálů a jeho limity

Doc. MUDr. Mojmir Lejska, CSc., MBA

Audio-Fon Centr s.r.o. Brno

■ Úvod

Vyšetřování sluchu u nejmenších dětí – novorozenců, kojenců a batolat – se značně liší od vyšetřování sluchu u dětí školního věku, adolescentů a dospělých. Nejmenší děti s námi nikdy nespolupracují, nemají vlastní zkušenosti se slyšením a verbálně nekomunikují. K tomu se přidává strach a obava z nového prostředí, vlastního vyšetření, nových lidí kolem atd.

Zhodnocení míry funkčnosti všech smyslových funkcí, sluch nevyjímaje, které je vždy přísně individuální, je v současné době prováděno výhradně v blízké spolupráci vyšetřované osoby a vyšetřujícího. Vyšetřovaný dostává smyslové podněty a reaguje tak, že uvádí, zda je vnímá, či nikoli. Platí to všeobecně u hodnocení stavu zraku, sluchu, chuti, čichu i hmatu. Neexistuje tedy žádná objektivní metoda, která by tento typ základního posouzení smyslové funkce dokázala zcela nahradit. Výsadou audiologie (věda provádějící vyšetření sluchu) však je, že se nejdále posunuly tyto objektivní metody právě ve vyšetřování sluchu.

Mezi objektivní audiologické metody jsou vždy počítány tři: tympanometrie, vyšetření pomocí evokovaných potenciálů a otoakustické emise. Nejpropracovanější metoda

a vlastně jediná vhodná k vyšetření sluchu nejmenších dětí je vyšetření pomocí evokovaných potenciálů, v české literatuře běžně nazývané BERA (Brainstem Evoked Response Audiology). Metoda vychází z empirie, že sluchovým nervem, který spojuje periferní sluchový aparát (vlastní ucho) s mozkovými strukturami, v případě, že ucho slyšelo, prochází bioelektrické napětí, které pak můžeme měřit. Naopak v případě, že ucho je hluché, nemůžeme změnu napětí ve sluchovém nervu prokázat.

1. Vyšetření pomocí evokovaných potenciálů – BERA

Po objevení metody BERA a jejím zavedení do běžné praxe v 80. letech minulého století vznikl mezi audiology a foniatry entuziasmus, že již nebude existovat dítě, které by bylo sluchově nevyšetřitelné, a že stav sluchu budeme moci vždy a u každého přesně stanovit. Po prvotním nadšení a klinických zkušenostech se však ukázalo, že tomu tak není. V současné době již víme, že přestože u velké většiny dětí lze sluch metodou BERA skutečně přesně prokázat, existují i nemalé skupiny dětských pacientů, které se stávají hůře vyšetřitelnými, či dokonce jsou nevyšetřitelné. V dalším textu se budeme zabý-

vat jednak podmínkami vyšetření sluchu u nejmenších dětí a také limity vyšetření BERA.

1.1 Prvotní otázky k vyšetření sluchu nejmenších dětí

Pokud máme vyšetřit sluch nejmenšího dítěte, které prošlo novorozeneckým screeningem s pozitivním výsledkem (vzniká podezření na vadu sluchu), je třeba odpovědět na následující jednoduché otázky: KDO, KDY a JAK.

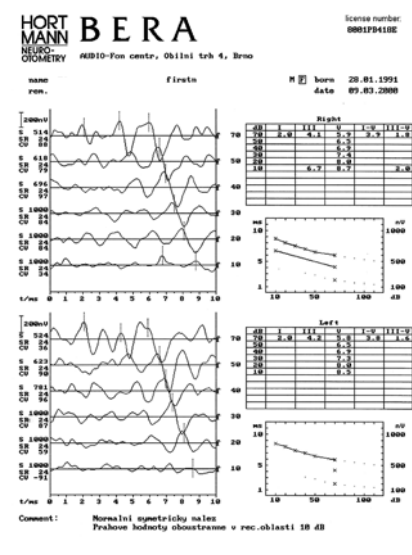
1.1.1 KDO má být vyšetřen?

BERA se provádí u dětí s pozitivním screeningem a pak u vybraných skupin dětí, a to obligatorně či fakultativně. Vyšetření sluchu u nejmenších dětí je často doplňováno i jinými metodami než BERA, i když BERA je metodou základní a dominantní.

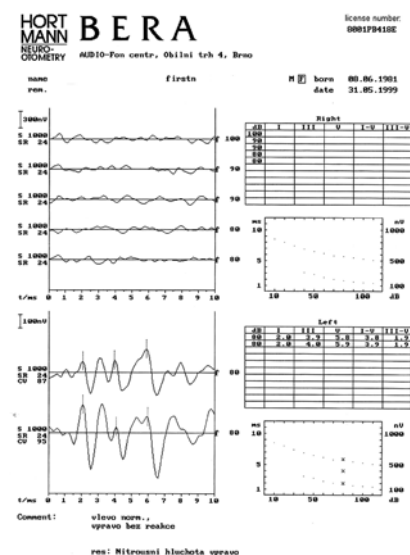
Obligatorní vyšetření stavu sluchu pomocí BERA u nejmladších dětí:

- Děti z rizikových těhotenství
- Děti narozené před 37. týdnem gravidity
- Děti s porodní váhou pod 1 500 g
- Děti s porodní asfyxií delší než 5 minut
- Děti s vrozenými vadami hlavy a krku
- Děti s perinatálními problémy (protražovaný porod, silný icterus apod.)
- Děti neslyšících rodičů

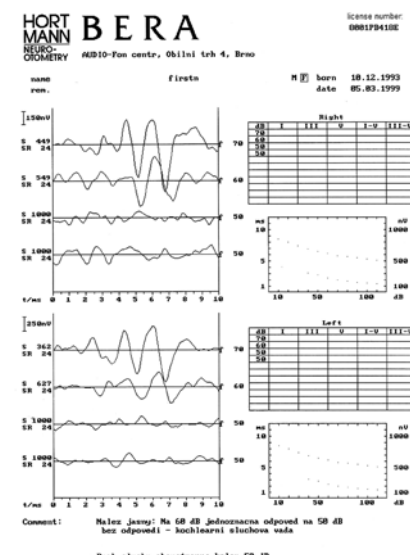
Obr. 1 Normální výsledek BERA



Obr. 2 Vlevo zcela normální nálezy opakujících se vlny. Vpravo bez reakce = hluchota vpravo.



Obr. 3 Percepční vada sluchu s prahem na 50/60 dB.



Fakultativní vyšetřování stavu sluchu pomocí
BERA u nejmladších dětí:

- Děti po vážných zdravotních stavech – infekční choroby, traumata hlavy, po léčbě nádorových onemocnění, po aplikaci ototoxických léků
- Děti, u kterých bylo vyjádřeno podezření na poruchu sluchu
- Děti sociálně zanedbané
- Případně děti s poruchou vývoje řeči – zde dnes spíše VRA (Visual Reinforcement Audiometry - vizuálně posílená audiometrie) či VRA v kombinaci s BERA)

1.1.2 KDY má být vyšetření sluchu provedeno?

Tato otázka má tři samostatné podoblasti, které budou postupně probrány:

kdy – podle věku dítěte;

kdy – podle vztahu k suspekci:

kdy – podle rozvoje řeči.

Vyšetření stavu sluchu u dětí s podezřením na možné sluchové poškození (ne tedy u dítěte zdravého) se má provádět co možná nejdříve po narození či po možné suspekci. Podle Yoshinaga-Itanové (1998) platí, že čím dříve je případné postižení sluchu nalezeno, diagnostikováno a ihned kompenzováno sluchadly a restituováno, tím menší jsou dopady na další život dítěte v oblasti komunikační a emotivní. Podle vlivu stavu sluchu na vývoj řeči dělíme sluchové vady na:

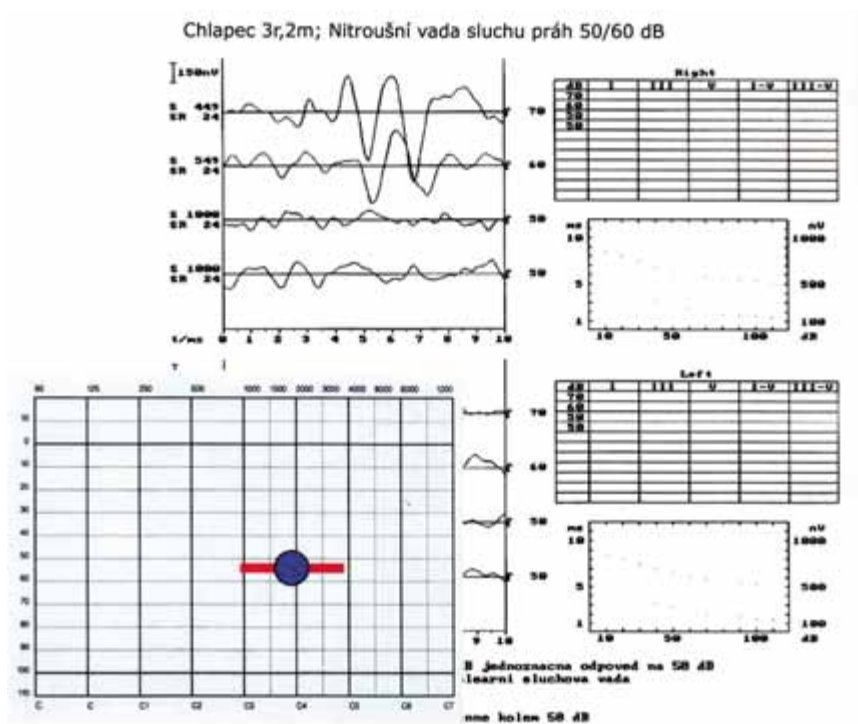
- Vada sluchu, která nemá vliv na vývoj řeči – minimální (zanedbatelná)
- Vada sluchu, která zpomalí vývoj řeči, ale kvalita řeči neutrpí – výjimečně je vhodné sluchadlo
- Vada sluchu, která omezí vývoj řeči – vždy jsou vhodná sluchadla
- Vada sluchu, která i za použití sluchadel zpomalí či omezí vývoj řeči – sluchadla a intenzivní surdopedická péče
- Vada sluchu, u které je vývoj řeči i s použitím sluchadel ohrožený – sluchadla, surdopedie a podle stavu lze uvažovat o kochleární implantaci
- Vada sluchu, která neumožňuje vývoj řeči – vždy kochleární implantace

1.1.3 JAK má být vyšetření sluchu provedeno?

Vždy platí, že za použití kterékoli metody je třeba vyšetření provádět opakovaně, porovnávat výsledky navzájem, sledovat vývoj komunikačních schopností dítěte a kvalitu jeho chování v kontaktu s dalšími lidmi. Platí však, že není v současnosti sofistikovanější metody než metody BERA, která stojí na vrcholu pomyslné vyšetřovací pyramidy.

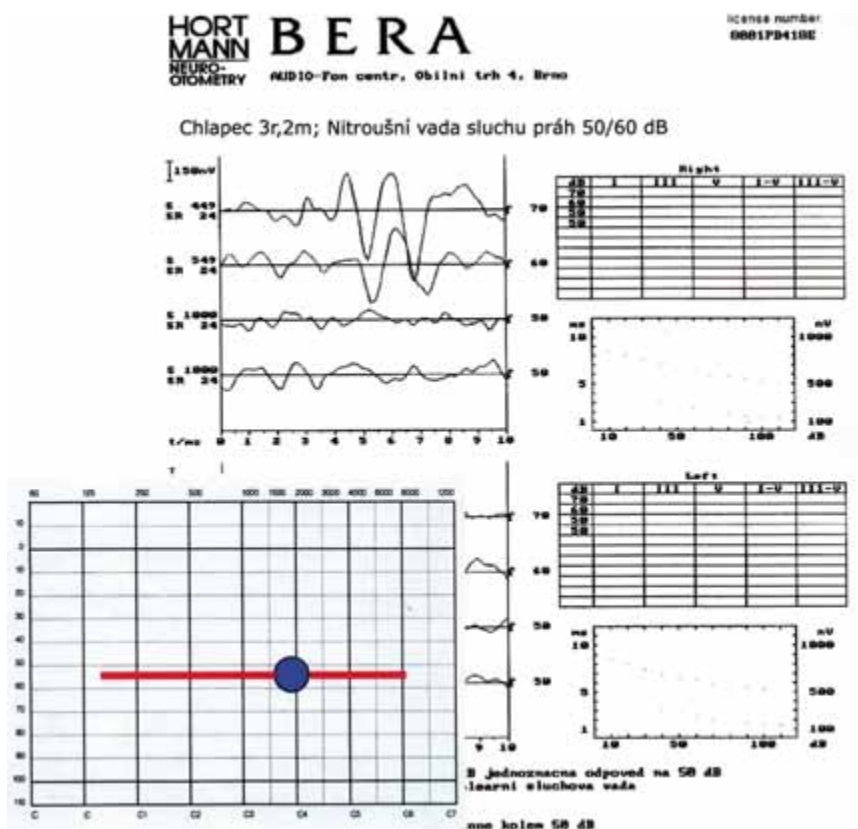
1.2 Limity vyšetření pomocí evokovaných potenciálů – BERA

Sluch u nejmenších dětí je nezbytný pro zrání celé sluchové dráhy, sluchových jader kmene mozku i sluchových center v mozku. Tento stav je



Obr. 4 Vyšetření BERA není frekvenční. Práh sluchu je v oblasti max. akustického tlaku (kol. 2 kHz) na hladině intenzity 50/60 dB. Není jasné, jaký je práh pod a nad touto oblastí

Obr. 5 Práh sluchu může probíhat jako pankochleární ztráta = ve všech frekvencích je podobná ztráta sluchu





možný pouze na základě trvalé a opakované periferní stimulace zvukovými podněty. Bohužel platí, že pokud taková periferní akustická stimulace není umožněna v prvních měsících či letech života, sluchová centra trvale a neměnně zanikají a již nikdy v průběhu života nemohou být obnovena. Podle Yoshinaga-Itanové (1998) se v klinické studii potvrdilo, že pouze časná kompenzace sluchové vady dovolí zlepšení řečové kompetence u dětí, a to až o 2 stupně (viz tabulku Vliv sluchu na vývoj řeči). Je nezbytné nutně stanovit stav sluchu dítěte co nejdříve po narození. Dnes platí, že stav sluchu musí být znám do 3 měsíců věku dítěte.

Přestože v oblasti vyšetření sluchu nejmenších dětí víme, jakých výsledků chceme docílit, platí, že ne vždy jsme schopni dostatečně přesně určit práh sluchu u nejmenších dětí, a dále že nejsme schopni úspěšně vyšetřit všechny novorozence. Základní úskalí metody BERA jsou:

- Vyšetření BERA není frekvenční
- Je nepřesné ve vysokých intenzitách stimulace
- Nelze diferencovat stav sluchu při postižení centrálních struktur

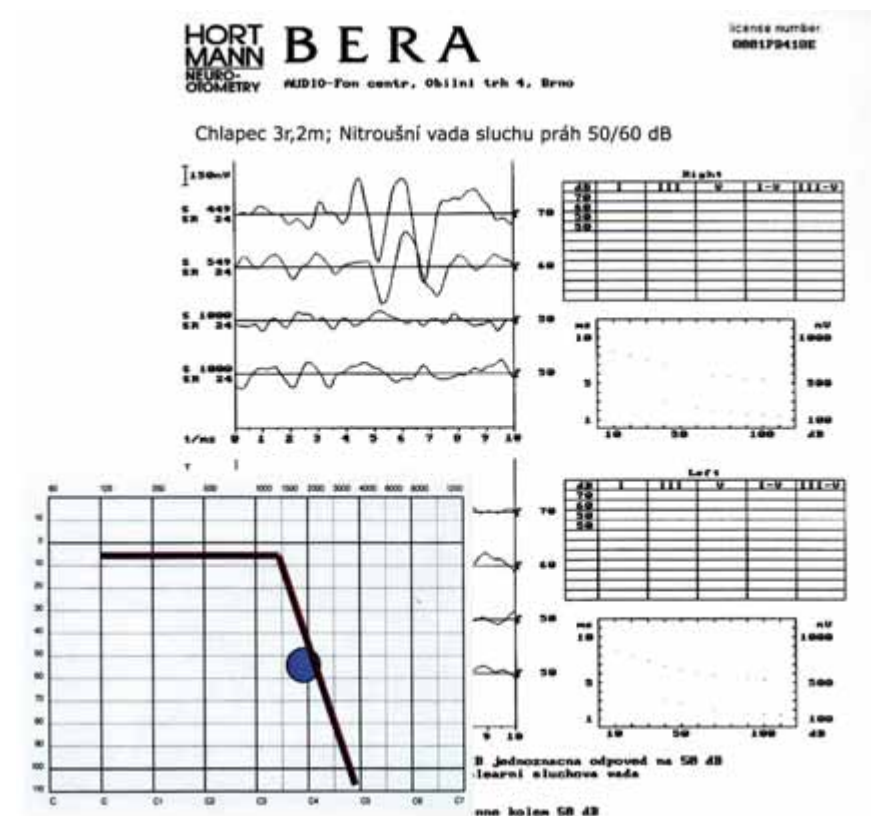
Vyšetření BERA není frekvenční:

- nelze hodnotit odděleně pro zvuky hlubokofrekvenční, střední frekvenční oblasti a vysokofrekvenční, i když si uvědomujeme, že všechny uvedené frekvenční oblasti se zcela běžně vyskytují jak v lidské řeči, tak i v okolním světě;
- získáváme reakční práh sluchového aparátu souhrnně (odpovídá frekvenční oblasti kolem 2 kHz), což může v některých případech zkreslit hodnocení stavu sluchu i jeho kompenzaci sluchadly. Vyšetřením získáváme znalost, jak intenzivní zvuk je ucho schopno zpracovat a reaktivně poslat tuto informaci sluchovým nervem a sluchovou drahou k centrálnímu zpracování.

Problém nemožnosti provést vyšetření frekvenčně (tak, jak je tomu u běžného audiometrického vyšetření) je jak patofyziologický, tak i technický. (Sluchová buňka je jedinou částí těla, která dokáže měnit akustickou energii okolí na energii tělu vlastní, energii bioelektrickou, a při vyšetření je nutno použít takový stimulační signál, který je schopen vytvářet právě „jednotkové“ množství bioelektrické energie.)

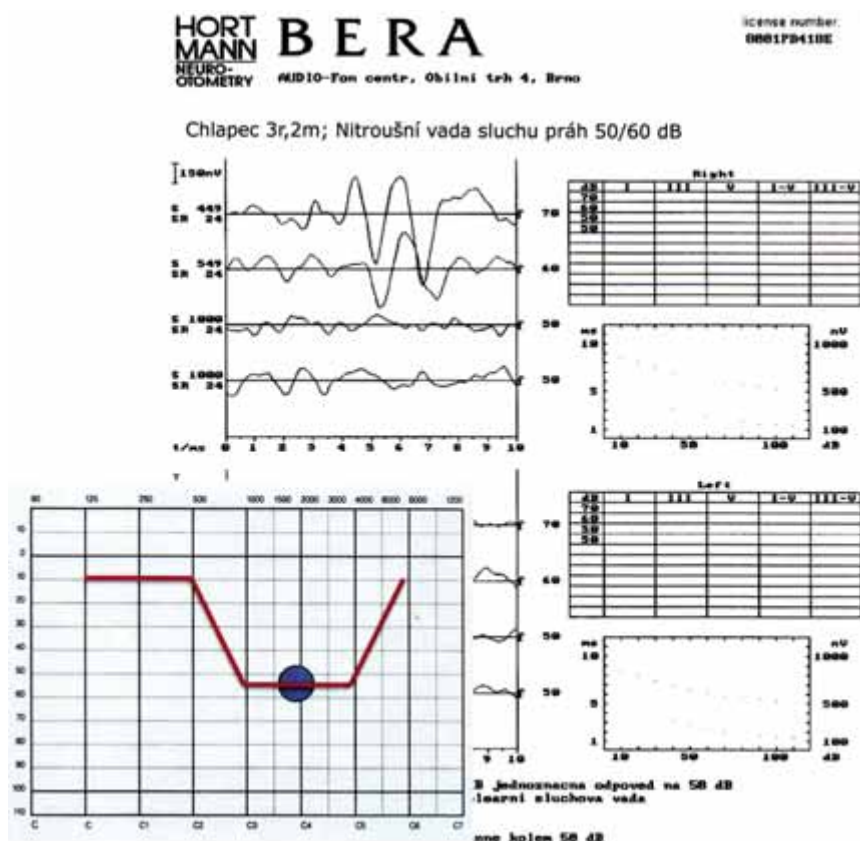
Tento problém může u dětí starších 6 měsíců vyřešit použití další vyšetřovací metody VRA nebo využitím tzv. filtrovaných BERA metod. Nejsou však tak přesné a propracované, jako je klasická BERA. Vyšetření BERA je nepřesné ve vysokých intenzitách stimulace.

Vybavitelnost evokované odpovědi sluchového nervu je přesnější ve stavech, kde existuje dostatečný sluch či zbytkový sluch. Měříme potenciál, který vzniká jako důsledek pochodů slyšení. Pokud



Obr. 6 ... nebo prudký pád kolem odpovídající frekvenční oblasti

Obr. 7 ... anebo konečně jako pokles pouze v oblasti 2 kHz

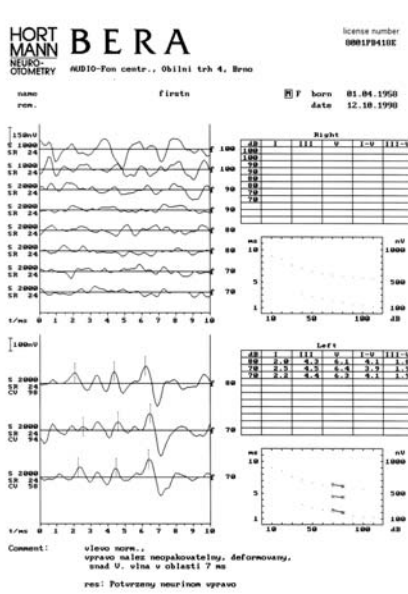




Obr. 8 Vyšetření BERA je nepřesné ve vysokých intenzitách stimulace. Stejná BERA a prognosticky zcela odlišný stav sluchu. Pankochleární ztráta sluchu nahoře je dobře kompenzovatelná sluchadly, zatímco dolní ztrátu nelze sluchadly ovlivnit. Nutná kochleární implantace

je slyšení dosti dobré, jsou potenciály sluchového nervu vysoké a dobře zaznamatelné. Čím je proces slyšení více utlumen, tím menší a hůře zaznamatelné jsou i vlastní sluchové potenciály. U moderních přístrojů je akustická stimulace ohraničena intenzitou 90/95 dB. Je tedy vysoce obtížné rozhodnout, zda u vyšetřovaného dítěte s těžkým sluchovým postižením existují zbytky sluchu, či neexistují, jaké jsou intenzity nebo zda je ucho totálně hluché (viz poslední dva stupně v tabulce Vliv sluchu na vývoj řeči). To vede k nejistotám v indikaci případné kochleární implantace. Nelze diferencovat stav sluchu při postižení centrálních struktur.

Zaznamatelný evokovaný potenciál sluchového nervu má dvě základní podmínky. Periferní aparát = vnitřní ucho musí dokázat přeměnit zvuk na bioelektrickou energii a sluchový nerv musí být pro tuto energii zcela průchodný. Porucha v záznamu, kterou budeme hodnotit jako vadu sluchu, může tedy nastat jak postižením struktur vnitřního ucha, tak i postižením funkce sluchového nervu. Výsledek nelze dost dobře rozlišit. Současná medicína dokáže zachovat při životě i významně předčasně narozené děti. Mozkové skruktury jsou u takovýchto dětí zcela nezralé a jejich základní mozková aktivita nikdy nemá tzv. zdravý charakter.

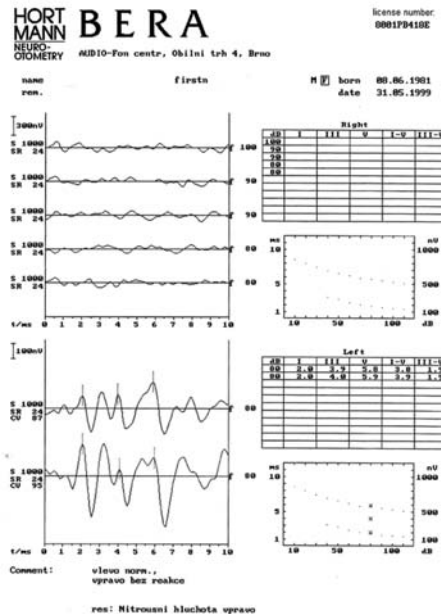


Obr. 9 Nelze odlišit periferní a centrální postižení sluchové dráhy

Prostě a jednoduše – mozek se chová jinak než u dětí zdravých a donošených a jinak, než předpokládá vyšetření BERA. Výsledek vyšetření stavu sluchu je pak vždy zatížen „jinými, nezvyklými“ potenciály, které nikdy neodpovídají stavu, který lze hodnotit jako sluchová odpověď. Nelze rozlišit vadu sluchu periferního typu od centrální nezrlosti. Tento problém je celosvětový. Stále narůstají počty dětí, které se rodí s vrozenými handicap. Zkušenost ukazuje, že takovými rušivými vlivy jsou vybaveny mozky dětí s vrozenými vadami, často mnohočetnými, a vadami neurologickými. Typicky sem patří svalové atrofie, hypotonie nebo naopak spasmus, postižení imunity, vrozené srdeční vady, onemocnění ledvin, poruchy příjmu potravy a další. Podle neurologa MUDr. Vacušky (2007) je nárůst rizikových porodů v ČR v prvním desetiletí 21. století dramatický, a tím je stejně dramatický i nárůst rizikových či jinak postižených novorozenců.

Závěr

Závěrem lze konstatovat, že vyšetřování stavu sluchu v ČR u nejmenších dětí se v posledních letech rozvíjí směrem k časnosti a přesnosti. Za nejpřesnější metodu vyšetření je všeobecně považována metoda měření evokovaných potenciálů BERA, a to i přes všechny limity, které zde byly uvedeny. Metoda BERA je vysoce specifická pro stanovení stavu sluchu. Dokáže téměř na 100 % vyloučit všechny děti s normálním sluchem.



Je současně dostatečně senzitivní. Podle literatury je její senzitivita 89 %, což vysoce překračuje všechny ostatní vyšetřovací metody. Při jejím provádění a následném posuzování výsledků je třeba mít na mysli, že existují i limity tohoto jinak vysoce validního vyšetření.

Zpracováno na základě přednášek:

Lejska, M.: Vyšetření sluchu u nejmenších dětí. Postgraduální kurz česko-slovenské pedaudiologické společnosti. 3.–4. 11. 2016 Starý Smokovec, SR.

Lejska, M., Weberová, P., Bárteková, E., Havlík, R.: Možnosti vyšetření sluchu nejmenších dětí pomocí ABR a limity BERA. Postgraduální kurz česko-slovenské pedaudiologické společnosti. 3.–4. 11. 2016 Starý Smokovec, SR. 51, 2002, 2, 100–108.

Vacuška, M.: Porodnost v porodnici FN Brno v letech 2003–2006. Celostátní kongres audiologických sester. Brno 2006.

Literatura

Lejska, M., Kabelka, Z., Havlík, R., Jurovčík, M.: Diagnostika a léčba těžce sluchově postižených dětí. Otorinolaryng. A Foniatr. /Prague/ Yoshinaga-Itano, Ch.: Language of Early- and Later-identified Children With Hearing Loss. Pediatrics. 1998;102:1161–1171.



Etiopatogeneze vad a poruch sluchu u dětí

Doc. MUDr. Mojmír Lejska, CSc., MBA

Audio-Fon Centr s.r.o. Brno

■ Úvod

Etiologie je nauka o příčinách a původu onemocnění. Patogeneze pak zkoumá vznik a vývoj chorobných stavů. Etiopatogenezi nazýváme soubor příčin a mechanismů vedoucích ke vzniku nemoci, v našem případě vadě či poruše sluchu u dětí.

Nejprve je třeba zopakovat dvě významná fakta. Postižení sluchu se mohou objevit pouze ve dvou věkových obdobích v průběhu života člověka. Jednak ihned po narození, což odpovídá vrozené vadě sluchu, a pak kdykoli v dalších letech života jako tzv. získané postižení. Pokud se snažíme hledat etiopatogenetické faktory a principy postižení sluchu, pak lze uzavřít, že se jedná pouze o dva principy: porucha přenosu energie v systému sluchového aparátu a porucha zpracování energie vysoce specializovanými strukturami.

Vlastní systematika vad a poruch sluchu obsahuje pouze tři položky:

- I. Vývojová existence postižení sluchu
- II. Poruchy přenosu energie
- III. Poruchy zpracování energie

■ Vrozené vady a poruchy sluchu

V této skupině se objevují všechny vrozené stavy a syndromy, které mají ve svém klinickém projevu postižení sluchu, a dále stavy vznikající v prvních měsících či letech po narození. Vzhledem k tomu, že souvisejí s vývojem plodu a jeho jednotlivých struktur a vady skutečně existují, používá se pro celou skupinu název „Vývojová existence postižení sluchu“.

Příčin vrozených vad sluchu je řada a budou v následujících řádcích popsány a vyjmenovány. Celá tato skupina se dělí na vady spojené s organickým postižením struktur, které mají vztah k organické struktuře sluchového orgánu = vady organické. A pak takové, kdy jsou systémy strukturálně správně vytvořeny, ale nefungují. Zde mluvíme o skupině funkčních vad.

Mezi organické příčiny postižení sluchu patří oblast vlastního sluchového aparátu a oblasti, které nepatří uchu, ale svými důsledky vyvolávají také vady či poruchy sluchu.

I. Vývojová existence vady sluchu

- organické
 - vlastní ucho
 - oblast transportní
 - oblast percepční
 - vedlejší oblasti (rozštěpy)
- funkční

Oblast transportní odpovídá vrozeným organickým poruchám v oblasti vnějšího zvukovodu a středního ucha. Typickým příkladem je atrezie zvukovodu, kdy vnější zvukovod není vůbec vytvořen. Všechny ostatní struktury ucha jsou sice vytvořeny a jsou plně funkční, ale zvuk se do vnitřních struktur vůbec nedostává, protože neprojde uzávěrem vnějšího zvukovodu. Organické postižení v oblasti percepční je vlastně sluchový epitel vnitřního ucha v kochleě – sluchové buňky. Existují přesně popsané stavy, kdy se kochlea nevytváří vůbec nebo částečně či v prvních měsících života degeneruje. Typickými jsou syndromy Mondiniho a Scheibeho.

Rozštěpy patra jsou vedlejší oblastí vedle struktur sluchového orgánu, ale projeví se postižením sluchu. Rozštěpy jsou vždy sdruženy s postižením drenážní a ventilační funkce Eustachovy trubice, tím je vždy vyvolán stav kumulace sekretu ve středním uchu, a tedy vzniká převodní typ postižení sluchu. Funkční vrozené kongenitální postižení sluchu má dvě podskupiny. Vady dědičné hereditární (někdy genetické) a nehereditární, tedy získané.

I. Vývojová existence vady sluchu

- organické
 - vlastní ucho
 - oblast transportní
 - oblast percepční
 - vedlejší oblasti (rozštěpy)
- funkční

- hereditární (genetické)
 - syndromální
 - nesyndromální
- nehereditární (získané)
 - prenatalní, perinatální a postnatální

Do skupiny vady sluchu vrozené dědičně podmíněné řadíme takové, které jsou sdruženy s popsány vrozenými syndromy. Jejich součástí je pak vždy vada sluchu. Takových syndromů je v současnosti více než 40. K nejznámějším patří Usher = postižení sluchu a zraku, Alport = postižení sluchu a ledvin, Pendred = postižení sluchu a štítnice nebo např. Down = mentální postižení a vada sluchu.

Skupina vad sluchu vrozených, geneticky podmíněných, ale takových, které se objevují bez dalších průvodních příznaků a dítě se rodí zdravé, pouze se sluchovým postižením, se nazývají nesyndromální. Je třeba uvést, že se jedná o nejčastější typ postižení sluchu u nejmenších dětí vůbec. Vada vzniká typicky v rodině slyšících a bývá zcela neočekávaná. Vzniká spojením dvou recesivních alel rodičů, kteří byli v několika generacích pouze přenašeči tzv. „genů hluchoty“. Pokud má takový gen pouze jeden z rodičů, mohou děti být pouze přenašeči do dalších generací. Pouze v případě, že se sejdou rodiče, kteří jsou oba již přenašeči uvedeného genu, pak v jejich potomstvu je 25 % dětí zcela zdravých s oběma zdravými geny, 50 % se stává přenašeči a v 25 % můžeme očekávat dítě s vadou sluchu, nejčastěji těžkou až velmi těžkou. Přenášení je přísně podle Mendelových genetických zákonů. V současné době jsou již popsány stovky genů, které mohou poškodit geny sluchu. V evropské populaci se předpokládá 5–7 % přenašečů těchto genů. V ČR se takto postiženo rodí cca 100–120 dětí ročně.

Získané vady sluchu vrozeného typu jsou takové, kdy zdravé embryo je zasaženo faktory endogenními nebo exogenními, které mohou trvale poškodit sluch, a to v období před narozením, při porodu nebo v prvních měsících po porodu. Pak se dítě komunikačně vyvíjí



Ministerstvo zdravotnictví chce do konce roku předložit novely čtyř zákonů

Ministerstvo zdravotnictví chce do konce roku předložit čtyři novely zákonů. Vyplyvá to z legislativního plánu vlády pro rok 2022. V plánu je úprava systému krajských hygienických stanic v novele zákona o ochraně veřejného zdraví, změna zákona o pojistném na veřejné zdravotní pojištění nebo o zdravotních službách.

Změnit zákon o pojistném na veřejné zdravotní pojištění chce vláda už při aktuální mimořádné schůzi Poslanecké sněmovny. Na programu má zrušení navýšení plateb za státní pojištěnce o 200 korun na 1 967 korun tak, aby zůstaly stejné jako v loňském roce. Od července by se tak platba snížila o 400 korun, aby průměr za celý rok byl 1 767 korun měsíčně. Proti navýšení schválenému minulou vládou chce ta současná ušetřit 14 miliard korun. Celkově systém veřejného zdravotního pojištění letos hospodáří s více než 440 miliardami korun.

Součástí schvalování má být podle dřívějších slov ministra zdravotnictví Vlastimila Válka (TOP 09) a financí Zbyňka Stanjury (ODS) také pozměňující návrh na zavedení systému automatické valorizace navázané na ekonomický růst. Pokud by se zvyšoval, rostly by i odvody státu. V případě poklesu ekonomiky by ale zůstávaly stejné. Nový systém byl měl začít fungovat v roce 2023.

Minulý týden ministerstvo zdravotnictví představilo věcný záměr novely zákona o ochraně veřejného zdraví. V plánu má centralizaci systému krajských hygienických stanic a vzniknout by měl i nový post jim nadřazeného ředitele Státní hygienické služby. Novela má také usnadnit spolupráci se Státním zdravotním ústavem a eliminovat činnosti, které jsou v oblasti ochrany veřejného zdraví zdvojené. Hygienické stanice mají asi 2 300 zaměstnanců, Státní zdravotní ústav (SZÚ) 570. Ministerstvo zřizuje v oblasti ochrany veřejného zdraví také Zdravotní ústav se sídlem v Ostravě a Ústí nad Labem. Ministerstvo deklarovalo, že pozice všech odborných zaměstnanců zůstanou zachovány.

Na srpen má ministerstvo naplánováno předložení novely zákona o ochraně zdraví před nepříznivými účinky hluku a vibrací, v prosinci chce předložit novelu zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Tento zákon definuje zdravotní služby a s nimi spojený výkon státní správy. Upravuje druhy a formy zdravotní péče a definuje práva a povinnosti poskytovatelů péče, zdravotnických pracovníků a pacientů. Zpracovává také některé předpisy Evropské unie.

Zdroj: mediprofi.cz, 3. 5. 2022

jako vrozeně neslyšící. Podle Nováka 1992 jsou faktory prenatální (před narozením) především podání ototoxických léků matce, infekční choroby matky v prvním trimestru – typicky zarděnky či spalničky, toxoplazmóza, Rh inkompatibilita, syfilida, herpes viróza. Do období perinatálního či postnatálního pak autor řadí porodní trauma, porodní hmotnost pod 1 500 g, asfyxie novorozence delší než 5 minut, nedonošenost pod 37. týden, přenošenost plodu, silný nezvladatelný icterus neonatorum, vrozené anomálie hlavy a krku, infekční meningitida i encefalitida v novorozeneckém či kojeneckém věku dítěte, ototoxické léky dítěti, novorozenecká seps, úrazy hlavy a intrakraniální nádory a jejich léčba. Děti tohoto typu onemocnění v ČR s následky postižení sluchu 20–40 %.

Je třeba připustit, že i přes všechny moderní poznatky genetiky a dalších oborů existuje vždy několik dětí s postižením sluchu, které nedokážeme vysvětlit. Buď jsou naše poznatky o dědičnosti zatím ještě ne zcela kompletní, nebo existují další, doposud nepoznané příčiny. Tato skupina se pak nazývá vady sluchu idiopatické.

Etiopatogeneze vad a poruch sluchu u dětí:

I. Vývojová existence vady sluchu

- organické
 - vlastní ucho
 - oblast transportní
 - oblast percepční
 - vedlejší oblasti (rozštěpy)
- funkční
 - hereditární (genetické)
 - syndromální
 - nesyndromální
 - nehereditární (získané)
 - prenatální, perinatální a postnatální
 - idiopatické

V průběhu dětství se pak mohou objevit vady či poruchy sluchu, které se nevztahují k vývoji plodu, jeho narození a k časným obdobím života. V období předškolním a mladším školním je možno nacházet vady sluchu přechodné i trvalé. Mnohem častější jsou vady sluchu přechodné, které vznikají při kataru

horních cest dýchacích či chronické rýmy u dětí s hůře fungující Eustachovou tubou. Vzniká sekret ve středním uchu, který brání normální funkci transportního mechanismu středního ucha. Tento typ poruchy sluchu je velmi častý, ale je vždy přechodný.

Trvalé vady sluchu v tomto věku jsou raritní. Musejí být vždy spojeny s příčinou, která postižení vyvolá, např. infekce mozku a jeho plen, mozkové nádory a důsledky jejich léčby, traumata hlavy atd.

■ Závěr

Vady a poruchy sluchu u nejmenších dětí mají vždy dopad na další vývoj dítěte. Postižení jsou pak v oblasti komunikačních funkcí a oblasti emotivní. V současnosti jsou dále přinášeny důkazy o postižení kognitivních funkcí. Časný záchyt a urychlená kompenzace postižené funkce a trpělivá surdopedická péče vedou k významnému zlepšení postavení takto postiženého dítěte. V ČR zavedený plošný screening (2012) novorozenců je správným postojem k řešení tohoto vážného zdravotního postižení. Vždyť WHO řadí vrozenou těžkou vadu sluchu na druhé místo vážnosti mezi všemi ostatními vrozenými vadami, a to ihned za vrozené mentální postižení.

■ Literatura

Lejska, M., Havlík, R.: Základy praktické audiologie a audiometrie. Druhé přepracované vydání. Brno, NCONZO, 2018.

Lejska, M.: Etiopatogeneze vad a poruch sluchu. Systematika. EUNI od 18. 4. 2018.

Lejska, M.: Etiopatogeneze vad a poruch sluchu – systematika. Instrukční kurz. 16. Česko-slovenský foniatrický kongres. 13.–15. 9. 2018. Praha-Průhonice.

UNICEF řeší dětskou výživu komplexně

Dostávají dnešní děti takovou výživu, jakou potřebují? Výzkum ukazuje, že až příliš mnoho z nich se nestravuje adekvátně, což negativně ovlivňuje jejich přežití, růst a vývoj. Ve 21. století stále žije 149 milionů dětí mladších 5 let, které zaostávají v růstu, a 50 milionů dětí má příliš nízkou váhu vůči své tělesné výšce. Počet dětí a mladých lidí s nadváhou a obezitou se stále zvyšuje, a to obzvláště u sociálně slabších rodin. **Celosvětově trpí jednou z forem špatné výživy (zaostávání růstu, nízká váha vůči výšce a nadváha) jedno ze tří dětí mladších pěti let.**

Přestože je pro vývoj vyvážená a zdravá strava klíčová, v raném dětství dostává vejce, mléko, ryby nebo maso méně než polovina dětí. Naopak přibližně polovina mladých lidí denně konzumuje sycené nápoje a jednou týdně si dopřeje také fast food.

Zeptali jsme se 150 tisíc adolescentů ve více než 35 zemích, jak jídlo a výživu vidí oni. **Co odpověděli?** Většina z nich se vyjádřila, že jí zdravě, a to hlavně ti z nízkopříjmových zemí. Většinou jedí doma s rodinou. Když si jídlo vybírají, polovina z nich se řídí tím, jestli je zdravé, ale v zemích s vyššími středními

příjmy a vysokými příjmy je hlavním faktorem chuť. Starší adolescenti při výběru jídla řeší také svou tělesnou váhu.

A co jim brání jíst zdravě? Nejčastěji finance a chuť. Řada adolescentů zmínila, že zdravé jídlo je dražší. „Levné jídlo je nezdravé, a to zdravé je zase drahé,“ vyjádřila se třináctiletá dívka z Číny. Chuť je důležitým faktorem hlavně u adolescentů žijících ve městech. „Je těžké jíst zdravě, protože už víme, jak dobrý je fast food,“ komentoval čtrnáctiletý chlapec z Indie.

Mladí lidé ze všech zemí prohlašovali, že se snaží jíst zdravěji. Pro řadu z nich má zdravá strava velký význam a sami vyvíjejí iniciativu: „Snažím se líp plánovat svůj den, abych nemusela jít nezdravě.“ (dívka, 15 let, Srbsko). Někteří omezují fast food tím, že úmyslně potlačují myšlenky na něj a na zdravé jídlo dokonce šetří peníze nebo si jej sami pěstují.

Sami adolescenti si uvědomují, že je potřeba šířit osvětu o stravování a výživě. Vědí velmi dobře, že vláda, instituce a lidé drží v rukách velkou odpovědnost za to, jak se bude tato problematika v budoucnu vyvíjet. Stejně důležitá jako pro adolescenty

je výživa pro UNICEF, který působí v nejchudších zemích, válečných konfliktech či přírodních katastrofách a pomáhá všem dětem k výživě, jakou potřebují. Boj s nesprávnou výživou ale není jen podávání terapeutické stravy. Práce organizace začíná u těhotných a kojících matek, kterým UNICEF svými programy pomáhá jíst zdravě a dodává jim potřebné mikronutrienty, jako například železo nebo kyselinu listovou. Podporuje také přítomnost osvěty o výživě ve školních vzdělávacích programech, školí o zdravém životním stylu a tam, kde je to potřeba, poskytuje preventivní odčervování. Ve formě spolupráce s vládami také pracuje na zlepšení potravinových norem a zvýšení kvality potravin, které jsou v zemích dostupné. **Jádrem práce UNICEF jsou kromě konkrétních programů také signifikantní systémové změny, které povedou k trvalému zlepšení situace dětí po celém světě.**

O činnostech UNICEF
a možnostech pomoci
se dočtete více na
www.unicef.cz.



© UNICEF/Carrillo

V Mexiku UNICEF podporuje vládu v zavádění komplexní strategie „Zdraví ve školách“, která má pomoci čelit rostoucímu počtu dětí s nadváhou.



© UNICEF/Rasli

24. února 2022, Afghánistán: chlapec leží na lůžkovém oddělení pro léčbu dětí s těžkou akutní podvýživou v regionální nemocnici Mirwais v provincii Kandahár, kterou podporuje UNICEF.



Aktuality...

Čekání na „omikronovou vakcínu“ je zbytečné, říká ministr Vlastimil Válek

Vláda se chce nachystat na podzimní vlnu covidu. Její hlavní zbraní má být kampaň za očkování ohrožených skupin. Plošné restrikce šéf resortu zdravotnictví Vlastimil Válek (TOP 09) neplánuje, jak uvedl v rozhovoru pro Lidovky.cz. Další ochranu chce nechat na zodpovědnosti každého člověka.

„Věřím, že nebude nutné zavést respirátory jako povinné. Jsem přesvědčen, že proočkování rizikových skupin a smysluplné dobrovolné nošení respirátorů povedou k tomu, že nebude potřeba zavádět žádná restriktivní opatření či příkazy,“ vysvětluje ministr zdravotnictví.

V rozhovoru pro Lidovky.cz mluvil i o chystaném nadstandardním pojištění a bonusech pro lidi, kteří pravidelně chodí na preventivní prohlídky. Představit by chtěl do budoucna i opatření proti zneužívání zdravotnického systému.

„Chceme podpořit ty, kteří o své zdraví pečují. A nevidíme důvod, proč podporovat ty, kteří to dělají úplně naopak,“ míní šéf resortu zdravotnictví.

Sundali jsme respirátory v městské hromadné dopravě. Znamená to, že je covid za námi, nebo bychom se měli připravit na podzim a případnou další vlnu?

Covid tady stále je a každý den zabíjí zbytečně deset až dvacet lidí. Jsou to bez výjimky ti, kteří nejsou očkovaní, kteří si nenechali dát posilující dávku, a senioři. Všechna respirační onemocnění mají svůj vrchol na přelomu podzimu a zimy. A s tím musíme počítat. Národní institut pro zvládání pandemie představil podzimní scénář, chystáme rozsáhlou kampaň. Po každé další dávce vakcíny vydrží protilátky jen určitou dobu. Třeba u chřipky je doporučeno se každý rok očkovat, protože to je nejjednodušší a nejspolehlivější ochrana, jak na nemoc neumřít. A u covidu to platí stonásobně. V každém případě dojde k dalším rekombinacím a mutacím viru. Vakcíny, které byly vyvinuty proti smrtelnému průběhu, mají ale pořád vysoký efekt, blíží se k 90 procentům.

Jak se chcete připravit na podzim? Bude čtvrtá dávka vakcíny, nasadíme opět respirátory nebo budou omezení v počtu lidí na hromadných akcích? Jaké jsou plány?

Země Evropské unie přestaly s debatou, která je čistě politická, a posunují se k medicínské odborné debatě, kterou u nás reprezentuje Národní institut pro zvládání pandemie a Institut biostatistiky a analýz, tedy profesor Dušek a jeho tým. Covid a sjednocení smysluplných pravidel v EU bude i jedno z důležitých a aktuálních témat našeho evropského předsednictví. Medicínský pohled na věc je přestat s debatou o počtu dávek, která ostatně v lidech budila pocit, že po konkrétní dávce je už konec.

Nemůžeme se bavit o dávkách, ale o tom, jak chránit před smrtelným průběhem rizikové pacienty, především seniory s nadváhou a komorbiditami, čili souběhem více závažných chorob. Nedokážeme jim dát stoprocentní jistotu, že se nenakazí. Budeme je pravděpodobně očkovat každý rok před očekávanou vlnou, podobně jako u chřipky. Očkování budeme nabízet všem věkovým skupinám, ale kampaň bude směřovat na ty, kteří jsou ohroženi.

Je možné, že se na podzim vrátí respirátory a omezení hromadných akcí?

Pokud je dostatečně chráněna riziková populace před závažným průběhem, všechna tato opatření mohou být jen doporučením. Věřím, že nebude nutné zavést respirátory jako povinné. Jsem přesvědčen, že proočkování rizikových skupin a smysluplné dobrovolné nošení respirátorů povedou k tomu, že nebude potřeba zavádět žádná restriktivní opatření a příkazy. Touto cestou bych nerad šel.

Třeba v asijských zemích občané v chřipkové sezoně nosí respirátory. I já doporučuji, aby si člověk v městské hromadné dopravě nasadil respirátor, pokud se necítí dobře. Zvykneme si, že respirátor je jeden z dobrých a levných způsobů ochrany. I řada lidí s rýmou a kašlem není ve stavu, že musí být doma na neschopence. Ti by měli nosit respirátor, aby nenakazili ostatní. Jsem lékař a chodil jsem do práce i s rýmou a kašlem, ale vždy jsem si nasadil roušku nebo respirátor.

Pokud ale křivka covidu roste strmě nahoru a hrozí, že množství nakažených bude tak vysoké, že se zastaví školy, průmysl, pak musíte zavést nějaká opatření, která sníží riziko šíření viru.

Vakcíny jsou vyrobeny na původní variantu viru z Wu-chanu, která už „vymřela“, zmutovala do jiných variant. Proč by se měli lidé teď očkovat touto látkou? Není lepší počkat na vakcínu druhé generace?

To je zbytečné. Vakcíny druhé generace budou kombinací vakcín proti více typům virů. Nejenom proti covidu, ale třeba i proti chřipkovému. Budou to dvou-, tříložkové vakcíny. Nicméně účinnost jak původních mRNA vakcín, tak těch proteinových, jako je třeba Novavax, je velmi vysoká. A opakovaně se potvrzuje, že ochranný účinek proti tomu, aby člověk nezemřel a neležel na ECMO (*extrakorporální membránová oxygenace, umožňuje dočasně nahradit funkci plic a srdce – pozn. red.*), je obrovský. Přes devadesát procent.

Když chtějí lékaři a zdravotníci z Ukrajiny pracovat v českých nemocnicích, můžou zde nastoupit na zahraniční stáž. Bez nostrifikace diplomu na tři měsíce, s nostrifikací až na rok. Jak by zde mohli pracovat déle? Budou muset absolvovat rekvalifikaci v češtině?

Připravili jsme pro ně bezplatné kurzy v odborné medicínské češtině. Musíme se ale držet pravidel, která platí v celé Evropě pro zdravotníky ze zemí mimo EU. Je třeba si taky uvědomit, že stále existuje ukrajinská vláda, ministerstvo zdravotnictví i nemocnice. Zdravotníků, kteří k nám prchají, není tolik. Jsou potřeba na Ukrajině, kde musejí pečovat o zraněné. I proto se někteří vrací zpátky.

Těm, kteří by tu chtěli zůstat, co nejvíce zjednodušíme systém, aby mohli získat evropský diplom. Eurokomisařce Věře Jourové jsem navrhol, jak systém zjednodušit v celé Evropě. Nejen vůči ukrajinským uprchlíkům, ale obecně vůči cizincům, abychom byli více konkurenceschopní. A aby se také zjednodušil život českým zdravotníkům, mají-li zájem o zahraniční stáž.

V programovém prohlášení vláda slibuje reformu zdravotního pojištění. Výhodu by měli mít ti, kteří pravidelně chodí na preventivní prohlídky.

Ministerstvo zdravotnictví chystá systém bonusů pro ty, kteří se pravidelně účastní preventivních prohlídek. Řeknu příklad: Když chce starší člověk od určitého věku řidičský průkaz, musí si zaplatit speciální vyšetření u lékaře. Nově by je mohl mít zdarma, pokud bude chodit na pravidelné preventivní prohlídky. Stejně by to fungovalo s dalšími



speciálními potvrzeními, za která se dnes musí platit. Buď je zrušíme úplně, nebo budou zdarma pro ty, kteří chodí na pravidelné prohlídky. Druhým bonusem by mohly být „manažerské“ komplexní prohlídky, které si platí většinou sami lidé nebo jejich zaměstnavatel.

Lidé by je mohli mít třeba jednou za pět let zdarma. Benefity, které přivedou lidi k pravidelným preventivním prohlídkám, mají vést k tomu, abychom zachytili nemoci v časných stádiích, efektivně je léčili nebo nemoci úplně předešli. Je to podobné jako servis aut. Neservisované auto je po 500 tisících kilometrech šrot, udržované auto je stále jako nové. Cílem preventivních prohlídek má být kvalita stáří. Jsem si ovšem vědom, že efekt se projeví až za řadu let.

Plánujete zavést nadstandarty v rámci spoluúčasti na zdravotním pojištění. Jaké zdravotní úkony by to zahrnovalo a kolik peněz by to přineslo do rozpočtů zdravotních pojišťoven?

Pojištění je forma daně. Co se zaplatí ve zdravotní dani, to se v tom roce vyčerpá. Není to jako penzijní pojištění, kde si strádáte na svůj účet a pak z něho čerpáte. Připojištění nebude solidární, bude to fungovat na principu individuálního účtu. Člověk si bude strádat peníze na péči, která může v určité fázi být velmi drahá. Třeba speciální implantát nebo něco, co si dneska platíte. Připojištění bude fungovat podobně jako havarijní pojištění.

Platili by lidé konkrétní částku, nebo by si výši zvolili sami?

Je na každém, kolik se rozhodne si platit. Jde o normální komerční produkt. Podobně funguje připojištění na zahraniční dovolenou. Rozhodnete se, jak moc se chcete pojistit. Individuální pojištění ale v žádném případě nesmí omezovat stávající péči. Co je dnes zdarma, musí zůstat zdarma. Ve stejné dostupnosti a kvalitě.

Jste pravicová vláda, máme tu inflaci a je potřeba přivést do zdravotnictví více peněz. Neuvažujete, že byste zavedli regulační poplatky za zdravotní péči jako Topolánková vláda v roce 2007?

Nápad tehdejšího ministra zdravotnictví (Tomáš Julínek, ODS – pozn. red.) vůbec nebyl špatný. Možná ale nebyl dobře načasován, byl špatně zakomunikován. Nikdo z nás nechce, aby na urgentním příjmu dlouho čekal ve frontě člověk ve vážném stavu, který se objevil před pár hodinami. Urgentní příjem by proto neměl sloužit těm, kteří zdravotní problémy ve všední dny odkládají a myslí si, že bude jednodušší zajít do nemocnice v sobotu. Jakýsi regulativ je důležitý, problém ovšem je jeho definice. Vnímání akutnosti potřeby doktora je velmi subjektivní. Každý ale bude souhlasit, že pokud se jedná o havárii, cévní mozkovou příhodu či infarkt, tam žádný regulativ nemůže být. Pravděpodobně by se ale měla zavést regulace pro ty, kteří systém zneužívají.

Spíš by to tedy byla pokuta?

Ne. Musí to být komplex řešení. Můžete udělat drobnou regulaci, že by mohl zdravotník určit pořadí pacientů. Podle toho, kdo vydrží čekat a komu dát přednost. Nebo na straně pojišťovny, která dokáže identifikovat ty, kteří obcházejí doktory a nadužívají péči. Ale paušálně říct, že každý zaplatí 50 korun, je nesmysl. Nefunguje to a je problematické to nastavit. Uvažujeme spíš o maximální podpoře pro ty, kteří pečují o své zdraví, chodí na preventivní prohlídky, účastní se screeningových systémů, a tím pomáhají státu zlevnit péči. Na druhou stranu nevidíme důvod podporovat ty, kteří to dělají úplně naopak. Nechceme, aby se zdravotní péče zneužívala, protože to zhoršuje dostupnost pro ty, kteří ji potřebují. Systém by měl být spravedlivý. A já se o to zasadím.

Lidé si často stěžují na nemocniční stravu. Neuvažujete, že by nadstandardní připojištění zajišťovalo i lepší stravu?

To je jedna z možností připojištění. U části pacientů je strava dietní, mají ji jako součást léčby. Na druhé straně řada pacientů by měla mít dietní stravu, ale je vcelku jedno, jestli by to byl biftek nebo jiné maso. Člověk by si mohl v rámci individuálního připojištění a indivi-

duálního účtu strádat peníze i na to, aby mohl v případě hospitalizace mít minutky. Dávat ale více peněz na nemocniční stravu ze solidární zdravotní daně není dobré. Peníze z této daně by měly jít na prevenci, včasný záchyt nemoci, léčení pacientů, vybavení nemocnic, platy zdravotnického personálu. Kdyby se dávalo víc peněz na jídlo, musela by se zvýšit zdravotní daň. A to nechci.

Automatická valorizace plateb za státní pojištěnce by měla začít fungovat od příštího roku. Bude procentuální, nebo bude vycházet z nějakého rozpočtu?

Už 25 let se to ministři zdravotnictví snaží marně prosadit. V každém sektoru je potřeba plánovat v delším horizontu. Například chcete mít jistotu, že jak narůstá počet pacientů s infarktem, bude narůstat i úhrada od pojišťoven. Potřebujete mít představu, jaké budete mít zhruba příjmy.

U zdravotní daně máte představu, protože víte, jak se zvyšuje průměrná mzda, jak se zvyšuje příjem obyvatelstva. U státního pojištěnce to nemůžete udělat. Tam stačí, aby se nějaký silný politik zbláznil, přidal tři čtyři stovky a najedou se vám celý systém rozsype. Protože když přidáte tři stovky, musíte je utratit. Valorizace musí být předvídatelná pro poskytovatele, to jsou zdravotnická zařízení, ale i pro plátce, tedy zdravotní pojišťovny. Proto musí být provázena parametrem, který je poměrně silný. Například průměrnou mzdou.

Průměrnou, ne minimální mzdou?

Průměrná mzda je daleko lepší parametr. A to bude velká diskuse v hospodářském výboru a v parlamentu. Průměrná mzda je opravdu ukázkou toho, jak se daří hospodářství. Jestli poroste minimální mzda, je politické rozhodnutí. Jestli průměrná mzda roste, měla by ve stejném procentu růst i úhrada za státní pojištěnce. Pokud ale průměrná mzda stagnuje nebo klesá, měla by úhrada za státní pojištěnce stagnovat, ale v žádném případě nesmí klesat. Protože systém nedokáže pracovat s poklesem příjmů. Stejně tak neumí pracovat dobře s nepředpokládaným nárůstem příjmů. První diskuse ve sněmovně bude, jaké bude procento z průměrné mzdy, které se využije k výpočtu. Druhým bodem bude otázka, co bude startovací částka, od které se odrazíme. Musí být bezesporu vyšší než pojištění v minulém roce, což bylo 1 790 korun.

Do prázdnin má začít platit vyhláška, která má snížit počet vstupních a výstupních pracovních prohlídek. U kterých povolání to bude a jak to pomůže systému?

Řada administrativních úkonů mi jako lékaři vadila. Celá Evropa i svět dělá vstupní a výstupní prohlídky – a je to tak správné. Pracovní skupině jsem zadal, aby prošla celou administrativu a zjistila, jaké úkony jsou nezbytné. Ne u všech profesí jsou vstupní prohlídky nutné. Třeba u policistů, havířů nebo slévačů prohlídka smysl má. Ale proč ji má mít sekretářka? Jsou lidé, kteří mají prohlídku několikrát za rok, protože mění povolání. Někteří doktoři dělají 200 až 300 prohlídek měsíčně. Tady je prostor snížit administrativu a přesunout peníze na preventivní péči.

prof. Vlastimil Válek (1960)

Od prosince 2021 je ministrem zdravotnictví (TOP 09). Do politiky vstoupil v roce 2010 coby zastupitel Brna-Liště. Mezi lety 2012 a 2016 byl členem jihomoravského zastupitelstva. Vystudoval Lékařskou fakultu Masarykovy univerzity s atestací v oboru radiodiagnostiky. Dnes se na fakultě věnuje výzkumu a přípravě budoucích lékařů. Od roku 1985 pracuje ve Fakultní nemocnici Brno, kde před nástupem na ministerstvo vedl Klinikou radiologie a nukleární medicíny. Má rád víno, Hru o trůny, Teorii velkého třesku. Hraje World of Warcraft a loví pokémony.

Zdroj: mzcrcz, 16. 4. 2022



Nejméně čtvrtina absolventů medicíny každoročně nenastoupí do českého zdravotnictví

V posledních třech letech dokončilo studium medicíny mezi 1 200 a 1 300 absolventy. Podle informací Sekce mladých lékařů České lékařské komory (ČLK) jich 25 až 30 procent nepožádalo o povinné členství v komoře, nemohou tak pracovat v tuzemském zdravotnictví. Zřejmě odešli mimo obor nebo do zahraničí – většina z nich jsou právě absolventi-cizinci, kteří studovali v angličtině. Dvě třetiny absolventů českých lékařských fakult jsou ženy.

Medicína se v Česku studuje na osmi lékařských fakultách čtyř vysokých škol, tj. na 1., 2. a 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze (1. LF UK, 2. LF UK a 3. LF UK), LF UK v Hradci Králové, LF UK v Plzni, Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně (LF MU), Lékařské fakultě Ostravské univerzity (LF OU) a Lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci (LF UP).

„Každý rok je počet lékařů nastupujících do českého zdravotnictví o 25 až 30 procent nižší než celkový počet promujících lékařek a lékařů,“ uvedli na Facebooku zástupci sekce. V roce 2019 bylo takových absolventů 501, poté 507 v roce 2020 a loni 467.

Podle předsedy spolku Mladí lékaři Martina Kočího chce osm procent v češtině studujících mediků odejít do zahraničí a jen jedno procento nehodlá po absolvování vykonávat lékařskou péči, jak doplnil pro Novinky.

Nejvíce absolventů opustí každý rok 1. LF UK v Praze a brněnskou LF, nejméně fakultu Ostravské univerzity. Zhruba 300 až 400 cizinců ročně absoluuje v ČR výuku medicíny v anglickém jazyce.

Proces feminizace

„Zároveň pokračuje proces feminizace, kdy dvě třetiny úspěšných absolventů lékařské fakulty v českém jazyce jsou ženy. A právě vytvoření podmínek pro mladé lékařky, aby mohly lépe skloubit profesní kariéru a rodinný život, je další velkou výzvou pro naše zdravotnictví,“ napsala dále Sekce mladých lékařů ČLK.

Před dvěma týdny o stejném fenoménu hovořili i zástupci Společnosti všeobecného lékařství České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Mladých lékařů do 40 let je podle nich od roku 2010 sice o polovinu více, ale přepočtený počet plných úvazků stoupl jen o třetinu. Nejvíce přibývali mladí doktoři v okresních městech, naopak v nejmenších obcích se jejich počet skoro nezměnil.

Částečným úvazkům ve větších ordinacích dávají přednost často právě mladé lékařky. Podle praktického lékaře Jana Bělobrádka ve větších městech převažují praktické lékařky nad lékaři v poměru dvě ku jedné.

„Chtějí založit rodinu a věnovat se dětem, proto volí snazší cestu zaměstnaneckého poměru na kratší úvazek, který je dostupný především ve větších městech. Zadlužit se hned na začátku kariéry nákupem

venkovské ordinace a zde pracovat nepřetržitě bez reálné možnosti zástupu se mladé kolegyně zdráhají a nelze se jim divit,“ uvedl na tiskové konferenci sekce.

Zdroj: novinky.cz, 28. 4. 2022

Možná virus nebo lockdown. Lékaři hledají příčinu záhadné dětské hepatitidy

Ve světě dál přibývá nevysvětlených těžkých hepatitid u malých dětí. V Británii, kde je případů nejvíce, se domnívají, že na vině je adenovirus. Další možné příčiny i závažnost situace pro SZ popsal lékař z VFN Nabil El-Lababidi.

Na podezřelý nárůst případů těžkých zánětů jater (hepatitid) u dětí upozornila Velká Británie na začátku měsíce, přičemž dosud odhalila přes sto případů. Další zhruba stovku dává dohromady součet zasažených dětí z 12 jiných zemí světa (Irsko, Norsko, Dánsko, Belgie, Nizozemsko, Francie, Rumunsko, Španělsko, Itálie, USA, Izrael, Kanada).

Zemřelo podle WHO zatím jedno dítě a asi 10 % ze všech zaznamenaných případů bylo tak vážných, že si vyžádaly transplantaci jater. Případy se týkají dětí ve věku v rozmezí od jednoho měsíce do 16 let. Postižených dětí starších 10 let je nicméně podle britských úřadů jen velmi málo, většina je mladší pěti let. V Česku zatím nikdo žádný případ nezaznamenal.

Jak je těžká hepatitida u dětí vzácná?

„Hepatitidy v dětském věku nejsou sice úplně vzácné, ale není to ani nic, co bychom řešili každý den. A to samé platí o vážných hepatitidách. Setkáme se s tím zhruba několikrát do roka,“ přiblížil Seznam Zprávám gastroenterolog a hepatolog Nabil El-Lababidi, vedoucí lékař 1. oddělení Kliniky pediatrie a dědičných poruch metabolismu ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze.

Hepatitidu může způsobit celá řada příčin od virů, bakterií, dědičných chorob až po toxiny. Nejčastější příčinou u dětí jsou nicméně podle El-Lababidiho infekce. „Není to ani tak otázka klasických žloutenek (A, B, C, D, E). Virů způsobujících hepatitidu je více a mnohem častější jsou v populaci infekce takzvanými herpetickými viry (např. EBV virus),“ řekl lékař.

Kromě toho jsou podle něj u dětí „ne úplně raritní“ i tzv. autoimunitní hepatitidy, kdy tělo rozezná játra jako nepřítele a začne na ně útočit protilátkami. Samotný fakt, že napříč 13 státy světa se za měsíc objevily asi dvě stovky případů akutních hepatitid u dětí, by sám o sobě nejspíš nebyl ničím podezřelý. Problém je v tom, že oněch 200 případů se týká jen těch dětí, u kterých se vážnou hepatitidu nepodařilo vysvětlit žádnou z výše popsaných běžných příčin.

Počty absolventů lékařských fakult v posledních letech:

	1. LF UK	2. LF UK	3. LF UK	LF UK HK	LF UK Plzeň	LF MU	LF OU	LF UP	celkem	přijatých do ČLK	rozdíl
2019	396	136	186	176	205	340	69	210	1 718	1 217	501
- v angličtině	78	21	38	40	44	66	-	37	324		
2020	339	193	182	183	226	372	69	209	1 773	1 266	507
- v angličtině	71	47	37	33	46	71	-	43	348		
2021	384	186	201	176	213	329	60	221	1 786	1 319	467
- v angličtině	93	37	57	50	37	56	-	38	378		

zdroj: Sekce mladých lékařů ČLK

**V Británii se určitě něco děje, jinde to je zatím nejisté**

Ani situace, kdy má dítě těžkou hepatitidu bez známé příčiny, nicméně není podle lékaře z VFN úplně výjimečná. „Na zjištění virů nabíráme takzvanou sérologii, čili měříme protilátky v krvi. Může se stát, že krev nabere moc brzy, kdy infekce v těle je, ale ještě se nevytvořily protilátky, nebo naopak pozdě, kdy už protilátky v těle nejsou,“ řekl El-Lababidi s dodatkem, že je tyto testy často potřeba provádět znovu po dalších asi dvou až třech týdnech.

„Sérologické testy tedy není úplně jednoduché interpretovat. Není to tak, že by byly buď pozitivní, nebo negativní, je potřeba sledovat víc hodnot a poznat, která je ta signifikantní. Některé viry navíc dokáží natolik poškodit imunitní systém, že testy ukáží protilátky na tři nebo čtyři různé viry najednou, přitom jen jeden z nich je ten hlavní a způsobil hepatitidu,“ vysvětlil odborník.

Situace, kdy dítě z nemocnice odejde po vyléčení příznaků bez diagnózy, tedy není podle zkušeností lékaře z pražské nemocnice vyloženě raritní. Stává se, že diagnóza se zjistí třeba až za měsíc (připomínáme, že na vyšetřování dětských hepatitid upozornili v Británii teprve 5. dubna), nebo také vůbec.

Tím nicméně El-Lababidi nechce říct, že reakce WHO, Evropského střediska pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC) i úřadů jednotlivých států, které případy vyšetřují, jsou přehnané. „V Británii to už je samozřejmě problém. Když je tam zničehonic tolik dětí, co má těžký zánět jater, tak to je zvláštní a musí se opatrně hlídat, jestli se to bude šířit dál, a zjistit, co se tam vlastně děje,“ řekl.

Co se týče ostatních zemí, kde zatím byly nahlášeny jen jednotky nebo maximálně něco málo přes deset případů, tam se podle odborníka možná neděje nic zvláštního. Hypoteticky může jít i jen o náhodné případy, které spolu nesouvisí.

Odhadovat, co se přesně děje, je podle El-Lababidiho těžké nejen proto, že jde zatím o čerstvou záležitost, ale i kvůli absenci informací o konkrétních pacientech. „Vím, že to je neproveditelné, ale lépe by se nám o tom polemizovalo, kdybychom měli přístup ke zdravotním záznamům jednotlivých dětí. Hodně totiž záleží na tom, jestli jde většinou, kromě samotné hepatitidy, o zdravé děti či z jakých socioekonomických poměrů jsou.“

Podezřelý číslo jedna – adenovirus

Britská agentura pro zdravotní bezpečnost (UKHSA) uvedla, že hepatitidy jsou s nejvyšší pravděpodobností infekční a zřejmě souvisí s adenoviry. Asi u tří čtvrtin případů byl totiž detekován adenovirus F41. Adenoviry jsou skupinou virů, které se v lidské populaci vyskytují hojně a setká se s nimi skoro každý, mohou způsobovat celou řadu příznaků, ale hepatitidu jen velmi vzácně.

Britští lékaři prověřují dvě možné možnosti, které by hypoteticky mohly náhlou změnu v projevech adenovirových infekcí způsobit.

Mohlo podle nich dojít za prvé k mutaci, která způsobila, že je daný adenovirus agresivnější a útočí na játra. „Takové vysvětlení by určitě dávalo smysl. Viry i bakterie se v průběhu času mění a mění se i jejich virulence, tedy schopnost útočit na organismus, a projevy onemocnění. Jedna věc je, že adenoviry typicky záněty jater nezpůsobují, ale skutečně mohlo dojít k mutaci, která to změnila,“ vyjádřil se k hypotéze El-Lababidi.

Druhá teorie říká, že může jít o důsledek izolace dětí při lockdownech. Adenoviry totiž podle britských lékařů v době pandemie stejně jako řada dříve běžných respiračních chorob *de facto* přestaly cirkulovat, po ukončení restrikcí se ale vrátily a nyní cirkulují ještě víc, než bylo běžné před pandemií. Děti jsou tak po dvou letech omezeného sociálního styku najednou vystaveny velkému množství virů, se kterým se dříve nesetkaly.

„Tohle je také možné. Máme tady generaci dětí, které se narodily těsně před pandemií nebo při ní, byly pořád doma a přišly do styku jen s rodiči. Teď se ale dostávají do kolektivu, kam každé dítě přináší své viry a bakterie, a protože jejich systém předtím nebyl stimulován, může to vést i k extrémním reakcím,“ vysvětlil lékař.

Přímý důsledek covidu nebo úplně nový virus

Asi 16 % případů bylo podle britských úřadů při příjmu do nemocnice pozitivních na COVID-19, což řadí virus SARS-CoV-2 na seznam podezřelých příčin hned za adenoviry. Podle El-Lababidiho je COVID-19 i nyní v mnoha ohledech „velkou neznámou“, a proto nelze tuto hypotézu vyloučit.

Za asi nejméně pravděpodobnou příčinu lékaři označují otravu toxiny. Tě nenásleduje klinický obraz, tedy typické projevy u postižených dětí, ani epidemiologická data, čímž se podle El-Lababidiho myslí mapa výskytu případů.

„Zažil jsem i takový případ malé ‚epidemie‘ jen o několika případech, kdy se lidé otrávil z konzerv s houbami, bylo to ale velmi lokalizované. A takhle to bývá většinou, když jde o otravu, objeví se případy zpravidla na jednom místě,“ dodal k tomu lékař.

El-Lababidi nevylučuje ani možnost, že hepatitidy způsobuje úplně nový virus, který zatím lékaři neznají. „Když se podíváte třeba i na klasické žloutenky A až E, tak kdysi se popisovaly jen žloutenka A, nebo B, pak se přišlo na to, že existují i jiné, tak se používalo označení non A non B, až poté se v 80. letech objevila žloutenka typu C,“ řekl lékař s dodatkem, že nový virus se v populaci může objevit kdykoliv.

Jak se pozná a léčí hepatitida?

Příznakem, na který by si podle britských lékařů rodiče měli dávat obzvlášť pozor, je zežloutnutí kůže nebo očního bělma. Předcházet tomu může celá řada příznaků včetně tmavé moči, světlé stolice, svědění kůže, bolesti kloubů a svalů, vysoké teploty, neustávající silné únavy, nechutenství a bolesti břicha.

Všechny případy, o kterých se nyní ví, nicméně vyústily v akutní hepatitidu, která si vyžádala hospitalizaci. Akutní záněty jater se podle odborníka z VFN léčí nejprve léky pro odvedení odpadních látek z těla a kapačkami pro výživu jater. „Až když to nefunguje, přistupuje se k transplantaci,“ řekl El-Lababidi s tím, že to se většinou stává u prudkých žloutenek typu A nebo po otravě paracetamolem při pokusech o sebevraždu či otravě z jedovatých hub.

Naštěstí mají podle El-Lababidiho játra „úžasnou regenerační schopnost“. Což podle něj jednak znamená, že transplantace nakonec není potřeba, i když jsou játra hodně zničená, a zároveň při transplantaci lze využít i jen část jater z živého dárce, který dítě zachrání a sám si funkci jater zachová.

Zdroj: L. Marek, seznamzpravy.cz, 28. 4. 2022

Světový den pomočování 2022: Pomozte rodičům (vy)řešit tuto nepříjemnou obtíž

Světový den pomočování má mezi významnými dny, které se týkají zdraví, své nezastupitelné místo. Noční pomočování postihuje přibližně 15 % 5letých dětí a pro většinu rodičů představuje značnou zátěž. Poskytnutí odborné pomoci – a především celkové podpory – od pediatri, urologů či nefrologů je proto zcela namístě.

Bez trestání, zato s pochvalou

Noční pomočování může velmi narušit chod rodiny. Kombinace nepříjemné zátěže v podobě nočního převlékání a výměny prostěradel, obav, zda se nejedná o závažnější zdravotní problém, a frustrace může některé rodiče vést k nevhodnému postupu řešení situace. Trestání, vyhrožování či zastrasování však nepatří ani náznakem ke správnému



přístupu k nočnímu pomočování, což by rodičům dětí s tímto problémem měl zdůraznit každý lékař. Jeho role průvodce touto problematikou nespočívá jen v řádném vyšetření dětského pacienta, vyloučení komorbidit a doporučení vhodných opatření nebo nastavení terapie, ale také v pečlivé edukaci, motivaci a podpoře adherence. Motivační strategie může mít různé podoby – od zapojení dítěte do převlékání mokré postele přes pochvaly za suché noci až po vlastní, dětmi vytvářené záznamy o nočním pomočování.

Co rodičům usnadní situaci? Vysvětlit příčiny i postupy

Pro řadu rodičů je noční pomočování velkou neznámou, u níž si neuvědomují, že jejich negativní reakce mohou být pro potomka velmi zraňující. Řada dětí totiž pomočování nevnímá jako problém až do doby, kdy se ocitne pod tlakem rodičů. Pokud se rodiče s dětmi vydají řešit tento problém k lékaři, zásadním krokem je srozumitelné vysvětlení všech možných příčin nočního pomočování a představení všech možností řešení. Jedná se jak o režimová opatření a vhodné nastavení pitného režimu, tak také prezentaci enuretického alarmu, správného nácviku mikce, různých motivačních opatření i farmakoterapie, v níž se v první linii léčby uplatňuje desmopresin.

Ani správně indikovaná léčba ovšem nemusí být zárukou úspěchu, proto je potřeba zjišťovat celkovou motivaci a postoj rodiny k řešení problému již před zvolením konkrétního postupu. Rodiče by měli být informováni, že například u léčby enuretickým alarmem nemusí neúčinnost znamenat, že alarm nezačíná o několik měsíců později. Měli by také vědět, že medikace nemusí mít vždy trvalý efekt a že po jejím vysazení je pozorována vysoká míra relapsů. Stejně jako je tomu u jiných diagnóz, také noční pomočování si žádá pečlivou a otevřenou komunikaci lékařů s rodiči.

Nenechte světový den bez povšimnutí

Světový den nočního pomočování (31. 5. 2022) je kromě připomenutí této diagnózy jako takové rovněž příležitostí aktivně se ptát rodičů, zda se s těmito obtížemi u svých dětí nepotýkají, zjistit, jak je případně řeší, a nabídnout jim všechny možnosti zvládnutí tohoto častého problému.

(pak)

Zdroj: <https://www.prolekare.cz>, 24. 5. 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

673 3-22

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

674 4-22

Hledám kolegyni na výpomoc a brzké předání ordinace PLDD v blízkosti Olomouce. Tel. 602 757 401.

675 4-22

Pronajmu zařízení **byt v Praze-Štěrbolích** (2 + KK) na kratší nebo středně dlouhé období kolegům a jejich rodinným příslušníkům a přátelům. Tel. 723 165 487.

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



Komunikace v ordinaci PLDD 2022

4. 10.	Ústí nad Labem	Krajská zdravotní a.s. – Masarykova nemocnice, Sociální péče 3316/12A
6. 10.	Hradec Králové	U královny Elišky, Malé nám. 117/10
11. 10.	České Budějovice	Clarion Congress Hotel, Pražská tř. 2306/14
13. 10.	Ostrava	Best Western Hotel Vista, Kpt. Vajdy 3046/2
18. 10.	Plzeň	Primavera Hotel, Nepomucká 1058/128
20. 10.	Brno	Avanti Hotel, Střední 61
24. 10.	Praha	Hotel ILF, Budějovická 15, Praha 4

Registrovat se můžete od středy **22. 6. 2022 od 10⁰⁰** dopoledne.

Více informací včetně programu naleznete již brzy na webu www.detskylekar.cz a www.vialain.com a v příštím čísle VOX.

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.tackleamr.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)

