

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX

PEDIATRIAE

prosinec 2022
číslo 10 • ročník 22



téma čísla

Zobrazovací metody



- Usnesení Celostátní konference SPLDD ČR
- Stanovisko k používání konjugovaných pneumokokových vakcín pro děti
- Ultrazukové vyšetření mozku novorozenců a kojenců
- Komplikovaná pneumonie se septickým stavem
- Získaná onemocnění kyčelního kloubu u dětí
- Nejčastější onemocnění nehtů
- Vyhláška č. 315/2022 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2023


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;38-21152-1162.

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 Soutřem údajů o přípravku (SPC).

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Informace SPLDD	6
	- Usnesení Celostátní konference SPLDD ČR konané dne 5. listopadu 2022 v Brně - Prohlášení účastníků Celostátní konference SPLDD ČR konané dne 5. listopadu 2022 v Brně - Změna výše členského příspěvku do SPLDD - Doklad o celoživotním vzdělávání - Plná moc pro zastupování na dohodovacím řízení pro rok 2024 - Úhradová vyhláška pro rok 2023 - Apelujte na svého praktika	
	Stanovisko k používání konjugovaných pneumokokových vakcín pro děti	10
	MUDr. Anna Seehofnerová Ultrazvukové vyšetření mozku novorozenců a kojenců	12
	MUDr. Eliška Babická Komplikovaná pneumonie se septickým stavem	19
	MUDr. Agnes Gabúřlová Získaná onemocnění kyčelního kloubu u dětí	21
	MUDr. et MUDr. Pavel Konrád Nejčastější onemocnění nehtů	25
	Ze světa odborné literatury	28
	Aktuality	30
	Řádková inzerce	38
	Vyhláška č. 315/2022 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2023	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

AIDIAN
ANGELINI
Dr Konrad Pharma
GSK
Sanatorium Edgel

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX
PEDIATRIAE

www.detskylekar.cz

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

Foto na titulní straně poskytl UNICEF

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

Vydavatel:

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

Redakce VOX:

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

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

Jazykové korektury: Bohumila Weilová
Grafické zpracování: Michal Semerák

Redakční rada:

šéfredaktor
MUDr. Jiřina Dvořáková,

redaktor pro profesní část
MUDr. Ctirad Kozderka,

redaktor pro odbornou část
MUDr. Klára Procházková,

členové redakční rady
MUDr. Ilona Hülleová,
MUDr. Jana Kulhánková,
MUDr. Kateřina Štichhauerová,
MUDr. Ivana Kolev,
MUDr. Jan David, Ph.D.



Vážení a milí čtenáři časopisu Vox,

velice si vážíme vaší přízně, kterou nám prokazujete mimo jiné i čtením těchto řádků. Slibujeme vám, že se budeme i nadále snažit, aby články byly aktuální a prakticky využitelné v našich ordinacích a aby Vox byl důstojným reprezentantem SPLDD. Chceme, aby tomu odpovídal i vzhled obálek. Po roční spolupráci s organizací UNICEF, která nám poskytla fotografie dětí, se příští rok zaměříme na umění. Nechte se překvapit.

Blíží se konec roku. Opět můžeme bilancovat, co se povedlo, co se nepovedlo, co nás potěšilo a co nikoliv. Do začátku roku jsme vstupovali s nadějí, že COVID-19 i díky očkování bude ustupovat, že se zmírní ta obrovská nemocnost dětí, kterou jsme zažívali v posledních měsících, že prostě bude lépe.

A zprvu se zdálo, že tomu tak je, že si můžeme oddechnout a vydechnout. A nejednou koncem února přišla válka na Ukrajině. Do republiky se začala valit vlna uprchlíků. Stáli jsme před obrovskou výzvou, jak v našich již přeplněných ordinacích ošetřit a vyšetřit děti přicházející z různých koutů Ukrajiny, mnohdy ve špatném zdravotním stavu, bez řádného očkování. Stát tápal a moc nám v tom nepomohl. Doufali jsme, že se zapojí dětská oddělení a přijdou nám pomoci, mnohde by stačilo na jeden den v týdnu. Neznám prakticky žádné místo, kde se tak stalo. I utvořených UA pointů bylo poskrovnu. Poprali jsme se a dosud se s tím pereme různě. Někomu se ještě povedlo navýšit svou kapacitu a ukrajinské děti přijmout do péče, někde udělali alespoň vstupní prohlídky a doplnili dětem očkování tak, aby se mohly začlenit do kolektivů, ale bylo mnoho míst, kde už nepřijímali ani české děti, jak by potom mohli vzít do péče uprchlíky. Ale paradoxně tato situace v plné nahotě odkryla to, co již říkáme několik let. Je zoufalý nedostatek praktických lékařů pro děti a dorost v produktivním věku, v ordinacích ordinují důchodci s nárokem na odpočinek, ale bez vidiny na vystřídaní. Pracují a pracují a ti v okolí jim jsou vděční, protože pokud odejdou (většinou ze zdravotních důvodů), okolní lékaři již jejich osiřelé pacienty nejsou schopni pojmout nebo za cenu obrovského přetížení. Sice Ministerstvo zdravotnictví už o tom stále více mluví (hlavně do médií), ale řešení moc nenabízí. Místo aby urychlili vzdělávání mladých lékařů v našem oboru (spoustu věcí by si mohli postupně doplnit formou kursů a školení), místo aby uvolnili lékaře z oddělení s malou obložeností, chystají se na dětských odděleních vybudovat ambulance. Hlava mi to nebere – do prázdných ordinací PLDD lékaři nejsou a tady je mít budou???? Jsme už sice v situaci, kdy je všechno pro okolní lékaře úlevou, ale bude to opravdu pomoc? Jaké děti budou registrovat, budou to skutečně děti bez registrujícího lékaře, budou se starat 5 dní v týdnu a vykonávat návštěvní službu? Budou mít mladí lékaři zájem převzít někde ordinaci, když práce v nemocniční ambulanci znamená podstatně méně provozních starostí, mnohdy se zkrácenou pracovní dobou a za slušný plat? To asi ukáže čas.

Na závěr bych ocitovala malý úryvek, který jsem si kdysi v mládí zapsala a na který jsem nedávno narazila:

„Nejcennější, co máme, je život. I kdybychom ztratili všechno a stáli tu jako novorozeně, on zůstává. Neznáme jeho délku a každý náš den může být poslední. Proto žij tak, aby ses mohl kdykoliv ohlédnout za sebe po tom, co bylo. Možná, že nežiješ šťastně, pak hledej útěchu ve štěstí jiných. Nejednou můžeš k němu i přispět. Jsi-li starý, těš se z mládí kolem sebe, z modří oblohy, sluneční záře, květin i přátelského pomrkvání hvězd. Čím méně máš důvod k veselí, tím více tě potěší družný úsměv druhého, a když už nikdo nepohládí tvou dychtivou tvář, učiní tak vzpomínka. Máš dlaně. Víš, kolik krásy jsi v nich držel? Máš oči. Cožpak jsou, bloude, určeny pouze k pláči? A máš srdce, horké srdce, které ti odměřuje čas.“

PF 2023

Jménem výkonného výboru a redakční rady časopisu VOX PEDIATRIAE vám přeji hlavně zdraví, mnoho sil a spokojenost v práci i v soukromém životě.

Zkuste v příštím roce prožít co nejvíce šťastných dní.

Jiřina Dvořáková





Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

- ★ **5. listopadu se konala XXX. celostátní konference SPLDD ČR v Brně.** Účastníci konference vyslechli tradiční zprávy o činnosti a hospodaření Sdružení, v odpoledních hodinách probíhala diskuse s pozvanými hosty z ministerstva zdravotnictví, ze zdravotních pojišťoven a hostem byl i předseda zdravotního výboru Senátu PSP senátor Kraus. Konference odhlasovala po několik let trvající diskusi změnu stanov a odhlasovala navýšení členských příspěvků pro řádné členy. Inflace a nárůst energií se nevyhnou ani naší organizaci.
- ★ **Výkonový výbor pracoval na možnosti využití dotace UNICEF pro ordinace PLDD s navýšenou kapacitou či ordinacími hodinami pro další nově registrované pacienty a děti z Ukrajiny.** Koncem měsíce oslovil členskou základnu s nabídkou zapojení se do projektu.
- ★ **Ministerstvo zdravotnictví svolalo společné jednání zástupců MZ, SPLDD, OSPDL a MŠMT.** Na půdě MŠMT byly diskutovány připomínky a návrhy Sdružení k možnosti redukce posudkové činnosti a administrativy u PLDD. Jednání se zúčastnil Mgr. Uher, který představil návrhy Sdružení a jejich možné legislativní zakotvení.
- ★ **V listopadu pokračovala jednání nad podobou elektronického vykazování očkovaní.**

5. 11. 2022 se konala XXX. celostátní konference SPLDD v Brně. Konference vydala prohlášení a přijala usnesení, které najdete jak na našich webových stránkách, tak na dalších stránkách v časopise.

10. 11. 2022 proběhlo na půdě MŠMT společné jednání náměstků ministra zdravotnictví a náměstků ministra školství, zástupců SPLDD a OSPDL. Předmětem byly podněty k redukci administrativní a posudkové činnosti, které jsme zaslali na MZ 30. 6. 2022. Jednání se za Sdružení zúčastnili Hülleová, Dvořáková a Mgr. Uher. Diskuse byla věcná a v mnohých bodech jsme našli shodu. Očekáváme další kroky k naplnění našich návrhů.

10. 11. 2022 jednali zástupci Sdružení s náměstkem VZP Bodnárem o možnosti úhrady kapitační platby za ukrajinské děti se statusem strpění. Požadujeme duální systém vykazování péče poskytnuté ukrajinským uprchlíkům, PLDD by měl tak možnost si vybrat, zda bude vykazovat výkony jako doposud, či dítě bude registrovat a dostávat od VZP kapitační platbu.

22. 11. 2022 jsem byla pozvána ke kulatému stolu k problematice náhradního mateřství, který se konal v Poslanecké sněmovně a pořádali jej čtyři poslanci.

22. 11. 2022 se sešla na plánovaném jednání Rada poskytovatelů s ministrem

zdravotnictví. Referovala jsem o nedostatku léků pro děti v posledních měsících, přičemž chybějí v lékárnách zejména paracetamoly a ibuprofenové čípky pro malé děti a sirupové formy PNC, oční kapky s ATB. Důvodem je dle sdělení ředitelky SÚKL nedostatek těchto léčiv v celé Evropě. Dále se řešilo, jak zajistit v dalším období LPS. Ministerstvo zřídilo pracovní skupinu a její jednání je plánováno na 30. 11. 2022. Požádala jsem také o možnost proplácení kapitační platby za ukrajinské děti pro ty ordinace PLDD, které budou mít zájem o tuto možnost úhrady. Ministr očekává dohodu nás a zdravotních pojišťoven.

Management ordinace PLDD ON-LINE

21. 1. 2023

28. 1. 2023

4. 2. 2023

11. 2. 2023

18. 2. 2023

PROGRAM:

Vždy v sobotu 8.00–13.00 hod.

Právní problematika v ordinaci PLDD – novinky (Mgr. Jakub Uher)
Komunikace s ČSSZ v roce 2023 (ošetřovné elektronicky, e-komunikace s OSSZ)
Co nového v našich ordinacích PLDD? (eOčkování a další)

Webinář bude kreditován dle Vzdělávacího řádu SPLDD.

Pořadatel akce: SPLDD ČR
Organizační zajištění: TrendyMat s.r.o.

Podrobný program a další informace od 2. 1. 2023 na www.detskylekar.cz nebo www.trendymat.cz



Informace SPLDD

■ Usnesení Celostátní konference SPLDD ČR konané dne 5. 11. 2022 v Brně

Konference zvolila

- mandátovou komisi ve složení MUDr. Eva Svobodová, MUDr. Miroslava Svobodová, MUDr. Marie Johnová, MUDr. Zuzana Petrtýlová
- návrhovou komisi ve složení MUDr. Kozderka, MUDr. Vyhliďková, MUDr. Verdánová, MBA, MUDr. Cabrnach, MBA, MUDr. Vitoušková, MUDr. Hrunka, MUDr. Vrabelová, MUDr. Valentová, MUDr. Matoušková, MUDr. Zemánková, MUDr. Kalabusová, MUDr. Kadleček, MUDr. Pukovec

Konference vyslechla

- zprávu o činnosti (MUDr. Hülleová)
- zprávu o hospodaření (MUDr. Dvořáková)
- zprávu kontrolní komise (MUDr. Dufka)

Konference vzala na vědomí

- závěrečnou zprávu o hospodaření za rok 2021

Konference schválila

- návrh rozpočtu na rok 2022
- návrh rozpočtu na rok 2023
- novelu stanov SPLDD ČR
- výši ročního členského příspěvku do SPLDD od roku 2023 ve výši 5 000 Kč/ nepracující důchodci, rezidenti PLDD a ženy na mateřské a rodičovské dovolené 1 050 Kč

Konference ukládá

- výkonnému výboru a předsednictvu SPLDD prosazovat body uvedené v prohlášení účastníků Celostátní konference SPLDD ČR ze dne 5. listopadu 2022, které je přílohou tohoto usnesení

■ Prohlášení účastníků Celostátní konference SPLDD ČR konané dne 5. listopadu 2022 v Brně

Účastníci Celostátní konference SPLDD ČR diskutovali aktuální situaci v primární péči o děti a dorost v ČR a poukazují zejména na tyto závažné problémy:

Snižující se dostupnost primární péče o děti a dorost

Zásadní příčinou je **negativní bilance generační výměny praktických lékařů pro děti a dorost (PLDD)** z důvodu nedostatečného počtu nově přicházejících pediatriů do systému a ukončování praxí dosluhujících seniorů. Dle analýz, které provádějí jak SPLDD, tak ZP (zejména VZP) a ÚZIS, přerostl problém obtížné dostupnosti z pohraničních oblastí do dalších regionů a v současné době postihuje téměř celé území ČR včetně velkých měst. K tomuto kritickému stavu došlo vlivem necitlivého zásahu do pregraduálního i postgraduálního vzdělávání (zrušení Fakulty dětského lékařství UK, zrušení samostatného oboru Praktické lékařství pro děti a dorost, a tím i prodloužení vzdělávacího curricula, **nedostatečný počet rezidenčních míst pro obor pediatrie a jejich nedostatečné financování, opožděné vyhlášení počtu rezidenčních míst**). Čím dál častěji se setkáváme s ukončením provozování praxe PLDD z důvodu odchodu do důchodu, dlouhodobé nemoci nebo i úmrtí bez náhrady, a praxe tak zcela zaniká. Pacienti z takto zaniklé ordinace se většinou rozptýlili do sousedních praxí, ale v současné době již ani ty nemají většinou kapacitu přijímat další pacienty do své péče, při zachování kvality poskytované péče. **Průměrný věk praktického lékaře pro děti a dorost v ČR je aktuálně 60 let. Pobídkou pro obnovení sítě v oblastech s nedostupnou péčí PLDD by měly být i výhodnější finanční stimuly pro mladé lékaře, které by byly poskytovány po stanovenou dobu z prostředků státu (MZ), krajů a obcí.**

Vyzýváme ty, kteří i přes náš nesouhlas prosadili změny ve vzdělávání praktických lékařů pro děti a dorost, aby si přiznali svá chybná rozhodnutí, napravili je a bezodkladně účinně podpořili ne naši vinou vážně ohroženou primární péči o děti a dorost v ČR. Potřebujeme zajistit kvalitní primární péči pro naše děti. Žádáme vedení resortu zdravotnictví, poslance, zdravotní pojišťovny, lékařské profesní a odborné společnosti o urgentní vyřešení letitého problému.

Využijme zbývajících potenciál ještě pracujících PLDD k pomoci ve vzdělávání nových praktických lékařů pro děti a dorost tím, že každému zájemci z řad PLDD s praxí delší

než 3 roky bude umožněno **získat akreditaci MZ ČR ve zjednodušeném řízení**. Vyzýváme MZ k razantnímu navýšení a pravidelné valorizaci finančních prostředků pro rezidenční místa, a to i u již dříve vydaných rozhodnutí.

Dlouhodobé a opakující se výpadky v zásobování léčivými přípravky

V poslední době dochází k opakovaným a dlouhodobým výpadkům většího spektra léčivých přípravků včetně základních. Jedná se zejména o očkovací látky, oftalmologika, antialergika, antipyretika, antibiotika v sirupové formě, v poslední době i penicilin ve všech lékových formách. SPLDD ve spolupráci s odborníky edukuje praktické dětské lékaře v racionální preskripci. Je ale těžké doporučení dodržovat, pokud musíme volit ne zcela adekvátní náhrady nedostupných léčiv.

Lékařská pohotovostní služba (LPS)

Systém poskytování zdravotní péče formou LPS považujeme za již zastaralý a nevyhovující pro moderní péči stavů vyžadujících akutní péči. Problém je jednak v nadměrném počtu stanovišť, s čímž je spojen i problém personálního zajištění, nedostatečném vybavení ordinací LPS, v některých lokalitách chybí návaznost na lékárenskou službu. Konstatujeme neúměrné zneužívání LPS, kdy neakutní zdravotní problém dítěte není řešen v běžné ordinaci době u PLDD. Často jsou služby LPS vyhledávány s banálními symptomy, které by měl rodič umět vyhodnotit a poskytnout běžnou péči do doby řádné ordinací doby registrujícího PLDD. Současnou výši regulačního poplatku za využití LPS považujeme za nedostatečnou. **Navrhujeme urychleně realizovat koncepci tzv. urgentních příjmů při ambulancích dětských odd. nemocnic v rámci ÚPS.** Služby na těchto stanovištích by mohl zajišťovat i lékař v přípravě po absolvování pediatrického kmene, protože by byl k dispozici dohled atestovaného pediatra. Upozorňujeme, že PLDD sice má povinnost se podílet na zajištění LPS, ale při jeho přetížení ve vlastní praxi není možné tuto povinnost vymáhat, a dokonce bezdůvodně sankcionovat. Podílení se PLDD na zajištění LPS by mělo být dobrovolné, dané jeho vytížením ve vlastní ordinaci. Zásadně od-



mítáme celonoční a 24hodinové služby zajišťované PLDD. PLDD po službě nemá volno a musí následující den zajišťovat vlastními silami péči ve své ordinaci. Stejná povinnost podílet se na zajištění LPS by měla platit i pro ambulantní specialisty.

Elektronizace zdravotnictví a administrativní zátěž

Ordinace PLDD zatěžuje přebujelá administrativa. Není dostatečně koordinována součinnost s institucemi v gesci MŠMT (všechny typy škol, sportovní oddíly, zájmová dětská uskupení), MPSV a dalšími. **Podporujeme smysluplnou elektronizaci zdravotnictví za předpokladu, že bude úlevou a pomocí pro PLDD v jejich práci.** Indikátorem dobře nastavené elektronické služby je její rychlé a téměř spontánní využívání v ordinacích. Ovládání musí být jednoduché, intuitivní, odezva služby musí být rychlá. Přihlašování do jednotlivých aplikací, pokud je nutné, musí probíhat za pomoci jednotného identifikačního prostředku („bílá občanka“, resortní identifikátor). I když většina PLDD již pracuje s počítačem, nejsou zejména starší lékaři schopni se adaptovat na zavádění nových aplikací. Je proto nutné při zavádění novinek i na to pamatovat a umožnit postupné dobrovolné zavádění nových aplikací. **Finanční náklady s tím spojené nesmějí nést lékaři na svých bedrech.**

Preskripční omezení

Atestovaný lékař nese odpovědnost za racionální a pro každého pacienta individuálně zvolenou preskripci léčivých přípravků a pomůcek. Proto i PLDD by měl mít možnost využívat širokého portfolia registrovaných léčivých přípravků. **Nevidíme smysl v omezování předepisování vybraných molekul léčivých přípravků ve vazbě na odbornost-specializaci.** Až na výjimky (např. vysoce inovativní léky, centrové léky) vyzýváme ministerstvo zdravotnictví a jemu podřízené organizace k překvalifikování preskripčních omezení a ke zrušení omezení L u všech molekul léčivých přípravků.

Posudková péče

Posudková péče je časově náročnou aktivitou v ordinacích praktických lékařů. Nevidíme smysl v posuzování zdravotní způsobilosti k běžným aktivitám dětí a dorostu, které jsou běžnou součástí životního stylu. Alibistické vyžadování nejruznějších posudků nejen zatěžuje již tak přetížené ordinace PLDD, ale často vede k nedodržování

platné legislativy. Děti, které jsou aktivní a zapojují se do několika aktivit, musejí v průběhu roku i několikrát podstoupit prohlídku, která je pro vydání posudku legislativou vyžadována. **Z výše uvedených důvodů vyzýváme k novelizaci legislativních předpisů týkajících se posudkové činnosti.** Domníváme se, že posudek o zdravotní způsobilosti pro běžné aktivity může být nahrazen prohlášením zákonného zástupce nezletilého (dětské zotavovací akce, školy v přírodě, organizovaný sport nerizikový, pracovnílékařské posudky pro práce kategorie I a II nerizikové).

Očkování u jiných poskytovatelů než registrujících praktických lékařů

Zásadně **odmítáme rozšíření odbornosti včetně lékáren, které by mohly provádět očkování.** Očkování by mělo zůstat v rukou registrujícího PLDD/VPL, který zná celkový zdravotní stav pojištěnce a může mu případně sestavit individualizovaný očkovací plán s ohledem na jeho zdravotní stav.

Úhrada distanční péče

V době protiepidemických opatření pro COVID-19 byl zaveden výkon distanční péče (kód 01305), který se pro určité situace osvědčil. **Žádáme všechny zdravotní pojišťovny, aby tento výkon zachovaly** i pro další období, samozřejmě za respektování podmínek jeho užívání praktickými lékaři, tak jak jsou nyní nastaveny.

Poskytování péče Ukrajincům se statutem dočasné ochrany

V současné době je hrazena poskytovaná zdravotní péče těmto osobám pouze výkonovým způsobem. Stoupá ale počet osob včetně dětí, které zůstávají a zřejmě dlouhodobě zůstanou v ČR a žádají registraci u PLDD. Mezi nimi jsou i novorozenci narození v ČR. Požadujeme zpřesnění podmínek úhrady za zdravotní péči poskytovanou těmto osobám a případné **umožnění registrace těchto dětí u PLDD spojené s úhradou formou KKVP.** Podmínky k identifikaci takových osob by měly stanovit zdravotní pojišťovny.

Podpora poskytovatelům péče pro děti z Ukrajiny by měla být rovnoměrně rozdělena nejen pro lůžková zařízení, ale i pro poskytovatele z řad PLDD. Nemocnice by neměly pro nově zřizované UA pointy využívat práci našich kolegů, kteří se o ukrajinské děti přednostně starají ve svých ordinacích.

Změna výše členského příspěvku do SPLDD

Mandatáři Celostátní konference SPLDD konané dne 5. listopadu 2022 v Brně na základě zprávy o hospodaření a výhledu cen na další období navrhli a po diskusi následně schválili zvýšení ročního členského příspěvku od 1. 1. 2023. SPLDD již sice umožnilo tzv. vnitřní dluh, ale bez úpravy členského příspěvku by nebylo možné zajistit vyrovnaný rozpočet na příští rok. Jen pro představu – v současné době členové SPLDD dostávají časopis VOX PEDIATRIAE v hodnotě více než 900 Kč/rok. Tiskárna a distributor již avizují zvýšení fakturace, takže cena se pravděpodobně bude pohybovat kolem 1 100 Kč/rok. Provoz kanceláře včetně nájemného a energií stoupá a jistě bude ještě stoupat. Naopak štedrost sponzorujících firem klesá jak co do objemu poskytnutých finančních prostředků, tak i co do počtu sponzorů. Pokud chceme zachovat úroveň servisu, který SPLDD svým členům poskytuje, je potřeba hledat cesty zabraňující finančnímu kolapsu SPLDD. Řadu jednání vede výkonný výbor distanční formou, takže se šetří za cestovní náklady. Sehnat sponzory na vzdělávací akce je velký problém, proto některé akce jsou i pro členy zpoplatněny. Distanční forma sice ušetří za nájem konferenčních prostor, ale musejí se zaplatit licenční poplatky za připojení účastníků, technici, filmaři, externí přednášející apod. Jistě nechceme všechna setkání absolvovat jen ve virtuálním prostředí, proto některé akce budeme i nadále pořádat prezenčně. Nemalé výdaje představuje i údržba a spravování webu. Členský příspěvek, jak již z názvu vyplývá, je jen částí příjmů SPLDD k pokrytí nákladů a musíme se všichni snažit udržet příjmy a výdaje minimálně vyrovnané i jinými způsoby. Dalším nepříznivým faktorem v celkovém objemu příjmů SPLDD je zvyšující se počet členů se sníženou hodnotou členského příspěvku.

Je pro pracujícího PLDD roční poplatek ve výši 5 000 Kč moc, málo, nebo tak akorát? Usudte sami: Jedna provedená preventivní prohlídka (02022) dítěte bude v r. 2023 proplacena ve výši 970 Kč. Při poplatku 5 000 Kč vychází měsíční výše členského poplatku 417 Kč, což představuje necelou polovinu (43 %) hodnoty jedné takové preventivní prohlídky. Kolik takových prohlídek za měsíc provedeme, si jistě spočítá každý za svoji ordinaci sám.

Příznivou zprávou pro nepracující důchodce, kolegyně na mateřské a rodičovské dovolené



a rezidenty PLDD je to, že jim konference zachovala vyšší členského příspěvku na stejné úrovni jako dosud, tedy 1 050 Kč/rok.

V tomto čísle VOX PEDIATRIAE najdete vloženou informaci o placení členských příspěvků v roce 2023.

■ Doklad o celoživotním vzdělávání

Vyhláška č. 315/2022 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2023 umožňuje praktickým lékařům získat navýšení kapitační platby o 1,00 Kč v případě, že poskytovatel zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna 2023 doloží, že nejméně 50 % lékařů, kteří u něj působí jako nositelé výkonů a poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, je držiteli dokladu vydaného příslušnou profesní komorou nebo profesním sdružením v souladu se stanoviskem předpisu této komory nebo profesního sdružení osvědčujícího celoživotní vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů podle zákona o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta (dále jen „doklad celoživotního vzdělávání lékařů“), přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celý rok 2023.

S blížícím se koncem kalendářního roku se uzavírá roční cyklus získávání kreditů celoživotního vzdělávání SPLDD a nastal čas na provedení kontroly získaných kreditů SPLDD na www.detskylekar.cz.

Podle vzdělávacího řádu k vystavení certifikátu celoživotního vzdělávání SPLDD je třeba získat:

- 30 kreditů vystavených SPLDD – kontrolu všech akcí, které jsou certifikovány SPLDD, naleznete na <https://www.detskylekar.cz/seznam-akci> nebo
- 20 kreditů SPLDD + 10 kreditů vydaných jinou organizací, která kredity přiděluje, např. ČLK (extra kredity). Žádost o uznání extra kreditů je ke stažení taktéž na www.detskylekar.cz. Žádost je třeba vyplnit a s kopiemi certifikátů doručit do kanceláře SPLDD, U hranic 16, 100 00 Praha 10 do 31. 12. 2022, později došlé žádosti nebudou zařazeny.

Pokud nemáte minimálně 20 kreditů od SPLDD (zapsaných do systému), nemá smysl zasílat žádost o extra kredity.

Za účast na distančních vzdělávacích akcích pořádaných SPLDD bude i v roce 2022 účastníkům se členům SPLDD udělena výjimka a budou započítávány do vzdělávacího systému SPLDD kredity za distanční vzdělávání SPLDD bez omezení.

Přidělený certifikát si následně můžete vytisknout z webových stránek sami.

SPLDD usiluje i nadále o to, aby všechny zdravotní pojišťovny akceptovaly seznam držitelů Certifikátu celoživotního vzdělávání SPLDD zaslaný kanceláří Sdružení.

Upozorňujeme, že kredity SPLDD nejsou uznávány Českou lékařskou komorou ke získání Diplomu celoživotního vzdělávání ČLK.

■ Plná moc pro zastupování na dohodovacím řízení pro rok 2024

SPLDD ČR je pravidelným účastníkem dohodovacího řízení o úhradách za poskytnutou zdravotní péči. Pokud souhlasíte s tím, aby Vás v dohodovacím řízení pro rok 2024, které proběhne v roce 2023, zastupovalo SPLDD, prosíme o vyplnění, podepsání a zaslání plné moci. Plnou moc naleznete jako přílohu v tomto čísle VOX PEDIATRIAE a také na www.detskylekar.cz. Vyplněnou a podepsanou plnou moc zašlete co nejdříve poštou na adresu SPLDD ČR, U Hranic 16, Praha 10, 100 00. Plnou moc staženou z www.detskylekar.cz a vyplněnou lze zaslat také e-mailem na adresu centrum@detskylekar.cz, v tomto případě je ale nutno plnou moc opatřit zaručeným elektronickým podpisem (POZOR: scan plné moci s podpisem nelze akceptovat).

Správně vyplněná plná moc musí být doručena do kanceláře SPLDD nejpozději do 20. ledna 2023.

Stále platí princip, že v dohodovacím řízení je každý poskytovatel (IČO) zastoupen pouze jednou zastupující společností, takže nedává smysl dávat plné moci více organizacím současně. Za platnou se uznává plná moc naposledy udělená před zahájením dohodovacího řízení. Dohodovací řízení bývá zahajováno v únoru, přesné datum zatím není upřesněno. Pokud jste plnou moc udělili v předchozích letech ve prospěch SPLDD a nezměnili své rozhodnutí, není třeba plnou moc zasílat znovu.

Zájem SPLDD a VPL v dohodovacím řízení mají společně zástupci obou profesních organizací (SPLDD a SPL) v segmentu praktických lékařů. Čím více plných mocí bude pro SPLDD uděleno, tím je větší šance ovlivnit výsledek dohodovacího řízení v segmentu praktických lékařů.

■ Úhradová vyhláška pro rok 2023

Dne 31. 10. 2022 vydalo Ministerstvo zdravotnictví ČR ve Věstníku MZ vyhlášku č. 315/2022 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2023.

Vyhláška respektuje výsledky dohodovacího řízení, které probíhalo od 3. února do 15. června 2022, a neznevýhodňuje žádný segment proti jinému. Zejména lze ocenit to, že nejsou zvýhodněny segmenty, které se v dohodovacím řízení na cenách nedohodly. Z celkem 14 skupin poskytovatelů nedošlo k dohodě u skupiny poskytovatelů akutní lůžkové péče, poskytovatelů následné lůžkové péče, poskytovatelů mimolůžkových laboratorních a radiodiagnostických služeb a poskytovatelů mimolůžkových specializovaných služeb (zejména klinických psychologů, klinických logopedů, ortoptistů).

Hodnoceným obdobím se pro účely vyhlášky rozumí rok 2023 a jsou do něho započteny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2023, poskytovatelem vykázané do 31. března 2024 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2024. Referenčním obdobím se pro účely této vyhlášky rozumí rok 2021, do něhož jsou započteny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2021, poskytovatelem vykázané do 31. března 2022 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2022.

Stejně jako v úhradových vyhláškách v předchozích letech jsou podmínky úhrad pro jednotlivé skupiny poskytovatelů uvedeny v přílohách. Pro poskytovatele v segmentu praktických lékařů je platná příloha č. 2. Její plné znění otiskujeme ve středové příloze tohoto čísla VOX PEDIATRIAE.

Ač prvotní odhady nárůstu úhrad při zahájení dohodovacího řízení se pohybovaly kolem 4%, vyhláška zvyšuje úhrady na r. 2023 vůči roku 2022 v průměru o 8%.

Podmínky úhrad a regulačních omezení jsou obdobné jako v roce 2022. Oproti předchozím vyhláškám je nově zařazen kvalitativní parametr, kdy poskytovatel v oboru PLDD může získat navýšení základní kapitační



	Rok 2022	Rok 2023	Změna 2022/2023
Kapitační platba pro pracoviště poskytující služby min. 30 hod. týdně rozložených rovnoměrně v 5 dnech, přičemž 1 den ordinuje do 18 hodin	60,00 Kč	65,00 Kč	+ 8,3%
Kapitační platba pro pracoviště nesplňující předchozí podmínky	54,00 Kč	58,00 Kč	+7,4%
Navýšení kapitační sazby za doložení celoživotního vzdělávání lékařů	1,00 Kč	1,00 Kč	0%
Navýšení kapitační sazby za provedené výkony 02031 nebo 02032 alespoň u 40 % registr. pojištěnců	tento parametr nebyl v nabídce	2,00 Kč	Nový parametr
Udělená akreditace	1,00 Kč	1,00 Kč	0%
10 služeb na LPS	40 000,00 Kč	40 000,00 Kč	0%
Hodnota bodu za výkony prevence	1,21 Kč	1,40 Kč	+15,7%
Hodnota bodu za výkony očkování + edukace	1,21 Kč	1,30 Kč	+7,4%
Hodnota bodu ostatních výkonů	1,20 Kč	1,26 Kč	+4,1%
Navýšení hodnoty bodu za celoživotní vzdělávání lékařů	0,04 Kč	0,04 Kč	0%
Navýšení hodnoty bodu za rozšířené ordinační hodiny (30 hod/týden, 5 dnů, 1* do 18 hod.)	0,05 Kč	0,05 Kč	0%
Hodnota bodu pro zahraniční pojištěnce	1,30 Kč	1,50 Kč	+15,4%
Hodnota bodu výkonu přeprava zdr. pracovníka	1,05 Kč	1,11 Kč	+5,7%
Epizoda péče	68,00 Kč	76,00 Kč	+11,8%
Položka na eReceptu	1,70 Kč	1,70 Kč	0%

platby o 2 Kč za provedení preventivních prohlídek u alespoň 40 % registrovaných pojištěnců ve věku od 6 do 19 let.

Jaké jsou vyhláškou stanovené limity pro subsegment PLDD? Pro srovnání uvádím úhrady v roce 2022 a v roce 2023 u nejčastěji používané formy úhrad, a to kombinovanou kapitačně výkonovou platbou (viz tabulku).

Z výše uvedeného lze odvodit, že vyhláška umožňuje dosáhnout navýšení kapitační platby až o 4,00 Kč a navýšení hodnoty bodu až o 0,09 Kč. V nejbližších dnech očekáváme předložení návrhů úhradových dodatků na rok 2023 od jednotlivých zdravotních pojišťoven. Předpokládáme, že stejně jako v předchozích letech předloží i pobídkové bonifikační programy, které mohou do určité míry dále kompenzovat příjmy vůči očekávané inflaci.

Prognóza ČNB (<https://www.cnb.cz/cs/menova-politika/prognoza/>) zveřejněná 3. 11. 2022 uvádí, že inflace se ve čtvrtém čtvrtletí letošního roku zvýší nad 18 %. Celková inflace v roce 2023 by měla postupně klesat

na roční průměr 9,1%. V první polovině roku 2024 se vrátí do blízkosti 2,4%.

■ Apelujte na svého praktika

Publikováno: 3. 10. 2022

Přestože se informace a články o nadužívání antibiotik či užívání špatného typu antibiotik objevují ve vědeckých i běžně dostupných a populárních médiích stále častěji, neblahý a již dnes smrtící trend preskripce antibiotik v Česku pokračuje (viz článek „Je to tichý zabiják.“ Superinfekce a odolné bakterie řadí víc než kdy dřív). Vstoupili jsme opět do období respiračních onemocnění, kdy se plní čekárny nemocnými a s tím roste preskripce antibiotik. V řadě případů odchází pacient s diagnózou angíny a předepsanými antibiotiky, byť většina z těchto angín je virového původu a antibiotika na ně jednoduše nezabírají.

Jak k tomu dojde? Vždyť praktický lékař by měl být pro pacienta garancí správně nastavené léčby. Navíc je pravidelně o správných praktikách preskripce informován z odborných kruhů, tedy od svých kolegů. Každopádně na otázku příčin špatné pre-

skripce nezná v tuto chvíli odpověď prakticky nikdo v Česku.

Konkrétním nástrojem, jak s trendem špatné preskripce bojovat, je, že se praktický lékař seznámí s výsledky své vlastní preskripce a porovná je s doporučeními a s referenčními hodnotami ve svém okrese či na celostátní úrovni. Tyto výsledky jsou zdarma dostupné každému lékaři na Portálu ukazatelů kvality, kde mapujeme vývoj jeho preskripce v čase a srovnáváme jeho výsledky formou doporučení s ostatními výsledky.

Apelujte na svého praktického lékaře, ať se do tohoto Portálu zaregistruje a zjistí si, zda při léčbě svých pacientů postupuje správně.

Zdroj: <https://kancelarzp.cz/apelujte-na-sveho-praktika/>

Pro VOX připravil:
MUDr. Ctirad Kozderka



Stanovisko k používání konjugovaných pneumokokových vakcín pro děti



ČESKÁ VAKCINOLOGICKÁ
SPOLEČNOST ČLS JEP

výbor společnosti

Třebešská 1575, 500 01 Hradec Králové,
tel.: 973 253 101,

E-mail: roman.chlibek@unob.cz

V Hradci Králové dne 21. listopadu 2022

Dne 21. 10. 2022 byla Evropskou lékovou agenturou rozšířena věková indikace pro vakcínu Vaxneuvance® – 15valentní pneumokokovou konjugovanou vakcínu proti pneumokokovým onemocněním, která je nově schválena a indikována u kojenců, dětí a dospívajících ve věku od 6 týdnů do méně než 18 let k aktivní imunizaci za účelem prevence invazivního onemocnění, pneumonie a akutního zánětu středního ucha způsobených bakterií *Streptococcus pneumoniae*. Vaxneuvance je schválena také pro dospělé.

Vaxneuvance obsahuje 15 purifikovaných pneumokokových kapsulárních polysacharidů z bakterie *Streptococcus pneumoniae* (sérotyp 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F, 22F, 23F a 33F).

Očkovací látky a doporučená schémata

Očkování proti pneumokokovým onemocněním je hrazeno z veřejného zdravotního pojištění všem kojencům a vybraným rizikovým pacientům jako součást dětského očkovacího kalendáře (doporučené, hrazené očkování). V současné době jsou k dispozici tři konjugované vakcíny (PCV) pro děti: PCV10 (Synflorix), PCV13 (Prevenar 13) a nově

i vakcína PCV15 (Vaxneuvance). Česká vakcinologická společnost ČLS JEP doporučuje přednostně používání vícevalentních očkovacích látek s co nejširším sérotypovým pokrytím.

Očkovací schéma se doporučuje aplikovat tak, aby první dvě dávky (základní schéma) byly podány s odstupem nejméně 2 měsíců (minimální interval 8 týdnů) a zároveň byly aplikovány nejpozději do 7 měsíců věku. Očkování se doporučuje zahájit od 2. měsíce věku dítěte. Doporučuje se, v souladu s SmPC vakcíny, u donošených, imunokompetentních dětí provést základní očkování v souladu s § 30 odst. 2 písm. b) bod 5 zákona č. 48/1997 Sb. aplikací dvou dávek pneumokokové konjugované vakcíny a přeočkování jednou dávkou vakcíny ve schématu 2 + 1 dávka. Přeočkování jednou dávkou se doporučuje aplikovat nejpozději do 15. měsíce věku dítěte.

Pro předčasně narozené děti (< 37. gestační týden) se doporučuje aplikace tří dávek vakcíny v základním schématu a přeočkování jednou dávkou vakcíny ve schématu 3 + 1.

Rutinní užívání PCV se nedoporučuje zdravým dětem ve věku ≥ 5 let, které dosud nedostaly dávku PCV.

U rizikových pacientů uvedených v § 30 odst. 2 písm. b) bod 6 zákona se doporučuje očkování proti invazivním pneumokokovým onemocněním s aplikací konjugované pneumokokové vakcíny podle následujícího schématu dle věku dítěte. U dětí ve věku 6 týdnů až 6 měsíců schéma 3 + 1, u dětí ve věku 7–11 měsíců schéma 2 + 1, u dětí ve věku 12–23 měsíců (Prevenar 13 a Vaxneuvance) schéma 2 + 0. Neočkované děti ve věku 24–71 měsíců s jakýmkoli rizikovým

stavem by měly dostat 2 dávky PCV (buď PCV13, nebo PCV15) s intervalem ≥ 8 týdnů mezi dávkami. U dětí a dospívajících ve věku 6–18 let s imunokompromitujícím stavem, pokud aplikace PCV13 nebo PCV15 nebyla dříve, se doporučuje jedna dávka přípravku PCV13 nebo PCV15 bez ohledu na to, zda dítě dříve dostalo PPSV23. Potřeba dalšího přeočkování nebyla dosud stanovena.

Předchozí vakcinace jinou pneumokokovou konjugovanou vakcínou

Kojenci a děti, kteří zahájili imunizaci jinou pneumokokovou konjugovanou vakcínou (PCV10 nebo PCV13), mohou na PCV15 přejít kdykoli během očkovacího schématu. Avšak přechod z PCV10 nebo PCV13 na PCV15 po dokončeném základním schématu, pouze v rámci přeočkování, nepřináší významný imunologický benefit. Přeočkování dětí v minulosti kompletně očkovaných proti pneumokokovým onemocněním vakcínou PCV10 nebo PCV13 (základní schéma plus jedna booster dávka) jednou dávkou očkovací látky PCV15 se nedoporučuje.

Koordinace

Kojencům a dětem ve věku od 6 týdnů může být současně, v jeden den s vakcínou Vaxneuvance, podána jakákoliv z dostupných vakcín určených pro tento věk.

Prof. MUDr. Roman Chlíbek, Ph.D.
předseda

Česká vakcinologická společnost ČLS JEP
Schváleno výborem ČVS ČLS JEP
dne 21. 11. 2022

SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP Praha a střední Čechy

si vás dovoluji pozvat na odborné semináře v roce 2023. Semináře se konají vždy první čtvrtek v měsíci v Lékařském domě, Sokolská 31, Praha 2, stanice metra „C“ I. P. Pavlova, od 16:30. Vzdělávací akce mají charakter postgraduálního vzdělávání a jsou garantovány ČLS JEP ve spolupráci s ČLK (ohodnoceny kredity) jako akce kontinuálního vzdělávání.

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

5. ledna 2023

Rehabilitace Vojtovou metodou

Mgr. Hana Čechová



PF 2023



Radostné Vánoce a rok 2023
ve znamení zdraví a štěstí
Vám přeje a za dosavadní
spolupráci děkuje

Ing. Alexandra Pívečové

Ing. Alexandra Pívečové se spolupracovníky



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

Indikace:

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

Naše dětská léčebna:

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

Naše speleoterapie:

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



SANATORIUM EDEL s.r.o.



Lázeňská 491
793 76 Zlaté Hory v Jeseníkách



584 425 327-8



www.speleoterapie.cz



edel@speleoterapie.cz



Ultrazvukové vyšetření mozku novorozenců a kojenců

MUDr. Anna Seehofnerová^{1,2,3}, MUDr. Jan Šenkyřík², prof. MUDr. Erika Rubešová¹

¹ Pediatric Radiology Division of Lucile Packard Childrens Hospital Stanford University

² Klinika dětské radiologie Fakultní nemocnice Brno

³ Lékařská fakulta Masarykovy univerzity Brno

Principy ultrazvukového vyšetření

Ultrazvukové (UZ) vyšetření se řadí mezi radiologické modalitty bez působení ionizujícího záření. K vytvoření obrazu sonda UZ přístroje generuje za pomoci piezoelektrických krystalů z elektrické energie mechanické vlnění o frekvencích v rozmezí přibližně 2–20 MHz. Ve tkáních lidského těla poté dochází k interferencím tohoto vlnění (odrazu, absorpci nebo rozptylu) v závislosti na akustických impedancích jednotlivých tkání. Zároveň UZ sonda slouží jako přijímač odraženého vlnění a převádí zpět mechanickou energii na elektrickou, čímž generuje obraz na obrazovce přístroje. Lokalizace bodu na obrazovce UZ přístroje je tedy dána místem přijetí energie na sondě (laterální směr obrazu) a časem, který byl nutný k dosažení sondy (vertikální směr, hloubka). Čím vyšší je rozdíl akustických impedancí tkání na jednotlivých rozhraních, tím větší je kvantum odraženého vlnění. Osifikovaná kost, kalcifikace, plyn nebo kov jsou pro UZ vyšetření nepropustnými strukturami, protože se veškeré UZ vlnění od jejich povrchu odráží zpět. Za těmito strukturami pak vzniká tzv. akustický stín. Naopak velmi výhodnou látkou pro UZ vyšetření jsou tekutiny, kterými UZ vlnění prochází velmi snadno s jen minimálním odrazem, a které proto využíváme

jako tzv. akustická okna – např. naplněný močový měchýř pro vyšetření malé pánve.

V diagnostice patologií mozku novorozenců se UZ přístroje poprvé objevují na přelomu 70. a 80. let 20. století. V této době se jednalo o vyšetření pouze v tzv. B-módu (B jako „brightness“ – jas), tedy snímky s barevnou škálou ve stupních šedi. Za posledních 40 let však došlo na poli ultrazvukové diagnostiky k významnému posunu v kvalitě i možnostech zobrazení.

Standardním doplněním B-módu je dnes při běžném UZ vyšetření mozku i dopplerovské zobrazení, které využívá odrazu UZ vlnění od pohybujících se krevních elementů v cévním řečišti a fázového posunu těchto vln, který vychází ze změny frekvence vlnění v závis-

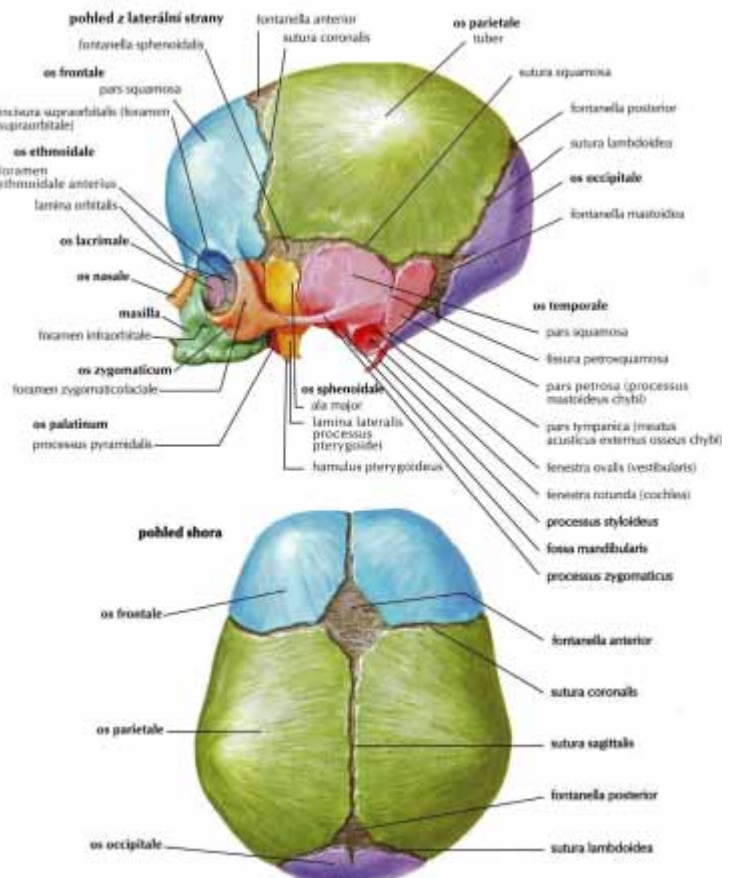
losti na směru a rychlosti pohybujících se částic. Při UZ vyšetření mozku nejčastěji hodnotíme krevní toky v arteria pericallosa (větve a. cerebri ant.) (obr. 1) nebo a. cerebri media. Tyto rychlosti dále využíváme ke stanovení indexu rezistence (RI) dle vzorce

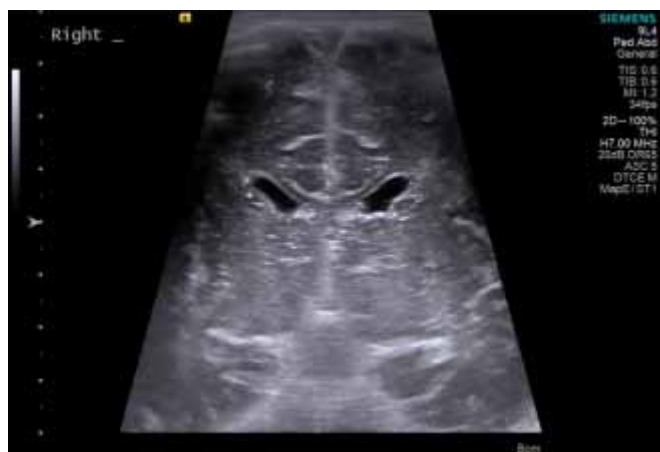
$$RI = (\max. SV - \min. DV) / (\max. SV),$$

kde max. SV je maximální systolická rychlost a min. DV je minimální diastolická rychlost. Normální hodnoty RI se u zdravých zralých novorozenců pohybují v rozmezí přibližně 0,6–0,8 a s postupujícím věkem mírně klesají. Stanovení RI slouží k neinvazivní monitoraci hodnot intrakraniálního tlaku a jeho možného vlivu na mozkové tepny. Další možností je využití dopplerovského

Obr. 2 Lebka novorozence (F. H. Netter: Anatomický atlas člověka, 3. vydání, Grada 2005)

Obr. 1





Obr. 3



Obr. 4

monitorování pro zobrazení průchodnosti mozkových žilních splavů.

V posledních několika letech se ve světě do popředí zájmu dostávají i další pokročilé techniky UZ zobrazování, jako je např. zobrazení mozku po podání kontrastní látky, které umožňuje zobrazit mikrocirkulaci, a tedy se prakticky rovná zobrazení perfuze mozkové tkáně. Nicméně v České republice je intravenózní podání ultrazvukové kontrastní látky u dětí do 18 let hodnoceno jako off-label, a tedy nebývá standardem.

Další novinkou je momentálně poměrně živě diskutované využití UZ elastografie, která pracuje nejčastěji na principu střížné vlny a mohla by sloužit k hodnocení edému mozku. Sonda UZ přístroje generuje akustický puls o vysoké intenzitě, který deformuje tkáň, již prochází, a vyvolá šíření vlny do různých směrů. Rychlost šíření této vlny laterálně je potom použita ke zhodnocení tuhosti/elasticity dané tkáně. Ve tkáni s vyšší tuhostí se střížná vlna šíří rychleji než ve tkáních měkkých. Dalšími možnostmi měření elasticity tkání jsou tzv. ARFI („acoustic

radiation force impulse“), která hodnotí tuhost tkáně na podkladě deformace a posunu tkáně ve směru působení vlny, a „strain“ elastografie, která používá k vyvolání vlnění mechanickou kompresi sondou, nikoli akustický impuls vycházející ze sondy samotné.

■ Technika ultrazvukového vyšetření

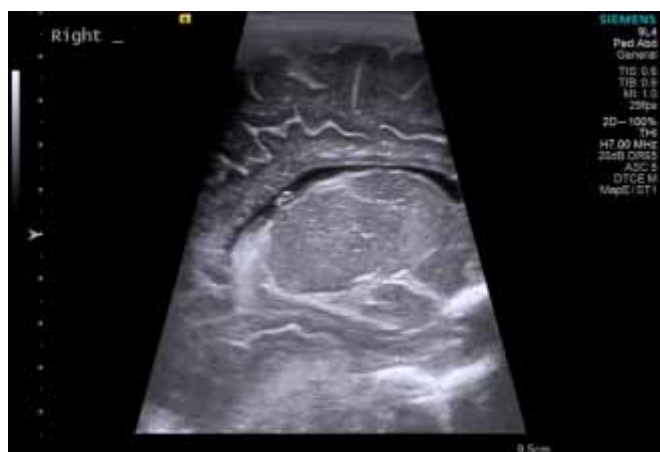
Při samotném UZ vyšetření mozku u dětí využíváme nejčastěji přístup přes velkou fontanelu. U novorozenců a malých kojenců je velmi výhodné využít i fontanelu malou a fontanelu mastoideální, které umožňují výrazně lépe zhodnotit zejména struktury zadní jámy lební. Nicméně tyto fontanely zacházejí oproti velké fontanelě časněji, již od třetího měsíce věku (obr. 2). Další možností je využití gracilní šupiny temporální kosti nebo přístupu přes foramen occipitale magnum. Při využití pouze velké fontanely jsou ideálně zobrazeny supratentoriální struktury střední čáry a paramediální struktury jako bazální ganglia a komorový systém. Poměrně ob-

tížně přístupné zůstávají struktury vysoko parietálně a zadní jáma lební.

Ze spektra sond je pro vyšetření mozku vhodná kombinace lineární vysokofrekvenční sondy (cca 10–15 MHz) a sondy konvexní či sektorové (cca 6–9 MHz). Sonda s vyšší frekvencí umožní zobrazit struktury s výrazně lepším prostorovým rozlišením, nicméně její dosah je při nižší penetraci omezený. Vysokofrekvenční sondy v dopplerovském módu jsou potom užitečné ke zhodnocení průchodnosti horního sagitálního splavu nebo při využití ostatních fontanel i k posouzení transverzálních a sigmoideálních splavů. Pro přehledné zobrazení mozku jsou vhodnější sondy s nižší frekvencí. Na našem pracovišti se osvědčilo použití konvexní sondy též pro dopplerovské zobrazení intrakraniálních tepen se stanovením RI.

Vyšetření se provádí ve standardních rovinách koronální (obr. 3, 4) a sagitální (obr. 5, 6) za užití velké fontanely, při vyšetření skrze malou a mastoideální fontanelu (asterion) lze vyšetření provést v rovině koronální (obr. 7) i transverzální (obr. 8). Tlak sondou

Obr. 5



Obr. 6





Obr. 7

na fontanelu musí být, zejména u těžce nezralých novorozenců, jen minimální. Výhodou je při vyšetření užití předeřhátého UZ gelu a provedení vyšetření po nakrmení dítěte, v případě potřeby lze zvážit i podání roztoku sukralózy per os.

■ Indikace k UZ vyšetření mozku

I v éře magnetické rezonance (MR) by měl být ultrazvuk u dětí se zachovanými fontanelami vždy metodou první volby při podezření na jakoukoli intrakraniální patologii, s výjimkou závažného akutního traumatického poškození, kdy je metodou volby CT. Dle doby inzultu lze indikace k UZ vyšetření mozku rozdělit do 3 kategorií.

1) Prenatální

Do této skupiny se řadí intrauterinně zjištěné patologie mozku ve smyslu vrozených vývojových vad, prenatální infekce ze skupiny TORCH, drogový abúzus matky, problémy ve spojitosti s vícečetným těhotenstvím či fetomaternální transfúze.

2) Perinatální

Nejčastější příčinou perinatálních inzultů bývá protrahovaný či nepostupující porod se vznikem perinatální asfyxie a následným rozvojem hypoxicko-ischemické encefalopatie (HIE) u donošených novorozenců, případně podezření na encefalopatii prematurit s obrazem intraventrikulární hemorhagie až venózních infarktů mozku. Dalším důvodem k provedení UZ vyšetření mozku je i nízká porodní hmotnost a vyšší stupeň nezralosti.

3) Postnatální

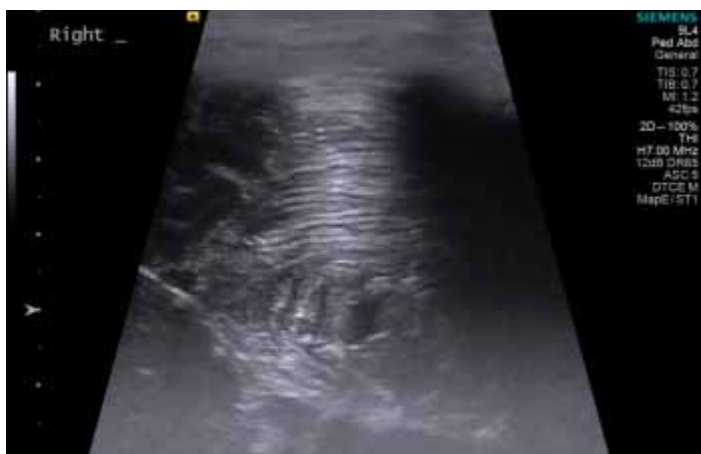
Indikace k UZ vyšetření mozku v postnatálním období jsou poměrně široké. Zahrnují neospívání, záchvatovité křečovitě stavy,

centrální apnoe, nevysvětlitelný pokles hemoglobinu v krevních odběrech, podezření na kernikterus, sepsi, meningitidu či encefalitidu. Dále bývá UZ prováděn u pacientů s metabolickými vadami, vrozenými vývojovými vadami srdce nebo u dětí se symptomatickou hypoglykemií či patologií krevního tlaku. Častou indikací pro UZ vyšetření mozku je diagnostika hydrocefalu a sledování jeho vývoje v průběhu drenážní terapie. Na některých pracovištích se provádí UZ vyšetření mozku i u malých traumat hlavy, nicméně v tomto případě je nutno mít na paměti, že například drobný subdurální hematom parietálně může být při UZ vyšetření mozku vcelku snadno přehlédnut.

Důležitou komponentou vyšetření je i jeho načasování vzhledem k věku dítěte. Pro nezralé novorozence narozené před 28. týdnem gestace nebo novorozence s porodní váhou pod 1 000 g, kteří mají vysoké riziko vzniku encefalopatie, se doporučuje UZ vyšetření mozku provádět 1., 3., 7., 14., 21. a 28. den a poté každé dva týdny až do dosažení zralosti. Pokud je nedonošený novorozenec narozen po 28. týdnu gestace a vykazuje stabilní vitální funkce, postačuje UZ vyšetření 1., 3., 7., 14. a 28. den a poté UZ kontrola ve věku 6 týdnů a při dosažení zralosti. Pokud během péče o nezralého novorozence dojde ke změně jeho stavu, je samozřejmě nutné provést vyšetření mimo plánované schéma.

Prvotní vyšetření při příjmu/po porodu obvykle slouží k vyloučení kongenitálních patologií po prenatálních inzultech, včetně vrozených vývojových vad mozku. Vyšetření během prvního týdne odhalí krvácení do germinální matrix či parenchymu mozkové tkáně, případně i venostatické infarkty. Během prvních poporodních dnů mohou být

Obr. 8



patrné i známky rozvíjející se HIE, nicméně při difúzním poškození mozku edémem je hodnocení standardními UZ postupy výrazně limitované.

V dalším průběhu života může dojít k posthemorrhagické dilataci postranních komor nebo vzniku periventrikulární leukomalacie s cystoidními změnami bílé hmoty. Tyto změny se obvykle objevují až od 2. týdne věku dítěte. U starších dětí s postupně zacházející velkou fontanelou vzhledem k limitované přehlednosti nejčastěji hodnotíme šíři komorového systému po zavedení intraventrikulární drenáže.

■ Patologické nálezy při UZ vyšetření mozku

K nejčastěji hodnoceným a snadno popsatelným patologiím patří dilatace či jiné deviace šíře a tvaru postranních komor. Nejčastěji se porovnává šíře frontálních rohů postranních komor měřená diagonálně v koronální rovině a latero-laterální rozměr III. mozkové komory též získaný v koronální rovině. Při užití vysokofrekvenční sondy lze poměrně validně zhodnotit také šíři a obsah zevních likvorových prostor, což může být užitečné při diagnostice infekcí nebo traumat (ať už akcidentálních, či u poranění při shaken baby syndromu).

Dále jsou na ultrazvuku dobře hodnotitelné fokální léze mozkové tkáně. Ty můžeme rozdělit do tří skupin:

- hyperechogenní – nejčastěji způsobené krvácením (intraventrikulární hemorhagie, trauma), ischemií (např. typicky plošné léze při HIE), přítomností tuku (např. středočárový lipom) nebo kalcifikací v ložisku,
- hypo-/anechogenní – cystoidní léze, typické u periventrikulární leukomalacie



či jiných destruktivních lézí, kde dochází k nahrazení mozkové tkáně tekutinou, nejčastěji mozkomíšním mokem,

- heterogenní – kombinované echogenity, nejčastěji se jedná o pozdější stadia mozkových infarktů nebo o tumorózní ložiska.

Difúzní patologie mozkové tkáně, jako je například mozkový edém u novorozenců s hypoxicko-ischemickou encefalopatií, jsou v ultrazvukovém obraze hodnotitelné hůře. Nejčastěji se v tomto případě popisují změny na rozhraní bílé a šedé hmoty mozkové – ať už setření jejich difference, nebo naopak zvýraznění přechodu subkortikokortikálních oblastí.

■ Výhody a nevýhody ultrazvukového vyšetření

Ultrazvukové vyšetření je neinvazivní a rychle proveditelné. Jednoznačnou výhodou ultrazvuku je jeho provedení u lůžka pacienta bez nutnosti jeho převozu či sedace, což je zvlášť u pacientů hospitalizovaných na novorozeneckých jednotkách intenzivní péče nesporným přínosem. Dalším plusem je i bezpečnost této metody bez ionizujícího záření, navíc mechanické a termické účinky ultrazvuku jsou v běžných klinických podmínkách zanedbatelné. Pro zdravotnický management hraje roli i poměrně nízká cena, zvlášť ve srovnání s vyšetřením na magnetické rezonanci. Nevýhodou při UZ vyšetření mozku je, stejně jako při ultrazvukovém vyšetření jiných

oblastí, závislost na zkušenostech vyšetřujícího a limitace velikostí akustických oken, v tomto případě fontanel. Další limitací je i diagnostika difúzních a časných ischemických změn, které nemusejí být v UZ obraze dobře detekovatelné, stejně jako například stupeň myelinizace bílé hmoty.

■ Závěr

Ultrazvukové vyšetření má v diagnostice patologií mozku novorozenců a kojenců zastupitelné místo, zejména vzhledem k možnosti vyšetření u lůžka pacienta a prakticky nulovému riziku poškození pacienta během vyšetření. Je velmi výhodné pro sledování novorozenců v kritickém stavu, v případě potřeby s možností opakování vyšetření i několikrát za den. Navíc s novými technickými možnostmi dojde bezesporu i ke zlepšení diagnostiky difúzních procesů, které jsou v současné době výhradní doménou magnetické rezonance.

■ Literatura

Dudink, J., Jeanne Steggerda, S., Horsch, S. et al. State-of-the-art neonatal cerebral ultrasound: technique and reporting. *Pediatr Res* 87 (Suppl 1), 3–12 (2020).
<https://doi-org.laneproxy.stanford.edu/10.1038/s41390-020-0776-y>
Bailey, C., Huisman, T.A., de Jong, R.M. and Hwang, M. (2017), Contrast-Enhanced Ultrasound and Elastography Imaging of the Neonatal Brain: A Review. *J Neuroimaging*,

27:437–441.

<https://doi-org.laneproxy.stanford.edu/10.1111/jon.12443>

Hwang M, Zhang Z, Katz J, Freeman C, Kilbaugh T. Brain contrast-enhanced ultrasonography and elastography in infants. *Ultrasonography*. 2022 Oct;41(4):633–649.

Daneman A, Epelman M, Blaser S, Jarrin JR. Imaging of the brain in full-term neonates: does sonography still play a role? *Pediatr Radiol*. 2006 Jul;36(7):636–46.
doi: 10.1007/s00247-006-0201-7. Epub 2006 May 16. PMID: 16770668.

Epelman M, Danema A, Chauvin N, Hirsch W. Head Ultrasound and MR Imaging in the Evaluation of Neonatal Encephalopathy: Competitive or Complementary Imaging Studies? *Magnetic Resonance Imaging Clinics of North America*, 2012-02-01, Volume 20, Issue 1, Pages 93–115, Copyright © 2012 Elsevier Inc.

Siegel MJ, Shackelford GD, Perlman JM, Fulling KH. Hypoxic-ischemic encephalopathy in term infants: diagnosis and prognosis evaluated by ultrasound. *Radiology* 1984 152:2, 395–399.

van Wezel-Meijler G. Neonatal cranial ultrasonography: Springer, 2007. 168 pages, ISBN 978-3-540-69906-4-4.

Dinan D, Daneman A, Guimaraes CV, Chauvin NA, Victoria T, Epelman M. Easily Overlooked Sonographic Findings in the Evaluation of Neonatal Encephalopathy: Lessons Learned From Magnetic Resonance Imaging. *Seminars in Ultrasound, CT and MRI*. Dec 2014;35(6):627–651.

■ Příklady patologických nálezů při UZ vyšetření mozku

Obr. 9 + 10 Postinfekční hydrocefalus u pacienta po listeriové sepsi a meningitidě; cor. rovina. Šipkou je označen katetr ventrikulo-peritoneální drenáže v postranních komorách





Obr. 11 + 12 Objemná pravostranná centrální arachnoideální cysta s kompresí pravé postranní komory a přesunem středočárových struktur doleva; cor. a sag. rovina



Obr. 13-15 Středočárový perikalózní lipom, cor. a sag. rovina, dopplerovské mapování (bez známek zvýšené perfuze léze)

Obr. 16 + 17 Rozsáhlá levostranná ischemie s centrální nekrózou, cor. a sag. rovina

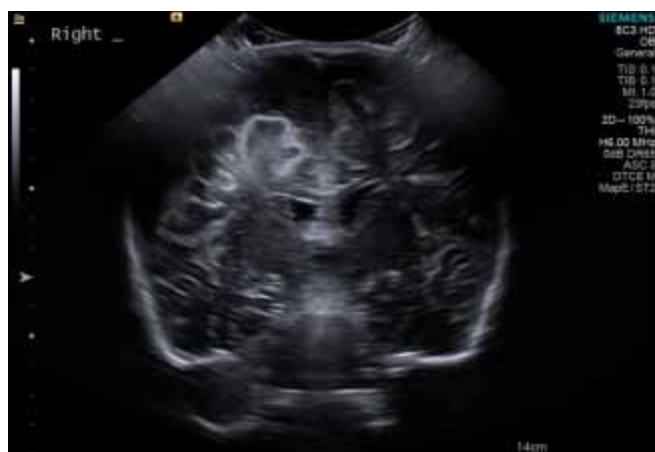




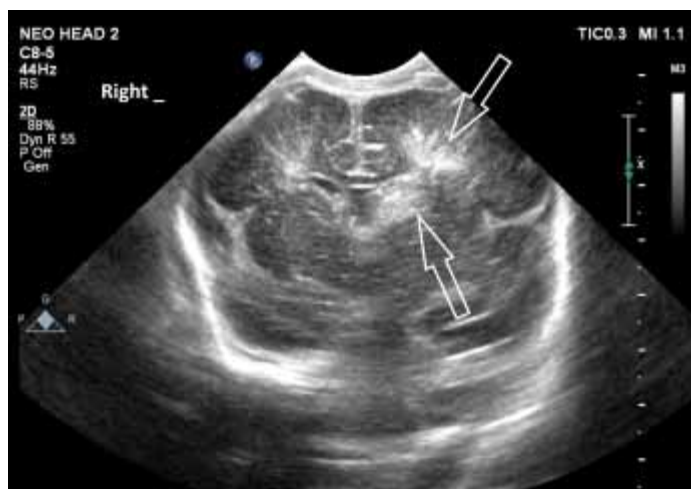
Obr. 18
Pravostranný subdurální hematom
(označen šipkami) u dítěte s CAN,
cor. rovina



Obr. 19 + 20 Prokrvácený tumor zadní jámy lební s pravostrannou
převahou; cor. a sag. rovina (v sag. rovině označen šipkami).
Histologicky prokázán atypický teratoid/rhabdoidní tumor



Obr. 21-23
Sturge-Weber syndrom. Hypoplazie frontoparietálně vpravo
s hyperechogenní kůrou a echogenním obsahem subarachnoideálních
prostor. Cor., sag. rovina a cor. rovina za užití lineární sondy



Obr. 24 + 25 Levostranná intraventrikulární hemorhagie IV. stupně; cor. a sag. rovina. V cor. rovině označeno šipkami



Obr. 26 + 27 Levostranná meziofrontální fokální kortikální dysplazie II. typu. Cor. a sag. rovina, v sag. rovině označeno šipkou

■ Jedy v sirupech proti kašli nejspíše mohou za smrt stovky dětí v Indonésii

Indonésie ve středu zakázala prodávat všechny tekuté léčebné přípravky. Za smrti nejméně 99 dětí totiž mohou stát jedovaté látky v některých sirupech proti kašli, potvrdil ve čtvrtek indonéský ministr zdravotnictví Budi Gunadi Sadikin. V zemi v nedávné době nezvykle narostl počet případů poškození a selhání ledvin u dětí.

„Ministerstvo zdravotnictví preventivně požádalo zdravotníky ve zdravotnických zařízeních, aby dočasně nepředepisovali tekuté léky ani sirupy,“ uvedl mluvčí indonéského ministerstva zdravotnictví Mohammad Syahril. „Žádáme také, aby lékárny dočasně zastavily veškerý prodej tekutých léčebných přípravků či sirupů bez lékařského předpisu, dokud neskončí naše vyšetřování,“ dodal.

Minulý týden Světová zdravotnická organizace (WHO) spojila čtyři sirupy indické výroby společnosti Maiden Pharmaceuticals Limited se smrtí až sedmi desítek dětí v následku selhání ledvin v Gambii. Dříve indické úřady zavřely továrnu na tyto přípravky v Novém Dillí, informuje BBC.

WHO má podezření, že čtyři přípravky společnosti Maiden Pharmaceuticals Limited obsahovaly nepřijatelné množství toxických látek způsobujících poškození mozku, plic, jater a ledvin.

Přestože se přípravky s jedovatými látkami, jež způsobily úmrtí dětí v Gambii, v Indii nepoužívaly, indonéský ministr zdravotnictví Budi Gunadi Sadikin ve čtvrtek uvedl, že v přípravcích, které zemřeli používali, se vyskytovaly stejné látky. Má jít o ethylenglykol a diethylenglykol, které se běžně přidávají do nemrznoucích směsí, barev, plastů či kosmetiky.

Indonéské ministerstvo zdravotnictví neuvedlo, jaké konkrétní přípravky měly toxické látky obsahovat.

Celkem Indonésie letos zaznamenala 206 případů akutního selhání ledvin u dětí, z toho 99 pacientů zemřelo. Podle indonéského ministra zdravotnictví ale může být počet pacientů s akutním selháním ledvin ve skutečnosti ještě vyšší než oficiální údaj.

Zdroj: novinky.cz, 20. 10. 2022



Komplikovaná pneumonie se septickým stavem

MUDr. Eliška Babická

PLDD v Kladně, v době kazuistiky Pediatrické oddělení Nemocnice Na Bulovce

■ Úvod

Komunitní pneumonie patří mezi nejčastější příčiny hospitalizace u dětí. Komplikované pneumonie (asi 7 % ze všech pneumonií) vykazují kromě plicní infiltrace navíc některé z dalších jevů jako pleurální výpotek, empyém, plicní absces, nekrotizaci, rozpadové dutiny, air leak syndrom (pneumothorax apod.), systémové komplikace anebo sepsi. Nejvyšší incidence dosahují u dětí do 5 let. Rizikovými faktory jsou nízký věk, imuno-deficience nebo chronická onemocnění. Etiologická agens se liší podle věku dítěte. V naší kazuistice jde o předškolní dítě, v jehož věkové skupině mezi původci převažují viry, v případě bakterií *Streptococcus pneumoniae*, dále *Streptococcus pyogenes* a *Staphylococcus aureus* (před zavedením očkování také *Haemophilus influenzae* typ b). Prognóza komplikovaných pneumonií je při adekvátní léčbě i přes prolongovaný průběh většinou dobrá.

■ Kazuistika

Na ambulanci dětského oddělení přichází tříletý chlapec s respiračním infektem a čtyřdenní anamnézou febrilií. Osobní anamnéza je nevýznamná, chlapec je očkován dle kalendáře, navíc Prevenarem. Při přijetí dominuje schvácenost a namáhavé hlasité dýchání. Poslechové je patrné oslabení ve středním a dolním plicním poli vlevo, dechová frekvence 40/min, AS pravidelná, 172/min, saturace O_2 96 %.

Obr. 1 (1. den)



Vstupní laboratorní hodnoty vykazují septický charakter: CRP 188 mg/l, PCT 63 ng/ml, leukocyty $13,4 \text{ tis.} \times 10^9/\text{l}$ s výrazným posunem doleva (40 % neutrofilních tyčů). V moči je zjištěna těžká proteinurie, kultivace sterilní. Dále je na ORL diagnostikována mesotitida l.d.x. a provedena paracentéza. RTG plic zobrazuje poměrně výrazné perihilozní infiltrace oboustranně (obr. 1).

Empiricky je nasazen ampicilin/sulbactam i.v., pro dušnost salbutamol inhalačně a symptomatická terapie. Třetí den přetrvává stále tachypnoe, poslechové je dýchání výrazně oslabené vlevo, Astrup bez větších odchylek, chlapec je subfebrilní. Do léčby je přidán claritromycin i.v. a prednison p.o.

V kontrolních odběrech (čtvrtý den) dochází k poklesu zánětlivých parametrů (CRP 32 mg/l), objevuje se elevace aminotransferáz. Na RTG plic je popsán kromě neustupující infiltrace bilaterální fluidothorax, dle USG 7 mm. Pátý den se klinický stav pacienta zhoršuje, je znovu febrilní, tachypnoický (až 50 dechů/min), saturace O_2 91 %, auskultačně je slyšitelné trubicové dýchání nad levou plicí. CRP stoupá na 121 mg/l. Je tedy zintenzivněna léčba kortikoidy a přidána oxygenoterapie.

Po týdnu hospitalizace přicházejí výsledky vstupních odběrů, kde je zjištěna pozitivita sérologie *Mycoplasma pneumoniae* (ostatní agens negativní). Následně dochází ke zlepšení klinického stavu chlapce, je afebrilní a eupnoický, poslechové jsou nyní patrné

Obr. 2 (11. den)



chrůpky a oslabení vlevo. Klesají zánětlivé markery (CRP 17 mg/l, PCT 1 ng/ml) i aminotransferázy, moč je již bez proteinurie, v krevním obraze se objevuje výrazná trombocytóza ($1 \text{ } 147 \times 10^9/\text{l}$) a anémie (Hb 97 g/l). Překvapivým nálezem je progresse na kontrolním rentgenovém snímku, levá plic je kompletně zastíněna při plášťovém výpotku (obr. 2).

Dvanáctý den hospitalizace je provedena bronchoskopie s nálezem edematózní sliznice difúzně, v BAL popsána alveolitida s převahou neutrofilů, infekční agens se nepodařilo zachytit ani kulturačně, ani pomocí PCR.

V dalších dnech dochází opět ke zvýšení zánětlivých parametrů, ampicilin/sulbactam je proto změněn na clindamycin. Patnáctý den hospitalizace se na RTG objevují četné rozpadové dutiny v levé plicí s mírným přetlakem mediastina doprava (obr. 3). Pro riziko ruptury pneumotokély či útlaku pravé plice je pacient přeložen na vyšší pracoviště s možností chirurgické intervence.

Zde je ultrasonograficky zjištěna progresse výpotku (až 13 mm) s hustou tekutinou a konsolidace plicní tkáně vlevo. Je pokračováno v léčbě clindamycinem i.v., přidán i.v. ceftriaxon a methylprednisolon. Claritromycin je z léčby (v.s. pro přítomnost antigenu pneumokoka v moči) vysazen. Během následujících dvou týdnů dochází k postupné regresi atelektatiko-infiltrativ-

Obr. 3 (15. den)





Obr. 4 (33. den)



Obr. 5 (60. den)

ních změn na RTG. Při dimisi po 19 dnech hospitalizace na druhém pracovišti měří výpotek dle USG 6 mm, v levé plicí přetrvává konsolidace o velikosti 6 × 5 × 2 cm (obr. 4). Klinicky je chlapec bez obtíží, nekašle, poslechový nález je čistý.

V domácím léčení užívá pacient cefuroxim p.o. ještě dalších 28 dní pro přetrvávající atelektatické změny na kontrolním RTG. Po 60 dnech antibiotické léčby (32 dní i.v., 28 dní p.o.) jsou na RTG patrné reziduální změny (obr. 5), které se postupně v následujících měsících zhojí ad integrum.

V současné době je našemu pacientovi 11 let, je zcela zdravý, další pneumonii neprodělal, plicní funkce jsou zcela bez poškození.

■ Diskuse

V kazuistice je prezentován případ pneumonie komplikované pleurálním výpotkem a tvorbou rozpadových dutin, které vznikly po dvou týdnech dvojkombinace antibiotik u dosud zdravého dítěte. Volba správného antibiotika byla ztížena nejasným etiologickým agens. Za předpokladu nejčastějšího původce, tedy pneumokoka, by nejvhodnějším antibiotikem byl krystalický penicilin pro jeho lepší prostupnost do krve, plicní tkáně i výpotku při vysokodávkovaném podávání.

Empiricky bylo zvoleno aminopenicilinové antibiotikum, v.s. vzhledem k přidružené mesotitidě. Test na přítomnost antigenu pneumokoka v moči nebyl na našem pracovišti proveden pro jeho častou falešnou pozitivitu u předškolních kolonizovaných dětí. Na druhém pracovišti proveden byl, s pozitivním výsledkem. Z tohoto vyšetření však není případně možné zjistit, o jaký sérotyp se jednalo (dítě bylo očkováno Prevenarem 13). Claritromycin byl indikován na základě výsledku sérologií. Je však otázkou, zda se nejednalo jen o nespecifickou reakci, neboť mycoplasmová infekce u dětí v tomto věku je neobvyklá a klinický průběh neodpovídal atypické pneumonii. Přítomnost pneumatokélu by mohla svědčit pro stafylokoka, proto byl ampicilin/sulbactam nahrazen clindamycinem.

Fluidothorax a rozpadové dutiny si u našeho pacienta nevyžádaly chirurgickou ani jinou invazivní intervenci, jak by tomu bylo při respirační tísní či přesunu mediastina, v případě výpotku většinou u velikosti nad 2 cm. Ke kompletnímu zhojení byl dostačující konzervativní postup s celkovou dobou hospitalizace 33 dní a podáváním antibiotik 60 dní.

V kazuistice je demonstrován význam zobrazovacích metod u prolongované komplikované pneumonie. Jak RTG, tak USG hrudníku

hrály rozhodující roli v přístupu k pacientovi a jeho léčbě. Další možnost zobrazení u komplikovaných pneumonií představuje CT hrudníku, jehož užívání se snažíme u dětí minimalizovat. Zvoleno by mělo být např. při nejasných ložiskových nálezech na plicích.

■ Literatura

1. Rishi Pabary, Ian M. Balfour-Lynn Breathe 2013 9: 210-222; DOI: 10.1183/20734735.043012
2. Muhammad Waseem. Pediatric pneumonia. Medscape. Jun 05, 2020. Dostupné z: <https://emedicine.medscape.com/article/967822-overview#a4>
3. Vančíková Z., Židová D., Hradský O., Pleskačová J. Komplikované komunitní pneumonie u dětí. Pediatr. pro Praxi 2009; 10(2): 118-122.
4. Denise Serebrisky. Pneumatocele. Medscape. Apr 22, 2021. Dostupné z: <https://emedicine.medscape.com/article/1003289-overview#a2>





Získaná onemocnění kyčelního kloubu u dětí

MUDr. Agnes Gabúlová¹, MUDr. Karel Urbášek, Ph.D.¹, MUDr. Jan Kocanda²

¹Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, LF MU a FN Brno

²Ortopedická klinika, LF MU a FN Brno

Onemocnění kyčelního kloubu u dětí jsou jedněmi z nejčastějších problémů, které jsou v rámci dětské ortopedie řešeny. Dítě přichází většinou pro kulhání a bolestivost. Oba tyto příznaky provázejí jak akutní stavy, vyžadující okamžitou péči a pozornost, tak stavy semiakutní nebo i chronické. Diferenciální diagnostika je široká, i když věk dítěte může někdy zúžit diagnostickou rozvahu. Na prvním místě stojí vždy úrazová etiologie, kterou je třeba vyloučit, následně je možno přemýšlet o zánětlivé etiologii, získané nebo vrozené vadě a v neposlední řadě i o tumorózní afekci benigního nebo méně často maligního charakteru.

Tranzientní synovialitis (coxitis) je jednou z nejčastějších příčin bolestivosti kyčle a kulhání, hlavně u menších dětí. Typický je poměrně „dramatický“ nástup potíží, kdy dítě ze dne na den nechce stoupnout na postiženou končetinu, kulhá nebo odmítá chodit. V anamnéze nejprve vyloučíme úrazovou etiologii, následně pátráme v anamnéze po infekci horních dýchacích cest nebo gastroenteritis, může se však jednat i o klinicky němý zánět v těle. Ptáme se na klíště v anamnéze, i když s borreliovou artritidou se setkáváme prakticky výhradně v oblasti kolenního kloubu. Během klinického vyšetření zkoušíme hybnost v kyčelních kloubech ve smyslu flexe/extenze, rotace a abdukce. Z paraklinických vyšetření je na prvním místě sonografie a RTG vyšetření. Při RTG kyčlí je nutné vyšetřit kyčle ve dvou projekcích, jelikož některé patologie zejména v iniciální fázi v předozadní projekci nemusejí být patrné. RTG je často negativní, někdy můžeme na postižené straně vidět rozšíření kloubní štěrbin. Ultrazvuk ukáže anechogenní výpotek, který zvyšuje tlak v kloubu a způsobuje bolestivost. Terapií je přísný klidový režim, NSAIDs v dávce dle hmotnosti dítěte. Laboratorní vyšetření není v tomto případě nutností. Klinické vyšetření a kontrolní UZ indikujeme za 1–2 týdny. Při



Obr. 1 UZ obraz tranziční synovialitis/coxitis, šipky znázorňují rozšířenou přední kapsulární distanci



Obr. 2 VDK – obraz luxace L kyčle

nelepšení klinického a UZ nálezu během 6 týdnů od začátku potíží je potřeba myslet i na revmatologické onemocnění (např. **juvenilní idiopatická artritida (JIA)**). Léčba JIA je plně v kompetenci atestovaného dětského revmatologa.

Purulentní coxitis se od tranziční coxitis odlišuje hlavně celkovými příznaky. Pozorujeme celkovou schvácenost pacienta, horečku a výrazné omezení pohybu v kyčelním kloubu i s klidovou bolestí. Někdy

můžeme pozorovat i zarudnutí okolní kůže, otok. UZ ukáže zahuštěný výpotek/hnis v kloubu. V laboratorním nálezu dominují vysoké zánětlivé parametry. Zlatým standardem je chirurgická revize kyčelního kloubu, výplach a drenáž, i.v. a následná p.o. ATB terapie trvající celkem až 6 týdnů.

Vývojová dysplazie kyčelního kloubu (VDK) představuje celou škálu postižení kyčelního kloubu od lehké dysplazie až po úplnou luxaci. Léčbu vyžadují cca 1–2 %

Tabulka 1 Kocherova kritéria pro purulentní coxitis

Kocherova kritéria	Ne (0 bodů)	Ano (1 bod)
odlehčení postižené končetiny		
tělesná teplota > 38,5 °C		
FW > 40 mm/hod		
leukocyty > 12 000/mm ³		

při získání 4 bodů kritérii je 99,6% pravděpodobnost purulentní coxitis; při absenci příznaků je pravděpodobnost purulentní coxitis 0,2%



Obr. 3 VDK – po otevřené repozici, reziduální dysplazie acetabula



Obr. 4 VDK – po korekci reziduální dysplazie, po acetabuloplastice, štěp z pánve

děti. Etiologie je multifaktoriální a existuje mnoho teorií. Určitou roli hraje genetika. Dívky jsou postiženy 4–8× častěji. Během porodu se vylučuje relaxin, dívky jsou na něj senzitivnější, proto u nich dochází k většímu uvolnění kloubního pouzdra se zvýšeným rizikem luxace. Mezi nejčastější rizikové faktory se řadí pozitivní rodinná anamnéza a poloha plodu koncem pánevním. Při této poloze jsou kolena v extenzi a kyčle v hyperflexi, tato nepřirozená pozice zvyšuje tlak hlavičky na okraj acetabula, a tím přispívá ke vzniku VDK.

V České republice je zaveden screening, sestávající z tzv. „trojího síta“, kdy každé dítě je 3× vyšetřeno ortopedem, jak klinicky, tak ultrazvukem. Při klinickém vyšetření zjišťujeme stabilitu kloubu, ptáme se na rodinnou anamnézu a polohu plodu. První vyšetření probíhá v porodnici, ideálně 2.–5. den života. Následuje ultrazvukové vyšetření, hodnotíme tvar acetabula dle Grafovy klasifikace a ev. určujeme stupeň dysplazie. Pokud nedojde k vyšetření dítěte v porodnici, je vhodné vyšetření dítěte do 3 týdnů věku (nejpozději do 6 týdnů). Další vyšetření je v 6.–8. týdnu a poslední ve věku

cca 3–4 měsíce (do 6 měsíců). Při nálezů dysplazie (Graf IIC a horší) zahajujeme terapii. U menších dětí je metodou volby Frejkova peřinka, ev. Wagnerovy punčošky, u větších dětí jsou metodou volby Pavlíkovy třmeny. Cílem abdukčního režimu je udržení optimální centrace kyčelních kloubů, a tím umožnění normálního vývoje jak hlavičky, tak acetabula. Pokud nejsme schopni zajistit centrované kyčle abdukční pomůckou, je indikována vertikální trakce (VT) za hospitalizace. Při trakci je postupně zvětšována abdukce a tím teoreticky dochází k repozici kyčelního kloubu, trakce obvykle trvá 1–6 týdnů dle zvyklostí pracoviště. Po vertikální trakci následuje artrografie v celkové anestezii (CA), zakloubení kyčle zavřenou repozicí a naložení sádrové spiky na 6–8 týdnů, následně přesazení do abdukční ortézy nebo Pavlíkových třmenů. Při neúspěchu zavřené repozice je nutná otevřená repozice, kdy se kyčel zakloubí z otevřeného přístupu. K operaci lze přistoupit zhruba od věku 6 měsíců. Rizikem léčby VDK je avaskulární nekróza hlavičky femuru, dále pak reziduální dysplazie. Děti po léčbě VDK je nutné sledovat až do ukončení růstu a ev. reziduální

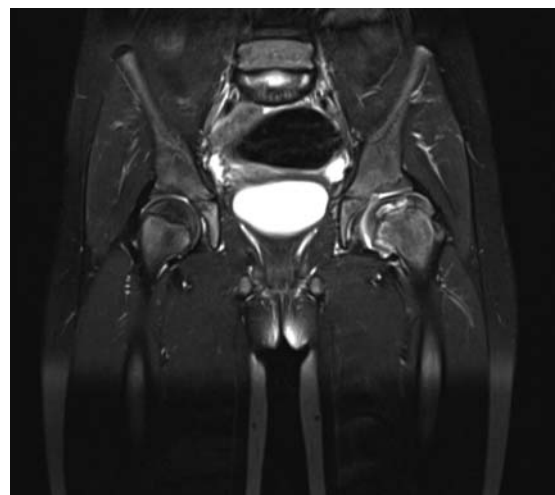
dysplazii závčas korigovat. Neléčená reziduální dysplazie je preartrotickým stavem.

Leggova-Calvéova-Perthesova choroba (LCPD, M. Perthes) je další příčinou dlouhodobého kulhání, vyskytuje se u menších dětí, nejčastěji ve věku 5–8 let. Nad 9 let označujeme onemocnění jako pozdní Perthes. Onemocnění je definováno jako avaskulární, aseptická nekróza hlavičky stehenní kosti u dětí. Etiologie je neznámá, teorii o možnosti vzniku je vícero. Mezi faktory přispívající k rozvoji nemoci patří koagulopatie (např. leidská mutace), z rodinné anamnézy kouření nebo užívání některých léků nebo drog u matky během těhotenství. Mezi rizikové faktory patří i vysoký krevní tlak dítěte, který je ovšem často poddiagnostikován. Dochází k ischemickým atakám v povodí cév vyživujících hlavičku stehenní kosti, a dochází tak k její nekróze a postupnému rozpadu. Nemoc má 4 stadia – nekrózu, fragmentaci, reosifikaci a remodelaci. Hlavička femuru postupně ztrácí svůj původní tvar a bortí se. V pozdějších fázích dochází k přestavbě nové kosti a hlavička nabývá svůj nový definitivní tvar. Cílem

Obr. 5 M. Perthes – fragmentace hlavičky vlevo



Obr. 6 M. Perthes – fragmentace hlavičky vlevo na MRI





Obr. 7 CVA – AP projekce - skluz minimálně patrný



Obr. 8 CVA – žabí projekce - maximálně vyjádřený skluz hlavice

terapie je dosažení co možná nejlepší kongruence kloubu a přestavby hlavice do tvaru blízcího se tomu původnímu při zachování maximálního možného rozsahu pohybu. Pacient většinou přichází pro kulhání, někdy i bolestivost v oblasti kyčle, stehna, někdy i kolena a omezení rozsahu pohybu v kyčli, diagnostika je založena na RTG snímku kyčlí ve dvou projekcích. Zcela počáteční stadium nemusí být na RTG patrné, UZ obraz je velice podobný jako u tranzientní coxitis, pro upřesnění diagnózy je možné doplnění MRI, u menších dětí je toto vyšetření často spojeno s nutností celkové anestezie. V rámci terapie je indikován klidový režim, odlehčení o berlích u dětí, které to zvládnou. V akutní, bolestivé fázi nasadíme NSAID. Klíčové pro dobrý výsledek je udržení maximálního možného pohybu v kyčelním kloubu, proto je fyzioterapie vždy nutná. Při ambulantních kontrolách, které indikujeme po 6–12 týdnech, sledujeme rozsah pohybu a na RTG snímcích hodnotíme rozsah nekrózy hlavice, její tvar a centraci v jamce. Při známkách tzv. „rizikové hlavice“ zvažujeme operační léčbu. Cílem operace je zajištění tzv. „con-

tainment“ stavu, kdy fragmentovaná vulnerabilní hlavice je správně kryta acetabulem. Toho lze dosáhnout nejčastěji osteotomií proximálního femuru, pánve nebo kombinací obojího. Do 6 let věku má onemocnění vesměs dobrou prognózu, nad 9 let víceméně špatnou. Dále výsledek závisí na rozsahu postižení hlavice, rozsahu pohybu a dalších faktorech. I Perthesova choroba je preartrotickým stavem.

Coxa vara adolescens (CVA) je neúrazový skluz hlavice kosti stehenní a je typickým onemocněním starších dětí a adolescentů. V době dospívání dochází k přechodnému oslabení subkapitální chrupavky a následnému skluzu hlavice nejčastěji dozadu a do varozity. Chlapci jsou postiženi častěji, častou etiologií je endokrinopatie. Typický je obézní habitus pacienta, přičemž tuková tkáň produkuje estrogen, který zvyšuje vulnerabilitu chrupavky. Vyskytuje se nejčastěji ve věku 10–14 let, riziko bilaterálního výskytu je cca 30%. Z příznaků dominuje u chronické CVA dlouhodobé, někdy i měsíce trvající kulhání. Pacienta přivede do ambulance pro-

gredující bolestivost a omezení hybnosti kyčelního kloubu, přičemž samostatná chůze je možná. Při klinickém vyšetření dominuje omezení hybnosti v postižené kyčli. V leže vidíme zevně-rotaci postižené dolní končetiny. Pozitivní je tzv. Drehmanovo znamení, kdy při pokusu o flexi v kyčli dochází současně k zevní rotaci. Naproti tomu u akutní CVA, označované jako nestabilní, dochází po relativně krátkém období potíží, většinou pouze několika dní, k akutnímu skluzu hlavice doprovázenému výraznou bolestí znemožňující zatížení končetiny. Diagnózu ověřujeme pomocí RTG kyčlí ve dvou projekcích, kde vidíme skluz proximální femorální epifýzy. V rámci primárního ošetření u chronických CVA je indikována chůze o berlích bez došlapu na postiženou končetinu, operační korekci indikujeme elektivně. U akutního skluzu je indikována časná operační intervence s punkcí hemartrosu s cílem zabránit ischemické nekróze hlavice. Cílem operační intervence je dostat hlavici stehenní kosti do maximálně možné fyziologické pozice, toho lze dosáhnout osteotomií horního konce stehenní kosti buď

Obr. 9 CVA – AP projekce po subkapitální osteotomii a korekci

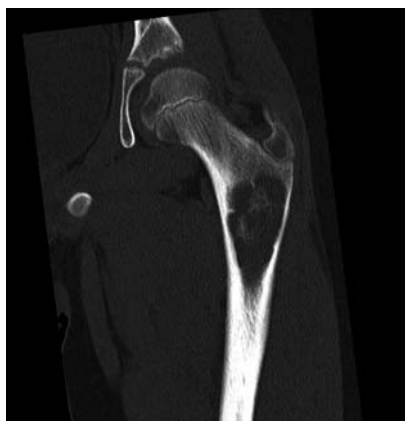


Obr. 10 CVA – žabí projekce po subkapitální osteotomii a korekci





Obr. 11 Juvenilní kostní cysta – AP projekce



Obr. 12 Juvenilní kostní cysta na CT



Obr. 13 Juvenilní kostní cysta, po výplni syntetickým trikalcium fosfátem

extraartikulární, nebo intraartikulární za pomoci tzv. chirurgické dislokace kyčelního kloubu. Komplikací CVA a její léčby je avaskulární nekróza hlavičky femuru a reziduální deformita, což je výrazným preartrotickým stavem.

Benigní a maligní kostní afekce u dětí vídáme relativně méně často. V kterémkoliv věku při anamnéze noční bolesti, která je typická pro maligní tumory, je potřeba zvýšit pozornost. Dle lokalizace můžeme pomýšlet na následující jednotky: v epifýze – chondroblastom, eozinofilní granulom, obrovskobu-

něčný nádor. V metafýze se často vyskytují kostní cysty, osteoid osteom, osteosarkom, Ewingův sarkom. Častá je palpační bolest proximálního stehna nebo oblasti velkého trochanteru. V ambulanci dětského ortopeda se nejčastěji vyskytuje solitární kostní cysta. Cysta je v oblasti proximálního femuru riziková, ztenčuje kortikalis a může dojít ke vzniku patologické fraktury. Často až při zlomenině dochází k diagnóze, někdy je cysta zachycena jako náhodný nález při snímkování přilehlé lokality. Definitivním řešením v této lokalitě je výplň cysty syntetickým materiálem nebo štěpy z kostní banky.

Praktický lékař pro děti a dorost je často prvním specialistou, který se s dítětem s onemocněním kyčle setká, proto stručný přehled jistě není na škodu. Vždy je základem dobrý odběr anamnézy a kvalitní klinické vyšetření (pasivní omezení pohybu v kyčli u dítěte signalizuje kloubní patologii). Kulhající dítě s neúrazovou anamnézou si zasluhuje vždy pozornost. Ze zobrazovacích vyšetření si většinou vystačíme s těmi základními. Je důležité rozeznat potenciálně rizikové akutní stavy, zejména purulentní coxitis, a maligní tumory.

Skořice – potravinový alergen

Skořice je aromatická kůra skořicovníků, stálezelených tropických stromů, které patří do čeledi vavřínovitě (*Lauraceae*). Je léčivá, vyrábějí se z ní silice, tinktury nebo olej. Má kořeně nasládlou chuť a příjemnou vůni, kterou jí dává zejména obsažená sloučenina cinnamaldehyd. Ten však může vyvolat u citlivých jedinců alergii.

Výskyt skořicovníku

Nejvíce zastoupenými druhy jsou skořicovník ceylonský a čínský. Svůj původ má skořicovník v Asii, kde se používal jako koření i lék. Nyní jej najdeme nejen na plantážích v celém tropickém a subtropickém pásmu jihovýchodní Asie, zejména v Indonésii, ale i na Seychelských ostrovech a Madagaskaru nebo v Brazílii.

Účinky skořice a projevy alergie

Přestože má skořice dezinfekční, antibakteriální a protizánětlivé účinky, podporuje zažívání, cirkulaci krve, stabilizuje hladinu krevního cukru, působí při nevolnosti, kolice, nadýmání, průjem, uvolňuje křeče a svalové tenze, může také vyvolat alergii. Alergická reakce se v případě skořice může objevit nejen po konzumaci alergenu, ale i po kontaktu s kůží. Mohou se objevit otoky a svědění (rtů, jazyka, hrdla, ale třeba i víček a uší), kašel. Může dojít k zažívacím obtížím (zvracení, nadýmání, bolest žaludku, křeče v břiše, průjem).

Kožní reakce se může objevit za pár minut, ale také až druhý den (vyrážka, otoky, červené skvrny na kůži, zhoršení atopického ekzému).

Zkřížené alergie fungují i u koření

Skořice stejně tak jako například zázvor, kmín, kari nebo anýz vykazuje zkříženou alergii s hlavním alergenem – bylinným pylem merlíku nebo pelyňku. Skořice obsahuje cinnamaldehyd, což je sloučenina, která může vyvolat alergickou reakci. Při alergii na skořici není důvod nějak zásadně měnit své stravovací návyky. Stačí se prokázanému alergenu vyhýbat a při vaření ho nepoužívat.

Kumariny a riziko rakoviny

Nejnebezpečnějšími látkami obsaženými v obou druzích skořice jsou kumariny. Jsou to aromatické sloučeniny, které rostliny chrání proti hmyzu a hlodavcům. Člověk sice kumarin metabolizuje, i tak je však pro něj ve větší dávce silně toxický. Tolerovaný denní příjem kumarinu je přibližně 0,1 mg na kilogram tělesné hmotnosti. Překročení limitu může způsobit poškození jater a další zdravotní komplikace. Studie na zvířatech ukázaly, že příliš mnoho kumarinu může zvýšit riziko některých druhů rakoviny. Především na plicích, játrech a ledvinách. Zatím však není jasné, proč tyto látky podporují rakovinové bujení.

Zdroj: www.astma.cz, 26. 10. 2022



Nejčastější onemocnění nehtů

MUDr. et MUDr. Pavel Konrád

Kožní ambulance Černošice

V článku jsou popsána nejčastější nemykotická poškození nehtových plotének a jejich bezprostředního okolí. U jednotlivých změn jsou uvedeny etiopatogeneze, klinický obraz a terapie.

Klíčová slova: onychodystrophia, onycholysis, remineralizace, chitosan salicylát, kyselina orthokřemičitá, metylsulfonylmetan, masticha.

Anatomie a fyziologie nehtu

Nehet (lat. unguis, ř. onyx-onychosis) je rohovinový derivát kůže pokrývající distální část prstů. Skládá se z nehtové matrix – zárodečné tkáně, ze které vyrůstá nehtová ploténka posunující se distálním směrem po nehtovém lůžku. Proximální a laterální nehtové valy společně s eponychiem a hyponychiem tvoří ohraničení a nehet chrání před vnějšími vlivy. Většina matrix je ukryta pod proximálním nehtovým valem a pouze její 1/3 je viditelná na nehtové ploténce jako poloměsíčitě bělavé zbarvení zvané lunula. Matrix má 2 části – proximální a distální, ze kterých vyrůstá dorzální a ventrální část nehtové ploténky. Nehtová ploténka se skládá ze zhruba 150–200 vrstev zrohovatělých keratinocytů – korneocytů.[1] Nehty narostou přibližně 0,9 mm za týden. Nejrychleji roste nehet na 3. prstu rukou. Při některých kožních onemocněních (psoriasis vulgaris) rostou nehty rychleji, při některých pomaleji (lichen planus). Nehtová ploténka propouští přibližně 3 % UVB a 10 % UVA záření. Zajímavá je transkorneální ztráta vody přes zdravou nehtovou ploténku, která je 100násobně větší než přes zrohovatělou pokožku. Za normálních okolností má nehtová ploténka transparentní barvu a hladký povrch. Ve stáří je nehtová ploténka podélně rýhovaná a často má šindelovité uspořádání (onychodystrophia schindelmoides Stühmer).[2]

Definice

Onychodystrofie nehtu je souhrnný název změn poukazujících na poškození nehtové ploténky. Vzniká poškozením nehtové matrix nebo nehtového lůžka širokou škálou vyvolávajících faktorů, mezi které se řadí infekční, zánětlivá, nádorová, systémová a vrozená onemocnění. V závislosti na lokalizaci, délce a mechanismu poškození vznikají patolo-

gické stavy nehtového aparátu prezentující se různorodým klinickým obrazem.[3]

Etiologie a patogeneze

Problematika patologií nehtu je rozsáhlá, v klinické praxi se nejčastěji setkáváme s mykotickým poškozením nehtových plotének, které ale není tématem tohoto článku. Ostatní choroby nehtů lze dělit podle mnohých charakteristik, jako jsou klinický obraz, lokalizace poškození či vyvolávající příčiny. Nejprehlednější dělení je následující:

1. změna tvaru a reliéfu nehtové ploténky
2. barevné změny nehtové ploténky
3. poškození nehtového lůžka

Změna tvaru a reliéfu nehtové ploténky

Onychoschisis (ř. schisis – rozštěpení)

Jedná se o rozštěpení nehtové ploténky nejméně na dvě vrstvy od volného okraje nehtu (obr. 1). Příčinou bývá často přímé trauma nehtové ploténky, např. hraním na hudební nástroje, a dále chemické noxy – sodium lauryl sulfát v mycích prostředcích, saponáty a odlakovače.[4]

Onychorrhexis (ř. rhexis – trhлина)

Nadměrná lámavost nehtů projevující se odlamováním či rozštěpením volného okraje nehtu. Porucha je spojena s věkem či opakovaným stykem s rozpouštědly. Vyskytuje se při onemocněních jako lichen planus, hyperthyreóza, hypovitaminóza A a B či hypokalcémie.

Onychotillomania (ř. tillein – trhat, ř. mania – vášně)

Opakované poškozování nehtu nůžkami, nožem nebo okusováním nehtů.

Obr. 1 Onychoschisis



Obr. 2 Beauovy linie



Beauovy linie

Příčné linie ve formě žlábků souběžné s lunulou jsou tzv. Beauovy linie a reflektují retrospektivně řadu patologických procesů (obr. 2). Postihují celou tloušťku nehtové ploténky a objevují se například několik týdnů po nemocích doprovázených horečkou (tyfus, spála, chřipka, těžká angína). Je možné stanovit čas noxy, která ji vyvolala. U palců rukou 5–6 měsíců, palce nohou až 2 roky. Beauovy linie jsou vyvolány dočasnou redukcí aktivity matrix. Kromě následků onemocnění jsou příčinou traumata při nesprávné manikúře, tiky, deficit zinku či chemoterapie. Představují analogii Pohl-Pincusových linií na vlasových stvolech.[1]

Dystrophia mediana canaliformis (Heller)

Jedná se o neobvyklé poškození projevující se hlubokou, středem nehtu probíhající brázdou, začínající v oblasti kutikuly a pokračující až k volnému okraji nehtu. V případech popsaných Hellerem od tohoto centrálního defektu odstupují četné transverzální defekty a nález tak připomíná pířko či obrácenou jedli (obr. 3a, 3b). Poškození



Obr. 3a
Dystrophia
mediana
canaliformis
palec ruky (archiv
autora)

Obr. 3b Dystrophia mediana canaliformis palec nohy (archiv autora)





je obvykle symetrické a po letech může vymizet. Rekurence však nejsou vzácné. Příčiny jsou buď vrozené, nebo posttraumatické.[1,5]

Pterygium unguis (ř. pteryx – křídlo)

U křídlovitých nehtů dochází po těžkém poškození matrix, např. při poruchách prokrvení nebo sklerodermii, k odloučení nehtu a k přerůstání lůžka okolní kůží.[1]



Obr. 4 Onychosis punctata

Onychosis punctata

Povrch nehtu je pokryt malými tečkovitými depresiemi, které jsou různě velké, hluboké a mají různý tvar (obr. 4). Hloubka a rozsah odpovídají stupni poškození matrix. Hluboké jsou patrné u psoriázy, plytké u alopecia areata, ekzémů a profesionálních traumat.[1]

Trachyonychia (ř. trachys – drsný)

Nehtové ploténky připomínají vzhled „smirkového papíru“. Příčiny jsou vrozené, familiární nebo získané důsledkem řady chemikálií či traumat (obr. 5). Všechny 20 nehtových plotének může být takto postiženo u alopecia areata, lichen planus a psoriázy. Vzácnější dermatózy, u kterých tyto změny pozorujeme, jsou ichthyosis vulgaris, knuckle pads, vitiligo a ektodermální dysplazie.[1]

Onychogryfóza (ř. grypos – drápovitý, křivý)

Postihuje zejména nehtové ploténky palců na nohou. Dochází při ní ke ztlustění, zhrubění a ztrátě opacity nehtové ploténky na hyperplastickém nehtovém lůžku. Dalším vývojem se takto změněná nehtová ploténka stáčí podél prstů jako paroh. Obvykle je toto postižení získané otlakem obuvi, nedostatečným ošetřováním u velmi starých lidí, často demenčních či s postižením centrálního nervového systému a také u jinak zanedbaných jedinců (např. bezdomovců). Další lokální příčinou je tlak obuvi u pacientů s haluces valgus. Méně obvykle je

Obr. 5 Trachyonychia



spojena s některými dermatózami (ichthyosis, pemfigus, psoriáza, onychomykóza).[1]

Dolichonychia (ř. dolichos – dlouhý)

Vzhledově extrémně dlouhé a úzké nehtové ploténky. Koeficient mezi délkou a šířkou nehtové ploténky je u dolichonychie větší než 1,9. Asociovány jsou nejčastěji se syndromy Ehlersovým-Danlosovým a Marfanovým. Může se vyskytovat i u eunuchoidismu a hypopituitarismu.[1]

Paličkovité prsty (Hippokratovy, nehty tvaru hodinového sklíčka)

Morfologické změny jsou kombinací zvýrazněného příčného a podélného zakřivení nehtu se zesílením měkkých struktur striktně lokalizovaných na konečcích prstů. Úhel zakřivení mezi proximální a distální falangou je 160 až 140 stupňů (obr. 6). Patologický proces odpovědný za zakřivení je spojen se zvýšením krevního toku jako důsledku vazodilatace spíše než hyperplazie cév nehtového lůžka. Existují vzácné kongenitální formy, tzv. „nehty tvaru hodinového sklíčka“, symetrické, ale i unilaterální. Většinou je tato modifikace konfigurace nehtu získaná. V 80 % jsou důvodem patologické procesy torakální v důsledku hypoxie: bronchopulmonální cysty, abscesy, bronchiektázie, tuberkulóza, sarkoidóza, emfyzém, mukoviscidóza a astma v dětství. Dalšími důvody jsou nádory: primární bronchopulmonální karcinom, pleurální tumory, mediastinální nádory a M. Hodgkin. Za toto postižení jsou zodpovědná i kardiovaskulární onemocnění: vrozené srdeční vady spojené s cyanózou či vaskulární malformace. V 5 % případů jsou paličkovité prsty spojeny s onemocněními gastrointestinálního traktu, kterými mohou být karcinom žaludku, jícnu a střev, onemocnění tenkého a tlustého střeva, Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida.[1]

Koilonychia (ř. koilos – dutý)

Koilonychia jsou opakem paličkových prstů. Nehtové ploténky jsou konkávní, tvaru lžičky (obr. 7). Nejčastěji jsou postiženy nehty na prstech rukou. Koilonychia na nohou se vyskytují vzácně, jsou ale fyziologická do prvního roku života na palcích. Idiopatické



Obr. 6
Hippokratovy
nehty

formy jsou hereditární a kongenitální. Občas se vyskytují i s jinými patologiemi jako adenoma sebaceum Pringle, moniletrix, hyperkeratózy dlaní typu Meleda, nail-patella syndrom a leukonychie. Získané formy se vyskytují u onemocnění kardiovaskulárních a hematologických (sideropenie, polycytémie, hemochromatóza), infekčních (mykózy, syfilis), endokrinních (akromegalie, diabetes mellitus, hypotyreoidismus, tyreotoxikóza). Mohou být způsobeny traumaty, avitaminózami (PP, B2, C). Vyskytují se i u některých dermatóz (acanthosis nigricans, alopecia areata, pojivová onemocnění, lichen planus, psoriáza).

Mohou se objevit po transplantaci ledvin nebo se vyskytují u syndromu karpálního tunelu.

Barevné změny nehtové ploténky

Leukonychie (ř. leukos – bílý)

Leukonychie jsou bílé změny nehtové ploténky (obr. 8). Defektní keratinizací distální matrix vznikají parakeratotické buňky, které jsou na nehtové ploténce viditelné jako matně bělavá ložiska nebo proužky. Většinou mizí před dosažením distálního okraje. Příčinou jsou převážně mikrotrauma a vyskytuje se častěji u dětí.[3]

Melanonychie (ř. melanos – černý)

Podélná melanonychie je proužek hnědé nebo černé pigmentace nehtu podmíněný přítomností melaninu (obr. 9). Periunguální šíření pigmentu pod proximální nebo laterální nehtový val se nazývá Hutchinsonův příznak. Jeho přítomnost zvyšuje podezření na melanom. Hutchinsonův příznak je přítomen také u 1/3 névů a lentig nehtů, u Laugierova-Hunzikerova syndromu (endobukální lentiginóza, melanonychia striata na jednom nebo více prstech, periunguální pigmentace připomínající Hutchinsonovo znamení, pigmentované makuly na sliznici dutiny ústní a genitálu), etnické pigmentace nebo při užívání určité systémové terapie. V těchto



Obr. 7 Koilonychie



Obr. 8 Leukonychie



Obr. 9
Melanonychie



případech se hovoří o pseudo-Hutchinsonově příznaku. Většina případů melanonychií v dospělosti je na podkladě zvýšené aktivity melanocytů bez zvýšení počtu melanocytů. Fyziologicky se tak děje u těhotných a u osob s tmavou kůží, v patologických stavech vzniká při traumatech, u dermatóz, onychomykóz, systémových onemocnění (endokrinní poruchy, hyperbilirubinémie, alkaptonurie, hemosideróza, porfyrie, AIDS), u syndromů (Peutzův-Jeghersův syndrom, Laugierův-Hunzikerův syndrom) a iatrogeně (rentgenové záření, fototerapie, systémové léky – nejčastěji bleomycin, cyklofosamid, methotrexát, hydroxyurea, psoraleny, steroidy, flukonazol).[3]

Erytronychie (ř. erythros – červený)

Růžové až červené barevné změny na nehtové ploténce. Vznikají překrváním v okolí útlaku nehtového lůžka různými patologickými stavy. Při postižení tumory je obvykle zasažen jen jeden nehet. U Darierovy choroby, lichen planus, systémové amyloidózy, epidermolysis bullosa, graft versus host reakci bývá obvykle barevně změněno více nehtů.[3]

Poškození nehtového lůžka

Onycholysis (ř. lyein – uvolnit, rozpustit)

Parciální odloučení nehtové ploténky od nehtového lůžka začínající od volného konce nehtu a postupující proximálně (obr. 10). Při onycholýze vzniká subunguální prostor, kde se ukládají keratinové zbytky, detritus a vzduch. Odloučený nehet se proto jeví bělavý, ale strukturálně změněný není. Tato porucha se často vyskytuje při psoriáze, ekzému, lichenu, po traumatu a polékové (tetracyklin, taxany).[4]

Onychomadesis (ř. madésis – ztráta)

Totální odloučení nehtové ploténky od nehtového lůžka a nehtové matrix s následným odloučením celého nehtu (obr. 11). Zřídka vy-

vyskyt. Při odloučení jednoho nehtu se jedná zpravidla o posttraumatickou změnu (subunguální hematoma), při odloučení více nehtů jde nejčastěji o streptokokové infekce – scarlatina, o virové infekce Coxsackie či o polékové reakce – Lyellův syndrom. Dále se vyskytuje po kožních onemocněních, jako jsou lichen planus a alopecia areata.[2,4]

■ Diagnóza

Je dána klinickým nálezem, anamnézou a průběhem.

■ Terapie

Terapie se dělí na *lokální* a *celkovou*, u všech výše uvedených onemocnění nehtů je žádoucí indikovat obě současně.

V *lokální terapii* se využívá několika substancí, u nichž je klinicky prokázán vliv na zpevnění a remineralizaci nehtové ploténky. Základní substancí pro lokální terapii nehtů je **křemík** (lat. silicium). Nejlépe biologicky dostupný je ve formě *kyseliny orthokřemičité*. Nejsnadněji se v této formě získává z extraktu semen prosa (*Panicum milia-ceum*). Křemík remineralizuje nehet, obnovuje strukturu nehtu a zvyšuje jeho pevnost a pružnost.

Druhou základní substancí je **chitosan salicylát** (chitosan salicylate), ideálně získávaný také z čistě přírodních zdrojů. Pomáhá transportu substancí do nehtové ploténky, vytváří ochrannou bariéru, čímž snižuje lámavost nehtů a urychluje jejich růst. Kromě toho vykazuje antimikrobiální účinky.

Metilsulfonylemetan (dimethyl sulfone) je třetí základní substancí v lokální léčbě poruchy nehtů. Stabilizuje proteiny, čímž zlepšuje pevnost a pružnost nehtu, zesiluje vazby mezi vrstvami nehtu a tím zvyšuje tvrdost nehtové ploténky.

Další osvědčenou substancí, používanou již po staletí ve Středomoří jako balzám na vlasy a nehty, je olej z pryskyřice stromu *Pistacia lentiscus* (řečička lentišek) zvaný **mastic**, angl. mastic gum oil. Akceleruje syntézu keratinu a tím zvyšuje tloušťku nehtu. Olej z pryskyřice stromu *Pistacia lentiscus* obsahuje četné biologicky aktivní molekuly včetně esenciálních olejů, z nichž hlavními složkami jsou α -pinen, b-myrcen, b-pinen, linalool, limonen a karyofylen. In vitro prokázal, že zvyšuje syntézu tvrdých keratinů (K31, K83, K85), zvyšuje množství křemíku a in vivo zlepšuje pevnost a tloušťku nehtu.[6]

Nejvhodnější galenickou formou lokálního externa je **lak**. Jeho charakteristikou je, že na nehtové ploténce ulpívá, čímž je zaručeno, že účinné látky mohou do nehtové ploténky spolehlivě penetrovat.

Kombinací výše uvedených základních substancí je přípravek **Onysil® lak**.

Lak je smývatelný vodou, proto by měl být aplikován na suché nehtové ploténky, nejlépe večer před spaním.

V **celkové terapii** jsou lékem volby esenciální aminokyseliny methionin a cystein v dostatečné dávce, což znamená minimálně 1 000 mg methioninu a 200 mg cysteinu denně. Tyto látky jsou důležitou součástí bílkoviny keratin, která je základním stavebním kamenem vlasů a nehtů. Dále se doporučují vitamíny řady B, včetně panthenolu a biotinu (např. **Methionin komplex cps**). Vhodné je i doplnění zinku. Glukonát zinečnatý je vstřebatelnou formou zinku, je určen k podpoře růstu vlasů a nehtů (i hojení vředů a ran).[7]

■ Závěr

Onemocnění nehtů je časté a leckdy bohužel zcela neléčené. Projevy jsou na první pohled viditelné a pacienti často psychicky trpí. Cílem terapie je urychlit hojení nehtové ploténky a i v případě dědičné etiologie maximálně vylepšit estetický vzhled nehtů.

■ Literatura:

1. Korandová H. Onemocnění nehtů, Dermatologie pro praxi 2012;6(3):122–125
2. Braun-falco O, Plewig G, Wolf H, Dermatolgia a venerolgia, Osveta, s.r.o., Martin, 2001, 486–488 s.
3. Stumpfová A. Onemocnění a patologie nehtů, Dermatologie pro praxi 2017;11(2):64–70
4. Hercogová J. Klinická dermatovenerologie, Praha: Mladá fronta 2019, 279–587 s.
5. Štork J. et al. Dermatovenerologie, Praha Galén, 2008, 285–288 s.
6. Piraccini BM. Clinical and Instrumental Objective Evidence of the Efficacy of a New Water-Based Nail-Strengthening Solution Containing Pistacia lentiscus and Hyaluronic Acid Applied for Up to 6 Months to Improve the Appearance of Weak, Brittle Nails. Dermatol Ther (Heidelberg) 10. 2020 Nov, 119–131 s.
7. Fadrhonicová A. Farmakoterapie kožních nemocí, Praha: Grada 1999, 363–364 s.



Obr. 10 Onycholysis

Obr. 11 Onychomadesis





Ze světa odborné literatury...

■ Detekce streptokoka skupiny A u dětí s potvrzenou virovou faryngitidou

Tato původní práce potvrzuje často v praxi vídanou situaci, a to koincidenci virové faryngitidy s nosičstvím streptokoka. Studie finských autorů potvrdila, že streptokok skupiny A byl zjištěn u 17–43 % dětí s potvrzeným virovým zánětem hltanu. Tyto výsledky zdůrazňují **riziko detekce a následné nevhodné antibiotické léčby samotného nosičství streptokoka u dětí s virovou faryngitidou**. Proto je nutné antibiotickou léčbu v těchto případech indikovat uvážlivě, v kontextu s klinickými projevy, věkem pacienta, epidemiologickou anamnézou a zejména hodnotou laboratorních známek akutního zánětu.

Ivaska L, Niemelä J, Gröndahl-Yli-Hannuksela K et al. Detection of group A streptococcus in children with confirmed viral pharyngitis and antiviral host response. *Eur J Pediatr* 2022;181:4059–4065

■ Prevalence a klinické projevy tzv. long covidu u dětí

Systematický přehled italských autorů uvádí, že dostupná data ohledně tzv. long covidu (či postcovidového syndromu) u dětí jsou značně heterogenní a neúplná. Příznaky, které se často pod tento syndrom zařazují, nelze v mnoha případech odlišit od samotných důsledků protiepidemických opatření a tzv. lockdownu. Mezi nejčastěji zmiňované projevy long covidu patří únava (2–87 %), bolest hlavy (4–80 %), bolest kloubů a svalů (5–66 %), bolest na hrudi (1–51 %) a dušnost (2–57 %). **Před stanovením této diagnózy je vždy potřeba vyloučit jiné příčiny** a brát v potaz definici long covidu stanovenou Světovou zdravotnickou organizací (příznaky trvající alespoň dva měsíce, které mohou kolísat a obvykle se vyskytují až po třech měsících od nákazy SARS-CoV-2). Proto se snažme za vším nehledat jen covid, ale pátrat i po dalších příčinách – nejen somatických, ale i psychosociálních.

Pellegrino R, Chiappini E, Licari A. et al. Prevalence and clinical presentation of long COVID in children: a systematic review. *Eur J Pediatr* 2022;181:3995–4009

■ Přetrvávající virové vylučování ve stolici dětí s covidem-19

Další systematický přehled čínských autorů se věnuje infekciózitě dětí s covidem-19. Uvádí, že mladší jedinci ve srovnání s dospělými vykazují prodloužené vylučování viru SARS-CoV-2 ve stolici. Na tomto jevu se podílí několik skutečností. Jednak nedostatečná hygiena rukou dětí, jejich sklon polykat hleny a/nebo sliny, rozdílná exprese tzv. ACE2 (angiotensin konvertující enzym 2, který slouží jako receptor pro SARS-CoV-2) ve střevě či rozdílnost ve střevním mikrobiomu oproti dospělým. Výše uvedené aspekty je proto nutné reflektovat při **režimových hygienicko-epidemických opatřeních** u dětí s akutní koronavirovou nákazou.

Li WT, Zhang Y, Liu M et al. Prolonged viral shedding in feces of children with COVID-19: a systematic review and synthesis of data. *Eur J Pediatr* 2022;181:4011–4017

■ Srovnání krátkodobé a dlouhodobé léčby amoxicilinem u dětí s komunitní pneumonií

Mezinárodní skupina autorů přináší výsledky přehledu dostupné literatury s metaanalýzou, která se věnuje antibiotické léčbě komunitní pneumonie u dětí. U komunitně získané pneumonie se v ambulantním prostředí obvykle doporučuje jako první volba desetidenní léčba amoxicilinem. Avšak při srovnání pětidenního a desetidenního režimu data neprokazují žádný významný rozdíl klinického průběhu. Tato zjištění naznačují, že u **nekomplikované komunitní pneumonie u dětí mladších deseti let je krátkodobý režim s amoxicilinem (pět dní) stejně účinný jako ten delší (10 dní)**. Ke zobecňování tohoto postupu bychom však měli vždy přistupovat s opatrností, a to zejména v kontextu individuální klinické a sociální situace pacienta.

R Marques, I P Calvi, I A Cruz S et al. Shorter versus longer duration of Amoxicillin-based treatment for pediatric patients with community-acquired pneumonia: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Pediatr* 2022;181:3795–3804

■ Asociace mezi fototerapií a rizikem nádorového onemocnění

Uvedená metaanalýza převážně japonské autorské skupiny přináší statisticky významnou asociaci mezi **užitím fototerapie** hyperbilirubinémie v novorozeneckém věku a **rizikem rozvoje nádorového onemocnění** ve věku pozdějším, zejména pro nádory krvinek, zejména myeloidní leukémie. Na druhou stranu, nebyla prokázána vazba mezi délkou, resp. trváním fototerapie a tímto rizikem. Nicméně je z výše uvedeného patrné, že bychom měli dodržovat recentní indikační kritéria k fototerapii, nikoliv již v některých případech relativně „přísnější“ Hodrův-Poláčkův graf.

Abdellatif M, Tawfik GM, Makram AM et al. Association between neonatal phototherapy and future cancer: an updated systematic review and meta-analysis. *Eur J Pediatr* 2022; epub ahead of print.

■ Vyšší četnost respiračních příznaků u dětí s Downovým syndromem

Jedinci s Downovým syndromem jsou zatíženi **vyšším výskytem komorbidit**, zejména vrozených vad (nejčastěji srdce, cév a trávicího traktu), nádorových a autoimunitních onemocnění. Během dvouleté prospektivní nizozemské studie se však autoři zaměřili na četnost respiračních příznaků. Prokázali jejich **dvojnásobně zvýšený výskyt oproti běžné pediatrické populaci** (30 vs. 15 %). Dále děti s Downovým syndromem vyžadovaly častější návštěvu lékaře (21 vs. 12 %), vyšší preskripci antibiotik (48 vs. 26 %) a častěji absentovaly ve škole (56 vs. 25 %).

Eijssvoogel NB, Verstegen RHJ, van Well GTJ et al. Increased rate of respiratory symptoms in children with Down syndrome: a 2-year web-based parent-reported prospective study. *Eur J Pediatr* 2022;181:4079–4089

Zpracoval: MUDr. Jan David, Ph.D.

Rastislav Maďar: V Malawi nečekáme, jestli děti přijdou do nemocnice

Epidemiolog, vakcinolog a děkan ostravské lékařské fakulty Rastislav Maďar nepůsobí jen v Česku, ale také v Malawi. Tam se mu podařilo zrealizovat unikátní projekt – v nejchudším regionu země za pomoci místních lidí vybudoval v roce 2015 česko-slovenskou nemocnici. Pravidelně se zde tedy ocitá v roli terénního lékaře a se svými kolegy poskytuje zdravotní péči stovkám malých pacientů. V rozhovoru Rastislav Maďar prozradil, jak to v Malawi funguje s dětmi, jaké oblasti medicíny jsou pro něj nejvíc smysluplné a jak často se setkává s UNICEF.

Velkou část pacientů v nemocnici v Malawi pravděpodobně tvoří děti. V čem je práce lékaře na místě odlišná od práce pediatriů u nás?

Ve vyspělých zemích vidí společnost v dětech svou budoucnost a chováme se vůči nim někdy až velmi protektivně. Každé bolístce se věnuje pozornost, což je poměrně přirozené. V chudých rozvojových zemích jsou jako nejvzácnější část populace naopak vnímáni senioři, od kterých se mladší učí jak žít a přežít. Děti jsou nuceny chovat se od raného dětství samostatně a vzájemně si pomáhat. Jsou často ponechány samy sobě napospas. To je nezdědilanou příčinou podcenění jejich zdravotních problémů ze strany dospělých. Proto je naší strategií nečekat, jestli se dostaví do nemocnice, ale co nejvíce vysílat týmy do terénu, do vesnic, kde se na dětskou populaci aktivně zaměřujeme. Rodiče často ani



netuší, že jejich dítě má následkem malnutrice kwashiorkor a vyžaduje rychlou pomoc, nemají znalosti ani prostředky, jak nemocem u dětí zabránit nebo je včas léčit. To se však dá rychle účinně a poměrně levně změnit.

Setkal jste se v terénu s programy Dětského fondu OSN – UNICEF? Pokud ano, jakými?

Na lékařské mise jezdím od roku 2005 a za tu dlouhou dobu jsem viděl programy UNICEF mnohokrát na různých kontinentech. Nejčastěji se týkaly boje proti malnutrici a podpory vakcinace, což jsou v obou případech oblasti patřící mezi nejvíce smysluplné v rámci všech oblastí medicíny. Mám však i nedávnou velmi pozitivní zkušenost z osobní spolupráce s UNICEF Česká republika. Nejvíce lidských životů v historii lidstva zachránila vedle očkování dostupnost nezávadné vody, a právě vybudování nové studny přímo před naší nemocnicí v Malawi zajistil český UNICEF. To přineslo pokles výskytu mnoha nemocí, od celé řady průjmových nákaz díky bezpečné pitné vodě až po parazitární bilharziózu, protože místní obyvatelé už nemuseli prát prádlo v kontaminované řece.

V čem vidíte přínos a hodnotu organizací, jako je UNICEF?

UNICEF je nadějí pro mnoho dětí a jejich rodičů na celém světě, a to i v těch nejdělejších oblastech světa, kam se jiné cesty pomoci neumí dostat. Je symbolem toho nejlepšího, co bylo lidstvo ve své historii schopné vymyslet a zrealizovat.



Dárek pro život Antibiotika pro novorozence

500 dávek antibiotik pro léčbu infekčních onemocnění

V oblastech bez lékařské péče může i běžně léčitelná nemoc přerůst v závažné komplikace. Lékaři a zdravotníci UNICEF podávají dětem antibiotika, která zabraňují zbytečným úmrtím a jsou vhodná i pro novorozence. Každý zakoupený Dárek pro život na www.darkyprozivot.cz UNICEF co nejdříve dodá tam, kde je nejvíce potřeba. Ke každému nákupu obdržíte personalizovaný certifikát, který může posloužit také jako dárek.

1 094 Kč

www.darkyprozivot.cz



Aktuality...

Barva kůže ovlivňuje výsledky pulsní oxymetrie i rozhodování o léčbě

Existuje systematické zkreslení výsledků pulsní oxymetrie z rasových a etnických důvodů u pacientů s covidem-19 a existuje souvislost mezi tímto zkreslením a opožděnou indikací k terapii specifickou pro kyslíkový práh? Odpovědi na tyto otázky hledali američtí intenzivisté prostřednictvím rozsáhlých studií, jejichž výsledky byly nedávno publikovány v časopise JAMA Internal Medicine.

Pulsní oxymetrie je rutinně využívaná neinvazivní metoda zjišťování saturace krve kyslíkem. Je to důležitý nástroj pro monitorování mnoha pacientů, včetně těch, kteří trpí onemocněním covid-19. Výsledky pulsní oxymetrie jsou mimo jiné určující i pro včasné nasazení oxygenoterapie. Jsou ale v praxi vždy správně interpretovány? Nový výzkum amerických intenzivistů spojil chybné výsledky z pulsních oxymetrů s rasovými rozdíly a naznačil potenciální rizika vyššího výskytu komplikací a úmrtí pacientů s tmavší kůží na covid-19, a to v důsledku okultní hypoxie a pozdního nasazení léčby. To, že jsou výsledky pulsní oxymetrie u pacientů s tmavší kůží poněkud zkreslené, je dobře známý fakt. V dalším výzkumu ale vědci odhalili, že dezinterpretace výsledků pulsní oxymetrie je systematická. Totiž že nepřesné hodnoty mohou vést a skutečně vedou k tomu, že kriticky nemocní pacienti s tmavší kůží dostávají během svého pobytu na jednotkách intenzivní péče méně doplňkového kyslíku. V případě pacientů s onemocněním covid-19 může kvůli nepřesným měřením pulsní oxymetrie docházet k chybným interpretacím skutečného zdravotního stavu a zásadním přehlédnutím indikací k nasazení adekvátní proticovidové léčby.

Zdravotní péče je šitá na míru většině

V článku „Hodnocení rasových a etnických rozdílů v doplňování kyslíku mezi pacienty na jednotce intenzivní péče“, který byl též publikován v JAMA Internal Medicine, se autoři zaměřili na otázku, zda existují rozdíly v doplňkovém podávání kyslíku mezi pacienty různých ras a etnik, které by byly současně důsledkem diskrepance ve výsledcích pulsní oxymetrie.

Autoři zjistili, že nepřesné výsledky u asijských, afroamerických a hispánských pacientů vedly k tomu, že tito pacienti dostávali méně doplňkového kyslíku než bílí pacienti. Podle výzkumníků tyto výsledky ukazují, jak zdravotnické technologie, jako je pulsní oxymetr, mohou přispívat k rasovým a etnickým rozdílům v péči.

Podle Lea Anthonyho Celiho, ředitele klinického výzkumu a hlavního vědeckého pracovníka Massachusettského technologického institutu (MIT) – Institutu lékařského inženýrství a vědy, je problém, že technologie zdravotní péče je běžně navržena primárně pro většinovou populaci.

„Lékařská zařízení se obvykle vyvíjejí v bohatých zemích s bílými, zdatnými jedinci jako testovacími subjekty“, vysvětluje. „Léky jsou hodnoceny prostřednictvím klinických studií, které nepřiměřeně zahrnují bílé jedince. Genomická data v drtivé většině případů pocházejí od jedinců evropského původu. Není proto překvapivé, že pozorujeme rozdíly ve výsledcích napříč demografickými údaji,

přičemž horší výsledky jsou u těch, kteří nebyli zahrnuti do návrhu zdravotní péče,“ dodává Celi.

Když správné rozhodnutí přichází pozdě

Pulsní oxymetry jsou široce využívány především pro své snadné použití a okamžité výsledky, nejpřesnější způsob zjištění úrovně saturace však vyžaduje odebrání vzorku arteriální krve (SaO_2). Nepřesné, resp. falešné hodnoty běžné pulsní oxymetrie (SpO_2) mohou vést k okultní hypoxii a souvisejícím komplikacím. Další zkreslení výsledků může přinést také například léčba vazopresory či zvýšený billirubin.

Když vědci srovnali hodnoty SpO_2 a SaO_2 , zjistili, že černoši, hispánští a asijské pacienti měli pro danou úroveň SaO_2 vyšší SpO_2 než bílí pacienti. Výsledky SaO_2 mají lékaři obvykle v řádu minut až hodiny. Do té doby se ale běžně rozhodují na základě výsledků, které jim poskytne pulsní oxymetr. A to často aniž by si byli vědomi jeho suboptimálního výkonu v určitých demografických skupinách pacientů. V této souvislosti vyzval nefrolog Eric Gottlieb z Harvard Medical School k provedení dalších výzkumů. „Měly by být prozkoumány možné rozdíly v řízení ventilace, tekutinové resuscitaci, rozhodování o třídění pacientů a dalších aspektech péče. Poté musíme tuto technologii předělat a řádně ji vyhodnotit, abychom zajistili, že tato zařízení budou fungovat stejně dobře pro všechny pacienty,“ navrhuje Gottlieb.

Leo Anthony Celi v souvislosti s touto problematikou akcentuje potřebu sdílení dat a zdůrazňuje, že pochopení těchto diskrepancí je zásadní i pro lepší vývoj algoritmů a umělé inteligence, které v budoucnu pomohou lékařům při rozhodování. „Než investujeme více peněz do vývoje umělé inteligence pro zdravotní péči pomocí elektronických zdravotních záznamů, musíme identifikovat všechny hybné síly, které ovlivňují výsledky, včetně těch, které vyplývají z použití neoptimálně navržené technologie,“ říká hlavní vědecký pracovník Institutu lékařského inženýrství MIT s tím, že v opačném případě riskujeme, že umělá inteligence tyto nerovnosti v oblasti poskytování zdravotní péče ještě prohloubí. „Když nejsou sdíleny zdravotní údaje, dochází ke škodám. Omezení přístupu k datům znamená omezení perspektiv, s kterými jsou data analyzována a interpretována. Viděli jsme řadu příkladů chybných specifikací a předpokladů, které vedly k modelům, jež v konečném důsledku poškozuji pacienty,“ varuje Celi.

Pulsní oxymetry je třeba inovovat

Lékaři se nyní zamýšlejí nad minulostí, přítomností i budoucností pulsní oxymetrie. Při rozhodování v oblasti akutní péče se již dávno stala základním nástrojem pro diagnostiku i třídění pacientů. Nepřesnosti tohoto vyšetření u určitých skupin osob však nebyly nikdy dostatečně prozkoumány a řešeny. A to ačkoli se o nich ví již několik desetiletí. Naopak, během let se pulsní oxymetry staly díky integraci úsporných světelných diod a polovodičů dostupnými dokonce i pro běžného spotřebitele. Tato skutečnost potenciálně prohlubuje rasové a etnické rozdíly v péči. Například černošskému pacientovi, který je v ambulantním prostředí pozitivně testován na covid-19, může být na základě zkreslené pulsní oxymetrie chybně doporučeno, aby odložil nebo nevyhledal péči adekvátní pro jeho zdravotní stav. Tento scénář se podle amerických intenzivistů odrazil v nadměrném zastoupení černošských pacientů, u kterých ne-



byla zjištěna způsobilost k léčbě remdesivirem a dexametazonem. Nepřesnosti pulsní oxymetrie u rasových a etnických menšin však mohou být spojeny se špatným rozhodováním i u jiných respiračních onemocnění, jako je pneumonie či syndrom akutní dechové tísně. Vědci jsou sice přesvědčeni, že vyšší povědomí o omezeních pulsní oxymetrie může snížit jejich negativní dopady na léčbu pacientů, ale současně zdůrazňují, že je třeba se zaměřit i na technologické inovace. Například integraci dalších vlnových délek nebo kalibraci přístrojů dle úrovně pigmentace kůže. Nepřesnost pulsní oxymetrie u některých skupin pacientů však podle vědců odhalila zásadní chyby nikoli v interpretaci, ale zejména v získávání dat. A to přesto, že jsou uvedena zkrácení SpO_2 spojena se systematickým poddiagnostikováním řady onemocnění nebo se zadržováním terapie pro menšinové skupiny pacientů s tmavší barvou kůže.

Vyšlo v titulu *Medical Tribune*, zdroj: www.tribune.cz, 29. 9. 2022

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 psychologickému 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.

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

Urea – malá molekula se širokými možnostmi využití

V dermatologii i kosmetologii existuje pouze málo látek s tak širokými možnostmi využití, jaké má močovina. Připomeňme si některé zajímavé historické milníky jejího uplatnění v medicíně, lékové formy, do nichž se urea zapracovává, i účinky v závislosti na její koncentraci.

Historické okénko

Močovina (urea) je malá hygroskopická molekula, kterou v roce 1773 identifikoval jako součást moči francouzský chemik Hilaire Rouelle. Léčba močí (uroterapie) však byla známa mnohým kulturám již tisíce let, zmínku o ní lze nalézt také v egyptském Ebersově papyru ze 16. století př. n. l. V roce 1828 se močovinu podařilo syntetizovat čistě chemickou cestou Friedrichu Wöhlerovi a postupně se dostala do hledáčku zájmu dermatologie. Ceněny byly hlavně její antibakteriální a proteolytické vlastnosti, jež se uplatňovaly v hojení ran. Teprve ve 2. polovině 20. století se začala močovina uplatňovat jako zvlhčující a keratolytická složka.

Účinky v závislosti na koncentraci

Močovina má v dermatologii i kosmetologii dva hlavní směry využití. Vzhledem k tomu, že se jedná o fyziologickou složku tzv. přirozeného hydratačního faktoru (NMF – *natural moisturizing factor*), pomáhá udržovat vodu v *epidermis* a redukovat suchost kůže. Tento efekt se uplatňuje hlavně při nižších koncentracích (2–10 %).

Ve středních (10–30 %) a vyšších (> 40 %) koncentracích se urea využívá v léčbě hyperkeratických dermatóz, lupénky, seboroické dermatitidy nebo některých onemocnění nehtů. Jako součást kosmetických přípravků podporuje exfoliaci, pomáhá odstraňovat hyperkeratózy a redukovat aknézní projevy.

Močovina představuje relativně levnou farmaceutickou surovinu, kterou je možno zapracovávat do různých lékových forem. Vzhledem k tomu, že v kategorii registrovaných léčivých přípravků je dostupná pouze kožní emulze a mast, dá se velmi výhodně využít *magistraliter* příprava. Široký výběr topických základů umožňuje přizpůsobit efekt přípravku pacientovi takřka „na míru“.

Masti, pěny, gely

Masti s 10% nebo 20% koncentrací urychlují zlepšení penetraci a účinnost topických antimykotik a využívají se k terapii *tinea pedis* a onychomýkózy s výraznou hyperkeratózou. Bylo prokázáno, že 10% mast na bázi močoviny zvyšuje diferenciaci a snižuje proliferaci keratinocytů a redukuje tloušťku rohové vrstvy (*stratum corneum*). Vysoká koncentrace v okluzi slouží k chemické ablacii nehtové ploténky, která je postižena mykotickou infekcí. Mechanismus účinku spočívá v indukci konformačních změn struktury proteinů, tj. v denaturaci bílkovin, např. keratinu. S ureou ve formě pěny se můžeme setkat v portfolio některých kosmetických značek, koncentrace se zde pohybuje mezi 5 a 10 %. V galenické přípravě se uplatňuje lipofilní pěnový základ, který je zvláště vhodný pro nanášení urychlující do ochlupených částí těla nebo pokožky hlavy. Gely patří obecně mezi polotuhé lékové formy, tvoří nemastný film a poskytují chladivý efekt. Mezi *magistraliter* přípravky lze najít např. emulgel s obsahem 5 % močoviny, v kosmetických produktech se využívá 40% koncentrace ke změkčování kuřích ok nebo plantárních bradavic.

Krémy a lotia

Krémy a tělová mléka patří mezi nejpoužívanější kategorii přípravků na bázi močoviny. V závislosti na poměru vodné a olejové složky mají



nemastný až mírně mastný charakter, různou délkou účinku a rozdíl je patrný také v hloubce penetrace do *epidermis*. Liberace močoviny ze základu je rychlejší v případě hydrofilních základů (typ olej v vodě) než základů mastných (typ voda v oleji).

Hydratačních a emolienčních vlastností při 2–20% koncentraci močoviny se využívá k léčbě xerózy, atopické dermatitidy nebo psoriázy. Bylo prokázáno, že její pravidelná aplikace zvyšuje schopnost *epidermis* vázat vodu, snížit transepidermální ztráty vody (TEWL – *transepidermal water loss*) a optimalizovat funkci kožní bariéry.

Lotia jsou velmi oblíbená i jako kosmetické přípravky, doporučují se také pro běžnou péči o pokožku bez kožních poruch. Snadno se roztírají na větší plochy, rychle se vstřebávají a nezanedávají mastný pocit.

Perspektiva i do budoucna

Ačkoliv jsou na trh neustále uváděny nové látky a přípravky, zůstává močovina jednou z nejužitečnějších a nejbezpečnějších molekul v prevenci i léčbě některých kožních onemocnění. Její výhodou jsou především široké funkční vlastnosti, nízká toxicita a minimální nežádoucí účinky.

Zdroj: www.prolekare.cz, 17. 10. 2022

Roboti provádějící odběry krve by se již brzy mohli objevit v klinické praxi

Odběry krve patří bezpochyby mezi nejčastější zdravotnické úkony v ambulantní i nemocniční sféře. Rutinní procedura představuje v globálním měřítku nezanedbatelnou časovou zátěž pro ošetřující personál. Úspěšnost primární punkce se navíc ani zdaleka neblíží hranici 100 %. S cílem zvýšení efektivity a usnadnění práce zdravotníků byly vyvinuty robotické systémy určené k odběru krve, které by se mohly v blízké budoucnosti stát součástí běžné praxe.

Jak zvýšit efektivitu venepunkce?

Ačkoliv jsou odběry krve pro zkušené zdravotníky rutinním výkonem s velmi vysokým procentem úspěšnosti primární punkce, u určitých osob mohou být značně komplikované. Jedná se například o obézní či dehydratované jedince nebo osoby s chronickým onemocněním. V tomto případě klesá úspěšnost venepunkce přibližně na 73 %. Vystává tak otázka, zda by bylo možné tento výkon za pomoci moderních technologií zjednodušit, snížit riziko jeho komplikací a zvýšit jeho efektivitu.

Mezi technologická řešení zvyšující efektivitu venepunkcí se řadí například přístroj sloužící na principu rozšířené (augmentované) reality, který umožňuje zobrazení žilního systému na povrch kůže. Dalším řešením je kompletní automatizace procesu pomocí speciálně navržených a konstruovaných robotů sloužících k odběru krevních vzorků.

Krátký pohled do minulosti

Robotické systémy určené k odběru krve zdaleka nejsou tak horkou novinkou, jak by se na první pohled mohlo zdát. Americká společnost *Veebot System* přišla s robotickým systémem sestaveným k odběru krve již před 10 lety. Robot *Veebot* byl od té doby podroben řadě testů, z nichž vyplynulo, že dokáže identifikovat žílu vhodnou k punkci s přesností 83 %, tedy blíží se zkušenému odborníkovi.

Leipheimer et al. publikovali v roce 2019 studii, ve které se robot dokonce lidskému odborníkovi vyrovnal a v určitých parametrech ho i předčil. Studie se zúčastnilo celkem 31 pacientů, celková úspěšnost venepunkce robotického systému činila 87 %, u osob s jed-

noduše zjistitelnou periferií pak dokonce 97 %. Průměrná doba procedury přitom činila 93 ± 30 vteřin, což na robota není vůbec špatný čas.

Princip fungování přístroje

Princip automatizovaného robota si můžeme přiblížit na výše zmíněném systému *Veebot*. Vyšetřovaný položí horní končetinu na měkkou podložku skrz kruhový otvor s nafukovací manžetou a zachytí se madla k zajištění stability končetiny. Po zapnutí si robotická paže nejprve pomocí infračerveného záření vyhledá žílu vhodnou pro punkci. Následně si pomocí připevněné ultrazvukové sondy změří průtok krve v žíle a tím si ověří, zda je konkrétní žíla suficientní pro odběr krve. Robot následně provede dezinfekci kůže a zavede do žíly jehlu, krev odtéká do gumové hadičky, na kterou lze napojit zkumavky určené k odběru krve. Po odběru požadovaného množství krve robot jehlu vysune a robotická paže se oddálí, čímž umožní obsluhujícímu personálu místo punkce překrýt. Celý proces robotovi zabere přibližně jednu minutu.

Závěr

Skeptici by mohli namítnout, že se jedná o hudbu vzdálené budoucnosti, opak je ovšem pravdou. Koncept se začíná stávat realitou. Společnost *Vitestro* vyvinula systém, který provedl 1 500 odběrů na více než tisícovce pacientů. V roce 2023 společnost spouští pilotní klinickou studii a očekává, že by zařízení mohlo být uvedeno na trh v rámci Evropské unie v roce 2024.

Zdroje:

1. Would you let a robot take your blood sample? The Medical Futurist, 2022 Jun 16. Dostupné na: <https://medicalfuturist.com/would-you-let-a-robot-take-your-blood-sample>
2. Leipheimer J. M., Balter M. L., Chen A. I. et al. First-in-human evaluation of a hand-held automated venipuncture device for rapid venous blood draws. *Technology (Singap World Sci)* 2019;7(3–4):98–107, doi: 10.1142/S2339547819500067.
3. Vitestro unveils autonomous blood drawing device, combining artificial intelligence, ultrasound imaging and robotics. *Vitestro*, 2022 May 30. Dostupné na: <https://vitestro.com/vitestro-unveils-autonomous-blood-drawing-device-combining-artificial-intelligence-ultrasound-imaging-and-robotics/>

Zdroj: www.prolekare.cz, 21. 10. 2022

Doplátky na zdravotní pomůcky rostou

Energetická krize a rapidní růst cen velmi negativně ovlivňují i trh se zdravotnickými pomůckami. U těch, které jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, je cena zastropovaná zákonem. Jsou to například inkontinenční pleny, ale i berle, vozíky pro handicapované a další ortopedické pomůcky.

A výrobci i distributoři nyní bijí na poplach: náklady na výrobu zdravotnických pomůcek nyní strmě rostou, cena však zůstává na úrovni, za kterou se mnohdy životně důležité nástroje nevyplatí podle firem ani prodávat, ani vyrábět. Firmy žádají zvýšení stropu až o desítky procent.

To by ale znamenalo přímé ohrožení dostupnosti těchto prostředků pro pacienty. Na některé pomůcky, které byly dříve hrazeny z pojištění, si už teď musejí doplácet. „Vnímáme to jako velké ohrožení pacientů v ČR, řadě z nich hrozí nedostupnost zdravotnických prostředků. Budou se zvyšovat doplatky, vím například o výrobcích slepeckých holí, který chce stáhnout své výrobky z našeho trhu, pro-



tože je to pro něj neúnosné," řekl Právu předseda Národní rady osob se zdravotním postižením Václav Krása.

Žádají nižší DPH i vyšší příspěvek

„Navrhujeme jednorázově zvýšit platbu za zdravotnické prostředky z veřejného zdravotního pojištění, navýšení o patnáct procent podpořila i pacientská rada. Chceme také snížit DPH u zdravotnických prostředků, která je 21 procent, po Dánsku nejvyšší v Evropě," dodal Krása. Na neúnosnou situaci upozornila Česká asociace dodavatelů zdravotnických prostředků (CzechMed).

„Pokud se nic nezmění, musíme očekávat, že v příštím roce dojde k omezení dostupnosti některých zdravotnických prostředků. Již dnes se výrobci musejí rozhodovat, které výrobky vyřadit z nabídky a přesunout na jiné trhy, protože jsou jejich úhrady v ČR pod hranici výrobních nákladů," upozornil prezident asociace Miroslav Palát.

„Udržení širokého spektra výrobků zdravotnických prostředků nebude možné. Budeme usilovat o zachování dosavadních dodávek, ale aktuálně dostupné portfolio zdravotnických prostředků bude možné jen v případě, že se podaří navýšit prodejní ceny v řádech desítek procent," varuje Palát.

Podle tzv. cenového předpisu, který zavedlo pro regulaci cen zdravotnických pomůcek ministerstvo zdravotnictví, mohou jejich ceny meziročně růst pouze o čtyři procenta, do podzimu loňského roku to byla procenta tři. Jak Právu řekl mluvčí resortu Ondřej Jakob, cenová regulace má bránit skokovému růstu cen.

Ale ačkoliv sami dodavatelé uznávají, že cenový strop je na tomto trhu potřeba, zároveň upozorňují na výjimečnost situace.

„Suroviny, ze kterých vyrábíme, zaznamenaly od začátku letošního roku nárůst v desítkách procent, energie nebo dopravní náklady se pak zvýšily na více než dvojnásobek. V žádném případě nechceme strašit pacienty, ale tato situace je prostě výjimečná," řekl Právu Jan Cívín, manažer české pobočky společnosti Hartmann-Rico, jednoho z největších evropských výrobců zdravotnických pomůcek.

Dodavatelé nyní jednájí s ministerstvem zdravotnictví, podle Cívína ale zatím jednání nemají konkrétní výsledek. To potvrdil i mluvčí Jakob. „Ministerstvo zdravotnictví i v letošním roce vede jednání týkající se nárůstu vstupů, se kterým se výrobci zdravotnických pomůcek potýkají. Nicméně dopady na jednotlivé typy zdravotnických prostředků nejsou shodné a nelze je jednoduše zohlednit při regulaci. Proběhla již jednání, na kterých je problematika cenové a úhradové regulace řešena komplexně," řekl Právu.

Ceny zdravotnických prostředků v ČR stanovuje Státní ústav pro kontrolu léčiv, ten však nemůže sahát do cenové regulace stanovené ministerstvem.

„SÚKL si je dobře vědom obtížné ekonomické situace, ve které se nyní nacházejí výrobci a dodavatelé zdravotnických prostředků, avšak není oprávněn rozhodovat o výši meziročního navýšení jejich cen," řekla Právu mluvčí SÚKL Klára Brunclíková.

Zdroj: novinky.cz, 29. 10. 2022

Ministr Válek chce vrátit do hry nadstandardy ve zdravotnictví.

V Česku naposledy fungovaly v roce 2013

Ministr zdravotnictví Vlastimil Válek (TOP 09) uvažuje o navrácení nadstandardů ve zdravotnictví. Na sobotní stranické programové konferenci v Praze připustil, že zavedení nadstandardů by vedlo k rozdělení kvality péče do dvou skupin. Nadstandardy v České

republice skončily v roce 2013. Válek chce také mimo jiné posílit prevenci.

Jedním z kroků, kterými chce Válek posílit preventivní péči, má být zavedení úhrady šesti až sedmi tisíc korun od zdravotních pojišťoven na povinný pobyt dětí ze sedmých a osmých tříd základních škol na českých horách.

„Hory a sportování je prevence a chceme podpořit turistický ruch a tuto oblast průmyslu, protože cítíme, že tam bude problém," řekl ministr. Program těchto úhrad by měl být zaveden podle něho od ledna. Válek zdůraznil, že zdravotní pojišťovny budou skutečně muset používat fondy prevence k tomu účelu, tedy ke zlepšení zdravotního stavu lidí. Plánuje například, že dospělí, kteří budou plnit preventivní programy, budou moci čerpat jednou za dva roky dvou-týdenní lázně.

Novelu zákona, která umožnila dělit zdravotní péči na standard a nadstandard, zrušil před zhruba devíti lety Ústavní soud. Norma umožňovala rozdělení péče na „základní" a „ekonomicky náročnější". Pojišťovny hradily levnější variantu, rozdíl v nákladech platil pacient.

Někdejší ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09), jenž tehdy nadstandardy v parlamentu prosadil, připomněl, že problém tkvěl v tom, že kvůli pružnosti byly uvedeny ve vyhlášce, nikoli v zákonu. „Politicky je to smrtelná záležitost, se kterou se musí zacházet velmi opatrně," podotkl Heger obecně k nadstandardech.

„Chtěl bych zákon vrátit do hry," řekl Válek, který mluvil o možnosti připojištění nadstandardu. Ministr zároveň podotkl, že ve zdravotnictví neexistuje nic, kde by nadstandard nevedl ke zvýšení kvality péče.

„Ve chvíli, kdy řekneme, že jsou nadstandardy, říkáme, že prostě budou dvě skupiny kvality péče," řekl Válek. Není ale podle něho možné říkat, že jde o asociální záležitost. Pokud v současnosti stát tvrdí, že bezdomovec má stejnou péči jako miliardář, je to absurdní, dodal.

Předsedkyně strany Markéta Pekarová Adamová doplnila, že jde o dlouhodobou prioritu strany. Uvedla, že je potřeba se zaměřit i na udržitelnost zdravotnictví, což souvisí s udržitelností rozpočtu. Podotkla, že podle Válkova odůvodnění to přinese zkvalitnění pro všechny. Zdůraznila, že je ale potřeba nadstandardy dobře vysvětlit veřejnosti. „Ale zároveň je to jedna z těch věcí, které bychom měli začít řešit," dodala.

Dostupnější lékaři

K Válkovým cílům patří rovněž zvýšení dostupnosti zejména praktických lékařů, pediatrů, dětských neurologů, psychologů a psychiatrů, a také zubařů. Ministr uvedl, že například zjišťuje, jak by se mohli stát praktičtí lékaři z ambulantních internistů, uvažuje také o otevírání ambulancí dětských lékařů u nemocnic.

U zubařů je podle něho potíž s tím, že absolventi příslušného vzdělání nemají zájem o smlouvu s pojišťovnami, na implantáty nebo korunky by ale podle něho mohly být zavedeny osobní účty. Válek také mluvil o pojízdných zubařských ambulancích, které by zajišťovaly péči v odlehlejších regionech.

Kvalitu péče chce ministr zajistit úpravou úhrad. U každého akutního výkonu, jehož kvalitu je možné vymezit, by měla být vždy stejná úhrada bez ohledu na pojišťovnu pacienta a nemocnici, pokud standardy kvality splňuje.



Zařízení, která parametry nesplňují, mají dostat nižší úhradu. Příští rok by se takto mělo postupovat podle Válka až u čtvrtiny výkonů a do příštích sněmovních voleb u poloviny výkonů.

Zdroj: www.irozhlas.cz, 5. 11. 2022

Dosud povolené nikotinové sáčky chce ministerstvo dětem aspoň zošklivit

Ministerstvo zdravotnictví od července 2023 vyhláškou omezi obsah nikotinu v nikotinových sáčcích a upraví vzhled obalů tak, aby nebyly lákavé pro děti. Zákon, který by prodej těchto výrobků dětem úplně zakazoval, čeká na projednání v Poslanecké sněmovně. Ministerstvo podle mluvčího Ondřeje Jakoba očekává, že by mohl začít platit dříve nebo nejpozději spolu s novou vyhláškou.

Nikotinové sáčky se vkládají do úst mezi dásně a horní nebo spodní ret. Evropská unie prodej těchto výrobků zatím společně podle hlavní hygieničky Pavly Svrčinové nereguluje. Česko je jednou z prvních zemí, která se k omezení rozhodla.

Zásadní je podle ní omezení obsahu nikotinu v jednom sáčku na 12 miligramů. „Nikotin se přes sliznici velmi rychle vstřebává do krevního řečiště,“ popsala hygienička.

Již 18 případů předávkování dětí

Tato látka obsažená i v tabáku je silně návyková a má podle ní nepříznivé účinky na zdraví, ovlivňuje reprodukční orgány, srdce, plíce a vývoj mozku u mladistvých. Odborníci už evidují 18 případů předávkování dětí spojených s užíváním nikotinových sáčků, ve dvou případech vedly až k bezvědomí.

Vyhláška omezí složení a vzhled sáčků včetně jejich obalů. „Na trhu existují i výrobky s vyšším obsahem, způsobují nejvyšší riziko, a ty by měly z trhu zmizet,“ řekl na tiskové konferenci prezident Svazu obchodu a cestovního ruchu (SOCR) Tomáš Prouza.

Obaly jak od bonbonu

Příchutě sáčků nové nařízení omezovat nebude, změnit by se ale měly obaly. „Nebude to už baleno jako bonbon nebo žvýkačka, což je snaha omezit atraktivitu pro ty nejmenší,“ doplnil. Právě to, že mladiství užívají sáček podobně jako žvýkačku, podle Svrčinové vede k tomu, že je pro rodiče nebo učitele složitější přijít na to, že děti návykový výrobek užívají.

Nikotinové sáčky byly podle ní původně schváleny pro ty, kteří se snaží odvyknout od kouření klasických cigaret. V současné době ale jejich prodej dětem není na rozdíl od jiných tabákových výrobků regulován. Ve sněmovně čeká na projednání novela zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek.

Zdroj: novinky.cz, 11. 11. 2022

Nadstandard na stole není, Tečku čeká příští rok nový život, říká náměstek ministra Josef Pavlovic

Pirátský náměstek ministra zdravotnictví Josef Pavlovic v rozhovoru pro iDNES.cz promluvil o plánech s nadstandardní péčí či aplikací Tečka, která by měla příští rok začít fungovat jako očkovací průkaz. „Co se týká dvourychlostního zdravotnictví, to bychom určitě nepodpořili,“ říká. Podle něj nyní záleží, jaký návrh předloží TOP 09.

Začala bych nedostatkem léků. Řeší nějak ministerstvo tento problém? Je především na straně výrobců, potažmo dodavatelů?

V tuto chvíli mohu říct, že je to jedna z našich priorit pro následující roky. A nikoliv jenom nás, ale celé Evropské unie. Protože tím, že ne všechny léky se vyrábějí na území EU, tak jsme závislí na jejich dovozu do České republiky a samozřejmě také do Evropy. Je zapotřebí se tedy podívat na celý distribuční řetěz.

Ministr zdravotnictví Vlastimil Válek o víkendu řekl, že by si pacienti opět mohli připlatit za nadstandardní péči. Mluvili jste o tom spolu?

Chtěl bych říct, že to padlo na interní konferenci TOP 09, kde se bavili o programu. To znamená, že žádný konkrétní návrh není na stole. My jsme o tom s panem ministrem ještě nemluvili. Pochopil jsem, že je to pouze na úrovni TOP 09, kde diskuse probíhá a pravděpodobně přijde s nějakým konkrétním návrhem, který bude chtít diskutovat dále. Zatím to však na politické úrovni, tedy stranami, diskutováno nebylo.

Máte nějaké časový horizont, kdy by k tomu mohlo dojít?

Já bych se podíval do tiskové zprávy TOP 09, kde opravdu tvrdí, že to bylo pouze na stranické diskusi. Takže tím pádem bych řekl, že je to interní věc strany. Musíme počkat, s čím vlastně přijdou.

Vy byste s tím souhlasil?

My máme v programu dobrovolné připojištění k některým záležitostem. Tak na tom spolupracujeme. Co se týká dvourychlostního zdravotnictví, to bychom určitě nepodpořili. Samozřejmě nějakou větší formu spoluúčasti, například právě formou dobrovolného připojištění, jsme představovali už v minulém volebním období formou tzv. samosprávných pojišťoven, které by mohly nabízet odlišný zdravotní produkt od nějakého standardu. V tuto chvíli to však není na stole a není to v programovém prohlášení současné vlády.

Odbory totiž nápad pana Válka označily za asociální. Řešili byste změnu i s nimi?

Očekávám, že takto zásadní otázku bychom diskutovali se všemi. Jak říkám, musíme počkat na konkrétní návrh od TOP 09.

Odbory v pátek opět poukázaly na snižování počtu zaměstnanců na hygienických stanicích. Tohle téma se diskutuje už delší dobu, jak to tedy je?

Zrušili jsme 134 míst, jež byla obsazena z důvodu covidu a trasování. S tím, že se příští rok optimalizuje struktura zaměstnanců. Současně bych chtěl říct, že i tak zůstane přes dva tisíce zaměstnanců na hygienických stanicích. Jde o dostatečné množství lidí, kteří by měli zvládnout veškeré agendy. Samozřejmě jsme pracovali s tím, že jsme primárně rušili místa, která nebyla obsazena. Nepropustili jsme tedy 134 lidí. Kolik jich bylo přesně, to nejsem schopen říci. Jedná se o optimalizaci státního rozpočtu vlivem příjmů a výdajů. To znamená, že hledáme všechny cesty, jak v rámci ministerstva zdravotnictví a organizací pracovat s rozpočtem, který nám byl přidělen ministerstvem financí.

Je podle vás moudré rušit místa na hygienách? Co když opět přijde covid? Nebo jiná nemoc?

My jsme díky armádě, hygienikům a NAKIT vybudovali celkem robustní systém digitálního řešení, kdy máme monitoring napříč celou Českou republikou. Je k tomu dispečink národní lůžkové péče. Trasování může do velké míry probíhat přes navolávací call-centra, pokud by bylo někdy zapotřebí. To znamená, že máme připravená řešení i do budoucna a můžeme je škálovat. V tuto chvíli si myslím, že máme řešení, které ministerstvo zdravotnictví přejmenovalo na Národní systém pro zvládání zdravotních hrozeb, a pod jeho hlavičkou jsme schopni případně škálovat odezvu na konkrétní situaci.

Jak to bude s pozicí hlavní hygieničky? Tam se taky čeká změna?



Myslím, že v žádném návrhu se neuvažuje o jejím zrušení. Vždy tam bude muset být někdo, kdo bude mít jednoznačnou odbornou garanci a bude se soustředit na hrozby, případně jejich vliv do budoucnosti. Například je předvídat a činit kroky dříve, než bude nemoc aktuální. To znamená, že v žádné novele, kterou jsem viděl já, se nepočítá s rušením této pozice. Řešila se pouze optimalizace struktury tak, aby případně všechny hygieny reagovaly stejným způsobem. Například aby se jim také umožnilo lépe se specializovat na konkrétní problém. Hledáme nějakou optimální strukturu pro fungování hygien. Ale v tuto chvíli není ještě žádný konkrétní návrh na stole.

Samozřejmě mám ještě na vás dotaz ohledně covidu. Nyní jsou počty nově nakažených nízké. Ani v nemocnicích není tolik pacientů. Očekáváte, že až přijde větší zima, tak se situace změní?

Z předchozích dat a predikcí ÚZIS odhadujeme, že můžeme v následujících týdnech a měsících vidět mírný růst. Neočekáváme, že by ta vlna byla vysoká. Očekáváme, že spíše uvidíme několik vln právě během zbytku podzimu a zimy. V tuto chvíli máme k dispozici základní nástroj, kterým je očkování. Teď jsme rozjeli kampaň, aby se maximum lidí došlo naočkovat. Máme poměrně dobrou odpověď. Očkuje se nám průměrně asi 13 tisíc lidí denně. Lidé si primárně chodí pro první a druhou posilující dávku. Také máme další léky, které můžeme proti covidu použít. Proto doporučujeme každému, kdo je nemocný a vidí u sebe nějaké příznaky, aby kontaktoval svého praktika a řešil s ním léčbu. On zná nejlépe jeho zdravotní stav.

Pokud by počty nakažených opět stoupaly a opět by jich byly řádově tisíce, je ministerstvo rozhodnuto učinit nějaká opatření? Nejvíce odborníci obhajují roušky v MHD, které i lidé sami dobrovolně nosí. Je tohle jedna z cest, jak by se případně mohlo postupovat?

V tuto chvíli platí nadále doporučení ministerstva pro zdravotnictví a sociální služby o nošení roušek. Právě tam se nacházejí nejohroženější skupiny. Takže pokud jdu do nemocnice nebo do nějaké sociální služby, tak si vezmu respirátor. Chráním tím i ohrožené skupiny, kdybych byl nakažený, ale ještě bych o tom nevěděl. Vedení nemocnic a krajské hygienické stanice mohou v případě zhoršení epidemiologické situace nařídít nošení roušek. My to máme zatím v rovině doporučení.

Takže by si o tom rozhodovaly hygieny ve svém kraji?

Ano.

Nyní je málo nakažených. Není to tím, že se málo testuje? Nebylo by vhodné mít zase nějaký preventivní test zdarma?

Pokud jste nemocná nebo máte nějaké problémy, tak máte vyhledat svého praktického lékaře. Ten vám může na místě udělat antigenní test, který se běžně zapisuje do ISIN, což vede k vystavení certifikátu. Stejně tak vás může praktický lékař poslat na PCR test, pokud ho potřebuje k nějaké další diagnostice. S tím, že už nemáme certifikáty po prodělání, tak v tuto chvíli není společenský důvod dělat testy. Proto to zůstává v rukou lékařů, kteří podle toho mohou nasadit léčbu. Nevidíme úplně důvod k plošnému testování, jelikož tam pominul společenský dopad z hlediska certifikátů. Nikdo však nechce, aby nakažení propadávali evidenci a nikdo je neměl pod kontrolou.

S covidem souvisí i Chytrá karanténa. Má ji již ministerstvo plně pod sebou?

Postupně jsme převzali veškeré systémy, které armáda provozovala. Nyní znovu soutěžíme jednotlivé dodavatele, protože ne u všech služeb byli vybráni v běžném režimu. Přesoutěžení by mělo být hotovo do konce roku. Co vy nazýváte Chytrou karanténou, to je nyní

Národní systém pro zvládání zdravotních hrozeb. Je to proto, aby se systémy daly použít pro překonání další krize, nejenom covidu.

Co bude nyní s Tečkou? Dlouho se mluví o tom, že by mohla fungovat jako očkovací průkaz. Kdy to bude?

To bude, předpokládáme, na jaře či v létě příštího roku. To budeme mít nějaké první testovací verze. Ale v tuto chvíli musím říct, že to nebude hned automatické. Pokud lékař očkování nahlásí online, tak tu informaci samozřejmě máme. Pokud to máte zapsáno u sebe v kartě, my tu informaci nemáme. V takovém případě to bude delší doba, než ty informace budou postupně doplněny. Co se týká informací, kterými ministerstvo disponuje, to bychom rádi představili příští rok.

Takže by to do konce příštího roku mělo už fungovat?

Ano. Je tam zapotřebí vyřešit pravidla pro ochranu osobních údajů.

Zdroj: www.mzcr.cz, 13. 11. 2022

Připojištění ve zdravotnictví by mohlo být od roku 2025 či 2026, míní Válek

Ministr zdravotnictví Vlastimil Válek (TOP 09) chce jednat o možnosti připojištění ve zdravotnictví. Podle něj je potřeba do zdravotnictví dostat víc peněz a udělat to pomocí připojištění by bylo lepší než zvyšováním daní. Řekl to v neděli v Otázkách Václava Moravce České televize.

Možnost připojištění by se podle něj musela zavést postupně, nový systém by mohl fungovat od roku 2025 nebo 2026.

Válek před dvěma týdny na programové konferenci TOP 09 hovořil o možnosti zavedení nadstandardů ve zdravotnictví. O den později ale uvedl, že konkrétní návrh nyní nepřipravuje a svým příspěvkem chtěl vyvolat diskusi ve straně. K případnému zavedení nadstandardů se postavili rezervovaně politici koalicičních ODS a STAN. Odmítly je opoziční hnutí ANO a zdravotnické odbory.

V neděli řekl, že do zdravotního systému je potřeba dostat více peněz. Poukázal na to, že v některých zemích západní Evropy je na jeho financování víc zdrojů. „Máme dvě možnosti: buď systematicky zvyšovat daně a ty peníze dávat do zdravotnictví, nebo umožnit těm, kteří mají zájem o sebe víc pečovat, zúčastňovat se preventivních programů a chodit na screeningy, nějakou formu bonusu a současně formu připojištění,“ řekl. Tento systém se podle něj osvědčil například ve Švýcarsku nebo Německu.

Na tom, jak by se měl upravit systém v ČR, se podle něj nyní pracuje. O některých aspektech připojištění by se mohlo začít diskutovat v příštím roce, řekl. „To zavedení by muselo být pozvolnější, muselo by postupně nabíhat a musí tam být totální svoboda. Nesmí tím dojít k žádnému zhoršení péče,“ zdůraznil. Možnost připojištění by pak podle něj mohla být od ledna 2025 nebo 2026.

Pro možnost připojištění se vyslovil také ředitel Všeobecné zdravotní pojišťovny Zdeněk Kabátek. Podle něj ale zatím není možné přesně spočítat, kolik peněz by do zdravotnictví přineslo. „Můj osobní odhad je, že by tam mohlo dojít k nějakému jedenapůl- až dvouprocentnímu navýšení zdrojů do českého zdravotnictví,“ řekl.

„V první řadě musí proběhnout odborná diskuse napříč všemi stakeholdery v rámci zdravotnictví v České republice, která najde přijatelný kompromis pro to, co může být předmětem buď zvýšení ze strany spoluobčanů, či veřejného nebo doplňkového připojištění. Musí to být uděláno tak, aby tu bylo jasné definováno, že nedojde ke zhoršení zdravotní péče všech klientů v ČR,“ dodal.



Prezident České lékařské komory Milan Kubek tomu, že by se mohlo zavést připojištění ve zdravotnictví, nevěří. „Základem je si uvědomit, že současný standard je velmi široký, a není se tedy na co připojišťovat,“ řekl. Připojištění by podle něj dávalo smysl jen tehdy, pokud by se snížil standard, což ale Válek vyloučil.

Zdroj: novinky.cz, 20. 11. 2022

V Česku chybějí pěstouni, vláda se snaží napravit chyby svých předchůdců

ANALÝZA. Kvůli změně zákona o zrušení kojeneckých ústavů je nyní potřeba výrazně více pěstounských rodičů, kteří by se o děti postarali. Role pěstounů se ujímají nejčastěji prarodiče, stát pěstouny motivuje příspěvků.

V září před dvěma lety se narodilo miminko, které ale nemohlo zůstat u svých biologických rodičů. Soud totiž rozhodl, že se matka, která byla dříve prohlášena za nesvéprávnou, není schopná o dítě postarat a nemůže ho s otcem dítěte vychovávat.

Chlapce se špatnou zdravotní anamnézou by si pravděpodobně nikdo neadoptoval. Nakonec se rozhodl bratranec matky Marek Štěpán s manželkou, že se o dítě postarají. „Naším cílem bylo ho dostat co nejdříve ven z dětského centra. Proto jsme hledali nejrychlejší způsoby a rozhodli jsme se pro předběžné opatření,“ vysvětlila Štěpánová pro Seznam Zprávy, proč se s manželem ihned po narození miminka snažili získat co nejrychleji potvrzení soudu.

Díky předběžnému opatření má soud vyřídit žádost v zákonné lhůtě sedmi dnů. Záhy ale Štěpánovi zjistili, že dostat dítě do péče není tak snadné, přestože šlo o rodinu. Chlapec se narodil ve Strakonici, ale trvalý pobyt měl v Písku. Štěpánovi se snažili předběžné opatření vyřídit u obou soudů, každý z nich však přehazoval schválení na ten druhý.

„Podle OSPOD (orgánu sociálně-právní ochrany dětí, pozn. red.) mělo trvat rozhodnutí soudu o vydání dítěte týden, nakonec z toho ale byl víc než měsíc. Soud totiž řekl, že to nemusí rychle řešit, protože je o dítě dobře postaráno,“ říká pěstounka. Dodává, že by opravdu nenazvala dětský domov pro kojence místem, kde je o dítě dobře postaráno. „Každý den malého miminka, které musí strávit mimo domov a náruč, je podle mě dost závažný.“

A se škodlivostí takzvaných kojeňáků souhlasí i Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV). „Rodinná péče je zejména pro nejmenší děti klíčová. Mnohé výzkumy, jak české, tak zahraniční, nesporně ukazují negativní dopad ústavní péče na všechny oblasti vývoje dítěte. Proto je v mnoha zemích, například na Slovensku, v Polsku, Itálii a Maďarsku, zákonem zakázáno umísťování nejmenších dětí do ústavního prostředí,“ uvádí zpráva ministerstva.

Pěstouni chybějí, děti v domovech přesto ubývá

Příběh manželů Štěpánových by za dva roky měl být jen nelichotivou vzpomínkou na neohebný systém schvalování náhradní rodinné péče. Díky novele zákona o sociálně-právní ochraně dětí, kterou senátoři schválili v září minulého roku, je od roku 2025 zcela zakázaná ústavní péče pro děti do 3 let. S výjimkou dětí s těžkým postižením. O miminka a batolata se mají postarat pěstounské rodiny. Těch však v tuto chvíli není dostatek. Práce pěstounů, především těch přechodných, je totiž náročná. Musejí například projít několikaměsíčním výcvikem. Data však ukazují, že postupem let nejmenší děti z ústavní péče už opravdu začaly mizet.

„Za čtyři roky mezi lety 2018 a 2022 se snížil počet samotných dětí ve věku do tří let na pobytu v DD3 (domovy pro děti do tří let, pozn. red.) o 69 procent,“ píše autoři zprávy MPSV z letošního jara.

Pokud má do tří let fungovat tato změna v české ústavní péči, je podle Štěpánové důležité zlepšit spolupráci s úřady a soudy. „Problém je v pomalém systému. Co je napsané na papíře, neplatí. A soudci si to dělají, jak se jim zachce,“ říká Štěpánová a pokračuje: „Bylo těžké, že jsme úplně nerozuměli tomu, jak ten systém funguje. A když nám každý řekl jinou informaci, vůbec jsme nevěděli, čemu máme věřit,“ uvedla pěstounka s tím, že jiní náhradní rodiče mohou mít samozřejmě rozdílnou zkušenost, ale že již slyšela o podobných případech.

„O tomto problému jsem se bavila i s jednou úřednicí. Říká, že soudci, u kterých jsme byli, jsou ve své pozici už třeba 40 let, a tak bohužel dělají svoji práci podle toho, jak se vyspí. Nám se třeba stalo, že naše soudkyně byla nemocná, a tak se to na několik dní přestalo řešit, přestože miminko bylo stále v ústavu.“

Hledají se nové rodiny

Aby se všechny malé děti dostaly z ústavní péče, je potřeba sehnat dostatek náhradních rodin. Kromě pěstounů si dítě mohou vzít do péče i adoptivní rodiče, kteří si ho zcela osvojí. A data Ministerstva práce a sociálních věcí ukazují, že právě adoptivní rodiče si nejčastěji chtějí osvojit děti do tří let.

Kromě věku záleží mnohým adoptivním rodičům i na dalších faktorech, například etnicitě dítěte. Kvůli tomu žadatelé o adopci mohou čekat roky, než si dítě osvojí. Podle příručky Střediska náhradní rodinné péče by ale náhradní rodiče kvůli dlouhému čekání neměli své nároky na děti měnit a je zcela v pořádku, že si vybírají.

„Není dobře slevovat z rozumných přiměřených nároků jen proto, že se vám může čekání na příchod dítěte zdát příliš dlouhé. Taková rozhodnutí se mohou v budoucnu ukázat jako velmi neuvážená a mohou vážně ohrozit budoucí svazek,“ upozorňuje příručka.

Z toho důvodu je těžší sehnat náhradní rodinu pro děti minoritního původu. Více než polovina dětí do tří let v dětských domovech je romského či poloromského původu. Do roku 2025 se však budou muset najít náhradní rodiny i pro ně.

V péči prarodičů

Většina dětí, o které se biologičtí rodiče nemohou postarat, však nekončí u lidí, které neznají. Data Ministerstva práce ukazují, že 61 procent dětí v náhradní rodině žije s příbuznými či blízkými osobami. A náhradní rodinná péče má vždy přednost před tou ústavní, jelikož dokáže dětem lépe poskytnout přirozené rodinné prostředí.

Lidé bez předchozího vztahu k dítěti naopak více než příbuzní děti adoptují či dělají přechodnou pěstounskou péči pro děti. Takzvaní „přechodkáři“ jsou řešením krizové situace ohrožení dítěte a po maximálně jednom roce jde dítě do péče jiné rodiny.

Nejčastější formou náhradní rodinné péče je péče pěstounská, kterou z většiny vykonávají příbuzní. V roce 2021 bylo podle Ministerstva práce sedm z 10 pěstounů příbuzných.

Nejvíce je pěstounů prarodičů, v roce 2020 jich bylo 7 621. MPSV evidovalo také 2 437 pěstounů v jiném příbuzenském stavu, jako jsou například sourozenci či strýcové a tety, a 5 121 pěstounů bez příbuzenského vztahu k dítěti.

Vláda napravuje chyby

Vláda nyní napravila lednovou novelu zákona, kvůli které příbuzní pěstouni, již se starali o své děti, přišli o část příspěvků za náhradní péči. Podle Ireny Ondrušové, ředitelky organizace Cestou necestou,



kteřá se věnuje práci s pěstounskými rodinami, to byl pro mnohé rodiče, kteří mnohdy žijí sebe a dítě ze svého důchodu, problém.

„Dopadlo to na ně velmi nepříjemně. Začali jsme to řešit hned na začátku roku. V Praze existuje Sociálně nadační fond, který dofinancovává potřeby pěstounských rodin, na které lze z příjmu pěstounské rodiny často těžko dosáhnout, například volnočasové aktivity nebo terapie pro děti v pěstounské péči,“ říká Ondrušová.

Do stávajícího roku byla odměna jednotná pro všechny pěstouny ve výši 12 tisíc korun hrubého. V lednu 2022 se odměna zvýšila pro zprostředkované pěstouny, pro příbuzné pěstouny se naopak snížila, z čehož ministerstvo udělalo největší škrt v podpoře právě parodičů.

Situaci v polovině roku ale napravila nová vláda, která o 27 procent zvýšila příspěvek na úhradu potřeb dítěte, jenž se odvíjí od jeho věku. Tím se finance pro pěstouny opět navýšily. Ministerstvo rovněž zvedlo jednorázový příspěvek při převzetí dítěte o 35 procent.

„Některé z těchto příspěvků byly naposledy upravovány v roce 2008, tedy před 14 lety. Jde přitom o skupiny lidí, které jsou z velké části na příjmech od státu závislé. Vzhledem k rostoucím cenám jsme proto rozhodli o jejich výrazném navýšení,“ uvedl v tiskové zprávě ministr práce a sociálních věcí Marian Jurečka (KDU-ČSL).

Kabinet také změnil lednové rozhodnutí, které příbuzným pěstounům nepokrývalo sociální a zdravotní pojištění. Díky novele z 1. června jsou nezprostředkovaní pěstouni, kteří měli do konce roku 2021 nárok na odměnu pěstouna, účastní důchodového pojištění a pěstounství jim bude počítáno jako náhradní doba pojištění. Za pěstouny bude platit zdravotní pojištění stát.

Jistá délka náhradní doby se do důchodového pojištění započte i nezprostředkovaným pěstounům, kteří převzali dítě do péče až od roku 2022. Těmto novým pěstounům se bude náhradní doba započítávat nejdéle po dobu dvou let. „Jde o ochranné opatření, které pěstounům umožní přizpůsobit se nové situaci a alespoň po přechodnou dobu mít zajištěnou účast na důchodovém pojištění bez nutnosti výkonu výdělečné činnosti,“ píše na svém webu ministerstvo.

A výpočet z roku 2019 Deníku veřejné správy ukazuje, že se podpora pěstounů státu finančně vyplatí mnohonásobně více než ústavní péče. Ministerstvo práce v říjnu navíc navýšilo o 15 procent i zaplatovací příspěvek pro mladé lidi, kteří odejdou z ústavní, pěstounské nebo poručenské péče.

Pěstouni místo adopce

Pěstouni v Česku výrazně přibýli před deseti lety, kdy 1. ledna 2013 vstoupila v účinnost novela zákona o sociálně-právní ochraně dětí, kterou došlo mimo jiné k výraznému zlepšení podmínek pro výkon pěstounské péče, zejména pěstounské péče na přechodnou dobu. Novela pojednávala o postupném rušení ústavní péče, která má být v Česku nahrazena právě pěstouny. Za necelé dva roky od účinnosti novely zákona vzrostl počet pěstounů na přechodnou dobu o 220. Změna zákona pěstounům přinesla také výrazně vyšší příspěvky.

Po novele naopak klesl počet dětí v adopci. V roce 2011 bylo adoptováno 929 dětí, o deset let později to bylo jen 742 dětí. Žádosti o adopce malých dětí do tří let je totiž hodně a děti k adopci neuspokojují tuto „poptávku“.

Z toho důvodu se někteří rodiče rozhodnou pro pěstounství dětí, u kterých je pravděpodobné, že k adopci přejdou. Taková je i zkušenost pěstounky, jež se se svým mužem stará v pěstounské péči o miminko, které si chtějí adoptovat. Redakce její identitu zná, vyhověla však žádosti o její neuvedení.

„S mužem jsme se pokoušeli o dítě šest let. Umělé oplodnění pro nás nebyla cesta, a tak jsme se pustili do adopce. Po přípravách jsme se rozhodli k žádosti o adopci připojit i žádost o dlouhodobé pěstounství. Avšak co se týče pěstounství, záleželo to hlavně na konkrétním případě. Chtěli jsme takový, kde je v budoucnu předpoklad k adopci. A v Česku takové případy jsou,“ říká pěstounka, která své zkušenosti pro ostatní sdílí na svém instagramu Cesta adopcí.

„Děťátko například není ještě z různých důvodů volné k adopci, ale ani není možné, aby se o něj starala biologická rodina, a je velký předpoklad k tomu, že když se teď najde náhradní rodina, zůstane v ní napořád. Některé kraje už s touto variantou pracují a je to skvělé. Samozřejmě je v tom stále i to riziko návratu do původní rodiny. Kraje jsou v tom však myslím opatrné a tyto případy vybírají obezřetně,“ sdělila.

A právě pěstounství s pozdější žádostí o osvojení může významně urychlit čekání. U adopce totiž není výjimkou, že si od podání žádosti rodiče musejí počkat několik let. Pěstouni dostávají děti do péče zpravidla rychleji, v řádu několika měsíců.

„Díky tomu jsme se stali brzy pěstouny naší holčičky. A po devíti měsících od podání první žádosti na OSPOD jsme si domů přivezli 6týdenní děťátko. Teď vyčkáváme, až doběhnou nějaké procesy, a podáme si návrh na svěření dítěte do péče budoucích osvojitelů,“ říká pěstounka. Připomíná, že tento proces však není možný u všech dětí, jelikož původním záměrem pěstounské péče je postarat se o dítě, než bude možný jeho návrat do původní rodiny.

Na rozdíl od Štěpánové měla s úřady i soudy dobrou zkušenost. „U nás to naštěstí bylo celkem rychlé a soud nám do tří dnů schválil předběžné opatření. Spousta rodin ale takové štěstí nemá a děťátko v lepším případě čeká u přechodných pěstounů,“ říká. Magistrát i pracovnice OSPOD prý fungovaly naprosto perfektně a rychle.

Se Štěpánovými však souhlasí, že systém schvalování náhradní rodinné péče vždy nefunguje, jak má. „Začíná to už při podání žádosti a následném zařazení do příprav. Známe páry, které čekaly rok a dva. Často se dlouho čeká i na psychologické posouzení,“ říká pěstounka. Dle jejího názoru by měly být jasné stanovené lhůty, aby schvalování netrvalo roky. Podle ní by měla také být jednotnost v rozhodování soudů, které nyní v každém kraji jednájí jinak.

Zdroj: seznamzpravy.cz, 21. 11. 2022

Válek zaskočil pojišťovny. Chce dotace na lyžařské kursy

Příspěť dětem na sportovní aktivity, třeba na lyžařské kursy, považují ředitelé škol za dobrý nápad. Mohlo by to podle nich pomoci některým rodinám, jež si pobyty, které leckde vyjdou i na 11 tisíc korun za týden, nemohou dovolit.

S nápadem na zavedení příspěvku pro školáky do 15 let přišel ministr zdravotnictví Vlastimil Válek (TOP 09). Odmítl, že by tím šel na ruku skiareálům a lyžařským lobbistům. Rodičům by to pochopitelně pomohlo, pro jsou i ředitelé škol, kteří by jinak měli problém kursy obsadit.

„Diskutujeme o tom, jak využít peníze z fondu prevence na pohybové aktivity dětí, aby se od počítačů vrátily do přírody a abychom u nich začali srážet hmotnost, která u nich za covidu narostla. Jedna z možností je podpora lyžařských kursů,“ řekl Právu Válek. Podpořit by chtěl zejména rodiny, které se dostaly do finančních problémů.



„Pokud v některých regionech deset nebo i dvacet procent dětí nemůže jet na týden na hory kvůli tomu, že na to ekonomicky nemají, a jedná se o zdravotně preventivní záležitost, je to bezesporu něco, co by mělo být z fondu prevence hrazeno,“ dodal Válek.

Ředitel Asociace horských služeb Libor Knot v médiích uvedl, že střediska už několik let neúspěšně žádala vládu o zavedení státního příspěvku na kursy. Podpořilo by to i místní ekonomiku. Uspěli podle něj až u Války. „Nechci, aby se nějaké dítě kvůli ekonomickým problémům nemohlo zúčastnit těchto pohybových volnočasových aktivit,“ odmítl ministr spekulace o lobbingu.

Ceny lyžařských kursů se pohybují zpravidla od 5 000 korun výš. Část jde na ubytování, dopravu a stravu. Významnou položkou bývá skipas, jehož cena závisí na lokalitě. Třeba v Peci pod Sněžkou vyjde děti pětidenní permanentka na 3 000 korun. Pokud dítě nemá vlastní lyžařské vybavení, následují další výdaje.

„Zájem o kursy je velký, ale někteří nemohou jet, protože na to nemají peníze,“ řekl Právu člen vedení jedné ze základních škol v Kroměříži. „Po dvou letech pandemie jsme zorganizovali kurs, který máme plný. Nabídli jsme ho ale více třídám, někteří žáci nejedou právě ze zmiňovaných důvodů,“ uvedl ředitel ZŠ a MŠ v Miloticích Anton Ivánek. Při škole funguje i spolek přátel, který některým dětem ze sociálně slabších rodin na aktivity přispívá. Zástupci škol se shodují, že by příspěvek rodinám při současné ekonomické krizi mohl pomoci. Bariérou však může být ostych o něj požádat.

Nelze očekávat, že týdenní pobyt ovlivní zdravotní kondici k lepšímu, může ale vzbudit zájem o sport. „Z mého pohledu k dlouhodobému zdravotnímu efektu nedojde. Je ale pravda, že pro spoustu dětí je kurs nedostupný. Kdyby měly možnost jet, mohlo by je to motivovat k pohybové aktivitě, kterou si běžně doma s rodiči nevyzkoušejí,“ řekla Právu Ilona Hülleová, předsedkyně Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost. Výše příspěvku by se mohla podle ministra pohybovat kolem šesti až sedmi tisíc korun. Hlavní slovo však budou mít správní rady pojišťoven. „V tuto chvíli připravujeme možnou podobu návrhu na úpravu programu prevence, který by umožnil realizovat tento záměr,“ řekla Právu mluvčí VZP Viktorie Plívová.

Zaskočení byli nápadem ministra ve Svazu zdravotních pojišťoven, který zastupuje asi 40 procent občanů.

„V současné době se dokončují návrhy zdravotně pojistných plánů pro příští rok a v této souvislosti nám není známo, že by ze strany ministerstva zdravotnictví byla takto konkrétní doporučení a příslušná odůvodnění pro zařazení takových preventivních programů při přípravě zdravotně pojistných plánů vznesena,“ sdělil Právu výkonný ředitel svazu Martin Balada.

„Na aktivity podobného charakteru pojišťovny již nyní v menší míře pojištěncům přispívají z fondů prevence,“ dodal.

Zdroj: novinky.cz, 21. 11. 2022

INZERCE

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

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. Ordinace 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

693 11-22

Nabízím k převzetí menší perspektivní **praxi PLDD u Olomouce**. Vhodné i pro MD, zastoupím. Tel. 602 757 401.

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

AIDIAN

Děkujeme Vám za dosavadní spolupráci.

Přejeme Vám i Vaším blízkým
příjemné prožití vánočních svátků
a v roce 2023 mnoho štěstí,
spokojenosti a hlavně pevné zdraví.

Společnost AIDIAN (dříve Orion Diagnostica)



QuikRead go[®]



Molekulární
biologie



Monitoring
biologické léčby



Monitoring
hygieny



COVID-19



LabPad[®]



Uricult[®]



Mikrobiologie

Vakcína vhodná nejen pro nejmenší děti.¹

**Vakcína BEXSERO je indikovaná
k imunizaci proti MenB*
iž od 2 měsíců věku.¹**

**U jedinců od 2 let věku,
dospívajících a dospělých^a
stačí k dokončení očkovacího
schématu podat 2 dávky.^{1,1}**

www.gutenberg.org

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

**Při zahájení očkování
DO 1 ROKU VĚKU
A VE 14 LETECH
HRADÍ OČKOVÁNÍ
zdravotní pojišťovna.²**

* Presumably, volume of air in breathing SPO.