

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX

PEDIATRIAE

listopad 2022
číslo 9 • ročník 22



téma čísla

Mentální poruchy



■ Lehká mentální retardace
v ambulanci dětského lékaře
– poznáte ji?

■ Specifika posttraumatické
stresové poruchy v dětství
a dospívání

■ Poruchy polykání u dětí

■ Povrchové pyodermie

■ Trombiculosis – trombidiasis


ANGELINI


Pracujeme pro zdravější svět™



 MSD

LEVOPRONT®

kapky, sirup, tablety | levodropropizin



„To je váš pes?“
zeptal se hajný.

„Můj pes.
Jmenuje se Kašláneček!“



Rychlá úleva od suchého kašle^{1,2}

Kapky
s příchutí
lesního ovoce



Sirup
s příchutí třešně



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

Méně sedace
než centrální
antitusika^{1,3}

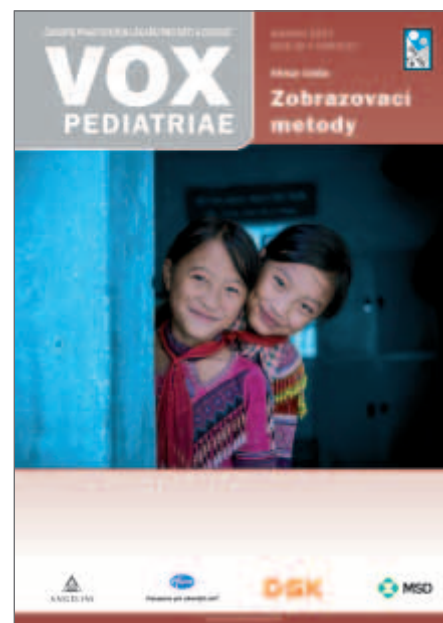
Neovlivňuje respirační
funkce a zachovává
mukociliární clearance^{1,4}



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

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

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Informace SPLDD	6
	- KSL – dopis ministrovi - ČLK chce zvýšit úhrady zdravotníkům o 13 procent - Doporučení České vakcinologické společnosti ČLS JEP k očkování proti chřipce - Povinnost zapracovat pokyny pro nakládání s odpady do provozního řádu - Očkování proti chřipce – od 1. 11. 2022 změna metodiky (nový kód dg. pro pracovníky ve zdravotnictví) - Prohlášení okresních a krajských zástupců SPL ČR z celostátního setkání v Milovech ze dne 23. 10. 2022 - Stanovisko lékařských organizací k očkování proti chřipce v lékárnách - Ministerstvo zdravotnictví spouští informační webcasty pro sestry a další zdravotníky - Grant „To zvládneme“	
	Doc. MUDr. Milan Urík, Ph.D. Lehká mentální retardace v ambulanci dětského lékaře – poznáte ji?	11
	Doc. PhDr. Jana Kocourková Specifika posttraumatické stresové poruchy v dětství a dospívání	13
	MUDr. Jana Jančíková Poruchy polykání u dětí	16
	MUDr. et MUDr. Pavel Konrád Povrchové pyodermie	20
	MUDr. et MUDr. Pavel Konrád Trombiculosis – trombidiasis	23
	Aktuality	26
	Řádková inzerce	33
	Doporučení České vakcinologické společnosti ČLS JEP (ČVS) k očkování proti onemocnění COVID-19	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

ANGELINI

Dr Konrad Pharma

GSK

MERCK

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX
PEDIATRIAE

www.detskylekar.cz

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

Vydavatel:

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

Redakce VOX:

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

Inzerce: Jana Machalíková
GSM: 737 071 353 – jen pro inzery
mailing@detskylekar.cz

Jazykové korektury: Bohumila Weilová
Grafické zpracování: Michal Semerák

Redakční rada:

šéfredaktor
MUDr. Jiřina Dvořáková,

redaktor pro profesní část
MUDr. Ctirad Kozderka,

redaktor pro odbornou část
MUDr. Klára Procházková,

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

Foto na titulní straně poskytl UNICEF

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



Vážené kolegyně, vážení kolegové, milí čtenáři,

zdravím vás z jižních Čech na sklonku tereziánského babího léta, kdy i díky sluníčku příroda doslova čaruje a láká oči na pestrobarevnou krásu.

Ano, všichni nyní žijeme v turbulentní době.

Každý den se ve svých ordinacích setkáváme se stále se zvětšující nervozitou, netrpělivostí a často i nevděkem rodičů našich malých pacientů. Zvedáme desítky telefonů s rozličnými dotazy. Jsme zavaleni stohy tiskopisů. Uvědomujeme si, že mnohé z nich jsou zbytečné. Tlačí učitelé, trenéři, úředníci, OSPOD, u těch starších i jejich zaměstnavatelé. Pak ale najednou vstoupí do ordinace maminka s děvčátkem majícím copánky, velké oči, podává mi obrázek a říká: „To je pro tebe.“ Zbystřím, usměju se... Nezapomínejme na ty hezké chvíle.

Jsem ráda, že současná epidemiologická situace nám opět umožňuje setkat se osobně. Minulý týden se zúčastnila postgraduálního semináře „Komunikace v ordinaci PLDD“ třetina jihočeských praktických lékařů pro děti a dorost. Byly tam tváře zkušených dětských praktiků, ale i dost lékařů mladých, kteří již praxi PLDD převzali nebo se k tomu chystají. Tento vzdělávací cyklus probíhá ve většině krajských měst. Ing. Miroslav Janků, vedoucí oddělení ambulantních zdravotnických zařízení nám představil změny v bonifikačních programech VZP ČR platné od 1. 1. 2023. VZP zavádí jeden tzv. motivační program, kdy po splnění vstupních podmínek bude moci být každý z nás finančně bonifikován. Ing. Janků prezentoval dostupnost PLDD v České republice. Potěšilo mě, že v našem kraji zatím žádné místo není označeno červeně. To znamená, že praktičtí dětské lékaři jsou schopni se o jihočeské děti postarat, přestože i u nás praxe zanikají. Patří jim za to dík. Červeně označených míst s nedostatkem PLDD na mapě naší republiky přibývá.

Zrušení samostatného oboru praktické dětské lékařství bylo chybou. To už se dneska ví. Hledají se cesty kudy dál. Koncem léta se v jednotlivých krajích začaly setkávat pracovní skupiny pro rozvoj zdravotní péče. Za účasti regionálních zástupců primární péče – dospělých praktických lékařů, PLDD, stomatologů, gynekologů, zástupců krajského úřadu, ředitelů krajských nemocnic a ředitelů VZP – se diskutovalo o problematice zajištění zdravotní péče pro obyvatele daného kraje. V Českých Budějovicích jsme řešili například zajištění péče nejenom o děti české, ale i ukrajinské, síť LPS. Jihočeský kraj patří mezi nejméně osídlená místa, s často dlouhou dojezdovou vzdáleností lékařů za pacienty. Na jiných místech se v naší organizaci SPLDD sloučily dva či tři kraje a staly se z nich regiony – Severočeský, Severomoravský, Jihomoravský, Východočeský, Západočeský, Praha a Střední Čechy.

Spolupráce naší stavovské organizace SPLDD s OSPDL ČLS JEP je velmi důležitá, protože obě organizace hájí své členy, pomáhají PLDD v poskytování co nejlepší péče o české děti.

Hezké prožití podzimních dnů přeje

Daniela Verdánová,
předsedkyně SPLDD – Jihočeský kraj





Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

- V uplynulých měsících září a říjnu jsem se zúčastnila několika jednání pracovních skupin na MZ ČR. Hlavními tématy byly úhradová vyhláška pro rok 2023, zastropování energií pro všechny poskytovatele zdravotních služeb, poskytování primární péče ukrajinským dětem, elektronický očkovací průkaz.
- Ve Sbírce zákonů byla vydána novela zákona o léčivech, dochází tak k úpravě elektronického vykazování očkování. Novela mění současný systém evidence očkování, podle zákona bude záznam o očkování vytvářen, měněn nebo rušen v systému ISIN. Pod vedením profesora Duška byla zahájena jednání nad příslušnou vyhláškou, která definuje podrobnosti vykazování. Prosazujeme možnost využívání čtečky vakcín, která umožní sejmutím QR kódu na krabičce vakcíny zapsání příslušného očkování se všemi požadovanými údaji do karty pacienta a následně SW umožní odeslání do systému ISIN a vykázání výkonu zdravotní pojišťovně.
- Na žádost náměstka VZP Bodnára jsme se sešli k projednání možnosti zřízení ordinací PLDD při dětských odděleních, které by měly napomoci oblastem s nedostupnou péčí PLDD. VZP odstartovala jednání na svých krajských pobočkách, kam pozvala ke stolu zástupce primární péče, krajského úřadu a zástupce nemocnic. Jedním z hlavních témat byla síť ordinací PLDD.
- Na MZ ČR pokračovala jednání pracovní skupiny, která se zabývá péčí o ukrajinské uprchlíky. S týmem pana náměstka Dvořáčka jsme projednávali možnost dotace od UNICEF pro ordinace PLDD, které nejen registrují české děti, ale pečují o ukrajinské děti, přičemž navýšenou kapacitu svých ordinací zajistily rozšířením personálu či ordinačních hodin.
- 31. 10. 2022 vyšla úhradová vyhláška pro rok 2023, která zajišťuje všem segmentům 8% navýšení plateb. Pro PLDD bude úhrada reálně významně vyšší, pokud bude zachována produkce obdobná roku 2021.
- V říjnu proběhl úspěšně cyklus odpoledních seminářů „Komunikace v ordinaci PLDD“.

20. 9. 2022 se uskutečnilo na půdě MZ jednání s náměstkem Dvořáčkem a jeho týmem, který se zabývá poskytováním péče o ukrajinské běžence.

20. 9. 2022 se sešla na plánovaném jednání Rada poskytovatelů. Ministr Válek informoval o připravované úhradové vyhlášce a zastropování cen energií pro všechna zdravotnická zařízení.

21. 9. 2022 se konal online webinář SPLDD ČR na téma „Depresivní a úzkostné poruchy u dětí v ordinaci PLDD“.

5. 10. 2022 proběhlo jednání na ÚP VZP. Předmětem jednání bylo otevírání ordinací PLDD při dětských odděleních nemocnic na 0,5 úvazek na přechodnou dobu v regionech s ohroženou dostupností. Vznegli jsme řadu připomínek, které byly většinou vyslyšeny. Jak bude vypadat tento projekt v reálu, uvidíme.

7. 10. 2022 se sešlo v kanceláři Sdružení na svém plánovaném jednání předsednictvo. Jednání se zabývalo zejména přípravou celostátní konference a vypořádáním připomínek k novele stanov SPLDD ČR.

13.–15. 10. 2022 se konal pediatrický kongres v Ostravě, spolupořadatelem bylo také SPLDD ČR.

26. 10. 2022 proběhl online webinář SPLDD ČR na téma „Popáleninový úraz u dětí“, tradičně zazněla aktuální profesní tematika.



www.detskylekar.cz

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost České republiky





Informace SPLDD

■ KSL – dopis ministrov

Koalice soukromých lékařů

Prof. MUDr. Vlastimil Válek, CSc., MBA,
EBIR,
ministr zdravotnictví ČR

V Praze 8. 8. 2022

Vážený pane ministře,
obracíme se na Vás kvůli materiálu „Nové služby elektronického zdravotnictví v ČR – strategie“, který na půdě MZ vznikl v rámci jednání Národní rady elektronického zdravotnictví (NREZ) 28. 6. 2022, a na základě stanoviska, které k němu vydaly zdravotní pojišťovny 29. 7. 2022 (oba texty pro jistotu přikládáme).

Po prostudování obou dokumentů především vyjadřujeme souhlas s většinou připomínek zdravotních pojišťoven. Zejména zdůrazňujeme, že i my postrádáme zásadní diskusi o budoucí podobě českého zdravotnictví za účasti i zástupců poskytovatelů i pacientů před formulací cílů sepsaných v materiálu NREZ, přičemž dle našeho názoru by mělo být maximálně decentralizované, podporující vyšší konkurenci, efektivitu a kvalitu služeb.

Souhlasíme s názorem, že dříve, než se budou upravovat jakékoli právní normy, musejí být jasně definovaná postavení všech aktérů v systému, musejí být v diskusi stanoveny cíle, kam české zdravotnictví přesně míří, že musejí být k dispozici právní analýzy důsledků jednotlivých možných kroků.

K výše uvedenému doplňujeme, že

1. zdravotnická dokumentace je v současné době majetkem zdravotnického zařízení. Její poskytnutí pacientovi upravuje legislativa např. v umožnění pořizování kopií a výpisů. Její obsah je chráněn lékařským tajemstvím a zároveň sama chrání lékaře v případě, že se někdo pokusí zpochybnit jeho léčebný postup.

Tato pravidla by měla být zachována, a proto považujeme za

- nepřipustnou navrženou míru jejího sdílení,
- pro poskytovatele i samotného pacienta nebezpečnou myšlenku, že by snad do ní měl možnost pacient aktivně zasahovat,
- nepřijatelné, že by jen pacient rozhodoval, kdo do ní smí a kdo nesmí nahlédnout,

- neakceptovatelné, že by byla volně k nahlédnutí úředníkům zdravotních pojišťoven bez vědomí a přítomnosti zástupce dotčeného poskytovatele.

2. budou-li navrhovány jakékoli změny, musejí být provázeny i kalkulací, kolik koho budou stát a kolik času jednotlivých subjektů zabere adaptace na ně. Musejí být stanoveny zdroje, z nichž budou tyto náklady a práce hrazeny.

3. budeme souhlasit s jen takovými změnami např. objednacích systémů či monitorování objednacích lhůt, které budou odpovídat reálným podmínkám, v nichž my i naši pacienti žijeme.

Na základě výše uvedeného žádáme, aby toto téma bylo otevřeno na nejbližším jednání Rady poskytovatelů a aby se právě tato Rada stala koordinátorem jednání a z něj vyšly změny.

Věříme, že náš požadavek budete považovat za logický a správný, proto si dovoluujeme předem poděkovat za jeho kladné vyřízení.

S pozdravem

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

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

■ ČLK chce zvýšit úhrady zdravotníkům o 13 procent

Podle ministerstva zdravotnictví i premiéra je však růst úhrad o osm procent maximem. Praha 16. října

Česká lékařská komora (ČLK) nesouhlasí se současným návrhem úhradové vyhlášky, která by měla v příštím roce garantovat podle ministerstva zdravotnictví zdravotnickým zařízením meziroční nárůst úhrad od pojišťoven o osm procent. Trvá na svém původním návrhu růstu úhrad o 13 procent. V dopise premiérovi Petrovi Fialovi (ODS) to uvedl prezident ČLK Milan Kubek. Premiéra v něm žádá o jednání věnované financování zdravotní péče. Text dopisu dnes lékařská komora poskytla ČTK. Podle ministerstva

zdravotnictví i premiéra je růst úhrad o osm procent maximem.

„V současné složité společenské, bezpečnostní i epidemické situaci by naším společným cílem mělo být zabránit destabilizaci českého zdravotnictví,“ uvedl Kubek v dopise. „Osm procent je málo a navíc upozorňuji, že odborníci, kteří se v ČLK úhradami zabývají, garanci tohoto ministerstvem avizovaného nárůstu úhrad v návrhu vyhlášky ani nevidí,“ napsal také v dopise s datem 29. září.

Vyhláška o úhradách zdravotní péče by měla podle Kubka vycházet ze závěrů dohodovacího řízení mezi pojišťovnami a zástupci poskytovatelů zdravotních služeb. O úhradách péče jednalo sedm zdravotních pojišťoven se zástupci 14 segmentů zdravotní péče v první polovině letošního roku. Dohodu nakonec uzavřelo deset z nich. Dohoda nebyla uzavřena v segmentech poskytovatelů mimolůžkových ambulantních specializovaných služeb, poskytovatelů mimolůžkových laboratorních a radiologických služeb, poskytovatelů následné lůžkové péče a poskytovatelů akutní lůžkové péče. ČLK podle Kubka žádné „nevýhodné dohody“ nepodepsala.

Původní návrh ministerstva zdravotnictví počítal s meziročním růstem pro každý segment průměrně o čtyři procenta, ministerstvo ho následně zvýšilo na osm procent. „Ani tento návrh však zdaleka nekompenzuje poskytovatelům zdravotních služeb, včetně soukromých lékařů, růst nákladů,“ uvedl Kubek. I zdravotníci, ambulantní lékaři či nemocnice se podle něj musejí vyrovnat s růstem cen veškerého zboží a služeb.

„Zvýšení úhrad o osm procent odpovídá očekávané inflaci na příští rok, je výsledkem dohodovacího řízení a maximem toho, co si státní rozpočet může dovolit,“ sdělil ČTK premiér Fiala. Stejně se vyjádřil i mluvčí ministerstva zdravotnictví Ondřej Jakob. „V době dohodovacího řízení se inflace pro rok 2023 predikovala ve výši 4,4 procenta, čemuž odpovídal růst úhrad o čtyři procenta. V současné době se inflace pro příští rok odhaduje ve výši 8,8 procenta, čemuž pak odpovídá růst úhrad o osm procent,“ uvedl Jakob.

Soukromým lékařům podle Kubka na provoz nikdo nepřispěje, jejich jediným zdrojem příjmů jsou právě úhrady od zdravotních pojišť-



foven. „S ohledem na meziroční míru inflace cca 17 procent nemohou ani soukromí lékaři při katastrofálním nedostatku zdravotnického personálu, kterému jsme čelili již před epidemií a který se neustále prohlubuje, ignorovat oprávněné požadavky zaměstnanců ve zdravotnictví na zvyšování tarifních platů a mezd o 15 procent,“ dodal Kubek.

Zdroj: ČTK, 17. 10. 2022

■ Doporučení České vakcinologické společnosti ČLS JEP k očkování proti chřipce



10. října 2022

Tímto se nahrazuje doporučení z 10. 6. 2021

Východiska

Chřipka je infekční onemocnění dýchacích cest způsobující vysokou morbiditu a mortalitu. Každoročně je viry chřipky infikováno 5–15 % obyvatel. Nejvyšší mortalitu, riziko rozvoje komplikací a hospitalizace mají senioři a osoby jakéhokoliv věku s vybranými chronickými onemocněními. Chřipka v těhotenství, zejména v průběhu prvního trimestru, může výrazně ohrozit plod a zvyšuje také riziko předčasného porodu. Vysoké riziko rozvoje komplikací a hospitalizace mají také děti do 5 let věku. V dětských věkových skupinách bývá hlášena také nejvyšší incidence chřipky. Každoročně se nakazí až 20 % dětí, které se významně uplatňují v přenosu chřipkových virů v populaci, protože mohou vylučovat virus déle než dospělí. V České republice každoročně umírají v důsledku chřipky stovky až více než tisíc lidí, nejčastěji ve vyšších věkových skupinách. Ojedinele dochází k úmrtí i v dětském věku. Riziko rozvoje komplikací i úmrtí ve všech věkových skupinách zvyšuje přítomnost chronických onemocnění. Nemocný je ohrožen jak vlastním klinickým průběhem chřipky, tak dekompenzací chronických onemocnění. Zemřít ale mohou dospělí i děti bez přítomnosti rizikových faktorů.

Vakcinace proti chřipce snižuje u očkovaného riziko onemocnění chřipkou, rozvoje komplikací a dekompenzace základního onemocnění, včetně rizika úmrtí. Nepřímým efektem může očkování chránit i blízké rizikové kontakty očkovaného.

Indikace k očkování

Česká vakcinologická společnost doporučuje každoročně očkovat všechny osoby od 6 měsíců věku proti chřipce s využitím tetra-valentních očkovacích látek. S ohledem na známé rizikové faktory, jako je věk, zdravotní stav nebo profese, pak doporučuje očkovat zejména tyto osoby:

1. Dospělé ve věku 50 let a více
2. Děti ve věku 6 měsíců až 5 let
3. Všechny osoby od 6 měsíců věku (děti i dospělé), které mají faktory zvyšující riziko komplikovaného průběhu chřipky. K rizikovým faktorům patří tato onemocnění:
 - a. Chronická onemocnění plic a dýchacích cest, včetně bronchiálního astmatu a poruch respiračních funkcí (průdušek a plic, např. po poranění mozku, míchy, v důsledku křečových stavů nebo dalších neurologických či svalových poruch).
 - b. Chronická onemocnění srdce a cév.
 - c. Chronická neurologická onemocnění, včetně epilepsie, dětské mozkové obrny, neuromuskulárních a neurodegenerativních onemocnění.
 - d. Primární a sekundární poruchy imunity, včetně onkologických onemocnění, onemocnění HIV/AIDS, autoimunitních onemocnění a imunosupresivní terapie.
 - e. Chronická onemocnění ledvin, včetně nefrotického syndromu a chronického renálního selhání.
 - f. Chronická onemocnění jater.
 - g. Chronická metabolická onemocnění, včetně diabetes mellitus.
 - h. Obezita.
4. Těhotné ženy v jakémkoli stadiu (trimestru) těhotenství a ženy, které plánují těhotenství během chřipkové sezóny (cílem je ochrana těhotné ženy a ochrana kojence v prvních šesti měsících života, kdy nemůže být sám očkovan).
5. Všechny zdravotnické pracovníky (cílem je ochrana zdravotníků při výkonu jejich povolání a současně ochrana pacientů, kteří jsou v jejich péči a mnohdy mají rizikové faktory zvyšující riziko komplikovaného průběhu chřipky).
6. Klienty a zaměstnance zařízení sociální péče, dlouhodobé lůžkové péče, domovů pro seniory, domovů pro osoby se zdravotním postižením, domovů se zvláštním režimem a podobných zařízení.
7. Ostatní osoby (včetně dětí), které jsou v blízkém kontaktu s jedinci uvedenými v bodech 1–4.

Dostupné očkovací látky

V České republice jsou dostupné tetravalentní inaktivované vakcíny proti chřipce (Inactivated Influenza Vaccine – IIV4), od sezóny 2021/2022 tetravalentní živá atenuovaná vakcína proti chřipce (Live Attenuated Influenza Vaccine – LAIV4, Fluenz Tetra) ve formě suspenze pro nosní podání a od sezóny 2022/2023 vysokodávková tetravalentní štěpená (splitová) vakcína (HD-IIV4, Efluelda) se 4x větším množstvím antigenu v porovnání se standardně dávkovanými vakcínami. Jedinou kontraindikací IIV4 a HD-IIV4 je anafylaktická reakce na předchozí dávku vakcíny a hypersenzitivita na složky vakcíny. Všechny osoby starší 6 měsíců věku bez přítomnosti této kontraindikace mohou být očkovány IIV4. Vakcínou HD-IIV4 mohou být očkovány osoby ve věku 60 let a více. Z důvodu omezené dostupnosti této očkovací látky pro sezónu 2022/2023 ji preferenčně doporučujeme pro osoby ve věku 65 a více let, pro které má úhradu z veřejného zdravotního pojištění. Při nedostupnosti HD-IIV4 by se i tyto osoby měly očkovat vakcínou IIV4.

Tetravalentní živou atenuovanou vakcínou proti chřipce mohou být očkovány zdravé osoby ve věku 2–17 let (ve věku od 24 měsíců do méně než 18 let).

Kontraindikacemi LAIV4 jsou:

- Hypersenzitivita na látky obsažené ve vakcíně, těžká alergická reakce (např. anafylaxe) na vejce nebo na vaječné bílkoviny.
- Terapie salicyláty.
- Použití u dětí ve věku 2–4 roky s astmatem nebo s pískoty v anamnéze v posledních 12 měsících, těžké astma nebo probíhající exacerbace astmatu.
- Použití u dětí a mladistvých s klinickou imunodeficiencí v důsledku jejich zdravotního stavu nebo v důsledku imunosupresivní léčby.
- Kontakt s těžce imunokompromitovanou osobou následujících 14 dnů po očkování.
- Těhotenství a kojení.

Termín očkování a počet dávek

Očkování proti chřipce se z důvodů změn cirkulujících kmenů chřipky a poklesu postvakcinační i postinfekční imunity doporučuje provádět každoročně. Děti, které jsou mladší než 9 let a nebyly v minulosti proti chřipce očkovány, se očkují 2 dávkami stejné vakcíny v minimálním intervalu 4 týdnů mezi dávkami. Všichni ostatní (děti i dospělí)



se očkují 1 dávkou. Všechny děti se očkují plnou dávkou (0,5 ml) IIV4 vakcíny, pokud SPC očkovací látky nestanovuje jinak.

V případě intranazální vakcíny se podává 0,1 ml do každé nosní dírky (celkem 0,2 ml). Ideální dobou k očkování jakoukoliv chřipkovou vakcínou je říjen až prosinec. Cílem je zachovat optimální účinnost očkovací látky proti chřipce po celou dobu trvání chřipkové epidemie. Očkování je ale možné zahájit již dříve, jakmile je k dispozici vakcína pro nadcházející sezónu. Zejména u dětí, které mají být očkovány 2 dávkami, je vhodné očkovat co nejdříve. Děti a dospělí, u nichž očkování neproběhlo ani do konce prosince, je možné očkovat i později. Imunitní odpověď po očkování u starších osob je modifikovaná a může být kratší, proto zejména u těchto osob může být očkování v pozdějším období přínosné.

Simultánní aplikace s ostatními vakcínami

Očkovat proti chřipce je možné současně, ve stejný den, do jiného aplikačního místa s jakoukoli jinou očkovací látkou, včetně vakcíny proti nemoci covid-19. Pokud očkovací látka LAIV4 není očkována současně, je potřeba mezi ní a parenterální živou vakcínou dodržet interval nejméně 28 dní.

Profesní očkování

Očkování proti chřipce u pracovníků ve zdravotnictví a v zařízeních sociálních služeb přináší kromě individuální ochrany jednotlivce a jeho okolí také významné snížení rizika absence těchto pracovníků v případě onemocnění chřipkou v době očekávané zvýšené zátěže zdravotnictví a sociálních služeb v době chřipkové epidemie. Podobně očkování osob pracujících ve velkých kolektivech snižuje riziko šíření chřipky v zaměstnání a minimalizuje dopady pracovních absencí v době každoroční chřipkové epidemie.

Povinnost zpracovat pokyny pro nakládání s odpady do provozního řádu

Připomínáme povinnost vyplývající ze zákona o odpadech, která se týká všech poskytovatelů zdravotních služeb. Zákon nám ukládá do provozního řádu našich zdravotnických zařízení zpracovat pokyny pro nakládání s odpady. Návrh i změnu provozního řádu schvaluje rozhodnutím příslušný orgán ochrany veřejného zdraví podle ustanovení § 15 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví. Tuto povinnost je potřeba

splnit do 31. 12. 2022. Pokyny pro nakládání s odpady je nejjednodušší řešit formou dodatku k provoznímu řádu. Vzor dodatku, který zpracoval právník Mgr. Uher, je již publikován na <https://www.detskylekar.cz/pokyny-pro-nakladani-s-odpady>. Ve vzoru je žlutě vyznačeno to, co je potřeba doplnit ze strany poskytovatele, a světle modře jsou vepsány instrukce. Po vyplnění je potřeba světle modře označený text smazat. Ostatní doporučujeme nechat beze změn. V dodatku se neupravuje-nevyplňuje příloha (identifikační list nebezpečného odpadu).

Na webu je též připraven druhý dokument, a to vzor žádosti o schválení dodatku provozního řádu. Zde doplníte konkrétní údaje vaší KHS a poskytovatele zdravotních služeb. Na KHS zasíláte 1× vytištěnou žádost + 2× vytištěný dodatek provozního řádu.

■ Očkování proti chřipce – od 1. 11. 2022 změna metodiky (nový kód dg. pro pracovníky ve zdravotnictví)

V letošní roce je podpořeno očkování zdravotníků proti chřipce úhradou do ENNV (VaxigripTetra, InfluvacTetra). V případě volby očkovací látky s vyšší cenou, si zdravotník rozdíl doplatí. Aby ZP oddiferencovaly, že se jedná o zdravotníka, došlo k úpravě Metodiky vykazování očkování s platností od 1. 11. 2022. U očkování **pracovníků ve zdravotnictví (mladších 65 let) byl změněn kód dg., a to na Z 29.8 „Jiná určená profylaktická opatření“**. U ostatní populace je nadále vykazována dg. Z251. Dle nové metodiky patří mezi pracovníky ve zdravotnictví i jiní odborní pracovníci ve zdravotnictví – např. pracovníci lékáren, studenti zdravotnických škol.

Pokud jste v letošní očkovací sezóně vykazovali před 1. 11. 2022 u zdravotnického pracovníka očkování s dg. Z25.1, není třeba pojišťovně zasílat opravné doklady. Všechny ZP přislíbily, že jiná vykázaná diagnóza není důvodem odmítnutí provedení a jinak správně vykázaného nepovinného očkování proti chřipce.

■ Prohlášení okresních a krajských zástupců SPL ČR z celostátního setkání v Milovech ze dne 23. 10. 2022

Delegáti 32. celostátního setkání se zabývali aktuálním vývojem situace v ordinacích praktických lékařů. S ministrem zdravot-

nictví, řediteli všech zdravotních pojišťoven a vedením ČSSZ jednali o úhradách jejich práce v roce 2023, nedostatku praktických lékařů a zhoršující se dostupnosti primární péče v některých regionech. Zabývali se také problematikou lékařské pohotovostní služby (LPS) a smysluplnou elektronizací zdravotní péče. Jednali o nových kompetencích, zejména o zapojení praktických lékařů do programu časného zachytu a léčby osteoporózy. S řediteli zdravotních pojišťoven diskutovali o navýšení úhrad za péči v roce 2023, roli primární péče ve zdravotním systému i motivačních faktorech podporujících další zvyšování efektivity a kvality péče praktických lékařů. Znovu upozornili na to, že v kontrastu s rozvojem sítě ve velkých městech se v řadě regionů ČR nadále prohlubuje personální krize, která zhoršuje dostupnost péče praktických lékařů v těchto oblastech. S ministrem zdravotnictví a zdravotními pojišťovnami se shodli na dlouhodobém řešení, které spočívá ve smysluplné tvorbě sítě primární péče. Je nutné podpořit vznik nových praxí v nedostupných oblastech navýšením úhrad za péči a soustředit na to prostředky zdravotních pojišťoven, krajů a obcí. Zároveň je třeba zabránit vzniku nových ordinací v oblastech, kde je kapacita sítě dostatečná. Je nezbytné nutné významné navýšení počtu rezidentských míst pro specializační vzdělávání v oboru VPL, což ministr zdravotnictví přislíbil.

Účastníci jednání jednoznačně odmítli snahu krajů nařizovat praktickým lékařům povinné služby na LPS. Přetížené praktické lékaře nelze v současné personální situaci zatěžovat dalšími povinnostmi. Síť LPS je v některých krajích předimenzovaná a řada stanovišť svým vybavením neodpovídá standardům 21. století. Je třeba se vrátit k již v minulosti přijatému konceptu LPS v rámci urgentních příjmů vybraných nemocnic a zapojit také lékaře jiných specializací.

Delegáti jednání trvali na tom, že systém preskripčních omezení, který praktickým lékařům znemožňuje předepisovat řadu běžných léků, je nadále neudržitelný. SPL ČR proto předložilo MZ ČR návrh na změnu vyhlášky č. 376/2011 Sb., který by znamenal zrušení alespoň preskripčních omezení „L“, a žádá ministerstvo o jeho urychlené přijetí. Delegáti se shodli na tom, že nový výkon 01305 pro poskytování distanční péče, zavedený v roce 2022, se v praxi osvědčil. Vyzvali proto všechny zdravotní pojišťovny, aby jeho existenci a úhradu zachovaly i v dalších letech.



Účastníci jednání kategoricky odmítli snahu o přesun očkování do lékáren a varují před nebezpečnými tendencemi přesouvat kompetence lékařů na nelékařské profese. To by vedlo ke zhoršení kvality a bezpečnosti péče.

Delegáti podporují smysluplnou elektronizaci zdravotnictví. Místo shromažďování a údržby velkého množství patientských dat, je třeba se zaměřit na elektronickou výměnu relevantních informací mezi poskytovateli zdravotních služeb v jednotném datovém rozhraní. K tomu je potřeba vytvořit podmínky umožňující vedení elektronické zdravotnické dokumentace, zejména stále chybějící jednotný elektronický certifikát zdravotnického pracovníka a resortní časové razítko.

■ Stanovisko lékařských organizací k očkování proti chřipce v lékárnách

V Praze dne 14. 9. 2022

prof. MUDr. Vlastimil Válek, CSc, MBA, EBIR,

ministr zdravotnictví

Doc. MUDr. Bohuslav Svoboda,

předseda Výboru pro zdravotnictví PS
Parlamentu ČR

poslanci Výboru pro zdravotnictví PS
Parlamentu ČR

Vážený pane ministře, vážený pane předsedo, vážené poslankyně, vážení poslanci, členové Výboru pro zdravotnictví.

Žádáme Vás, abyste při projednávání vládního návrhu zákona (včetně pozměňovacího návrhu), kterým se mění zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (sněmovní tisk 96), vzali v potaz stanovisko níže uvedených odborných a profesních lékařských společností a tento návrh odmítli.

K této žádosti nás vedou následující důvody. Původní verze vládního návrhu, předložená v prosinci 2021, vznikla jako snaha o časově omezené řešení umožňující v době pandemie navýšit očkovací kapacitu tím, že přechodně umožní očkování proti COVID-19 v lékárnách a u stomatologů. To za současné situace již zcela postrádá význam. Místo toho, aby byl za těchto okolností vládní návrh z pera bývalého ministra zdravotnictví stažen, je snaha poslaneckým pozměňovacím návrhem původní smysl zákona zásadně změnit a trvale umožnit očkování proti chřipce lékárníky

a stomatology. Jedná se o nepromyšlený krok, kterému nepředcházela žádná odborná ani společenská diskuse.

Česká republika má velmi dobře fungující systém očkování, který je odborně na nejvyšší možné úrovni a dlouhodobě je hodnocen jako jeden z nejlepších v Evropě. Pokud se rozhodneme tento dobře zavedený systém měnit, měli bychom k tomu mít pádné důvody a měli bychom definovat, k jakému cíli tato změna má vést. Návrh by měl být zdůvodněn nezpochybnitelnými argumenty, podrobnými modelacemi a analýzami možných dopadů takové změny. Nic takového není na stole. Nedošlo k potřebné odborné diskusi, která by v tak zásadní věci měla předcházet diskusi politické. Seriózní odbornou diskusi rozhodně nemohl nahradit kulatý stůl pořádaný 13. 9. 2022 pod záštitou poslance Výboru pro zdravotnictví PharmDr. Petra Fíky, ke kterému nebyl přizván předseda vakcinologické společnosti, zástupci dalších klíčových organizací lékařských odborností zabývajících se v ČR očkováním ani zástupce České lékařské komory.

Existují závažné důvody k obavám, že tato zásadní změna, na které není odborný konsenzus, sníží kvalitu a zhorší bezpečnost očkování. To může způsobit další pokles důvěry české veřejnosti v očkování a v konečném důsledku destabilizovat systém očkování v ČR. Na včerejším kulatém stole představený způsob navrhovaného vzdělávacího rychlokursu pro lékárníky, jehož podstatná část navíc proběhne jako e-learning, tyto obavy jen podporuje. Stejně jako skutečnost, že návrh počítá s možností, že takto vzdělaný lékárník by mohl dohlížet na jiného očkovacího lékárníka, který ani tento minimální kurs neabsolvoval. To, že se dostaneme do situace, kdy lékař bez specializované způsobilosti kompetenci očkovat nemá, zatímco lékárník s rychlokursem ji mít bude, je opravdu absurdní. Dalším smutným paradoxem je, že v době, kdy se řeší možné očkování v lékárnách, je upírána možnost očkování a aplikace vakcín hrazených ze zdravotního pojištění lékařské odbornosti epidemiologů, jejichž role v očkování v době epidemie nebo pandemie by měla být zásadní. Je třeba také dodat, že vůbec není využít očkovací potenciál ambulantních specialistů, kteří jsou k očkování plně kvalifikovaní a nabízeli v době pandemie své nemalé kapacity, aniž by jich zdravotní systém využil.

Jsme si vědomi, že v očkování proti chřipce je situace v ČR velmi neuspokojivá. Trváme

ale na tom, že příčinou není nedostatečná očkovací kapacita, nedostupnost vakcín či neochota lékařů očkovat. Důvodem nízké proočkovanosti je nezáměr obyvatelstva o tento typ očkování a podceňování rizik spojených s onemocněním chřipkou. Proto se nedá očekávat, že se proočkovanost proti chřipce zvýší díky očkování v lékárnách. Řešení je třeba hledat jinde a naše organizace jsou připraveny na tom s ministerstvem zdravotnictví a pojišťovnami aktivně spolupracovat. Je nutné zaměřit se na efektivnější komunikaci s veřejností, vysvětlování důležitosti očkování a hledání cest, jak zlepšit motivaci obyvatelstva k očkování, například prostřednictvím zaměstnaneckých výhod pro očkované osoby či bonifikací od zdravotních pojišťoven. Zvýšení proočkovanosti lze dosáhnout modernizací očkovacích kalendářů pro děti a dospělé, postupným rozšiřováním úhrad očkování ze zdravotního pojištění, zvyšováním zdravotní gramotnosti obyvatelstva a posilováním důvěry ve vztahu pacient–ošetřující lékař. Například zavedení úhrady očkování proti klíšťové encefalitidě u osob starších 50 let věku ze zdravotního pojištění dramaticky zvýšilo zájem o toto očkování a jeho proočkovanost rychle roste. Bez znalosti dalších souvislostí nelze argumentovat příklady ze zemí, kde je horší dostupnost a kvalita lékařské péče než v ČR. Tam očkování v lékárnách může vést ke zvýšení proočkovanosti, ale stejný efekt nelze automaticky očekávat v ČR. Situace v očkování je v každé zemi natolik specifická, že dodnes neexistuje žádný jednotný mezinárodní očkovací kalendář a všechny snahy sjednotit systém očkování například v rámci celé Evropy vždy selhaly. Právě pro specifika epidemiologické situace a zavedeného systému očkování.

Očkování v ČR je nedílnou součástí preventivní lékařské péče poskytované dětem a dospělým osobám. Jsme přesvědčeni, že imunizace osob navozená očkováním je natolik specifický lékařský výkon, že patří do rukou patřičně vzdělaného a erudovaného lékařského personálu. Nelze na ni pohlížet pouze jako na pouhou aplikaci očkovací látky, kterou zvládne téměř kdokoli, ale jako na stimulaci imunitního systému očkovaného jedince, která s sebou přináší další nezbytné úkony a výkony. Samozřejmou součástí výkonu je podání vyčerpávající informace očkovanému jedinci nebo jeho zástupci o dané očkovací látce, ale zejména informace o onemocnění, které má být vakcinací preventováno. Informaci o riziku ne-



moci při konkrétní epidemiologické situaci, jeho infekčnosti, projevech, komplikacích, způsobech přenosu a přínosech očkování ve srovnání s rizikem vedlejších účinků očkování. Součástí očkování je odebrání a posouzení anamnézy, posouzení aktuálního zdravotního stavu, chronických onemocnění, kontraindikací očkování, předchozích očkování a odstupu od nich, případně stavu ovlivnění imunitního stavu jedince nemocí či užívanými léky. V případě nejasností pak také provedení orientačního lékařského vyšetření před vakcinací. Každá aplikace vakcíny může způsobit nežádoucí reakci, buď závažnou bezprostřední s nutností znalosti léčby život ohrožujícího anafylaktického šoku, nebo s časovým odstupem několika hodin i dnů po očkování. Tyto reakce musí být připraven konzultovat a řešit s očkovaným ten, kdo očkovací látku podal. Očkování je spojeno s komunikací a poskytováním komplexních informací, které jsou také nedílnou součástí poskytované zdravotní péče a jsou v některých případech hrazeny ze zdravotního pojištění. Informace by měl poskytovat ten, kdo jich má nejvíce, kdo je pro to vzdělán a má praktické zkušenosti. Tuto přidanou hodnotu nemůže poskytnout zdravotník bez lékařského vzdělání a bez přístupu ke zdravotní dokumentaci pacienta. Bylo by chybou se bez rozmyslu této zásadní kvality českého systému očkování vzdát pouze proto, že nemáme uspokojivé výsledky v očkování proti jedné chorobě, když jinak jsou naše výsledky nad evropským standardem.

Z pozice předsedů odborných a profesních lékařských společností jsme přesvědčeni, že zvláště s ohledem na rizika výskytu infekčních nemocí je nutné chránit občany České republiky očkováním v souladu se správnou klinickou praxí, na vysoké odborné úrovni a v odpovídajících personálních, věcných a technických podmínkách. Dle našeho názoru tato kritéria očkování v lékárnách nesplňují. Je proto se třeba vyvarovat jednoduchých a zkratkovitých řešení, která možná otevírají nový prostor pro byznysové aktivity, jež jsou v souladu se zájmy lékárenské a farmaceutické lobby, ale rozhodně nepřinesou dostatečnou kvalitu a bezpečnost očkování našim pacientům ani zlepšení výkonnosti systému očkování v ČR.

S úctou

Prof. MUDr. Roman Chlíbek, Ph.D., Česká vakcinologická společnost ČLS JEP,

MUDr. Petr Šonka, SPL ČR

Doc. MUDr. Svatopluk Býma, SVL ČLS JEP,

MUDr. Alena Šebková, OSPDL ČLS JEP,

MUDr. Ilona Hulleová, SPLDD ČR,

MUDr. Vladimír Dvořák, Ph.D., Česká gynekologická a porodnická společnost ČLS JEP a Sdružení soukromých gynekologů ČR,

Prof. MUDr. Petr Pazdiora CSc., Společnost pro epidemiologii a mikrobiologii ČLS JEP

■ Ministerstvo zdravotnictví spouští informační webcasty pro sestry a další zdravotníky

Jaké činnosti může vykonávat praktická sestra a jaké sestra všeobecná? Co znamená odborný dohled? Proč se mi v platovém stupni odečítají roky praxe? I takové otázky si kladou sestry a další nelékařští zdravotničtí pracovníci.

Odbor ošetřovatelství a nelékařských povolání Ministerstva zdravotnictví ve spolupráci s Národním centrem ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů připravil pro nelékařské zdravotnické pracovníky sérii webcastů – krátkých komentovaných prezentací, které jim pomohou orientovat se v dané problematice.

„I když zájem o studium zdravotnických oborů v posledních letech stoupá, stále není nelékařů dostatek. Plánujeme posílit vzdělávací kapacity, ale nesmíme zapomínat ani na ty, kteří už ve zdravotnictví pracují. Chtěli jsme vyjít nelékařům vstříc a poskytnout jim základní přehled v oblastech, které jsou pro ně během jejich praxe důležité,“ uvedl ministr zdravotnictví Vlastimil Válek.

„Na našem odboru pečlivě sledujeme, co zdravotníky zajímá. Dotazy, které dostáváme, se často opakují,“ sdělila hlavní sestra ČR Alice Strnadová, která natočení webcastů iniciovala. Zároveň přiblížila, jak budou webcasty vypadat: **„Prezentace jsou stručné a obsahují jen ty nejpodstatnější informace. Pod každou z nich bude ještě možnost položit k tématu anonymní dotaz, na který následně individuálně odpovíme,“** dodává hlavní sestra Alice Strnadová.

Webcastů je celkem 10 a budou zveřejňovány postupně každý týden na webových stránkách MZ www.mzcr.cz/category/ose-trovatelstvi-a-nelekarska-povolani/web-casty/. První webcast z této série je na téma

Náležitosti pracovní smlouvy a způsoby ukončení pracovního poměru.

Zdroj: <https://www.mzcr.cz>, 5. 10. 2022

■ Grant „To zvládneme“

Jménem Nadace EP Corporate Group bychom Vás rádi informovali o vyhlášení nové grantové výzvy „To zvládneme“. Výzva je určena pozůstalým rodinám s nezaopatřenými dětmi, které přišly o významnou část svého příjmu a kterým chce naše nadace nabídnout finanční pomoc k překlenutí této složité životní situace. Žádosti jsou přijímány ode dne vyhlášení, tj. 3. 10. 2022, do 30. 11. 2022, dále pak průběžně každých 14 dní. Celková alokace finančních prostředků na tuto výzvu je 100 mil. Kč na 1 rok. Maximální výše příspěvku není stanovena.

Ztráta blízkého člověka bývá nejbolestivější zkušeností našeho života. Může také znamenat pozbytí sociální jistoty a hrozbu velkých ekonomických problémů. Pokud v rodině, pečující o nezletilé dítě, zemře otec nebo matka, nadace nahradí po dobu 24 měsíců rodině část příjmu, o který v důsledku úmrtí jednoho z rodičů přišla. Chceme tím rodině vytvořit prostor a čas připravit se na novou situaci, aniž by došlo k ekonomické a následné sociální deprivaci rodiny. Z nadačního příspěvku je možné hradit například náklady spojené s bydlením a souvisejícími službami (nájem, hypotéka, voda, plyn, elektřina). Dále lze hradit školné pro pozůstalé nezaopatřené děti nebo pokrytí nákladů s volnočasovými aktivitami dětí.

Rodina, kterou nadace podporuje (oprávnění žadatelé o finanční grant):

Rodina s dětmi do 18 let, popř. do doby ukončení studia SŠ, kde živitel zemřel.

Nesezdané páry s dětmi do 18 let, popř. do doby ukončení studia SŠ, kde živitel zemřel. Prarodiče starající se o děti do 18 let, popř. do doby ukončení studia SŠ, po zemřelých rodičích.

Pokud víte o pozůstalé rodině, která potřebuje naši pomoc, budeme rádi za přeposlání informací.

Podrobnosti k této grantové výzvě jsou k dispozici na webu Nadace EP Corporate Group www.nadaceepcg.cz a jsou publikovány též na www.detskylekar.cz.

Pro VOX připravil:
MUDr. Ctirad Kozderka



Lehká mentální retardace v ambulanci dětského lékaře – poznáte ji?

**Doc. MUDr. Milan Urík, Ph.D.^{1,2}, Mgr. Denisa Bezděková^{1,2},
Mgr. Milan Pilát³, prof. MUDr. Ivo Šlapák, CSc.^{1,2}**

¹ Klinika dětské otorinolaryngologie, Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, Brno, přednosta prof. MUDr. I. Šlapák, CSc.

² Fakultní nemocnice Brno, Pracoviště dětské medicíny, Brno, přednosta prof. MUDr. I. Šlapák, CSc.

³ Ambulance klinické psychologie a psychoterapie, s.r.o., Brno, vedoucí psycholog Mgr. M. Pilát

Autoři v článku předkládají případ šestiletého chlapce s pozdně diagnostikovanou lehkou mentální retardací (LMR). Poukazují na složitost této problematiky, na nelehký úkol praktického lékaře pro děti a dorost (PLDD), který sehraává klíčovou roli v diagnostice LMR, i rodičů, kteří mají takto postižené dítě. Zaměřují se i na některé problémy systému v péči o děti s LMR a na důležitou roli klinického logopeda a dětského psychologa. Spolupráce PLDD s těmito nelékařskými obory je na mnoha místech podceňována a v praxi se bohužel běžně neuplatňuje.

Klíčová slova

lehká mentální retardace, dětský věk, včasná diagnostika

■ Úvod

Podle světové zdravotnické organizace (WHO) je mentální retardace definována jako stav zastaveného či neúplného vývoje, který je charakterizován narušením dovedností projevujících se během vývojového období, přispívajících k povšechné úrovni inteligence, tj. poznávacích, řečových, pohybových a sociálních schopností [1]. Hlavními znaky mentální retardace jsou nedostatečný rozvoj myšlení a řeči, omezená schopnost učení a z toho plynoucí obtížnější adaptace na běžné životní podmínky a situace. Velmi výraznou vlastností dítěte s mentální retardací je porucha poznávacích schopností, která se do značné míry projeví v procesu učení. Možnosti výchovy a vzdělávání jsou pak limitované a je nutno si uvědomit, že jde o stav trvalý (je buď vrozený, nebo časné získaný).

Podle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) je mentální postižení klasifikováno do šesti kategorií, jak ukazuje tabulka 1. Pro děti s lehkou mentální retardací (LMR) je typická schopnost užívat účelně řeč. I když je vývoj řeči u dětí s LMR ve srovnání s vývojovou normou opožděný, jsou schopny komunikovat a začlenit se do kolektivu. Problémem je narušená schopnost usuzování, což komplikuje vlastní proces komunikace. Inteligenční kvocient těchto dětí je v rozmezí 69–50 [2]. Většina dětí s LMR dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči

(jídlo, mytí, oblékání, hygienické návyky), i když dochází k lehkému opoždění [3].

Hlavní potíže u dětí s LMR se objevují po nástupu do školy, obzvláště při teoretické práci. Proto je vhodné jejich vzdělávání zaměřit na rozvoj schopností a kompenzaci nedostatků [4]. Komplikace ve vzdělávání často představuje citová nezralost, nízká sebekontrola a sugestibilita. U většiny dětí s LMR se objeví specifické problémy se čtením a psaním. Většina dětí s LMR je vzdělávána v praktických školách, současný trend ale směřuje k integraci těchto dětí do běžných základních škol za pomoci osobních asistentů, kteří s jejich integrací a vzděláváním pomáhají. Vzhledem k limitované mentální a vzdělávací kapacitě nacházejí děti s LMR adekvátní uplatnění v činnostech a oborech založených na názornosti, konkrétnosti a strukturovanosti (př. manuální činnost, jednodušší pomocné práce atp.). Je nutno podotknout, že u dětí s LMR se můžou vyskytnout přidružené chorobné stavy, jako poruchy autistického spektra, epilepsie, poruchy chování, tělesné postižení a další [3].

■ Kazuistika

V červnu 2012 byl na ambulanci Kliniky dětské ORL v Brně (KDORL) vyšetřen 4letý chlapec z jiného kraje, odeslaný ORL lékařem (rodinným známým) s podezřením na zhoršení sluchu a poruchu řeči, které si lékař všiml na návštěvě doma u pacienta. Z anamnézy jsme zjistili, že se jedná o dítě narozené ve 34. týdnu těhotenství, po indukci, porodní hmotnost 2 230 gramů, délka 42 cm, Apgarové skóre 9-9-10, porod vaginální, záhlavím. Těhotenství bylo rizikové, matka byla

sledována pro hypertenzi a preeklampsii. Po porodu sledován na neonatologické JIP pro lehký RDS (respiratory distress syndrom), bez nutnosti oxygenoterapie. Pátý den došlo k progresi ikteru, byla prováděna fototerapie po dobu 3 dní. Neurologické vyšetření bylo uzavřeno s diagnózou hypotonicko-apatického syndromu, doporučena kontrola. Bez dalších pozoruhodností v novorozeneckém období. Domů propuštěn 11. den s hmotností 2 050 g.

Následně byly prováděny pravidelné kontroly neurologické (10×), neonatologické (4×) a povinné návštěvy u PLDD. Ve věku 2 měsíců byl hospitalizován pro febrilní stav neznámé etiologie, léčen ATB, fokus infekce nenalezen. Ve věku 8 měsíců byl hospitalizován pro protrahovaný kašel a recidivující infekce horních i dolních cest dýchacích. Uzavřeno jako spastická bronchitida. Indikovány inhalační kortikoidy. Ve věku 1 rok a 8 měsíců překonal ataku febrilních křečí. Ve věku 2 let bylo poprvé vysloveno podezření na opožděný vývoj řeči na neonatologické ambulanci, v této době byl ale z evidence neonatologické ambulance zároveň vyřazen. Neurologické zprávy kopírují pořád stejný nálezn, vždy se závěrem: „psychomotorický vývoj (PMV) v normě, odpovídá gestačnímu stáří“. PLDD ve svých zprávách včetně preventivních prohlídek opakovaně uvádí, že PMV je v normě, uvádí dobrou komunikaci i rozvoj řečových schopností.

Nový rodinný známý (ORL lékař) upozornil rodiče na možné problémy a doporučil vyšetření u dětského otorinolaryngologa. Vyšetření proběhlo na KDORL v Brně v roce



2012 s nálezem: adenoidní vegetace, hypertrofie krčních tonzil, obturující cerumen zvukovodů oboustranně, suspektní drobný submukózní rozštěp patra, rozštěp uvuly. Dále ORL lékař vyslovil podezření na opožděný vývoj řeči a doporučil vyšetření u klinického logopeda. V roce 2013 byla na KDORL provedena adenotomie a mikrotoskopie, středouší i sluch byly v pořádku. Vzhledem k možným komplikacím jsme neprovedli tonzilotomii (zmenšení krčních mandlí), protože po ní by mohlo dojít k poklesu již tak nestabilního měkkého patra a poruše velofaryngeálního uzávěru s následnou huhňavostí a zatékáním potravy do nosohltanu při polykání.

Klinický logoped po důkladném vyšetření shledal u dítěte narušený vývoj řeči a dále doporučil vyšetření neurologické (k vyloučení organické příčiny potíží) a vyšetření u dětského psychologa. Pacient absolvoval neurologické vyšetření včetně EEG na Klinice dětské neurologie FN Brno se závěrem dyslálie s podílem vývojové dysfázie, bez ložiskové neurologické symptomatologie, EEG bez patologie. Následovalo vyšetření u dětského psychologa, který po několika sezeních s dítětem i rodiči stanovil diagnózu lehké mentální retardace a doporučil začlenění dítěte do běžné základní školy s pomocí osobního asistenta. Rodiče museli s dítětem podle platné vyhlášky absolvovat ještě vyšetření v příslušné pedagogicko-psychologické poradně, která na základě svých závěrů rozhoduje o přidělení osobního asistenta. Vzhledem k dobré spolupráci všech zainteresovaných i rodičů a ředitelky základní školy byl chlapec přijat do 1. ročníku základní školy s pomocí osobního asistenta.

Závěrem je nutno poukázat na fakt, že chlapec navštěvoval postupně několik logopedů ve svém okolí. Podle sdělení rodičů návštěvy probíhaly vždy podobným způsobem, bez přítomnosti rodičů, kteří tak neměli tušení, jak práce s dítětem probíhá, většinou bez jasného zadání práce a cvičení na doma. Nejednalo se o klinické logopedy.

Diskuse a závěr

V České republice momentálně žije přibližně 300 000 jedinců s mentálním postižením, což představuje 3–4 % populace. Až 70 % z těchto osob tvoří jedinci s lehkou mentální retardací [2].

V současnosti je v ČR kolem 2 030 ordinací PLDD s průměrným počtem 980 dětí na

Tab. 1. Klasifikace mentálního postižení

Stupeň postižení	Název diagnózy	IQ
1.	Lehká mentální retardace	69–50
2.	Středně těžká mentální retardace	49–35
3.	Těžká mentální retardace	34–20
4.	Hluboká mentální retardace	Méně než 19
5.	Jiná mentální retardace	--
6.	Nespecifikována mentální retardace	--

jedno zařízení PLDD. Dítě v současnosti absolvuje u PLDD 9 preventivních prohlídek v prvním roce života, dále prohlídku ve věku 18 měsíců a pak ještě 9× do dovršení 19 let. Do základní náplně preventivní prohlídky u PLDD patří i vyšetření psychomotorického vývoje dítěte, jemné a hrubé motoriky, řeči, udržování hygieny, sociálního chování a podobně. I přes časovou tíseň by se měl PLDD u preventivní prohlídky dostatečně věnovat vyšetření těchto dovedností, protože jsou pro budoucí vývoj a osud dítěte zásadní. Není přitom nutné, aby se PLDD věnoval dalšímu řešení případného problému v plné míře, to je již v rukou dalších specialistů. Klíčovým okamžikem je právě včasné rozpoznání případného problému, upozornění rodičů, vysvětlení situace a nabídnutí pomoci, tedy doporučení ke konkrétnímu specialistovi.

Každé dítě s opožděným či jinak narušeným vývojem řeči by mělo podstoupit vyšetření u klinického logopeda a otorinolaryngologa. Klinický logoped má dostatečné vzdělání a zkušenosti, aby poznal problém pacienta a směřoval ho k dalším vyšetřením, případně zahájil logopedickou terapii. V případech jako tento je velmi důležité správné posouzení úrovně řečových schopností PLDD v rámci pravidelných preventivních prohlídek. V prezentovaném případě muselo nutně při preventivních prohlídkách u PLDD dojít k podcenění zhodnocení jeho řečových dovedností a verbálního vyjadřování. Při jakémkoli podezření na opožděování ve vývoji řeči je nutné bezodkladně odeslání dítěte do péče klinického logopeda, a to již ve věku 2 let. Ten přesně zhodnotí stadium vývoje řeči na základě svých diagnostických metod a stanoví efektivní terapii, o které by měli být rodiče podrobně informováni. Vzhledem k tomu, že narušený vývoj řeči přesahuje rámec fatické (řečové) poruchy, musí být

terapie vedena co nejobsáhleji (neomezujeme se pouze na řečový projev dítěte, ale i na stimulaci hrubé a jemné motoriky, grafomotoriky, paměti a kognice), aby bylo dítě v maximální možné míře stimulováno, byly účinně eliminovány deficity ve vývoji těchto složek a v případě mentální retardace byly v maximální možné míře rozvinuty.

Především u dětí v mladší věkové skupině (1–5 let) je vždy vhodné vyšetření otorinolaryngologem, který vyloučí poruchu sluchu, případně další nemoci, které mohou způsobovat vadu řeči (adenoidní vegetace, hypertrofie tonzil, velofaryngeální insuficience, rozštěp patra a další). V případě podezření na závažnější poruchu, na kterou obvykle upozorní klinický logoped, je nutné doplnit vyšetření neurologické (k vyloučení organické příčiny potíží) a vyšetření u dětského psychologa. Dětský psycholog kromě stanovení diagnózy vysvětlí rodičům podstatu problému, reálně představí možnosti a limitace dítěte tak, aby rodiče neměli na dítě přehnané nároky a požadavky, ale zároveň jeho stimulaci a vývoj nepodcenili, a pomůže jim s procesem integrace (předá kontakty na pedagogicko-psychologickou poradnu, doporučí začlenění do běžné školní docházky s asistentem, eventuálně docházku do speciální praktické školy, podle možností a schopností dítěte). Vnímavost PLDD, dostatečná spolupráce s dalšími obory, jako jsou klinická logopedie, neurologie, otorinolaryngologie a dětská psychologie, a dostatek informací mohou zlepšit systém péče o děti s LMR v České republice.

Práce vznikla za podpory grantu: MUNI/A/1157/2014.

Literatura

1. Bendová P, Zíkl P. Dítě s mentálním postižením ve škole. Praha: Grada, 2011: 1–144. ISBN 978-80-247-3854-3.
2. Müller O. Lehká mentální retardace v pedagogicko-psychologickém kontextu. Olomouc: UP, 2001: 1–87.
3. Švarcová I. Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. 3. vyd. Praha: Portál, 2006: 1–198. ISBN 80-736-7060-7.
4. Vančová A. Základy pedagogiky mentálně postižených. Bratislava: Sapientia, 2005: 1–331. ISBN 80-968797-6-6.

Čes-slov Pediat 2015;70(3):152–154



Specifika posttraumatické stresové poruchy v dětství a dospívání

Doc. PhDr. Jana Kocourková, MUDr. Jiří Koutek

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

Posttraumatická stresová porucha představuje riziko pro děti a dospívající, kteří prožili závažnou stresovou situací. Diagnostika i terapie je zejména u menších dětí komplikovaná v důsledku nezralosti dítěte v emoční, kognitivní i vztahové oblasti. V současné době odlišujeme posttraumatickou stresovou poruchu jako následek nenadálé jednorázové ohrožující události a komplexní posttraumatickou stresovou poruchu, která je následkem déletrvající opakované traumatizace, k níž dochází ve významném interpersonálním kontextu. Autoři popisují typy traumatizace u dětí, charakter klinických následků a možnosti terapeutického ovlivnění.

Klíčová slova

posttraumatická stresová porucha, komplexní posttraumatická stresová porucha, děti a dospívající, diagnostika, terapie

■ Úvod

Traumatizace v dětském a adolescentním věku představuje negativní okolnost pro další vývoj dítěte v biologické i psychosociální oblasti [1–3]. Reakce dětí na trauma jsou stejně závažné jako u dospělých [4]. Dítě se obtížně vyrovnává se stresem v důsledku nezralé osobnostní výbavy a závislosti na interpersonálním okolí, zvláště když jde o traumatizaci, která souvisí se vztahy s blízkými osobami. Podněty k tomuto tématu přinesly studie týkající se zkoumání syndromu týraného dítěte, sexuálního zneužívání dětí, traumatizace dětí ve válce [5], traumatizace v důsledku ztráty blízké osoby, konfrontace s domácím násilím. Přínos posledních desetiletí spočívá zejména ve vymezení spektra stresových poruch, v nových informacích z oblasti neurobiologie, upřesnění diagnostiky v závislosti na věku a propracování terapeutických intervencí. Pozornost je věnována také užívání této diagnózy v oblasti forenzní praxe, například při posuzování duševní (zdravotní) újmy v důsledku trestných činů.

Z psychologického hlediska je traumatická zkušenost taková, v níž dítě nebo adolescent prožívá situaci, je svědkem situace nebo je konfrontováno s takovou situací, která představuje přítomnou nebo hrozící smrt, vážné zranění nebo hrozbu fyzické integrity pro ně nebo druhého. Reakcí je strach, pocit bezmoci a hrůza, ale i další pocity, jako je vztek, stud nebo vina. Trauma může mít fyzický nebo psychický charakter a také

často můžeme vidět spolupůsobení fyzických a psychických aspektů traumatizace. Z psychologického hlediska rozlišila Terr [6] u dětí dva typy traumatu. Prvním typem traumatu je náhlá, nepředpokládaná traumatizující událost, druhým typem je chronicky se opakující traumatická zkušenost, o níž dítě může předpokládat její opakování a nemůže se této situaci vyhnout. Může se stát, že se tyto typy traumatu prolínají, může dojít i k následné traumatizaci (například v důsledku vyšetřování, negativního dopadu na rodinu dítěte apod.). Komplexní posttraumatickou stresovou poruchu detailně popsala v roce 1992 Judith Hermanová [7]. V klasifikačních psychiatrických systémech [8, 9] odpovídala popsání diagnostikovaná kritéria spíše následkům traumatu prvního typu (jako náhlé, jednorázové ohrožující situace) a postupem času byla vedena diskuse o tom, zda takto vymezená jednotka dostahuje pro poruchy vyplývající z komplexní traumatizace zejména u dětí, ale i u dospělých. V diagnostických kritériích v DSM-5 došlo k rozšíření klinického popisu poruchy a v navrhovaných kritériích MKN-11 ke konceptualizování diagnózy komplexní posttraumatické stresové poruchy [9, 10]. Pro posuzování následků traumatizace u dětí a adolescentů je důležité si uvědomit, že klinický obraz traumatických stresových poruch u dětí je modifikován vývojovými aspekty (kognitivními, emočními, vztahovými) a nemusí vždy striktně naplňovat diagnostická kritéria MKN-10. Důležitou okolností, která ovlivňuje charakter posttraumatických projevů u dětí a adolescentů, je typ traumatu. Následkem jednorázového traumatu bývá typická posttraumatická stresová porucha (s projevy znovuprožívání traumatu, vyhubým chováním a zvýšenou

dráždivostí), ale například u traumatizujícího dlouhodobého zneužívání dítěte mohou být klinické projevy odlišné (se známkami popření, disociací, pohotovostí k poruchám chování), které mají hluboký dopad na vývoj osobnosti, s výskytem dalších deficitů duševního fungování, jako je emoční nestabilita, negativní sebehodnocení a problémy v interpersonálních vztazích. U mnoha dětí dochází k tomu, že spolupůsobí oba typy traumatizace, zvláště když se trauma týká blízkých osob, na nichž je dítě závislé.

Reakce na traumatický stres se může u dětí a adolescentů projevovat rozličnými způsoby, které jsou výsledkem interakce traumatické události, specifické reaktivity dítěte a úlohy vnějšího prostředí, v němž dítě žije. I když v případě traumatického stresu má základní patogenní význam vnější traumatická událost, je následující reakce dítěte na trauma ovlivněna rizikovými či protektivními faktory, které souvisejí s jeho vnitřním či vnějším světem a jeho subjektivním prožíváním. Emoční následky směřují většinou k prožívání úzkosti a strachu, ale mohou se objevit pocity studu, viny, pokorenosti, nenávisti a vzteku. Reakce na trauma je ovlivněna typem osobnosti dítěte, jeho obrannými a adaptivními mechanismy, předchozími traumatickými zkušenostmi, subjektivním významem traumatu a jeho interpersonálními vztahy, zejména rodinnými. Protektivními faktory jsou stabilní rodina a podpora širšího sociálního okolí, včetně možnosti včasné odborné intervence. U menších dětí, kde se při vyšetření nemůžeme opírat o jejich verbální vyjádření, ať už z vývojových důvodů (schopnost verbalizace, introspekce), nebo u starších dětí, které odmítají spolupracovat, jsou důležité objektivní údaje. Objektivita v popisu o potížích



malých dětí není zajištěna ani referujícími rodiči či jinými dospělými, kteří mohou mít pro svá sdělení různé osobní motivy.

Mnoho dětí, které jsou vystaveny traumatu, může vyvinout jiné symptomy, než striktně odpovídá PTSD. Jde zejména o internalizované potíže, jako jsou depresivní nebo úzkostné symptomy, nebo externalizované potíže ve formě poruch chování. PTSD se může rovněž vyskytnout v subklinické formě. Perry a Azad [11] uvádějí, že traumatické zkušenosti jsou každý rok vystaveny miliony dětí a přibližně u 30 % těchto dětí se rozvine posttraumatická stresová porucha. V dalších pracích se výskyt PTSD u dětí, které prošly traumatickou zkušeností, odhaduje mezi 30–60 %. Nejméně jedno trauma utrpí kolem 15–43 % dívek a 14–43 % chlapců a PTSD se vyvine u 3–15 % dívek a 1–6 % chlapců (US National Center for PTSD, 2014).

■ Diagnostika PTSD

Diagnostika PTSD dle MKN-10 nespecifikuje věkové kategorie, i když se předpokládá, že tyto okolnosti klinický obraz PTSD u dětí ovlivňují.

PTSD představuje odloženou nebo protražovanou reakci na expozici stresoru, který představuje závažné ohrožení dítěte a vzbuzuje úzkost, kterou nelze zvládnout obvyklými adaptačními mechanismy. Klinický obraz vykazuje podobné znaky jako u dospělých pacientů, které jsou však modifikovány vývojovou úrovní dítěte. Typické jsou následující znaky:

1. Znovuprožívání traumatu. Traumatická událost se opakuje v intruzivních myšlenkách nebo vzpomínkách a snech. Vracejí se vizualizované obrazy traumatické situace, včetně prožívané úzkosti a hrůzy. K opakování traumatické události může dojít na symbolické úrovni i v dětské hře. Pro znovuprožívání traumatické zkušenosti mají význam podněty, které trauma připomínají a asociují původní děsivou situaci.

2. Vyhýbavé chování a pocity ustrnutí. U dětí je zřejmá snaha vyhnout se všemu, co původní traumatickou událost připomíná, místům, myšlenkám, tématům hry i interpersonálním kontaktům. Často dochází k oslabení zájmu o dřívější příjemné aktivity, objevuje se vyhýbání sdílení vlastních prožitků s druhými, mohou se vyskytnout i poruchy paměti ve vztahu k traumatu.

3. Stav zvýšené vegetativní hyperaktivity. Projevuje se jako poruchy spánku, přítomny

jsou děsivé sny, zvýšená dráždivost, obtíže v koncentraci pozornosti, nadměrná úleková reaktivita.

Diagnostický systém DSM-5 rozlišuje diagnostická kritéria PTSD s ohledem na věk a uvádí kritéria jak pro dospělé, tak pro adolescenty a děti starší 6 let a dále pro děti do věku 6 let. Podmínkou diagnózy je vystavení traumatizující zkušenosti, vtíravé symptomy asociované s traumatickou událostí, přetrvávající vyhýbání se podnětům asociovaným s traumatickou událostí, negativní změny v kognici a emocích, změny hranice vzrušivosti a reaktivity, mohou být přítomny disociativní symptomy. U mladších dětí je traumatickou situací kromě vlastního ohrožení i to, když je dítě svědkem traumatické události, která se stala jiným lidem, zejména primárním pečovatелеm, i když z objektivního hlediska nemusí jít o ohrožení jejich života.

Traumatizující je i situace, když se dítě dozví, že se něco jeho důležitým osobám stalo. PTSD se může objevit v jakémkoli věku po prvním roce života, symptomy začínají obvykle v prvních třech měsících po traumatu, i když může dojít ke zpoždění v řádu měsíců, nebo dokonce let. U malých dětí může docházet k výskytu děsivých snů, jejichž obsah nemusí korespondovat s traumatickou událostí. Znovuprožívání událostí souvisejících s traumatem se může objevovat ve hře nebo v disociativních stavech. Může dojít k vývojové regresii. Děti nemusejí nutně vykazovat reakce strachu v době vystavení traumatu ani během jeho znovuprožívání (DSM-5).

■ Komplexní posttraumatická stresová porucha

Komplexní posttraumatická stresová porucha je označována také jako komplexní trauma [12–15]. Jde o diagnostický termín pro určitou variantu posttraumatické stresové poruchy, která se vyvíjí v důsledku opakované kumulativní traumatizace zejména ve specifickém kontextu interpersonálních vztahů s blízkými osobami, jako je domácí násilí, sexuální zneužívání dětí, traumatizující odloučení, traumatická smrt blízké osoby a podobně. V dětském věku dochází k vystavení dítěte traumatizaci v období, kdy je závislé na primárních pečujících osobách. Cloitre et al. [16] užívali pojem vývojové trauma nebo vývojová traumatická porucha [17]. Následky mnohočetné traumatizace se mohou projevit v podobě narušené primární citové vazby, dysregulací v oblasti emoční,

kognitivní, vztahové i somatické, problémy v sebehodnocení a interpersonálních vztazích. Taková traumatická zkušenost představuje rizikový faktor pro poruchy osobnosti, závislost na návykových látkách, poruchy příjmu potravy, depresivitu a úzkostnost, narušené sebepojetí a autoagresivní chování (sebepoškozování, suicidální chování). Komplexní posttraumatická porucha není diagnostickou jednotkou zařazenou v DSM-5, ale předpokládá se, že bude zařazena v MKN-11 [10].

Diagnostika posttraumatických následků u dětí [18] je komplikována tím, že menší děti nemusejí být schopny spolehlivě referovat o svých prožitcích, ať už z důvodu nedostatečné kognitivní vyspělosti, schopnosti introspekce, nebo z emočních důvodů. Někdy je nechuť dětí vypovídat o traumatických prožitcích přímým vyjádřením symptomatiky PTSD, zejména ve směru vyhýbavého chování a úzkosti z evokace traumatické události. Významnou úlohu mohou hrát referující dospělí osoby (např. rodiče), které mohou, ve směru vlastního zájmu či emočních prožitků, zesilovat nebo zeslabovat problematiku dítěte (například v rámci různých sporů, rodinných konfliktů, odškodnění, posuzování újmy ve forenzní souvislosti).

■ Terapeutické přístupy

Terapie dítěte vyžaduje pečlivé zhodnocení všech aspektů, které klinický obraz ovlivňují. Je to typ traumatu, věk dítěte, rodinný kontext, závažnost stavu, ev. další komorbidní poruchy. V doporučených postupech léčby je uvedena potřeba edukace rodičů o PTSD, konzultace se školou dítěte, pediatrem, indikována je na trauma zaměřená psychoterapie, zahrnující možnosti kognitivně-behaviorální terapie, psychodynamické psychoterapie a rodinné terapie, herní terapie u menších dětí. V tomto multimodálním přístupu má místo i farmakoterapie, jejíž indikace je komplikovaná v důsledku věku dětí, ale i relativní neúčinností tam, kde převažuje disociativní symptomatika. Nicméně farmakologické ovlivnění depresivních a úzkostných příznaků může zmírnit užívání disociativních obranných mechanismů [15]. Čím je pozadí poruchy komplexnější, tím náročnější je psychotherapeutický proces a potřeba zaměřit se jak na posttraumatické symptomy, tak na ovlivnění osobnostní dynamiky, blízkých vztahů dítěte, jeho subjektivního prožívání. Většina terapeutických



doporučení pracuje v terapii s postupnými kroky. Prvním úkolem terapie je ustanovit terapeutickou alianci s dítětem, jeho pocit bezpečí s terapeutem a stabilizaci duševního fungování. Cílem je zmírnit napětí a úzkost, jak u dítěte, tak u blízkých vztahových osob. Je třeba si všimnout pocitů vzteku, viny nebo studu, které dítě prožívá, když je nuceno opakovaně o traumatizujících okolnostech hovořit, zejména když nemá kontinuální terapeutický kontakt s jednou osobou. Představa, že terapeuticky působí abreakce, že se dítě vypláče nebo vykřičí, samy o sobě bez bezpečného vztahu s terapeutem nestačí a naopak mohou posilovat úzkost, jiné negativní pocity nebo disociativní symptomy.

V další fázi je teprve terapie orientována na zpracování traumatické zkušenosti a prožití smutku z neodvratitelnosti proběhlých událostí. Tato fáze přináší riziko navracení traumatických vzpomínek, které mohou znovu vyvolávat symptomy vázané na trauma. V postoji terapeuta k traumatizovaným dětem musí být obsaženo trpělivé a empatické naslouchání, podpora, povzbuzení, zajištění pocitu bezpečí.

V psychoterapii traumatizovaných dětí nám mohou pomoci doporučené postupy jak se zaměřením na traumatizaci [19], tak na disociativní symptomy a poruchy, které jsou v posttraumatické reaktivitě často přítomny [20]. Lze předpokládat, že předpokládané zařazení komplexní posttraumatické poruchy do klasifikačního psychiatrického systému MKN-11 povede k dalšímu zpracování psychoterapeutických přístupů a metod.

■ Základní charakteristiky péče o traumatizované děti

- Ochrana dítěte před dalším rizikem.
- Aktivní terapeutický přístup v krizové situaci.
- Modifikace terapeutických modalit zaměřených na posttraumatické následky.
- Zabránění sekundární traumatizaci.
- Respekt ke způsobu, jakým dítě trauma vyjadřuje.
- Psychoterapie zaměřená na emoční vyjádření, kognitivní uchopení a postupnou integraci traumatické zkušenosti.
- Spolupráce se vztahově významnými osobami.
- Indikovaná farmakoterapie.

■ Závěr

V klinické praxi často vidíme případy, ve kterých je posuzování traumatizovaných dětí komplikovanější, než odpovídá striktnímu zařazení v MKN-10. Symptomatika PTSD u dětí a dospívajících je ovlivněna v důsledku vývojových psychosociálních specifíků, kdy dítě není schopno mentalizovat a spolehlivě popsat svoje prožívání a kdy potíže dítěte musíme vyvozovat z jeho chování nebo referencí blízkých osob. Klinické pozornosti nesmějí uniknout případy dětí, které byly traumatu vystaveny, ale znaky formálně potřebné pro diagnózu PTSD nesplňují. Vliv traumatu není obvykle omezen na samotnou traumatizující událost, ale dále může traumaticky působit kontext, ve kterém je situace dále ventilována a řešena. Psychoterapeutický přístup by měl být zaměřen jak na zvládnutí symptomatiky PTSD, tak na další problémy, které se vyvíjejí zejména pod vlivem komplexní traumatizace. Opatrnost v posuzování PTSD u dětí se také týká forenzní praxe v rámci posuzování obětí v trestním řízení, odškodnění v civilních sporech a mnohdy užívání či využívání této diagnózy v rámci rozvodových či porozvodových sporů v péči o děti.

Publikace vznikla v rámci programu UK Progres č. Q15 s názvem „Životní dráhy, životní styly a kvalita života z pohledu individuální adaptace a vztahu aktérů a institucí“, byla rovněž podpořena projektem MZ ČR koncepčního rozvoje výzkumné organizace 00064203 (Fakultní nemocnice Motol).

■ Literatura

1. Cohen JA, Scheeringa MS. Post-traumatic stress disorder diagnosis in children: challenges and promises. *Dialogues Clin Neurosci* 2009;11(1):91-99.
2. Blank M. Posttraumatic stress disorder in infants, toddlers, and preschoolers. *BCM J* 2007;49(3):133-138.
3. Malá E. Posttraumatická stresová porucha u dětí a adolescentů. *Lékařské listy* 2011;60(9):16-21.
4. Damien SI, Knieling A, Ioan BG. Post-traumatic stress disorder in children. Overview and case study. *Rom J Leg Med* 2011;19:135-140.
5. Kaplan S. Children in genocide. *Int J Psychoanal* 2006;87:725-746.
6. Terr L. Childhood traumas: An outline and overview. *Am J Psychiatry* 1991;148(1):10-20.

7. Herman JL. Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Trauma Stress* 1992;5:377-391.
8. Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize. Praha: Psychiatrické centrum, 1992.
9. Diagnostický a statistický manuál duševních poruch DSM-5. Praha: Portál, 2015.
10. Haravuori H, Marttunen M. Something old, something new: disorders specifically associated with stress in the ICS 11th revision. *Psychiatria Fennica* 2016;47:9-16.
11. Perry BD, Azad I. Posttraumatic stress disorders in children and adolescents. *Curr Opin Pediatr* 1999;11:310-316.
12. Cook A, et al. Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatr Ann* 2005;35(5):390-398.
13. Matheson C. A new diagnosis of complex Post-traumatic stress disorder, PTSD – a window of opportunity for the treatment of patients in the NHS? *Psychoanalytic Psychotherapy* 2016;30(4):329-344.
14. Giourou, E, Skokou M, Andrew SP, et al. Complex posttraumatic stress disorder: The need to consolidate a distinct clinical syndrome or to reevaluate feature of psychiatric disorders following interpersonal trauma? *World J Psychiatry* 2018;8(1):12-19.
15. Courtois CHA. Complex trauma, complex reactions: assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 2004;41(4):412-425.
16. Cloitre M., Stolbach BC, Herman JL, et al. A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *J Trauma Stress* 2009;22(5):399-408.
17. Van der Kolk BA. Developmental trauma disorder. *Psychiatr Ann* 2005;35 (5):401-408.
18. Kocourková J, Koutek J. Posttraumatická stresová porucha u dětí a dospívajících. *Čes a slov Psychiatr* 2017;113(3):128-131.
19. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;49(4):414-430.
20. Guidelines for the assessment and treatment of children and adolescents with dissociative symptoms and dissociative disorders. *Child and Adolescent Committee of the European Society for Trauma and Dissociation (ESTD)*, 2015.

Čes-slov Pediatr 2019;74(4):216-219



Poruchy polykání u dětí

MUDr. Jana Jančíková¹, Mgr. Denisa Bezděková¹

¹Klinika dětské otorinolaryngologie Lékařské fakulty Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice Brno

■ Úvod

Polykání (deglutice) je složitý proces, při kterém je potrava přemísťována z dutiny ústní přes hltan do jícnu a dále do žaludku. Je pouze parciálně ovlivnitelný vůlí (orální fáze), z velké části probíhá autonomně (faryngeální a ezofageální fáze): příjem a zpracování potravy v dutině ústní je děj vůlí řízený, samotný polykací reflex je pak autonomní proces a další průběh posunu sousta je již vůlí neovlivnitelný (autonomní). Sání a polykání není pro novorozence ničím novým. Kolem 12. týdne embryonálního vývoje začíná plod v děloze polykat, počíná fungovat gastrointestinální a urogenitální soustava; tím je regulováno množství plodové vody a odchylky v jejím množství tak mohou být prenatálně nespecifickou známkou signalizující poruchu funkce některých orgánů a/nebo patologii v polykacím procesu. Od 18. týdne vývoje lze pozorovat nenutritivní sání plodu. Ve 32. týdnu gestace je centrální nervová soustava plodu dost zralá ke koordinaci složitého cyklu sání a polykání. Novorozenec se za fyziologických okolností rodí s plně výbavným primárním sacím reflexem, protože sání je zhruba do 4. měsíce jediným zdrojem jeho obživy. Poté postupně vyhasíná primární sací reflex, dítě přechází k volnému sání a zhruba kolem 6. měsíce věku začíná rozvoj žvýkání (procesem postupného učení nových motorických vzorců), takže je dítě schopno přejít na zpracování tuhé strukturované stravy. Vývoj procesu žvýkání je individuálně ukončen mezi 2. a 3. rokem věku.

Vlastní polykací akt je tradičně dělen do 3 fází: orální, faryngeální a ezofageální [obr. 1]:

1. Orální fáze znamená příjem potravy do úst, rozžvýkání, smísení se slinami, vytvoření sousta (= orální přípravná fáze) a jeho posunutí do hltanu (= orální transportní fáze). Délka celé této fáze je individuální, maximálně by však měla trvat do 30 sekund. Pro hladký průběh je nutná:

správná anatomická konfigurace a funkce struktur dutiny ústní (rty, zuby, patro, tváře, čelisti, jazyk, patrové oblouky, tonsily, uvula), žvýkacích svalů (adduktory a abduktory mandibuly, mimické svaly), svalů jazyka, svalů měkkého patra a dostatečná funkce slinných žláz.

2. Faryngeální fáze zapojuje do polykacího aktu kořen jazyka a svaly hrtanu a hltanu (supra- a infrahyoidní svaly a levátory hrtanu). Při této fázi je nutno ochránit dýchací cesty před vniknutím potravy, což se děje zejména addukcí hlasivek (to je hlavní mechanismus zabraňující aspiraci; epiglottis má menší význam jako mechanická zábrana před vniknutím tužších větších kousků do oblasti dýchacích cest). Je při ní důležitá správná funkce velofaryngeálního uzávěru – insuficientní patrohltanový uzávěr se projeví nasální regurgitací stravy. Faryngeální fáze proběhne velmi rychle – trvá cca 1 sekundu, končí relaxací Kiliánova svěrače (horní jícnový svěrač) a vstupem bolu do jícnu.

3. Ezofageální fáze je průchod sousta jícnem do žaludku; trvá cca 5–8 sekund. Peristaltická vlna podmíněná postupnými stahy svaloviny jícnové stěny postupně zpomalí sousto, které v ideálním případě hladce projde dolním jícnovým svěračem do žaludku.

Centrální koordinace polykacího aktu je řízena centrem polykání v mozkovém kmeni, což je spouštěč naprogramované motorické

sekvence polykacího aktu. Svaly podílející se na polykacím aktu jsou potom řízeny hlavovými nervy (V, VII, IX, X a XII) a spinálními nervy C1–C3. Mozková kůra pak ovlivňuje stravovací habituální návyky, sociální vazby při jídle, preferenci chutí a podobně

■ Poruchy polykání – dysfagie

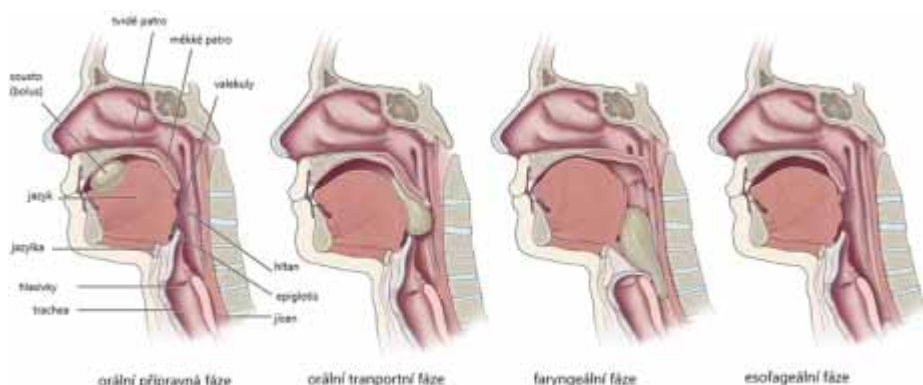
Termínem **dysfagie** označujeme obecně poruchu polykání, tedy transportu bolu z dutiny ústní do žaludku v kterékoli jeho fázi. Není to nosologická jednotka, ale symptom, který provází řadu poruch a onemocnění. Z časového hlediska může jít o poruchu akutní či chronickou, z hlediska mechanismu strukturální nebo neurogenní.

Podle fáze, ve které je polykací proces narušen, lze rozdělit poruchy polykání do 2 základních skupin: **orofaryngeální** a **ezofageální dysfagie**. V klinických projevech se od sebe odlišují.

Projevy orofaryngeální dysfagie zahrnují:

- obtížnou iniciaci polknutí, obtíže s kontrolou sousta v dutině ústní, vypadávání sousta z úst (drooling), potíže se žvýkáním nebo kousáním, pozdní nebo vymizelou iniciaci polykacího reflexu
- nasální regurgitace, kašel při/po jídle, chronické zahlenění, recidivující infekce dýchacích cest včetně bronchopneumonií, vlhké fenomény v dýchání či hlase v souvislosti s jídlem, teplotní špičky bez

Obrázek 1 Schematický průběh polykacího aktu





Tabulka 1 Rizikové skupiny dětí se zvýšeným rizikem dysfagie, dle diagnózy.

Riziková skupina dětí	Typy postižení
Neurologické postižení	prematurita
	dětská mozková obrna
	PMR
	polyneuropatie
	tumory kmene, CNS
	malformace mozku
Svalové postižení	demyelinizační onemocnění
	myositidy, myopatie
	svalové dystrofie
Orofaryngeální malformace	myasthenia gravis
	rozštěpové vady obličeje
	kraniofaciální malformace
Choroby jícnu a GIT	atrezie choan
	atrezie jícnu
	tracheoefageální fistuly
	gastroefageální reflux
	extraefageální reflux
	Schatzkiho prstenec
	achalázie jícnová
	krikofaryngeální achalázie
	difúzní jícnový spasmus
	ezofagitidy
Genetická postižení	Downův syndrom
	Pierre Robinův syndrom
	DiGeorge syndrom
	CHARGE syndrom
	syndrom Cornelia de Langeové
	metabolické vady
Onemocnění srdce a velkých cév	malpozice srdce a velkých cév
	anomální cévy (a. lusoria sinistra)
	kardiomyopatie
Respirační postižení	bronchopulmonální dysplazie
	chronické respirační selhání
	tracheostomie
Ostatní	traumata
	chronická cizí tělesa
	iatrogenní poškození
	tumory

jiné příčiny, změny vitálních funkcí při polykání (desaturace, tachykardie)

- patologický neurologický nálezn – celkový nebo místní (v obličeji, dutině ústní, akrální hemiparézy, známky bulbárního a pseudobulbárního syndromu, postižení hlavových nervů).

Orofaryngeální dysfagie je u dětí častá entita, jejíž přesná incidence není známa. Příčiny jsou různorodé: kongenitální strukturální anomálie (rozštěpové vady obličeje a dutiny ústní, kraniofaciální deformity), neurogenní postižení, zánětlivé procesy faryngu, nádorové postižení hltanu a hrtanu nebo traumatické poškození. Jejím nejzávažnějším důsledkem je deglutivní aspirace. Literatura uvádí, že 10–25 % bronchopneumonií u dětí má aspirační etiologii, ohroženy jsou zejména děti s neurologickým deficitem a až 80 % aspirací v dětském věku je tichých. Podezření na deglutivní aspiraci je hlavním důvodem vyšetření polykání u dětí.

U ezofageální dysfagie bývá často intaktní vlastní polknutí, její projevy zahrnují:

- pocit uváznutí sousta v jícnu po polknutí, odynofagie za hrudní kostí, pyrůza,

nauzea, zvracení při/po jídle (i s větším odstupem od jídla), nechutenství, obtížná nutrice (hmotnostní úbytky až kachektizace), hemateméza.

- u kojenců a batolat bývají nespecifické příznaky jako excesivní pláč, odmítání jídla, regurgitace, zvracení a neprosívání.

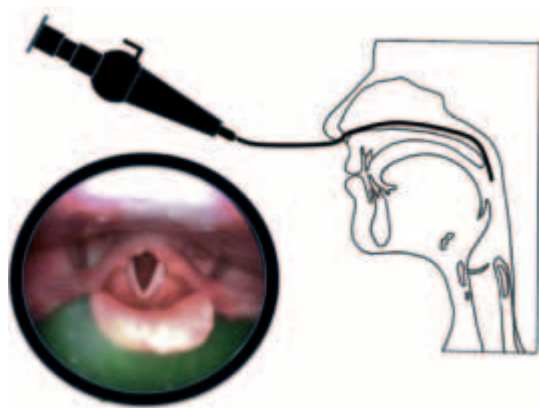
Příčinami jsou postižení digestivních cest (strukturální anomálie jícnu a žaludku, gastroefageální reflux, ezofagitidy, nádorové, traumatické, neurogenní postižení digestivních cest); dále anomálie orgánů v blízkosti jícnu – aorty a odstupů velkých tepen, anomálie kardiální a bronchiální – tyto patologie jsou někdy označovány jako dysfagie paraesofageální.

■ Příčiny dysfagie u dětí

Nejčastějším typem dysfagie dospělého věku je bezpochyby neurogenní typ. U dětí jsou příčiny různorodé. V tabulce 1 jsou shrnuty exponované skupiny dětí podle diagnózy s významným rizikem dysfagie.

Obrázek 2 Dysfagiologický dotazník

jméno:		
datum narození:		
délka/výška:		
váha:		
datum vyplnění dotazníku:		
POTÍŽE DÍTĚTE	ano	ne
Stagnace váhy, neprosívání, ubývání na váze		
Intolerance strukturované stravy („kousků“), dávení/zvracení při jídle		
Obtížné/dlouhé zpracování stravy v dutině ústní, vypadávání soust		
Nerovný kousání, žvýkání kolem 1. roku		
Obtíže s příjmem tekutin		
Hojné slinění přes den		
Kašel při jídle		
Chřívivé vlhké zvuky v dýchání při nebo po jídle		
Změny hlasu po jídle („bublání“, zhrubnutí hlasu)		
Opakující se infekty dýchacích cest		
Chronické zahlenění		



Obrázek 3 Schéma vyšetření polykání metodou FEES – převzato z: Příručka pro praxi: Flexibilní endoskopické vyšetření polykání (FEES), 2019



Obrázek 4 Strava podávaná při VFSS



■ Diagnostika dysfagií

Protože dítě není malý dospělý, možnosti jeho komunikace a spolupráce jsou omezené (podle věku) a příznaky dětských dysfagií jsou často nespecifické; proto je pro klinickou praxi dobré mít na zřeteli varovné příznaky z hlediska dysfagie; shrnuje je dysfagiologický dotazník (obrázek 2), podle kterého se mohou snadno zorientovat buď sami rodiče nebo pečující osoby, nebo rodič v kontaktu s lékařem první linie kontaktu; vychází zejména z doporučení ASHA. Červeně označené jsou klinické symptomy, které se statisticky čteněji spojují s deglutivními aspiracemi, zejména u dětí s neurologickým postižením.

■ Diagnosticko-terapeutický postup u poruchy polykání

Včasná diagnostika je zásadní – je nutno zahájit diagnostický proces, i když pozorujeme jen lehké náznaky obtíží; problémy při příjmu potravy bývají kumulativní, a čím déle tyto obtíže nejsou řešeny, tím obtížněji je lze terapeuticky ovlivnit a šance na úspěch se tím úměrně snižuje.

1. SCREENING

Screening je neinvazivní metoda zhodnocení rizika poruchy polykání. Zohledňuje jednak náchylnost dítěte z hlediska jeho celkové choroby či „příslušnosti“ k rizikové skupině, dále přítomnost varovných známek a v neposlední řadě preklinické screeningové testy. Tyto testy u malých dětí nelze příliš využít, u starších kooperativních dětí je užíváme (například GUSS test, test polknutí

vody nebo přímý test polykání jednotlivých konzistencí). Dále v naší praxi používáme u všech pacientů uniformní dotazník (obrázek 2), který podle věku dítěte doplňujeme preklinickými screeningovými testy.

2. ZÁKLADNÍ KLINICKÉ VYŠETŘENÍ

Primární vyšetření orální a orofaciální motoriky a vyšetření orální kontroly polykání je v rukou **klinického logopeda**, dítě tedy podstoupí celkové klinickologopedické vyšetření. Druhým nezbytným základním vyšetřením je **komplexní otorinolaryngologické vyšetření** včetně nasofaryngoskopie (využíváme flexibilní endoskopy).

3. SPECIALIZOVANÁ VYŠETŘENÍ

Vzhledem ke komplexnosti problému a komorbiditám je často nutná **multiborová spolupráce** – neurologa, gastroenterologa, lékaře z oboru fyzioterapie a rehabilitace, onkologa, neonatologa, pediatra, psychologa, psychiatra či dalších odborností.

4. VYŠETŘOVACÍ METODY K VIZUALIZACI POLYKÁNÍ

Na základně anamnézy a vyšetření lékař nebo klinický logoped, nebo oba v součinnosti, indikují další vyšetřovací metody. Jsou k dispozici **2 komplementární metody** vyšetření polykání:

• Endoskopické vyšetření polykání:

FEES (Flexible Endoscopic Evaluation of Swallowing)

Jedná se o diagnostickou metodu sloužící k objektivizaci polykání, které spadá v našich podmínkách do kompetence otorinolaryngologa; využívá flexibilního

nasofaryngoskopu zavedeného přes nosní dutinu do hypofaryngu k vizualizaci faryngeální fáze polykání (obrázek 3). Dítě musí poměrně zásadně kooperovat a při zavedeném endoskopu postupně polykat obarvenou stravu různých konzistencí tak, aby bylo možné pozorovat polykací proces. Při podávání jednotlivých konzistencí posuzujeme orální fázi, funkci patrohltanového uzávěru, spuštění polykacího aktu a případný průnik stravy do dýchacích cest (penetrace a aspirace). Při nálezů patologie jsou klinickým logopedem aplikovány terapeutické techniky (polohové manévry a kompenzační cvičení) přímo při vyšetření tak, aby byla ověřována jejich účinnost a pozitivní vliv na bezpečnost perorálního příjmu.

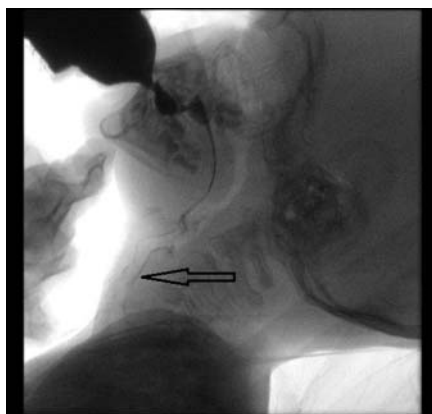
FEES vyšetření je velmi náročné na spolupráci, proto je malé děti zvládnou jen sporadicky.

• Radiologické vyšetření polykání:

Videofluoroskopie – VFSS (Video Fluoroscopic Study of Swallowing)

Videofluoroskopie je radiologická skiauskopická metoda vycházející ze standardního vyšetření polykacího aktu, který modifikujeme – jednak podáváním různých konzistencí stravy (pyré – pudink – zahuštěná tekutina/sirup – řídká tekutina – pevná strava) smíchané s bariovou suspenzí a jednak terapeutickými zásahy klinického logopeda; pořizujeme skiaskopický záznam (videosmyčku) s vysokou frekvencí snímání

5. KOMPLEMENTÁRNÍ DIAGNOSTICKÉ METODY: UZ, CT, MRI, gastroenterologické



Obrázek 5 Foto ze skiaskopického záznamu – šipka ukazuje zachycenou aspiraci do trachey

KOMPENZAČNÍ STRATEGIE	TERAPEUTICKÉ STRATEGIE
Držení těla, správná pozice při jídle, polohování	Stimulace faciokineze
Pozice rodiče při krmení, technika krmení	Zlepšení motility orgánů participujících na polykání
Posílení sensorických podnětů	Orofaciální stimulace
Vhodná konzistence stravy	Speciální stimulační techniky (Bobath – koncept, Castillo-Morales)
Modifikace objemu stravy	Modifikace objemu stravy
	Taktilní stimulace: snižování hypersenzitivity orofaciální oblasti

Tabulka 3

metody (jícnová pH-metrie – ideálně dvoukanálová, jícnová impedance, jícnová manometrie, flexibilní ezofagogastroskopie), EMG.

■ Klinický logoped v terapii poruch polykání

Problematika dysfagie výrazně přesahuje obor klinické logopedie a úspěšnost logopedické terapie je přímo závislá na týmové spolupráci dalších lékařských oborů (lékařských i nelékařských). Příčiny poruch polykání jsou pestré, těžištěm v naší praxi u dětí předškolního věku a mladšího školního věku jsou pacienti s chorobami jícnu, dále onemocnění neurologická a v oblasti hlavy a krku také zánětlivá a onkologická. Další početnou skupinu tvoří nedonošení kojenců. V závislosti na etiologii poruch polykání a věku dítěte volíme možnosti našeho terapeutického působení. V tabulce 3 je uveden obecný přehled a dělení možných postupů.

Volba vhodné strategie závisí na schopnosti kooperace dítěte a rodiny, vzhledem k věku

našich pacientů hraje stěžejní roli v terapii informovaný a instruovaný rodič.

Včasný záchyt pacientů s poruchami polykání je nesmírně důležitý, vzhledem k přímé vazbě koordinace orofaciálního svalstva a budoucího rozvoje mluvené řeči. V zahraničí již v oblasti péče o nedonošené děti funguje preventivní působení klinického logopeda. Prognóza závisí na typu a stupni primárního onemocnění, věku dítěte a v neposlední řadě kooperaci rodiny. V některých případech je péče zdoluhavá s častými relapsy, mnohdy je nutné psychologické působení jak na pacienta, tak rodinné příslušníky. Jen systematicky vedená terapie individuálně sestavená dle potřeb pacienta a citlivě edukovaná rodina může efektivně pomoci pacientům s poruchami polykání.

■ Závěr

Obtíže s příjmem potravy v dětském věku mají vliv na vývoj dětského organismu, mohou vést k podvýživě a v důsledku toho ke zhoršování základních chorob pacientů; závažnou komplikací, které je třeba předcházet, jsou potom aspirace. Dysfagie jsou

často pozdě diagnostikovány – zejména u dětí je třeba vnímat nespecifické varovné signály. Příčiny dysfagie se u dospělých a dětí liší, u dospělých je bezesporu nejčastějším typem dysfagie neurogenní, u dětí jsou velmi různorodé – proto jsou vymezeny rizikové kategorie dětí.

Diagnostika postižení je klíčová v nastavení terapie. Cílem je udržet či obnovit přirozený příjem potravy u pacienta bez rizika aspirace stravy do dýchacích cest, a tím zlepšit kvalitu života a omezit výskyt nebo zhoršování morbidit pacienta. Vždy je nutné dohlížet na kaloricky a nutričně dostatečný příjem. Zásadní úlohu má sám screening dysfagie, v diagnostice a terapii pak spolupracují obory lékařské (otorinolaryngolog, neurolog, gastroenterolog, radiolog, internista, chirurg) a nelékařské (klinický logoped, nutriční specialista, fyzioterapeut). Klinický logoped bývá v zahraničí vedoucím nebo hlavním koordinátorem dysfagiologického týmu.

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

1. prosince 2022

Moderní možnosti terapie atopické dermatitidy u dětí a adolescentů

Doc. MUDr. Filip Rob, Ph.D.





Povrchové pyodermie

MUDr. et MUDr. Pavel Konrád

Kožní ambulance Černošice

V článku jsou popsány nejčastější povrchové bakteriální infekce kůže. Je popsána jejich etiopatogeneze, současná terapie a nezbytná preventivní opatření.

Klíčová slova – pyodermie, antiseptika, bez-sulfátové syndety.

Superficial pyoderma

This article describes the most common superficial bacterial infections of the skin. Its etiopathogenesis, current therapy and necessary preventive measures are described.

Key words – pyoderma, antiseptics, sulfate-free syndetes.

Geneze názvu choroby

Název choroby pyodermie vychází z její etiopatogeneze. Jedná se o hnisavé onemocnění kůže vyvolané pyogenními koky. Pyon znamená v řečtině hnis, slovo derma znamená řecky kůže. Nejčastěji se jedná o *Staphylococcus aureus* a *Streptococcus pyogenes* β -haemolyticus. Povrchové pyodermie se dělí na několik nozologických jednotek podle místa výskytu. Všechny se projevují typickými eflorescencemi s charakteristickými hnisavými projevy.

Přirozená obranyschopnost pokožky

Na kožním povrchu, ve vlasových folikulech a mazových žlázách se vyskytují jednak rezidentní bakterie, které představují stálé osídlení a hrají důležitou roli v obraně proti patogenním bakteriím. Mezi ně patří koagulóza-negativní stafylokoky (*S. epidermidis*, mikrokoky), koryneformní mikroorganismy (*Propionibacterium acnes* syn. *Cutibacterium acnes*, *Corynebacteriaceae*). Tato tzv. rezidentní bakteriální flóra produkuje lipázy rozkládající kožní maz na mastné kyseliny, které přímo přispívají k eliminaci patogenních stafylokoků a streptokoků. Dále vytvářejí kyselý kožní plášť podporující růst propionibakterií, které produkují kyselinu propionovou s vysokou antimikrobiální aktivitou. Poslední výzkumy ukazují, že lidské keratinocyty produkují antimikro-

biální peptidy a proteiny (např. β -defenzin 2 a β -defenzin 3), které při neporušených bariérových funkcích kůže dokážou zabránit rozvoji pomnožení patogenů.(1)

Jeden ze zásadních destrukčních vlivů na stav těchto obranných systémů má používání klasických mýdel a šamponů s obsahem sodium lauryl sulfátu. Tomuto vysušujícímu detergentu je nutné se při hygieně těla i kapilítia vyhnout.(2) Nezbytné je používání mycích prostředků bez jeho obsahu (např. Cutosan® mycí gel).

Něco z historie

Britský profesor dermatologie Sam Shuster z University of East Anglia uvedl, že Karel Marx trpěl chronickou kožní chorobou, která má prokazatelný vliv i na psychiku nemocného jedince. Podle Shustera trpěl Marx fistulující pyodermií (hidradenitis suppurativa), což je hnisavý zánět velkých potních žláz nacházejících se především v podpaží a rozkroku.

„Kromě toho, že jej choroba omezovala v práci, což dále zhoršovalo jeho už tak tísnivé finanční poměry, také výrazně snížila jeho sebeúctu. To vysvětluje nenávisť, kterou pociťoval k sobě samému, i pocit odcizení, který se pak odrazil a rozvinul v jeho psaní,“ tvrdí Shuster ve svém novém článku pro odborný časopis *British Journal of Dermatology*.

Definice

Pyodermie je bakteriální kožní infekce nejčastěji vyvolaná pyogenními (hnisavými) bakteriemi. Zpravidla se jedná o stafylokoky a streptokoky. Postihuje pokožku, škaru a případně i podkožní vazivo. Většinou se jedná o akutní onemocnění s tendencí k opakování.

Původce a faktory šíření

První původce *Staphylococcus aureus* produkuje koagulózu a hemoliziny, které usnadňují vertikální průnik infekce podél

vlasových folikulů, potních a mazových žláz do hloubky.

Druhý původce *Streptococcus pyogenes* β -haemolyticus produkuje streptokinázu a hyaluronidázu a tím umožňuje horizontální průnik. Některé kmeny streptokoků a stafylokoků jsou schopny produkovat exotoxiny. Působení stafylokokového epidermolytického toxinu vede ke vzniku dermatitis exfoliativa stahylogenes syn. Lyelleův syndrom, nebo uvolněním jiných biologicky aktivních mediátorů, jako jsou cytokiny, vede ke vzniku syndromu toxického šoku. Streptokoky a stafylokoky jsou také schopny pronikat do krevního řečiště a lymfatických cest a vyvolat diseminované projevy typu koagulopatií a vaskulopatií. (1)(3)

Dělení

Pyodermie se dělí podle lokalizace infekce na pyodermie vázané na folikuly – ostiofolliculitis, folliculitis, furunculus a carbunculus, vázané na potní žlázy – hidradenitis suppurativa syn. acne inversa a vázané na nehty – paronychia.

Také se dělí podle hloubky průniku na povrchové, na hluboké – ecthyma, erysipelas, flegmona a na syndromy způsobené bakteriálními toxiny – stafylogenní Lyellův syndrom a syndrom toxického šoku.

Mezi pyodermie povrchové řadíme impetigo a bullous repens. (1)

Impetigo (syn. impetigo contagiosa)

Název choroby popisuje jeho klinické chování. Slovo impetere (v latině napadnout) vypovídá o vysoké infekčnosti onemocnění s rychlým šířením jak intra- tak interindividuálně.

Jedná se o častou nakažlivou povrchovou bakteriální infekci nejčastěji mladších dětí v obličeji a na končetinách. Vyskytuje se často v dětských kolektivech s vyšší incidencí v letních měsících a za zhoršených hygienických podmínek.



Obr. 1 Impetigo – medová krusta na ložisku (archiv autora)



Obr. 2 Impetigo – horní končetina (archiv autora)



Obr. 3 Impetigo – obličej (archiv autora)

Je klasifikováno buď jako impetigo primární, přímá bakteriální invaze do původně normální kůže, nebo jako impetigo sekundární, infekce v místě kožních traumat. Sekundární impetigo je označováno termínem impetiginizace.

Onemocnění se projevuje ve dvou formách, buď jako makulovezikulózní forma, která je způsobena streptokoky, nebo bulózní forma způsobená stafylokoky.

Primární eflorescencí makulovezikulózní formy je červená makula s drobnými vezikulami, které rychle přecházejí v pustuly, ty praskají a vytvářejí erytematózní ložiska krytá zaschlým sekretem ve formě medových krust (obr. 1, 2, 3, 4, 5).

Primární eflorescencí bulózní formy je čirý puchýř velikosti čočky až hrachu na erytematózní spodině s plihou krytkou, která se snadno odlučuje a vznikají mokvající ložiska s límečkem šupin na periferii. (4) (5)

Postižení dětských jedinců bývají překvapivě v dobré psychické kondici. (6)

Diagnózu stanovíme podle klinického obrazu a případného bakteriologického vyšetření.

V diferenciální diagnóze je třeba odlišit morsus insecti, eczema nummulare, herpes

simplex, tineu, prurigo simplex a autoimunní bulózní dermatózy. (4)

■ Bulla repens

Název onemocnění vznikl ze slov bulla, což znamená latinsky puchýř, a repens – latinsky náhlý.

Jedná se o akutní lokalizovanou bulózní stafylokokovou infekci s rychlou klinickou manifestací (obr. 6).

V místech se silnou rohovou vrstvou, například na prstech, dlaních či chodidlech, vznikají velmi pevné puchýře na erytematózní spodině. Puchýř vznikne zpravidla pouze jeden a může být velkých rozměrů. Při výskytu na prstech lemuje puchýř celý nehet a přechází i na nehtový val. Někdy je postiženo i nehtové lůžko, v takovém případě se celá nehtová ploténka volně pohybuje anebo se zcela uvolní. Kryt puchýře je velmi pevný a téměř jej nelze rozrušit. Náplň puchýře je žlutohnědá. Subjektivně vyvolává onemocnění pocit napětí a bolesti, která má však menší intenzitu než při panaritii. (7)

V diferenciální diagnóze přichází v úvahu panaritium, u něhož je výrazná bolestivost

a vyžaduje chirurgické řešení, a herpes simplex, který má polycyklicky ohraničené mnohočetné puchýřky.

■ Terapie

Zevní terapie spočívá v lokální léčbě antiseptickými roztoky a antibiotickými mastmi v kombinaci s používáním antiseptických mýdel.

Použití antiseptik je výhodné díky širokospektrálnímu účinku, dobré účinnosti v rámci terapie, menšímu riziku vzniku rezistencí patogenů než při systémovém podávání antibiotik a v neposlední řadě i nízké nákladnosti ošetření. S výhodou je možné použít taková antiseptika, která vykazují tzv. remanentní účinek, tedy účinné látky zůstávají v místě aplikace a výrazně tak prodlužují dobu svého účinného působení (z tohoto pohledu není vhodný např. hydrogenii peroxidum, naopak remanentní účinek je popsán u např. octenidini dihydrochloridum).

V tab. 1. jsou uvedeny nejčastěji používané hromadně vyráběné antiseptické léčivé přípravky s uvedením jejich použití, které lze obecně v rámci terapie u dětských pacientů

Obr. 4 Impetigo – ústní koutek (archiv autora)



Obr. 5 Impetigo – novorozenec (archiv autora)



Obr. 6 Bulla repens (archiv autora)





Tabulka 1

Antiseptika	Druh antiseptik	Princip účinku	Citlivé mikroorganismy	Rezistentní mikroorganismy
hydrogenii peroxidum 3%	oxidační látky	uvolnění reaktivního radikálu kyslíku	bakterie, slabý účinek na viry, spóry,	některé viry
manganistan draselný 0,1–1%	oxidační látky	uvolnění reaktivního radikálu kyslíku	bakterie, kvasinky, viry	spóry
octenidini dihydrochloridum (např. Octicide)	kombinace kationtové antiseptikum/phenoxyethanol	narušení cytoplazmatické membrány	G+ i G- bakterie, plísňe, kvasinky	
chlorhexidin (např. Cyteal)	kationtové antiseptikum	narušení cytoplazmatické membrány	G+ i G- bakterie, plísňe, kvasinky, některé viry	
benzododecinii bromati solutio 10% (např. Ajatin sol.)	kvartérní amoniové soli		především G+ bakterie výrazně vyšší účinek na G+, při vyšších koncentracích i G-, nejistý antifungální účinek	viry, mykobakterie, spóry bakterií
carbethopendecini bromidum (např. Septonex sol.)	kvartérní amoniové soli	ruší transportní funkci membrány	především G+ bakterie výrazně vyšší účinek na G+, při vyšších koncentracích i G-, nejistý antifungální účinek	viry, mykobakterie, spóry bakterií
povidonum iodatum (např. Betadinae sol., ung.)	halogeny – jod	výrazný oxidační účinek, vazba na -SH a -OH skupiny aminokyselin enzymů	bakterie G+ i G-, spóry bakterií, mykobakterie, viry, plísňe, kvasinky	

doporučit. Antiseptika s obsahem jodu (povidonum iodatum) nejsou doporučována u novorozenců a kojenců do šesti měsíců věku z důvodu rizika vzniku indukované hypotyreózy, zvláště při ošetření otevřených ran, kdy je riziko vyšší než při dezinfekci neporušené kůže, jejich použití je spojeno s nutností vyšetřovat hormony štítné žlázy. Použití hydrogenii peroxidum je omezené v případě dezinfekce hlubokých ran a abscesových dutin, kdy hrozí riziko vzniku tkáňového emfyzému a kyslíkové embolie.

Volba vhodné galenické formy (roztok, masť, koupel) závisí na rozsahu a charakteru onemocnění nebo alergii pacienta. Méně časté koupele s antiseptikem lze využít u pacientů, jejichž povrch těla je nutné dekolonizovat od patogenních bakterií *P. aeruginosa*, *S. aureus*, MRSA, *Klebsiella* spp. apod.

Při dlouhodobém používání je nutné dbát na riziko rezistencí a v závislosti na použitém antiseptiku, s ohledem na informace o riziku vzniku rezistencí uvedených v SPC, zvážit obměnění za přípravek s jinou účinnou látkou. Standardním postupem je kombinace použití antiseptik a antibiotických mastí (např. Fucidin masť, Bactroban masť),

Po dobu terapie je doporučeno používat k hygieně povrchu těla dedikované anti-

septické syndety bez obsahu natrium lauryl sulfátu (např. Cutosan® mycí gel).

Vhodné je nenásilné odstranění krust pomocí mastí s keratolytiky jako kyselina salicylová a urea (např. Dekeral® masť). (1) K systémové antibiotické terapii přistupujeme v případě, že zevní terapie není dostatečně účinná, pacient trpí celkovými příznaky (febrilie, schvácenost apod.) nebo se jedná o rizikového pacienta (atopický ekzém, poruchy imunity, diabetes, autoimunitní choroby).

Prevence

Vzhledem ke snadnému přenosu jsou nutná hygienická opatření (používat vlastní ručníky, prádlo, apod.). Ihned izolovat nemocné děti z kolektivu.

Resumé

Povrchové pyodermie jsou onemocnění, která mají dobrou prognózu. Pouze při zanedbání terapie hrozí riziko vzniku glomerulonefritidy a stafylogenního Lyellova syndromu. Při výskytu choroby je nutné dodržování preventivních hygienických opatření.

Literatura

- Štokr J. et al. Dermatovenerologie, Praha Galén, 2008, 83–89 s.
- Benáková N. Ekzémy a dermatitidy, Praha Maxdorf Jessenius, 2013, 3. vydání, 165–166 s.
- Bartoňová J. Bakteriální onemocnění kůže v dětské ambulanci, *Pediatr. praxi* 2014; 15(4): 206–208 s.
- Benáková N. et al. Moderní farmakoterapie v dermatologii, Praha: Maxdorf: 2020, 58–60 s.
- Danda V. et al. Vybrané kapitoly z dermatovenerologie, Hradec Králové: VLVDÚ 1979, 70 s.
- Baker H. Clinical dermatology, fourth edition, London: Bailliere Tindall 1989, 52–53 s.
- Braun-Falco O, Plewig G, Wolf H. Dermatologie a venerologie, Osveta, s.r.o., Martin, 2001, 166 s.



Trombiculosis – trombidiasis

MUDr. et MUDr. Pavel Konrád

Kožní ambulance Černošice

V článku je popsáno sezónní parazitární onemocnění, trombikulóza, typické pro přelom srpna a září, pro určité zeměpisné oblasti. Je identifikován a zařazen původce choroby, popsány možné klinické průběhy parazitózy a uvedena nejúčinnější terapie.

Klíčová slova: trombikulóza, *Trombicula autumnalis*, svilušky, permetrin, avenatramid.

Summary: The article describes a seasonal parasitic disease, trombidiasis, typical of late August and September for certain geographical areas. The causative agent of the disease is identified and classified, the possible clinical courses of the parasitosis are described, and the most effective therapy is given.

Key words: trombiculosis, *Trombicula autumnalis*, Tetranychus, permethrin, avenatramide.

■ Původce

Sametka podzimní (*Trombicula autumnalis*) je druh roztoče z čeledi *Trombiculidae* (sametkovcovití). Jejich larvy žijí paraziticky, napadají teplokrevné savce a některé na zemi hnízdící ptáky. Vyskytuje se ve vlhčím prostředí a je aktivní od července do září. Larvy sametky způsobují nemoc trombikulózu syn. trombidiózu.

Larvy jsou oranžové až cihlově červené s pouze šesti nohama, osm nohou mají až ve stadiu nymfy. Larvy jsou velké do 0,2 milimetru. Dospělý roztoč je velký cca 1 mm a jeho tělo je uprostřed zúžené a hustě pokryté chloupky, které připomínají samet (obr. 1). Dospělci žijí v půdě a listí, kde samička na podzim klade vajíčka. Z vajíčka se vylíhne šestinohá larva, která je jediným parazitickým stadiem sametky. Po vylíhnutí larva vyšplhá na čepel trávy nebo keř a čeká na svou oběť, kterou jsou teplokrevní obratlovci, jako jsou myši, hraboši, krtci, psi, kočky aj., ale napadá i lidi.

■ Svilušky – chybné označení

Onemocnění je často nazýváno laickou veřejností nesprávně „svilušky“.

Tato záměna je způsobena podobností roztočů *Trombicula autumnalis* a *Tetranychus* (obr. 2). Svilušky jsou však škůdci výhradně rostlin z čeledi sviluškovití (*Tetranychidae*),

řádu sametkovci (*Prostigmata*). Způsobují stříbitý nádech listů tím, že vytvářejí vzduchové bublinky v tkáních rostlin (obr. 3). Při větším rozvoji populace tvoří jemné nebo později husté pavučinky kolem listů nebo jehlic s drobnými barevnými tečkami. Pavučinky nebo vlákna bývají často v místě, kde stopka listu přiléhá k větvičce nebo stonku. Při invazivním průběhu dochází k náhlému vadnutí a bezdůvodnému usychání rostlin. Dřeviny mohou zůstat téměř bezlisté nebo s visícími suchými listy. Roztoči žijí na spodní straně listu, kde je lze obvykle vidět pomocí lupy.

■ Definice

Napadení larvami roztoče *Trombicula autumnalis*, které způsobují na kůži svědivou akutní zánětlivou dermatózu s výsevem makulo-papul vyskytujících se většinou v místě tlaku oblečení – v pase, v oblasti nad kotníky a v místech spodního prádla.

■ Etiologie a patogenese

Larva sametky je velká cca 0,2 mm a po těle hostitele se pohybuje velmi rychle, takže je obtížné ji spatřit nebo odchytnout. Tak se dostane do specifických míst, kde snadněji a nepozorována může proniknout pod kůži. Takovými místy je u lidí zejména oblast třísel, pohlaví, vnitřní strana stehů, břicho, pupek,

podpaží, podkolenní jamky či kožní záhyby, larva s oblibou zalézá pod spodní prádlo. Tam se přichytí ke kůži, jejíž povrch naruší svými ostrými kusadly (chelicery). Okamžitě napadení hostitele je nebolestivý, a tudíž uniká pozornosti. Do vzniklé ranky pak larva vypouští silně lytický sekret svých slinných žláz, který obsahuje trávicí enzymy. Larva se tudíž neživí krví, ale sají takto vzniklou drť nekrotických kožních buněk svého hostitele.[1] Po sání, které trvá 2–3 dny, odpadne a vyvine se postupně přes stadium nymfy až do fáze dospělého jedince. V těchto dalších stádiích je již sametka neškodná. Samička po naklazení vajíček umírá. Životní cyklus s přeměnou sametky probíhá na rozhraní srpna a září, kdy se onemocnění vyskytuje. Z tohoto důvodu je nazýváno také **srpnová vyrážka** (ang. harvest mite).[2] Postižení bývají zemědělci, zahrádkáři, většinou ze stejných oblastí (v České republice se jedná zejména o Středočeský kraj a Pálavu na jižní Moravě).

■ Klinický obraz

Po kousnutí larvou sametky vznikají nejprve živě červené makuly, následně pomf a plošné papulózní projevy s centrální hemoragií (obr. 4, 5, 6). Po několika hodinách i dnech se může vyskytnout silná alergická reakce se silným svěděním.[3]

Obr. 1 *Trombicula autumnalis* – sametka podzimní



Obr. 2 *Tetranychus* – sviluška



Obr. 3 Svilušky na listu rostliny





Obr. 4 Trombikulóza – ložiska na trupu (archiv autora)



Obr. 5 Trombikulóza – ložiska v křížové oblasti (archiv autora)



Obr. 6 Trombikulóza – ložiska v oblasti spodního prádla (archiv autora)

Svědění trvá většinou týden, kožní projevy přetrvávají bez terapie přibližně 14 dnů.[4] Teplo, například z postele, zvyšuje následky kousnutí a způsobuje někdy až mučivý pruritus! V rozvinutém a neléčeném stadiu choroby mohou být výsevy na celém těle. Výjimečně se vyskytují alergické reakce takové tíže, že končí hospitalizací (obr. 7a, 7b, 7c).

■ Diagnóza

Je dána klinickým nálezem a průběhem. Charakteristické je období a lokalita výsevy.

■ Diferenciální diagnóza

Zahrnuje další parazitární onemocnění, jako je scabies, pediculosis, cimicosis a poštipání hmyzem. K odlišení jednotlivých diagnóz vedou zpravidla anamnestické údaje o době, místě a okolnostech vzniku onemocnění. Typický je anamnestický údaj sekání trávy a zastřihávání keřů na přelomu srpna a září.

■ Terapie

Kožní projevy se sice mohou hojit spontánně, ale doprovázející pruritus pacienty velmi obtěžuje. Není výjimkou celotělový výsev projevů, což přináší i psychickou alteraci a možný rozvoj parazitofobie. Nejúčinnější jednorázovou terapií je antiparazitikum permetrin (Infectoscab krém). Pro terapii trombiculosis není hrazen z veřejného pojištění a pacient si musí externum zaplatit. Aplikuje se stejně jako u scabies, tedy na celé tělo

minimálně na 5 hodin. Postup terapie je následující. Permetrin se aplikuje ideálně na noc. Před jeho nanesením se pacient umyje pomocí antiseptického mycího gelu (např. Cutosan® mycí gel). Toto antiseptické mýdlo zabíjí sekundární impetiginizaci zpravidla rozškrábaných ložisek. Pacient je používá k hygieně až do úplného zhojení nálezu. Antiseptický gel se ponechává cca 1 minutu působit na kůži bez přítomnosti vody. Ráno pacient smyje permetrin opět antiseptickým mycím gelem a začne aplikovat protisvědčivá externa. U nejtěžších stavů volíme kortikoidní substance, u lehčích forem postačí přípravky s antipruriginózní substancí avenanthramid v kombinaci s epitelizační substancí dexpanthenol (např. AD lotio Acut).[5] Tato protisvědčivá externa se aplikují na celé tělo 2× denně v režimu ráno-večer až do úplného vymizení příznaků choroby. U silné alergické reakce provázené pruritem indikujeme celkově antihistaminika a v extrémních případech se podávají kortikoidy i.m.



Obr. 7a, 7b, 7c Trombikulóza – alergická reakce (archiv autora)



■ Závěr

Trombikulózu je vhodné léčit i přes její možné spontánní hojení. Cílem je zabránit vzniku impetiginizace, zmírnit subjektivní potíže, hlavně pruritus, zkrátit trvání projevů a zmírnit alergickou reakci, která může být ve výjimečných případech i důvodem k hospitalizaci.

■ Literatura

1. Hercogová J, Klinická dermatovenerologie, Praha: Mladá fronta 2019, 1453 s.
2. Štork J. et al. Dermatovenerologie, Praha Galén, 2008, 62 s.
3. Urbánková J., Parazitární kožní choroby a jejich léčba, Medicína pro praxi 2008; 5(2):78–80
4. Braun-Falco O, Plewig G, Wolf H. Dermatolgie a venerologie, Osveta, s.r.o., Martin, 2001, 300 s.
5. Fadrhonicová A. Farmakoterapie kožních nemocí, Praha: Grada 1999, 171–172 s.

Evropu znepokojuje duševní zdraví mladé generace

Výsledky studie výzkumného centra UNICEF – Innocenti zaměřené na duševní zdraví dětí a mladistvých by měly být pro Evropu nadmíru znepokojivé – sebevražda je na nejstarším kontinentu druhou nejčastější příčinou smrti mladých lidí. Více než polovinu diagnóz u 9 milionů evropských adolescentů tvoří úzkost a deprese.

Mrazivá statistika publikace State of the World's Children 2021 odhalila, že tři adolescenti denně se rozhodnou ukončit svůj život. Chlapci mezi 10 a 19 lety páchají sebevraždu až dvakrát častěji než dívky. **V České republice je počet sebevražd dětí a mladistvých nejvyšší z pěti vyspělých zemí střední Evropy.**

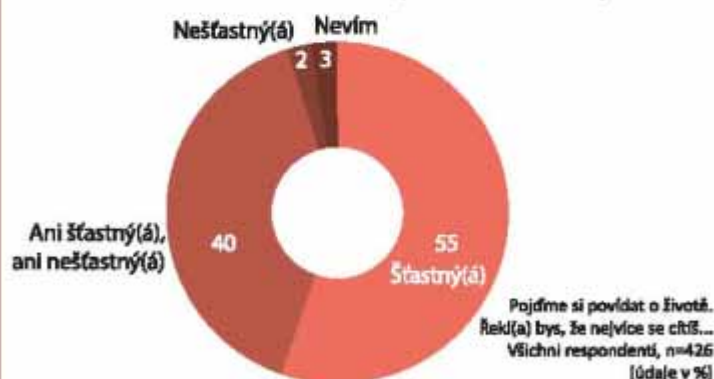
A co úzkosti? Ve skupinových diskuzích spojených s realizací reportu adolescenti potvrdili, že úzkost je pro mladistvé běžným problémem. Podle některých byl tento pocit krátkodobou, běžnou reakcí na každodenní stresory. U jiných mohl každodenní stres vyústit v obrovské a trvalé postižení. Ačkoli se o úzkosti hovořilo po celém světě, dospívající častěji popisovali pocity extrémního stresu nebo tlaku.

Na základě posledních odhadů má nějakou formu duševní poruchy 1 ze 7 mladistvých ve věku 10–19 let. Celou problematiku zesílil covid-19, který s sebou přinesl sociální izolaci, napětí v rodině i ztráty příjmů. Nejvíce jsou tím často zasaženy právě děti a mladiství. Zpráva UNICEF nabízí několik možných řešení, která mohou vést ke zlepšení. Mezinárodní, národní i regionální lídři by měli být připraveni na finanční a politické závazky, které zohlední to, jak důležitou roli hrají sociální faktory v otázce duševního zdraví a pohody.

Na psychické zdraví dětí se zaměřil také výzkum české pobočky UNICEF Mladé hlasy 2021, z něhož vyplývá, že **českým dětem dělají největší starosti problémy v rodině, úspěch ve škole, ale také finanční situace jejich rodiny.** Neúspěchy ve škole dělají větší starosti dětem, které navštěvují gymnázia (46 %), na rozdíl od dětí, které navštěvují učiliště – ty nejčastěji znepokojuje nedostatek financí v rodině. Šťastné jsou naopak s kamarády a rodinou. Více než polovina dětí v Česku ale zároveň uvedla, že je šťastná téměř pořád. Nejšťastnější jsou děti s jedním sourozencem, děti s jedním rodičem a děti z chudších domácností jsou šťastné méně.

Duševní zdraví dětí je jednou z priorit UNICEF také v oblastech humanitárních krizí. **Odborná psychosociální podpora zasaženým dětem pomáhá lépe zvládnout nepřízeň osudu a její následky.** Tato pomoc je vždy pečlivě přizpůsobená místnímu kontextu a prioritám komunit. UNICEF také vytváří místa, kde se mohou děti věnovat pravidelným aktivitám, které jim pomohou lépe zvládat krize, řešit problémy a nakládat se svými emocemi.

Děti z bohatších rodin jsou šťastnější



Nešťastné jsou, když se jim nedaří ve škole



Není Vám osud dětí v krizích lhostejný? Přispějte ještě dnes.

UNICEF (Dětský fond OSN) pracuje ve 193 zemích světa, kde dětem pomáhá přežít a podporuje jejich rozvoj, od narození až do dospělosti. UNICEF dětem zajišťuje zdravotní péči, výživu, pitnou vodu a hygienu, základní vzdělání pro všechny chlapce i dívky a ochranu před násilím a zneužíváním.



10111011/0300, VS 9
www.unicef.cz





Aktuality...

Ministerstvo zdravotnictví připravilo informativní video na téma dětské duševní zdraví

Ministerstvo zdravotnictví k příležitosti Světového dne duševního zdraví představuje video Co skrývá úsměv, které se dotýká jednoho z nejzávažnějších aktuálních problémů – křehkosti duševního zdraví dětí a dospívajících.

S duševními obtížemi se v České republice alespoň jednou potkalo až 20 % dětí. V období dětství a dospívání se reálně začíná projevovat 70 % problémů v oblasti duševního zdraví, a pokud na tyto projevy budeme včas a efektivně reagovat, můžeme zabránit jejich hlubšímu rozvoji. Proto bychom u příležitosti Světového dne duševního zdraví rádi upozornili na potřebu být vnímavý vůči projevům v dětském chování, které dokáží upozornit na hlubší problémy nebo jejich zárodky.

Ve videu je pět krátkých příběhů dětí a dospívajících, kteří se nacházejí ve složitých situacích ovlivňujících jejich životy. Učitelé, vychovatelé a další lidé pečující o děti jsou často těmi prvními, kteří mohou rozpoznat signály, že s dětmi není něco v pořádku. Příběhy zachycují děti a mladistvé z různých prostředí a rozdílných věkových kategorií. Péče o duševní zdraví jako součást prevence je klíčová i u nejmladších dětí.

Současně poukazujeme na konkrétní projevy problémů u dětí a dospívajících, na jejich smutek, izolaci, agresi, strach, sklíčenost, beznaděj, a představujeme vhodný přístup a způsob podpory dospělých. Upozorňujeme na problematiku sebepoškozování mladistvých, poruch příjmu potravy a rizika sociální izolace i na úzkostné poruchy, které se u této věkové skupiny vyskytují nejčastěji. Pro děti a dospívající je v prvních chvílích klíčové porozumění ze strany pedagogů, citlivá reakce a nabídka pomoci.

Pokusili jsme se ztvárnit i situace, které nemůžeme změnit, jako je ztráta blízkého člověka nebo dispozice k psychickému problému, kdy pomoc odborníků je nezbytná. Odborníci mohou pracovat s příznaky tak, aby porucha nebyla pro život omezující a aby byla zachována kvalita života dítěte nebo dospívajícího.

Toto video vzniklo v rámci projektu „Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné“ (reg. číslo: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0006213), realizovaného Ministerstvem zdravotnictví v rámci Operačního programu Zaměstnanost spolufinancovaného z Evropského sociálního fondu. Na výrobě se podíleli studenti FAMU [<https://reformapsychiatrie.cz/clanek/co-skrывa-usmev-video-na-tema-detske-dusevni-zdravi>].

Zdroj: www.mzcr.cz, 10. 10. 2022

Kratom zkusil každý pátý středoškolák

Na nutnosti regulace látky kratom se shodují politici i experti. Podle nejnovějšího průzkumu společnosti Než zazvoní s ním má zkušenost každý pátý žák střední školy a šest procent žáků osmých a devátých tříd. Oficiálně se nachází v šedé zóně – neprodává se jako potravin a nemusí mít příbalový leták. Na látce však může při dlouhodobém užívání vznikat i závislost.

S psychoaktivní látkou, která se prodává ve formě prášku nebo lisovaná v tobolkách, mají častěji zkušenost žáci učebních oborů: vyzkoušelo ji 25,4 procenta z nich. Pravidelně, alespoň jedenkrát týdně, ji užívá 3,3 procenta studentů, na učebních oborech 5,3 procenta.

„Průzkum potvrdil, že kratom se mezi žáky používá poměrně často, alespoň jednou týdně si ho dá přes pět procent těch na učebních oborech. Většina učitelů přitom o existenci této drogy vůbec nic netuší,“ uvedla analytička Aneta Košíková ze společnosti Než zazvoní. Hlavní problém podle odborníků tkví v tom, že je kromě internetu dostupný v prodejních automatech i ve večerkách a legislativně není nijak regulován – prodává se jako tzv. sběratelský předmět.

Politici se shodují: Je potřeba konat

„Na balení najdeme pouze upozornění, že kratom není v žádném případě určen ke konzumaci. Při nákupu navíc nikdo neověřuje věk, takže balení si může za pár stovek korun koupit kdokoli,“ dodává Košíková.

Jak uvádí Česko-slovenská asociace za kratom, počet výdejních automatů vzrůstá. „Z důvodu maximalizace prodeje a zisku jsou umísťovány na místa, kde se pohybuje velké množství osob včetně dětí. Děti jsou přitom skupinou, která je předmětem zvýšené ochrany před zdravotními a dalšími riziky,“ stojí na stránkách organizace, která si přeje zavedení pravidel při prodeji kratomu.

Chybějící pravidla pro tuto látku spustila reakci politiků, kteří se o závislostní politiku zajímají. Na Slovensku je totiž zakázaná, v jiných zemích je prodej kontrolovaný.

Regulaci návykových látek podle míry škodlivosti má v programovém prohlášení vláda, na legislativní podobě již pracuje národní protidrogový koordinátor Jindřich Vobořil (ODS) spolu s Piráty. Shodují se, že je potřeba kratom regulovat, prodávat od 18 let a informovat na obalu, co přesně obsahuje.

„Rizikové je, že se na kratom nevztahují žádné regulace týkající se produktů pro lidskou konzumaci. Mohou se v něm tudíž objevit jinak zakázaná množství těžkých kovů, pesticidů či plísní, což může negativně ovlivnit zdraví dospělých,“ sdělila členka Rady vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislostí Janka Michailidu (Piráti).

Podle poslance Marka Nováka, který je za hnutí ANO expertem na oblast závislostí, chybí o kratomu více důvěryhodných průzkumů a studií. „Je to potenciální problém. Zatím se o tom ale jen mluví a nikdo k tomu v rámci zákonných norem ještě nic kloudného nena-psal. Za mě rozhodně nepovolovat, ale ani nezakazovat,“ řekl Právu Novák.

Absolutní zákaz si nepřeje ani pirátská zástupkyně meziresortního týmu Návykové chování Michaela Nepejchalová. „Víme, že jde o látku, jejíž rizika lze efektivně snižovat, a že tak lze učinit v rámci legálního rámce. Věříme, že ve spolupráci s Národním protidrogovým koordinátorem zvolíme cestu rozumu, ne strachu,“ uvedla.

Podle průzkumu jsou mezi mladými větším rizikem tradiční návykové látky. Ve věkové kategorii 15 až 18 let vyzkoušelo 87,7 procenta dotazovaných středoškoláků někdy pít alkohol, alespoň jedenkrát týdně pije 27,7 procenta žáků. Cigarety někdy vyzkoušelo 57,7 procenta dotazovaných žáků.

Zdroj: www.novinky.cz, 24. 10. 2022



Dali dětem sirup proti kašli, batolata zemřela. Gambie nehlídá léčiva

Gambii otrásá skandál kvůli úmrtí 66 dětí, která souvisejší s užitím sirupu proti kašli a následným selháním ledvin. Kdyby úřady testovaly léčiva, k tragédii by nedošlo, tvrdí příbuzní.

Když u dvouleté Gambijky Fatoumatty propukla horečka, její otec Wuri Bailo Keita s ní zamířil do nemocnice. Lékaři jí diagnostikovali malárii a předepsali sirup s paracetamolem. O pár dnů později batolata zemřelo.

Podobně jako víc než 60 dalším gambijským dětem se Fatoumatté stal osudným nebezpečný sirup proti kašli, kvůli kterému jí i dalším obětem selhaly ledviny.

„Nedokázala nic jíst a z očí a nosu jí pomalu tekla krev,“ popsal utrpení své dcery 33letý Keita. „V jednu chvíli už jsem se modlil, aby si ji bůh vzal,“ cituje jeho slova server France 24.

Na selhání ledvin po užití jednoho ze sirupů proti kašli vyrobeného v Indii pravděpodobně zemřel i 20měsíční Musa. Stalo se tak v září. Jeho 30letá matka vypráví, že vše začalo, když její syn dostal chřipku.

„Když jsme mu dali sirup, chřipka přestala, ale nastal jiný problém... Můj syn nevylučoval moč,“ vysvětluje. Následoval návrat do nemocnice, vyšetření krve, další léčba, zavedení katétru, ale nic nepomohlo. Musa moč stále nevylučoval. Nepomohla ani operace.

„Nezvládl to. Umřel,“ dodává smutně jeho matka.

Podobných příběhů v Gambii neustále přibývá už od začátku července. Tehdy lékaři začali registrovat zvýšený počet případů dětí s akutním onemocněním ledvin.

Spojitosť mezi užitím sirupu proti kašli od indického výrobce Maiden Pharmaceuticals a selháním ledvin objevily úřady až poté, co byly vzorky léků odeslány do Senegalu a Ghany, uvádí britská BBC. Gambie totiž nemá vlastní laboratoř, kde by se daly léky kontrolovat.

Nebezpečné léky na sebe strhly i pozornost Světové zdravotnické organizace (WHO). Ta vydala před jejich užitím varování. Laboratorní testy totiž ukázaly, že léky obsahovaly „nepřijatelné množství“ diethylenglykolu a ethylenglykolu, látek, které se používají jako rozpouštědlo nebo nemrznoucí směs. To může vést až k „akutnímu poškození ledvin a následné smrti“, uvedla WHO ve svém stanovisku.

Kritika míří na vládu

Gambijci z tragédie viní především prezidenta Adamu Barrowa a jeho vládu. Podle pozůstalých mohli neštěstí zabránit, kdyby léčiva víc regulovali a kontrovali.

Barrow v sobotním projevu k národu nicméně řekl, že zahájil vyšetřování a distributorovi zastavil dovozní licenci. Zavázal se také, že země zpřísní regulaci a zasadí se o vznik národní laboratoře pro kontrolu kvality léčiv a potravin. Začala také terénní kampaň, kdy úředníci obcházejí domácnosti a lidem nebezpečné sirupy odebírají.

Podle některých Gambijců však reakce vedení země přichází pozdě. „Prezident Barrow by měl vykopnout ministra zdravotnictví, ale místo toho ho vychvaluje... Chceme pro děti spravedlnost,“ kritizuje vládu otec zesnulé Fatoumatty.

„Je čas, aby vláda zakročila a produkty zakázala... Pokud to neudělají a další sirupy se dostanou do země, bude to strašné,“ říká matka zemřelého Musy.

Hněv i smutek se šíří také na sociálních sítích. Tam mimo jiné kolují i podrobnosti o osudu dalších mrtvých dětí, uvádí server Africa News.

Z Indie přes USA do Gambie

Gambijská policie v úterý na základě prvního vyšetřování uvedla, že se sirupy dostávaly do země přes farmaceutickou společnost se sídlem ve Spojených státech amerických Atlantic Pharmaceuticals Company Ltd. Ta nicméně odmítla incident komentovat, uvádí agentura Reuters.

Společnost podle prvních závěrů dohromady objednala 50 tisíc lahví těchto sirupů. Zajistit se zatím podařilo většinu (kolem 41 400). Přes osm tisíc dalších balení nicméně zůstává v oběhu.

Indické úřady výrobu sirupů proti kašli ve státě Harijána, kde se nachází i sídlo společnosti Maiden Pharmaceuticals, zastavily, informovala Reuters ve středu. Podle tamního ministra zdravotnictví Anila Vije došlo v továrně k porušení dvanácti předpisů. Výrobce nicméně již předtím zdůraznil, že jeho výrobky dodržují mezinárodně uznávané standardy kontroly kvality.

Informace o problémech s kvalitou léčiv u Maiden Pharmaceuticals nicméně existují již z dřívější doby. Paradoxem pak je, že samotné sirupy proti kašli neměly povolení k prodeji ani v samotné Indii, ale pouze v Gambii.

Zdroj: www.seznamzpravy.cz, 13. 10. 2022

Jak srazit hlavu covidu? Raději měděným než stříbrným mečem

Antimikrobiální účinky stříbra jsou v praxi dobře známé a široce využívané. Proti viru SARS-CoV-2 však existuje efektivnější zbraň. Vědci z Porúrské univerzity Bochum zkoumali vliv iontů mědi a stříbra a zjistili významné rozdíly v účincích obou prvků na koronavirus. Zatímco měď se osvědčila, stříbro mělo jen velmi omezený účinek. Studie byla publikována v prestižním časopise Scientific Reports.

Měď a stříbro jsou pro své antimikrobiální účinky využívány v lékařství po staletí. V posledních letech však tyto prvky zažívají zvláštní renesanci. Důvodem je zvýšený výskyt mikroorganismů odolných proti antibiotikům. Tyto kovy se využívají nejen v mnoha spotřebitelských produktech, ale jsou také součástí různých biomateriálů či zdravotnických prostředků, kde slouží k prevenci bakteriální kolonizace implantátů, lékařských nástrojů a zařízení nebo k podpoře hygienických postupů eliminujících riziko přenosu nozokomiálních nákaz. Současné pandemické šíření koronaviru SARS-CoV-2 způsobujícího onemocnění covid-19 klade požadavek na tvorbu účinných intervenčních strategií, které přispívají k celkové kontrole přenosu viru a je možné je rychle implementovat.

Princip obětované anody

Stříbro i měď v důsledku koroze uvolňují do svého okolí kladně nabití ionty, které mohou bakteriím bránit v růstu nebo je rovnou eliminovat. Tento efekt je už dlouho využíván. Existuje i několik strategií, jak zesílit uvolňování iontů, a zlepšit tak antimikrobiální účinek obou kovů. Jako příklad lze uvést naprašovací systém, pomocí kterého lze na nosný materiál nanášet drobné nanočástice kovů. V závislosti na pořadí či množství, ve kterém jsou jednotlivé kovy nanášeny, pak vznikají rozličné povrchové textury. Je-li aplikován i drahý kov, jako třeba platina, stříbro koroduje rychleji a uvolňuje více antibakteriálních iontů. V přítomnosti ušlechtilějšího kovu se tedy základní kov



takříkajíc obětuje. Jde o takzvaný princip obětované anody neboli protektora. Toho se běžně využívá například pro zařízení pod zemí, jako jsou dálkové rozvody, kabely či nádrže. Účinnost systémů protektorů proti bakteriím už byla několikrát prokázána a publikována výzkumným týmem v čele s profesorem Manfredem Köllerem a doktorkou Marinou Breischovou z Porúrské univerzity Bochum.

Bakterie ovšem nejsou stejné jako viry. Co na jedny spolehlivě zabírá, na druhé nemusí mít vliv. Různé povrchy mají dlouhou historii antimikrobiálních vlastností a jejich preventivní účinky proti bakteriálním infekcím jsou dobře popsány. Jejich efektivita ve vztahu k řadě virů však nebyla dosud do hloubky prostudována. V případě viru SARS-CoV-2 se to snažili změnit opět vědci z Porúrské univerzity Bochum. V článku publikovaném ve Scientific Reports se rozhodli zjistit, zda povrchy s měděnými a stříbrnými povlaky mohou zpomalit přenos viru způsobujícího onemocnění covid-19.

Se stříbrem na covid nechodíte

Jejich výzkum naznačil, že povrchy potažené mědí a stříbrem vykazují významné rozdíly v antivirových vlastnostech. Přestože měděné i stříbrné povrchy prokázaly antivirové vlastnosti, tak zatímco měď ve vztahu k SARS-CoV-2 dokázala již po jedné hodině významně snížit virovou zátěž, stříbro v této soutěži zcela pohořelo. Stříbrem naprašované povrchy měly na virus pouze okrajový účinek a stříbrné nanonáplasti neovlivnily virovou zátěž vůbec. Vědci z Porúrské univerzity Bochum tak jasně prokázali, že tenké vrstvy mědi a stříbra vykazují významné rozdíly v antivirových a antibakteriálních vlastnostech, které je třeba zvážit při implementaci nových strategií ke kontrole šíření viru zejména ve zdravotnických zařízeních. Tým z Bochumu již plánuje nové studie s cílem identifikovat další materiály s co nejširším antimikrobiálním účinkem.

Zdroj: 27. 9. 2022 F. K. Citores, www.tribune.cz,
Vyšlo v titulu Medical Tribune

Co vysvětluje vysokou úmrtnost u mentální anorexie?

Čtyřlenný tým specialistů z USA (3 univerzitní pracoviště ve dvou státech) si „posvítí“ na příčiny vysoké úmrtnosti u mentální anorexie. Nabídl též cestu vpřed pro vyjasnění možných příčin této úmrtnosti. Jejich zamyšlení publikoval lékařský časopis International Journal of Eating Disorders ve svém květnovém čísle.

Přesné lékařské komplikace vedoucí k dobře známému vysokému riziku úmrtí u pacientů s mentální anorexií unikají pozornosti. Taková úmrtí často nebývají uspokojivě vysvětlena. Podezřívání příčiny zahrnují prodloužení intervalu QTc na EKG, resp. torsade de pointes (TdP). Psychofarmaka často předepisovaná těmto pacientům jsou spojena s prodloužením intervalu QTc. Také se předpokládá, že s mentální anorexií je spojeno srdeční selhání způsobené podvýživou se zvýšeným podezřením na prodloužení intervalu QTc a TdP mající za následek náhlou srdeční smrt. Literatura z poslední doby je však sporná a pravděpodobná příčina smrti může zahrnout jiné srdeční abnormality, jako jsou nízká tepová frekvence, abnormální proměnlivost srdeční frekvence nebo zvýšený rozptyl intervalu QT. S pokračující mezerou ve výzkumu vysvětlujícím vysoký poměr úmrtnosti u mentální anorexie zůstává nutnost potřeby definovat přesné nejbližší příčiny smrti u těchto pacientů. Protože nejčastějším spouštěčem pro TdP je nízká koncentrace draslíku v séru, autoři předpokládají, že časným signálem náhlé srdeční smrti, zvláště u pacientů

s mentální anorexií (na projímadlech), je hypokalémie. Autoři také přemýšlejí o tom, že by hlavním faktorem pro náhlou smrt pacientů s mentální anorexií mohla být hypoglykémie, ale i bradykardie nebo sinusová zástava.

Zdroj: Mehler PS, Watters A, Joiner T et al. What accounts for the high mortality of anorexia nervosa? Int J Eat Disord. 2022;55(5):633–636

Zdroj: <https://www.tribune.cz>, 21. 10. 2022
Vyšlo v titulu Medical Tribune

Covidovou aplikaci nemažte. Válek z ní chce udělat superprůkaz

Aplikace Tečka je dnes v Česku téměř bez využití. Ministerstvo zdravotnictví z ní ale plánuje vytvořit multifunkční nástroj, který má lidem usnadnit orientaci v záznamech a zefektivnit putování zdravotním systémem.

Podle ministra zdravotnictví Vlastimila Války z TOP 09 má nyní aplikaci Tečka v mobilu víc než šest milionů obyvatel Česka. Nástroj je přitom nyní v tuzemsku téměř bez využití – lidem se do aplikace sice nahrávají certifikáty o očkování či absolvovaných testech, k prokazování se v rámci protiepidemických opatření už ale neslouží.

Ani do budoucna by se podle Války z Tečky neměla znovu stát vstupenka určující, kdo smí do kina nebo restaurace. Využití ji ale chce coby elektronický zdravotnický kompas.

„Chceme, aby se v Tečce – pokud o to občan bude mít zájem – objevovaly i další informace. Aby se dozvěděl, jaká jiná očkování dostal, a mohl si naplánovat přeočkování, třeba proti tetanu. Finální cíl je, aby se z Tečky stal elektronický průkaz pacienta, dovedu si představit, že půjdete na CT vyšetření, praktický lékař vám žádanku nahraje do Tečky a v nemocnici ji pouze nahrají do systému,“ nastínil ministr pro Seznam Zprávy.

Funkcí by ale podle něj postupně aplikace měla mít ještě víc. „Mohla by být místem, kde bude mít pacient finálně svou zdravotnickou dokumentaci, propouštěcí zprávy, informace o očkování, informace o tom, že jako řidič prošel prohlídkou a nemusí na ni znovu chodit. Technicky tam může být cokoliv včetně informací o lécích, čili propojení s lékovým záznamem,“ doplnil ministr.

Aplikace by se tak podle ministra také musela přejmenovat. Nový název sice ještě zřejmý není, Válek ale hovoří o „elektronickém průkazu pacienta.“ Před několika dny potom v Senátu zmiňoval pojem eKarta.

Bezpečnost dat?

Tečku si lidé mohou stahovat už déle než rok a dnes ji využijí spíše jen při cestování – například při potvrzování očkování proti covidu-19 na mezinárodním letišti.

Podle Války je její výhodou právě to, že za správnost v ní zaznamenaných informací ručí přímo stát. Aplikace by podle něj do budoucna měla pomoci zmenšit i administrativní zátěž v nemocnicích.

„Navíc je pod kontrolou bezpečnostních agentur jako Národní úřad pro kybernetickou a informační bezpečnost. Máme pro program všechna práva, já pouze budu trvat, aby to bylo na základě zákona a pečlivě prodiskutováno s Úřadem pro ochranu osobních údajů, data patří pacientovi a ten musí být tím, kdo rozhodne, kdo může s daty nakládat,“ míní Válek.



Zároveň je podle něj důležité, aby tato multifunkční aplikace zůstala jen možností – senioři či lidé, kteří nejsou s užíváním aplikací ztíženi, se podle jeho slov nemusejí obávat potíží.

Tečka funguje i offline a podle ministerstva by mohla usnadnit putování zdravotním systémem a ulehčit od administrativy v nemocnicích.

Pokud jde o zabezpečení citlivých dat, je podle ministerstva už nyní na vysoké úrovni a zatím se neplánují změny. „Bude jednoznačně preferována NIA,“ doplnil mluvčí resortu Ondřej Jakob.

Národní Identitní Autorita (NIA) je státní instituce, která zajišťuje elektronickou identifikaci uživatelů pro státní portály, takzvané NIA ID je identifikační prostředek založený na kombinaci jména, hesla a SMS kódu.

Jakob zároveň potvrdil, že aplikace bude v případě potřeby nadále plnit i své dosavadní funkce. Pokud jde o zpřístupnění nových funkcí Tečky, přesné datum však ministerstvo stále nezná a o přesné podobě debatuje v rámci jednotlivých odborů.

„Prozatím nebylo vypsáno výběrové řízení,“ uvedl bez dalších podrobností mluvčí Jakob.

Dnes je Tečka propojena s databází Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), kam lékaři zadávají informace o všech provedených testech nebo podaných dávkách očkování.

Aplikaci představil už v červenci 2021 tehdejší šéf zdravotnictví Adam Vojtěch (za ANO). „Vnímám to jako vstupenku do normálního života,“ řekl tehdy. Doklad o tom, že je člověk naočkován, popřípadě má platný negativní test, nebo je po nemoci covid-19, se následně stal nedílnou součástí některých protiepidemických opatření.

Zdroj: seznamzpravy.cz, 26. 10. 2022

Nedostupnost léků je konstantní problém. Co říkat pacientům?

Pro lékaře může být mnohdy těžké udržet si dokonalý přehled o aktuálním stavu zásob léčivých přípravků, které předepisují svým pacientům. Pacienti přicházející do lékáren s receptem z ordinace svého lékaře pak mohou být nemile překvapeni, že jejich lék není dostupný. Jak těmto situacím stát předchází, co můžete pacientům poradit a jak jim situaci vysvětlit?

To, že je čas od času nějaký léčivý přípravek nedostupný, je běžná věc. Na českém trhu jsou dostupné tisíce druhů léků a výpadky se počítají spíše v řádech několika desítek. Jedná se sice o velmi proměnlivé, ale víceméně stabilní číslo a problém není nijak obrovský – je konstantní. To ovšem neznamená, že by výpadky nekomplikovaly pacientům i lékařům život. Ostatně častým důvodem nedostupnosti léčiv bývá vedle potíží při výrobě, což může být třeba i jen chybějící papír na krabičky, a potíží s distribucí i prudký a nepredikovatelný nárůst poptávky. Aby se tedy přerušení nebo ukončení dodávek dotklo pacientů co nejméně, Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) kontinuálně monitoruje situaci na trhu a je v denním kontaktu s výrobci, kteří mají povinnost problémy s předstihem hlásit. „Agenda dostupnosti léčiv je velmi živá, proto neexistuje žádný stabilní seznam léků, které jsou aktuálně nedostupné. To, co platí ráno, už nemusí platit večer, natož druhý den,“ upozorňuje mluvčí SÚKL Klára Brunclíková. Přehled o aktuální (ne)dostupnosti toho kterého léku však mohou lékaři i pacienti snadno zjistit na stránkách SÚKL ve veřejně přístupné databázi léků či pod záložkou „Výpadky léků“. SÚKL však připomíná, že i nahlášené přerušení dodávek léčivých

přípravků od farmaceutických firem nemusí vždy znamenat okamžitou nedostupnost léku pro pacienta. „Pokud jsou v distribuci dostatečné zásoby a přerušení je krátkodobé, pacient je ani nemusí zaznamenat,“ dodává Brunclíková.

Potíže ve výrobním procesu

Podle ředitelky SÚKL Ireny Storové se v posledních letech ukazují být nejčastějšími důvody výpadků problémy související s výrobním a dodavatelským procesem. Potíže se mohou vyskytnout v rámci výrobního procesu konečné podoby léčivého přípravku (lékové formy), tedy například již zmíněného chybějícího papíru na krabičky apod., nebo může být problém se samotnou surovinou – tedy léčivou látkou daného přípravku. Zatímco v prvním případě se potíže omezují obvykle jen na jednoho výrobce, problémy se surovinou mohou mít mnohem závažnější dopady na dostupnost léčby. „Tato příčina je bohužel stále častější a má dopad na dostupnost léčby nejen v České republice, ale i ve světě,“ upozorňuje SÚKL.

Podle ředitele Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP) Davida Koláře je výroba léků komplikovaný proces, který je třeba plánovat řadu měsíců dopředu. Schopnost výrobců reagovat v reálném čase na změnu podmínek například v oblasti poptávky je tedy do značné míry omezená. „Výroba léčiv je komplikovaný proces, který probíhá ve stovkách výrobních kapacit po celém světě za dodržení velmi přísných bezpečnostních a kvalitativních podmínek. Vzhledem k tomu, že nároky na balení, označení, doplňkové informace nebo i sílu každého jednoho léčivého přípravku se země od země liší, je výroba plánována na měsíce dopředu. Přestože farmaceutické společnosti vždy vyrábějí větší množství léčiv pro daný stát, než je potřeba, není vždy možné v případě náhlého zvýšení poptávky obratem zareagovat, výrobní linku zastavit a začít vyrábět jiné léčivo,“ vysvětluje Kolář, podle něhož potíže nastávají i v případě, kdy dodavatelé nejsou schopni dodat větší množství látky či dalších surovin. Řešením je podle něj navyšování výrobních kapacit. „Farmaceutické společnosti kontinuálně pracují na rozšiřování svých výrobních kapacit. Příkladem může být společnost Sanofi, která od roku 2021 v Evropě uvedla do provozu síť šesti závodů na výrobu léčivých látek, ale třeba i společnost Eli Lilly, která investovala do výrobních kapacit v Irsku. Výhodou je, že když se rozšiřují výrobní kapacity, není to benefit jen pro tu danou výrobní společnost, ale těží z toho mnoho dalších farmaceutických firem, které ty látky také používají,“ vysvětluje Kolář, který spatřuje v rozšiřování výrobních kapacit cestu k významné redukci problému s nedostupností léků.

Na vině je i regulace cen

Podle Filipa Vrubela, šéfa České asociace farmaceutických firem (ČAFF), lze naštěstí drtivou většinu chybějících léků nahradit. „Nedostupnost předepsaného léku lze řešit generickou alternativou. Lékárníci dokážou ve většině případů najít náhradu nebo náhradní lék připravit. Výpadky, které by nebyly řešitelné, jsou naštěstí zatím výjimečné,“ tvrdí ředitel ČAFF, která zastupuje biosimilární a generický farmaceutický průmysl. Podle SÚKL se důvody nedostupnosti liší i dle typu léčivých přípravků. U preskripčních i volně prodejných léčiv je prý nejčastějším problémem již zmíněná dodávka surovin pro výrobu léků, zejména z asijských zemí. U léků na předpis si ale firmy v poslední době stěžují také na tlak ze strany státu na cenu těchto léků, a to v době, kdy rostou náklady na jejich výrobu i distribuci. „U některých léků už se výrobci s výrobní cenou dostávají nad úroveň státem zastropované ceny a není možné léky dále uvádět na trh. Nejohroženější skupiny léků již jednáme na ministerstvu zdravotnictví i se zdravotními pojišťovnami,“ prozradil Filip Vrbel.



Nedostupné však mohou být i volně prodejné léky, do jejichž cen stát nezasahuje. Výpadky přicházejí typicky před začátkem sezónních onemocnění, kdy se pacienti snaží předzásobit, a tím se prudce zvýší poptávka, kterou firmy nedokáží z různých důvodů pokrýt. „Co se týče množství vyráběných léků, to se odvíjí od předpokladu spotřeby na trhu a také od momentálních výrobních možností. Překážkou ve výrobě může být zpoždění dodávky účinné látky nebo obalových materiálů, jako nyní nedostatek hliníku pro výrobu blistrů nebo papíru pro krabičky u některých výrobců,“ uzavírá Vrubel.

Jak může SÚKL intervenovat?

Jak už bylo řečeno v úvodu, dodavatelé léků mají povinnost s předstihem informovat o všech změnách v dodávkách léčivých přípravků. Musejí hlásit zahájení uvádění léčivého přípravku na trh, přerušení a následné obnovení i případné ukončení dodávek. „Ústav všechna tato hlášení každý den zpracovává a vyhodnocuje nahraditelnost nedostupných léků jak z pohledu generické substituce, tak z pohledu klinické praxe – dotazujeme se i odborných společností. Pokud zjistíme, že lék není nahraditelný, ověřujeme i případný vývoz do zahraničí,“ vysvětluje Klára Brunclíková. Český trh je z pohledu SÚKL prioritní, pokud tedy lékový ústav zjistí, že vývoz léků ohrožuje dostupnost na českém trhu, oznámí to ministerstvu zdravotnictví, které má možnost vývoz konkrétního léčiva zakázat.

Pokud je nějaký lék obtížně nahraditelný nebo jej nahradit nelze, může SÚKL využít možnosti uvedení cizojazyčné šarže daného registrovaného léku na trh, případně specifický léčebný program, který umožňuje distribuci a výdej léčivého přípravku neregistrovaného v České republice. „V některých případech také komunikujeme s výrobcí dosud neobchodovaných alternativních léčivých přípravků ohledně jejich možného uvedení na trh po dobu nedostupnosti daného léčiva nebo řešíme s distributory možnost individuálního dovozu neregistrovaných léčivých přípravků do ČR. I přes veškerou snahu však může nastat situace, kdy není možné daný léčivý přípravek pro potřeby pacientů zajistit,“ konstatuje Brunclíková.

Co dělat, když lék není?

Je třeba si uvědomit, že pokud v lékárně nemají na skladě konkrétní lék, nemusí to vždy znamenat výpadek léčiva. Ověřit skutečnou dostupnost léků může snadno lékař i pacient přes veřejnou část webu SÚKL – v přehledech stačí zadat název léčiva a objeví se aktuální stav dostupnosti. Uvedeny jsou též informace o důvodech výpadku dodávek, předpokládaný termín jejich obnovení a samozřejmě možné alternativy, kterými lze nedostupný lék nahradit.

K VĚCI...

Možnosti pacienta, pokud má předepsaný lék výpadek

Záměna – U léčiv vázaných na lékařský předpis může lékárník nabídnout jiný lék se stejnou léčivou látkou, cestou podání a lékovou formou. (Zaměnit lék je možné jen se souhlasem pacienta a jen tehdy, pokud lékař neuvedl výslovně „nezaměňovat“.)

Individuální dovoz – Jde o možnost použití léčivého přípravku, který není registrovaný v ČR, ale který může být alternativou pro registrovaný a aktuálně nedostupný léčivý přípravek. Neregistrovaný léčivý přípravek však může předepsat pouze lékař.

Terapeutická alternativa – Zaměnit předepsaný lék za léčivo s jinou léčivou látkou s obdobnými léčebnými účinky nebo v jiné lékové formě a síle může lékárník pouze za předpokladu, že s tím pacient souhlasí a záměna je odsouhlasena předepisujícím lékařem.

Zdroj: SÚKL, www.tribune.cz, 22. 9. 2022

Proč je těžké začít cvičit po dlouhé době nečinnosti? Viníkem může být protein Piezo1

Že je fyzická aktivita zdraví prospěšná a cvičení pomáhá v boji s řadou onemocnění, včetně těch život ohrožujících, považujeme za samozřejmé a všeobecně známé. Přesto způsob, jakým dochází k aktivaci pochodu příznivě působících na lidské zdraví, není objasněn. O něco blíže odpovědi se možná dostáváme díky objevu proteinu Piezo1 a souvisejícímu experimentu.

Molekulární cvičení

Přestože jsou účinky cvičení na lidské tělo známy, spouštěče příznivého vlivu cvičení na molekulární úrovni pro nás stále zůstávají tak trochu záhadou. Předpokládá se existence systému obsahujícího jeden či více senzorů, jež organismu indikují, jak velká fyzická aktivita v něm probíhá. Předchozí výzkum naznačil, že senzorem může být samotný endotel, který monitoruje průtok krve. Fyzická aktivita zvyšuje průtok krve, předpokládá se tedy, že přínosy cvičení by mohly alespoň částečně vznikat v souvislosti s jeho detekcí.

Protein Piezo1

V roce 2021 byla za objev kationtových kanálů pojmenovaných Piezo1 a Piezo2 udělena Nobelova cena za fyziologii a medicínu Davidu Juliovi a Ardemu Patapoutianovi. Tyto receptory pro teplotu a dotek jsou přítomny u všech obratlovců včetně savců a jsou aktivovány podněty jako teplo, chemikálie, mechanická síla nebo také proudění tekutiny. Protein Piezo1 přispívá k endotelové odpovědi na průtok tekutiny, což svědčí o jeho roli v řízení kapilární denzity. Předchozí výsledky studií naznačují, že Piezo1 je zodpovědný za zvýšený krevní tlak u spontánně fyzicky aktivních myší (běh v kruhu).

Experiment sledující změny po delecí Piezo1

V návaznosti na objev těchto proteinů uskutečnili výzkumníci z Leedské univerzity studii na myších modelech rozdělených do 2 skupin. U dospělých myší byla 2–10 týdnů před samotnou analýzou provedena specifická delecí proteinu Piezo1 v endotelových buňkách, poté následoval odběr orgánů, jejich analýza a srovnání s kontrolní skupinou. Zatímco kratší doba nestačila k ovlivnění relevantních procesů, u modelů s delecí provedenou 10 týdnů před odběrem bylo možné pozorovat významnou ztrátu fyzické výkonnosti, čímž se potvrdila důležitost endotelového proteinu Piezo1 ve svalové kapilaritě.

Výsledná zjištění

Mezi oběma skupinami nebyly pozorovány změny ve frekvenci fyzické aktivity, ovšem u myší s delecí Piezo1 byl zaznamenán menší dosažený počet otáček běžecího kola na jeden cyklus cvičení spolu se sníženou rychlostí běhu. Kontrolní skupina byla fyzicky aktivnější a strávila celkově více času běháním v kruhu, zároveň také běhala rychleji. Tyto údaje naznačují snížení schopnosti fyzického výkonu bez ovlivnění touhy cvičit u Piezo1 znevýhodněných myší.

Získaná data rovněž naznačila, že u studovaného souboru myší nedošlo k žádným změnám v dýchání, energetickém metabolismu, srdeční funkci, spotřebě potravy nebo cirkadiánním rytmu. Apoptóza mikrovaskulárních endotelových buněk a snížený výskyt kapilár v odebraných tkáních byly evidentní a dostatečné k vysvětlení efektu na fyzický výkon.



Molekulární podstata pozorovaných změn

U myši s delecí Piezo1 došlo k selektivní upregulaci induktoru apoptózy endotelových buněk trombospodinu 2 (TSP2). Autoři studie provedli sérii experimentů, v nichž rozkryli antiapoptickou signální kaskádu – zprostředkovanou oxidem dusnatým – mezi svalovou endotelovou buňkou a svalovým pericytem. Zdá se, že endotelový protein Piezo1 při dostatečném průtoku krve udržuje aktivní signalizaci vedoucí k inhibici apoptózy v pericytech. Tak se zvyšuje stabilita mikrovaskulárního endotelu a dochází k udržení kapilární hustoty, která je klíčová pro kapacitu k fyzickému výkonu.

Závěr a diskuse

Výsledky studie prokázaly, že protein Piezo1, který je exprimován v cévním endotelu, dokáže detekovat zvýšení průtoku krve během fyzického cvičení. Podmíněná delece proteinu Piezo1 v endotelových buňkách dospělých myši vedla ke snížení fyzické výkonnosti zvířat. Protein Piezo1 je dle této studie kritickou molekulou pro udržení kapilární hustoty ve svalectech, a tudíž také pro udržení schopnosti fyzické aktivity.

Delší fyzická nečinnost může vést ke sníženému průtoku krve do svalů, snížené expresi Piezo1 a následně k poklesu fyzické kapacity. V budoucnu bude zajímavé odhalení citlivosti Piezo1 a jeho regulace v různých kontextech včetně stárnutí, jehož součástí jsou mikrovaskulární apoptóza a intolerance fyzické zátěže u běžných nemocí stáří.

Zdroje:

1. Bartoli F., Debant M., Chuntharpursat-Bon E. et al. Endothelial Piezo1 sustains muscle capillary density and contributes to physical activity. *J Clin Invest* 2022 Mar 1; 132 (5): e141775, doi: 10.1172/JCI141775.
2. Cheng Y. TRPV1 and Piezo: the 2021 Nobel Prize in physiology or medicine. *IUCrJ* 2021 Dec 23; 9: 4–5, doi: 10.1107/S2052252521013488.

Zdroj: <https://www.prolekare.cz>, 14. 9. 2022

Výrazně méně topíte a zároveň i méně větráte, aby neunikalo teplo? Pozor na možné množení plísní a bakterií!

Zdražování energií si vynucuje úspory. S nimi souvisí i změna právních předpisů ohledně minimálních vnitřních teplot pro různé provozy. Nejen tato úprava, ale i obava z vysokých nákladů nutí mnohé z nás zásadně měnit zvyklosti týkající se teplotního komfortu. Příliš radikální snížení vnitřní teploty a omezení větrání však pomáhají vzniku nežádoucích plísní. Stejně tak málo ohřátá teplá voda na potřeby sprchování či koupání nahrává množení nebezpečných bakterií. Vliv snížení teplot na vnitřní prostředí staveb a zdraví lidí v nich tak může být značný.

„Při významném snížení teploty vzduchu v místnosti může docházet ke zvýšené kondenzaci vzdušné vlhkosti, a tím i ke vzniku plísní na stěnách uvnitř budov. Plísně přitom nemusejí být jen dobře viditelné na stěnách, ale i skryté uvnitř souvrství stěn. Ze zdravotního hlediska proto doporučujeme udržovat takovou teplotu, aby na nejchladnějších površích v bytě nedocházelo k časté nebo trvalé kondenzaci vlhkosti. Optimálně by se měla relativní vlhkost vzduchu pohybovat v rozpětí 45–55 % a teplota vzdu-

chu kolem 20–22 °C,“ upřesňuje RNDr. Bohumil Kotlík, vedoucí Národního referenčního centra pro venkovní a vnitřní ovzduší.

„V prostorách, kde se koncentrují lidé, jako jsou školy, kanceláře a další, je třeba na pravidelné větrání myslet i z hlediska prevence šíření respiračních onemocnění. Častá výměna vzduchu je důležitou pomůckou při snaze omezit koncentraci virů šířících se kapénkami, což se týká samozřejmě i chřipky a covidu-19,“ připomíná MUDr. Barbora Macková, ředitelka Státního zdravotního ústavu.

Pravidelné rychlé a krátké větrání je zejména ve školách podstatné i proto, aby nedocházelo ke koncentraci různých škodlivin, které se ve vnitřním ovzduší mohou vyskytovat. Známým indikátorem nedostatečného větrání je oxid uhličitý, který všichni vydechujeme.

„Vnímáme, že ochota větrat klesá ruku v ruce s poklesem teploty v místnosti. Vzhledem k nízkému energetickému výdeji u dětí a mladistvých během vyučovacích hodin, doporučujeme udržovat teplotu vzduchu nad 20 °C ideálně okolo 22 °C. V mateřských školách a jeslích je také dobře myslet na to, že se děti pohybují při aktivitách u země, kde bývá chladněji,“ vysvětluje odborná pracovnice Národní referenční laboratoře pro prašnost a mikroklima v pracovním prostředí Ing. Lenka Prokšová Zuská, Ph.D.

Obecně platí, že požadavky na teploty uvnitř budov vycházejí z tepelné bilance organismu. Při podkročení minimálních stanovených hodnot se již může jednat o značný tepelný diskomfort, blízký se chladové zátěži. V podchlazeném prostředí může klesat pracovní výkonnost, zvyšuje se i riziko pracovní úrazovosti a nemocnosti.

Naopak, ze zkušeností víme, že běžné teploty na některých pracovištích i v bytech se v otopném období pohybují kolem 25 °C. Zde již můžeme hovořit o přetápění a tady je požadavek na nižší teploty oprávněný. Není tedy dobré ve jménu úspor ani výrazně podchlazovat místnosti pod stanovená minima, ani situaci ignorovat a přetápět. Pokud tedy snížíme teplotu v budově například z 25 °C na 21 °C, dochází tím k velké úspoře energií, ale zároveň tak i u osob s nízkým energetickým výdejem zajistíme přípustnou hodnotu teploty.

„Za pracovní lékařství vnímám jako hlavní faktor možný tepelný diskomfort, pokles pracovní výkonnosti a možné zvýšení pracovní úrazovosti či chybovosti v souvislosti s prochlazením horních končetin při práci v prostorech vytápěných na úrovni nově povolených minimálních hodnot. U některých profesí klesla minimální povolená teplota až na 16 stupňů. Proto bych z lékařského hlediska zaměstnavatelům doporučovala udržovat teploty na pracovišti o několik stupňů výše, ovšem stále v rozmezí platných teplotních limitů pro danou práci, popřípadě organizačními opatřeními zajistit tepelnou pohodu u zaměstnance,“ shrnuje vedoucí Centra hygieny práce a pracovního lékařství MUDr. Vladimíra Lipšová.

Často se také jako jedna z rad pro energetické úspory uvádí snížení teplot vody v bojleru nebo ve výměňkové stanici v obytném domě. Pokud je však teplota teplé vody udržována pod 45 °C, ve vodě významně narůstá riziko množení bakterií druhu *Legionella*, které způsobují tzv. legionářskou nemoc. Teplota vody v jakémkoli typu zásobníku by se měla ideálně pohybovat kolem 50 až 60 °C, s možností přehřátí nad 70 °C, při které bakterie *Legionelly* hynou. Není vhodné příliš snižovat teplotu vody v bojleru, zvláště pokud není jasné, v jakém stavu jsou rozvody. Důležitá je totiž i mikrobiologická čistota potrubí.

„Legionella způsobuje akutní horečnaté onemocnění podobné zápalu plic a v případě komplikací může dojít u pacienta až k respiračnímu selhání, neurologickým komplikacím nebo k se-



Ihání ledvin. Ideální teplota vody pro množení bakterií druhu *Legionella* se pohybuje od 25 do 45°C. Teplota studené vody by se tedy měla pohybovat pod 25°C a teplota teplé vody ideálně nad 50°C. Existuje riziko, že ve snaze ušetřit na ohřevu vody si bakterie nevědomky ve svých vodovodech a zásobnících vody pomnoží především drobní uživatelé,“ upozorňuje zástupkyně vedoucího Oddělení epidemiologie infekčních nemocí SZÚ MUDr. Kateřina Fabiánová, Ph.D.

Zdroj: <http://www.szu.cz/vyrazne-mene-topite-a-zaroven-i-mene-vetrate-aby-neunikalo>

Začíná éra odhalování nádorů na základě krevních testů

Nová éra včasného odhalení onkologických onemocnění pomocí krevního testu může změnit paradigma screeningu karcinomů. Nové testy dokáží z nádorové DNA v krvi detekovat běžný signál zhoubného bujení u více než 50 typů nádorů. Nejnovější data prezentovaná na letošním kongresu ESMO (Evropská společnost pro lékařskou onkologii), který se konal v Paříži od 9. do 13. září, jsou prvním krokem k včasnému odhalení dříve obtížně zjištělných malignit.

Lékaři, poskytovatelé péče a plátcí se musejí připravit na zásadní posun ve včasné odhalení nádorového onemocnění, které ovlivní téměř každou fázi onkologické diagnostiky a léčby. „Nová data podporující přesnost krevních testů MCED (multi cancer early detection) prezentovaná na kongresu ESMO 2022 mají hlavní důsledky pro budoucí poskytování onkologické péče,“ zdůrazňuje vědecký spolupředseda ESMO 2022 prof. Fabrice André s tím, že onkologickou péči je potřeba zintenzivnit a nově definovat včasnou detekci nádoru a poskytování péče. „Pokud tento test bude v budoucnu fungovat, bude to pro pacienty dobrá zpráva, ale většina onkologických center není zatím vybavena pro rozšíření operací pro další stovky pacientů např. s raným stadiem karcinomu pankreatu,“ dodal.

S touto přelomovou studií podle něho přichází potřeba „probudit“ nemocnice, aby viděly, co se stane za deset let, a začaly již nyní školit kolegy a odpovídajícím způsobem měnit svoji infrastrukturu. „Je povinností odborných společností, jako je ESMO, zvýšit povědomí o tom, že během příštích pěti let budeme potřebovat více lékařů, chirurgů a sester spolu s větší diagnostickou a léčebnou infrastrukturou, aby se postarali o narůstající počet lidí, kteří budou identifikováni testy včasné detekce MCED,“ vysvětlil prof. André, ředitel výzkumu ve společnosti Gustave Roussy Cancer Centre, Villejuif ve Francii, a nově zvolený budoucí prezident ESMO pro období 2025–2026. Podle něho je do rozhodování o nových způsobech péče nezbytné zapojit všechny zainteresované strany.

„Musíme se dohodnout, kdo bude testován a kdy a kde budou testy prováděny, a předvídat změny, které nastanou v důsledku těchto testů, např. v diagnostice a léčbě lidí s karcinomem slinivky a jinými malignitami, které jsou dosud obvykle diagnostikovány až v mnohem pozdější fázi,“ dodává.

Nově vyvíjené testy MCED mohou detekovat běžný signál nádorového onemocnění u více než 50 různých typů malignit a předpovídat, odkud signál v těle přišel. Tento signál vzniká na základě malých sekvencí v krvi cirkulující nádorové DNA (ctDNA), které mají odlišné některé metylační vzorce proti nenádorové DNA.

Studie PATHFINDER

Studie PATHFINDER je prospektivní studie, která na screeningové populaci hodnotila klinickou proveditelnost testu MCED. Zveřejněné výsledky ukazují, že test MCED odhalil signál zhoubného onemocnění u 1,4 procenta (92/6 621) účastníků ve věku 50 let a více, u nichž nebylo známo, že by měli onkologické onemocnění. To bylo později potvrzeno u 38 procent pacientů (35/92). Z 6 290 lidí bez onkologické diagnózy jich mělo 99,1 procenta negativní výsledek testu (specifická 99,1 % – 6 235/6 290). Mezi těmi s pozitivním výsledkem testu byl čas k dosažení diagnostického rozlišení (tj. k nalezení malignity nebo rozhodnutí, že neexistuje žádný důkaz malignity vyžadující další vyšetření) v mediánu 79 dnů. Mezi účastníky s pozitivním screeningovým testem bylo diagnostické vyšetření provedeno do tří měsíců u 73 procent z nich. Testování MCED bylo proveditelné v ambulantní praxi bez významných nežádoucích účinků a s pozitivní prediktivní hodnotou přibližně 40 procent.

„Výsledky jsou prvním důležitým krokem pro testy včasné detekce nádorových chorob, protože prokázaly dobrou míru zachycení lidí, kteří měli malignitu, a vynikající míru specifity pro ty, kteří ji neměli. U lidí s pozitivním testem trvalo potvrzení diagnózy, pokud měli onkologické onemocnění, méně než dva měsíce, a pokud je neměli, trvalo to jen o něco déle, a to především proto, že se lékaři rozhodli provést zobrazovací studie a poté je o několik měsíců později opakovali, aby výsledek potvrdili,“ vysvětlila hlavní autorka studie onkoložka Deb Schragová z Memorial Sloan Kettering Cancer Center v New Yorku.

Důležitým zjištěním podle ní bylo, že jen málo účastníků s falešně pozitivním screeningovým testem vyžadovalo více invazivních postupů, jako jsou endoskopie a biopsie. Toto zjištění by mělo pomoci rozptýlit obavy, že by testy MCED mohly způsobit škody tím, že by generovaly zbytečné procedury u lidí, kteří jsou zdraví. Zároveň dr. Schragová zdůraznila důležitost pokračování dosavadních standardních onkologických screeningů, jako je screening karcinomu prsu a kolorektálního karcinomu. Testy MCED se dále zdokonalují a ověřují, zejména např. u karcinomu pankreatu, karcinomu tenkého střeva a žaludku, kde v současné době nejsou k dispozici žádné možnosti screeningu.

„Tato studie naznačuje, že naděje v odhalení nádorů, které jsou v současné době nezjistitelné, je na obzoru. Samozřejmě je ale zapotřebí mnohem více práce a zkušeností s více vzorky se tyto testy zlepšit. Testy musejí být sofistikované, aby ještě lépe rozlišily nádorovou DNA od veškeré ostatní DNA, která cirkuluje v krvi,“ uvedla dr. Schragová. Důležité podle ní je připomenout, že účelem onkologického screeningu není jen snížit výskyt nádorů, ale především snížit úmrtnost na zhoubná onemocnění. Zatím je ale předčasné dělat závěry o tom, jak testování MCED ovlivňuje mortalitu, která nebyla ve studii PATHFINDER měřena a vyžaduje dlouhodobé sledování.

Studie zveřejněná na kongresu ESMO 2022 je prvním prospektivním šetřením, které ukazuje, že test MCED může detekovat nádory u pacientů s dosud nediagnostikovatelným onemocněním. Předchozí studie používaly testy pouze u pacientů, u nichž byl nádor již diagnostikován. V současné době probíhá řada dalších klinických hodnocení, včetně velké randomizované klinické studie zahrnující 140 000 asymptomatických pacientů z Anglie, aby byla prozkoumána klinická účinnost testování MCED na celkové výsledky onkologické léčby. „Potřebujeme srovnávací studie napříč všemi typy malignit, abychom zjistili, zda test včasné detekce ovlivňuje morbiditu a úmrtnost. Potřebujeme také vědět, jaký přínos mají



testy pro pacienty a jak s nimi výsledky diskutovat," řekl prof. André. Navíc je nutné také vědět více o malém podílu falešně pozitivních testů – výsledků MCED, které indikují přítomnost nádoru, ale standardní diagnostické postupy ji nepotvrzují. Odpovědi na některé otázky jsou podle odborníků potřeba co nejdříve, aby bylo možné např. vypočítat nákladový dopad zavedení testů MCED do běžné klinické praxe.

Zdroj: www.tribune.cz, 27. 9. 2022

Zlatá medaile pro projekt „Antibiotika“ v soutěži IMC Czech Awards 2022

Začátkem září proběhlo slavnostní vyhlášení nejúspěšnějších marketingových kampaní v rámci tuzemské soutěže IMC Czech Awards. Jediným oceněným projektem se zdravotní tematikou se stala kampaň Antibiotika, na jejíž realizaci se podílejí agentury McCann Prague, Remmark a Engage Hill. Odnesla si zlatou medaili v kategorii Veřejný zadavatel.

V posledních letech se dostává do popředí zájmu téma odolnosti bakterií na léčivé účinky antibiotik, tzv. antibiotická rezistence. Situace je taková, že v Evropě na následky rezistentních bakterií každý rok zemře až 33 000 lidí.

V České republice v důsledku antibiotické rezistence již dnes umírá více lidí než na následky dopravních nehod. Pokud se tento trend bude vyvíjet stejně, některé studie odhadují, že v roce 2050 bude mít na svědomí 10 miliónů úmrtí ročně, což by bylo více než rakovina [1].

„Zabránit ztrátě léčivých účinků antibiotik může každý z nás, a to v případě, že s nimi budeme zacházet zodpovědně. Nebudeme je aktivně vyžadovat na lékaři, budeme se držet doporučeného dávkování a veškerá nedobraná antibiotika vrátíme do lékárny. A protože je logické, že existuje souvislost mezi užíváním antibiotik a znalostmi, jsme rádi, že se Státní zdravotní ústav rozhodl tuto situaci vylepšit prostřednictvím osvětového projektu Antibiotika,“ vysvětluje doc. MUDr. Helena Žemličková, Ph.D., vedoucí Národní referenční laboratoře pro antibiotika a garantka projektu. Projekt Prevence antibiotické rezistence (ZD-PDP2-001) byl podpořen grantem z Fondů EHP 2014–2021 z programu Zdraví. www.eeagrants.cz

Úspěch kampaně Antibiotika, který si odnesl zlatou medaili v soutěži IMC Czech Awards 2022, je postaven na vhodně a citlivě zvolené komplexní edukaci. Vzhledem k tomu, že v ČR lze antibiotika legálně

získat pouze od lékaře, mohlo by se zdát, že původcem problému jsou primárně lékaři. Nicméně pacienti na ně často naléhají, aby jim antibiotika předepsali. Proto bylo kromě edukace cílem také podpořit důvěru lidí v lékaře a jejich doporučení.

„Strategickým rozhodnutím bylo najít řešení formou ideálně trochu vlezlé, ale moderní písničky, která dokáže oslovit především mladší cílovou skupinu. Ta totiž měla podle našeho průzkumu nejvyšší deficit v informovanosti. K vytvoření hudby a aranžmá jsme angažovali Kapitána Demu a k napsání textu dle agenturního draftu zase Pokáče. Věřili jsme, že zábavným a netradičním pojetím zaujmeme. A dočkali jsme se úspěchu – reakce mladší generace byla nad očekávání pozitivní a díky průzkumu máme zpětnou vazbu, že se nám klíčová sdělení podařila doručit,“ dodává David Palivec z reklamní agentury Remmark.

Výsledky kampaně předčily očekávání

Jak již bylo naznačeno, nástrojem, který prozradil, jaké měla kampaň Antibiotika výsledky, byl průzkum. Jeho první fáze byla realizována před začátkem projektu (v červenci 2021), druhá po půlroce jeho trvání (v únoru 2022). Průzkum poskytl zajímavou zpětnou vazbu. Ukázalo se, že s tématem antibiotické rezistence se u nás setkaly již téměř dvě třetiny obyvatel (62,5 %), což je o 19 % více než před zahájením kampaně. Nejvyšší nárůst byl u skupiny se základním vzděláním a také ve věkové skupině do 35 let.

Za důležité zjištění průzkumu lze považovat fakt, že 82 % lidí v ČR už ví, že antibiotika nejsou účinná proti virům.

Mýtus, že antibiotika zkrátí dobu léčby nachlazení, se podařilo snížit u většiny populace. U mladých do 25 let, kteří tomuto mýtu věří, se pak jednalo o pokles z 52 % na 33 %, tedy o 19 p.b. Již 47,8 % respondentů uvádí, že v posledním roce dostali informaci o tom, že nemají užívat antibiotika zbytečně (nárůst proti období před kampaní o 12,9 p.b.). Většinu zdrojů tohoto nárůstu tvoří „z televizní reklamy“, „na internetu nebo sociálních sítích“ a „v letáku nebo na plakátu.“

Kampaň, jejímž zadavatelem je Státní zdravotní ústav a která je realizována agenturami McCann Prague, Remmark a Engage Hill, prokazatelně dokázala posunout vnímání problematiky antibiotické rezistence k lepšímu.

Zdroj: EngageHill & Nielsen Admosphere, výzkum Rezistence ATB, n = 1 008, únor 2022

[1] Zdroj: Healthcare Infection Society UK

Zdroj: www.mzcr.cz, 29. 9. 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

676 6-22

Hledám pediatra k převzetí praxe v Habartově, okres Sokolov. Kontakt: hana.volsikova@seznam.cz

677 6-22

Hledám nástupce do dobře zavedené ordinace PLDD v Telči. Tel.: 776 576 432.

679 6-22

Hledám zástup do ordinace PLDD v okrese Český Krumlov na jeden až dva dny v týdnu s možností dlouhodobé spolupráce. Předem děkuji za Váš zájem. Kontakt: pediatriejih@gmail.com



INZERCE

680 6-22

PLDD v okrese **Brno-venkov** hledá **kolegyni/kolegu** na pravidelné **zástupy** 1–2× týdně, případně na částečný úvazek.
Kontakt: 608 151 170.

681 7-22

Hledáme PLDD k doplnění našeho týmu **na částečný/plný úvazek na Praze 12**

Očekáváme:

- moderní přístup k dětem i k jejich rodičům
- základní znalost anglického jazyka

Nabízíme:

- přátelské prostředí
- profesionální samostatně pracující sestry
- technické vybavení a zrekonstruované prostory
- výborné finanční ohodnocení
- flexibilitu ordinací doby
- možnost dalšího vzdělávání

Kontakt: Jana Dostálová, telefon: 724 375 434
e-mail: jana@pediatrie.cz

682 7-22

Hledáme zdravotní sestru/asistenta k doplnění našeho týmu **na částečný/plný úvazek na Praze 12**

Očekáváme:

- moderní přístup k dětem i k jejich rodičům
- základní znalost anglického jazyka

Nabízíme:

- dynamickou a zajímavou práci
- podporu odborného i jazykového vzdělávání
- výborné finanční ohodnocení
- rozsah pracovní doby dle domluvy
- benefity

Kontakt: Jana Dostálová, telefon: 724 375 434
e-mail: jana@pediatrie.cz

683 7-22

Nabízíme zajímavou pracovní dobu, možnost dalšího vzdělávání, příjemný kolektiv, 5 týdnů dovolené. Atestace v oboru **Praktické lékařství pro děti a dorost** podmínkou.

Nástup: září 2022. Plat: dohodou.

Kontakt: Pediatrie Nový Knín s.r.o., MUDr. Petra Pelikánová, pelikanova.pe@gmail.com

684 8-22

Hledám kolegyni se zájmem pracovat na částečný úvazek v ordinaci PLDD **v centru Brna** – s postupným převzetím s.r.o. cca do 2 let. Příjemná klientela, bezbariérová ambulance.
Tel. 606 436 911 v odpoledních hodinách.

685 8-22

Přenechám dobře zavedenou **ordinaci PLDD v Brně**
tel. 777 801 880 (po 19. hod).

686 9-22

Přenechám praxi PLDD na Šumpersku. Tel.: 728 203 170.

687 10-22

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

688 10-22

Přijmu dětského **lékaře(-řku) na výpomoc** 1–2 dny v týdnu. Dobré finanční ohodnocení, šikovná sestra, dobře vybavená ordinace. **Praha 2.** kontakt: mmaternova@volny.cz

689 10-22

Hledáme pediatra, který by na poliklinice **Zbraslav** (Praha 5) provozoval soukromou praxi. V prostorách, které si může stovebně navrhnout. Nájem nulový. Možnost bydlení. MUDr. Pudil Petr, 776 880 082.

690 10-22

Přijmu pediatra do zavedené ordinace PLDD **v Olomouci**, ideálně na 0,5 úvazku, dle zájmu možno úvazek vyšší nebo nižší. Zájemci pište na flugerova@atlas.cz nebo volejte 604 581 913 večer

691 10-22

Zaměstnám pediatra na 2–3 dny v týdnu, převzetí praxe je možné za 2, max. 3 roky. Ordinance se nachází kousek od **Kladna** (do 10 km) a má kolem 1 000 pacientů. Bližší info: tel. 734 474 789

692 10-22

Hledám nástupce do zavedené ordinace PLDD **v Klenčí pod Čerchovem, okr. Domažlice**, e-mail medipedklenci@seznam.cz, ev. tel. 777 340 554

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

HPV 31 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: Papilomavir humani typi 6 proteinum L1 30 mikrogramů; Papilomavir humani typi 11 proteinum L1 40 mikrogramů; Papilomavir humani typi 16 proteinum L1 60 mikrogramů; Papilomavir humani typi 18 proteinum L1 40 mikrogramů; Papilomavir humani typi 31 proteinum L1 20 mikrogramů; Papilomavir humani typi 33 proteinum L1 20 mikrogramů; Papilomavir humani typi 45 proteinum L1 20 mikrogramů; Papilomavir humani typi 52 proteinum L1 20 mikrogramů; Papilomavir humani typi 58 proteinum L1 20 mikrogramů; lidský papilomavirus=HPV; L1 protein ve formě viru podobných částic vyrobený v kvasnicích (Saccharomyces cerevisiae CANADÉX-5 (kmen 1895)) rekombinantní DNA technologií adsorbovaný na amorfním síran-hydroxyfosforečnanu limitěm jako adjuvandu (0,5 miligramu 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 dvou dávkového 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 tří dávkového schématu (0, 2, 6 měsíců). Druhá dávka se má podat nejméně jeden měsíc po první dávce a třetí dávka se má podat nejméně 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 tří dávkového schématu (0, 2, 6 měsíců). Druhá dávka se má podat nejméně jeden měsíc po první dávce a třetí dávka se má podat nejméně 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 3 dávkové 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 3 dávkovém schématu kvadrivalentní očkovací látkou proti HPV typům 6, 11, 16 a 18, mohou dostat 3 dávky přípravku Gardasil 9. **Pediatrická populace (děti 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 látka nesmí být smíchána s žádnou jinou očkovací látkou ani roztokem v jedné injekční stříkačce. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku. Jedinci s hypersenzitivní reakcí na 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 anafylaktických reakcí po podání očkovací látky. Zjevná u dospívajících může v důsledku psychogenní reakce na vpich jehly dojít po jakémkoliv očkování, nebo dokonce i před ním, k synkopě (mdlobám), někdy doprovázené pádem. Při probírání se z mdlob se mohou objevit některé neurologické projevy, jako jsou přechodné poruchy vidění, parestezie a tonicko-klonické pohyby končetin. Proto mají být 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 jakékoliv 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 sexuálně přenosným onemocněním. Očkovací látka je pouze k profylaktickému použití a nemá žádný účinek na aktivní infekci HPV nebo klinicky prokazané onemocnění. Není také určena k prevenci progresivních zjištěných lézí souvisejících s HPV. Přípravek Gardasil 9 nezabírá lézím způsobeným typem HPV obsaženým v očkovací látce u jedinců již infikovaných tímto HPV typem v době očkování. Protože žádná očkovací látka nemá 100% účinnost a přípravek Gardasil 9 neposkytuje ochranu proti všem typům HPV nebo proti infekci HPV přítomné v době očkování, zůstává cervikální screening klíčovým 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 s pertusis [acelulární komponenta] (ap) a/nebo s poliomyelitidou [inaktivovaná] (IPV) (očkovací látky dTpa, dT-IPV, dTpa-IPV). **Použití s hormonální antikoncepcí:** V klinických studiích 60,2 % žen ve věku 16 až 26 let, kterým byl aplikován přípravek Gardasil 9, užívalo v průběhu očkovací fáze klinické studie hormonální antikoncepci. Nezdálo se, že by užívání hormonální antikoncepce ovlivňovalo typové specifickou imunitní odpověď na přípravek Gardasil 9. **Fertilita, těhotenství a kojení:** 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 doporučením v průběhu těhotenství. Očkování musí být odloženo až po ukončení těhotenství. Přípravek Gardasil 9 lze během kojení aplikovat. **Nežádoucí účinky:** Celkem 15 776 jedincům (10 495 jedinců ve věku 16 až 26 let a 5 281 dospívajících ve věku 9 až 15 let při zařazení do studie) byl podán přípravek Gardasil 9. Několik jedinců (0,1 %) 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 1 063 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, pertusis [acelulární komponenta] a poliomyelitidě [inaktivovaná], 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). Chrňte před mrazem. Uchovávejte předplněnou injekční stříkačku ve vnější krabici, aby byl přípravek chráněn před světlem. Přípravek Gardasil 9 musí být po vyjmutí z lednice podán co nejdříve je to možné. Stabilitní údaje naznačují, že složky 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 o registraci:** Merck Sharp & Dohme B.V./W. a. S. **Registrační číslo:** EU/1/15/1007/002 **Datum revize textu:** 29.4.2022. RČN 000022765-CZ 000022053-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 pacienty 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.



Copyright © 2022 Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, USA a přidružené společnosti. Všechna práva vyhrazena.
Merck Sharp & Dohme s.r.o., Na Valentince 3336/4, 150 00 Praha 5, Česká republika, IČ: 028462564
Tel.: +420 277 050 000, e-mail: dpoc_czech@msd.com, www.MSD.cz
CZ-GSL-00210 (5.0), datum přípravy materiálu: zář 2022

GARDASIL®9

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

OCHRANA KOJENCŮ PŘED ROTAVIRY POMOCÍ 2 PERORÁLNÍCH DÁVEK



Dokončené 2dávkové očkovací schéma prokázalo u dětí v 1. roce života 100% účinnost proti hospitalizacím z důvodu RVGE.¹



Vakcína proti rotavirům, která umožňuje dokončení očkovacího schématu již od 10 týdnů věku.¹



Rotarix pomáhá chránit před 9 celosvětově cirkulujícími kmeny rotavirů.¹



NABÍDNĚTE SVÝM PACIENTŮM VAKCINU ROTARIX.

Zaključni izsledki in priporočila

[illegible]

Referențe: 1. SPC-Rozărie, iulian 2022, disponibil la www.gubio.ro/gubio.htm.

FOUR - not a standard gastronomic article