ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX PEDIATRIAE

červen 2013
číslo 6 • ročník 13

SPLDD ČR

OSPDL ČLS JEP

téma čísla

Drogy, závislosti

- Zápis z jednání Sdružení a zdravotních pojišťoven
- Rozhodující rozdíly v provozování ordinace formou fyzické a právnické osoby
- Sněm SPLDD ČR
- Drogy – základní charakteristika
- Stafylokoková sepse a mnoholožisková rozpadová pneumonie
- Traumatické dutiny plicní
- Krátké intervence pediatra zaměřené na redukci užívání návykových látek u adolescentů
- Prevence onemocnění již od dětského věku

MSD
Pfizer
Pracujeme pro zdravější svět™
Hero
gsk GlaxoSmithKline

Nutrilon AR
- expert při řešení ublinkávání

- Je zahuštěn karubinem, díky tomu je zachována vysoká viskozita mléka i při kontaktu s amylázou a žaludečními šťávami.
- Snižuje počet epizod ublinkávání.[1,2,3]
- Zmírňuje závažnost ublinkávání.[1,2,3]

Pro kojené děti je určen **Nutrilon Nutriton**
- instantní přídavek do mateřského mléka na bázi karubinu.

Reference:
1) Wenzl TG, Schneider S, Schenke F, Silny J, Heimann G, Skopnik H. Effects of thickened feeding on gastroesophageal reflux in infants: a placebo-controlled crossover study using intraluminal impedance. Journal of Pediatrics 2003;111:e355-e359. 2) Borelli O et al. Use of a new thickened formula for treatment of symptomatic gastroesophageal reflux in infants. Ital J Gastroenterol Hepatol 1997;29:237-42. 3) Grosse K, Boctor L, Hilber U, Ulmer R. Spezialnahrung für vermehrt spuckende Säuglinge (German). Kinderärztliche Praxis 1998;69:204-10.

Kojení je nejpřirozenějším způsobem výživy kojenců. Kojenecká výživa by měla být používána na doporučení lékaře. Způsob použití a další info na obalech a webových stránkách. Potravina pro zvláštní výživu – potravina pro zvláštní lékařské účely. Materiál pro odbornou veřejnost.

MÁTE OTÁZKU? VOLEJTE ZDARMA
800-110-000
www.nutrilon.cz

Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
Koalice soukromých lékařů	6
Zápis z jednání Sdružení a zdravotních pojišťoven	8
Usnesení regionálních konferencí SPLDD	11
Sněm SPLDD ČR, Bystřice nad Pernštejnem – Lísek	12
Ing. František Elis **Rozhodující rozdíly v provozování ordinace formou fyzické a právnické osoby**	13
Kongres primární péče **Účinnost pneumokokových vakcín potvrdily studie i praxe**	16
Téma na ostří jehly	17
Co si má počnout praktik, když jde o život	18
Informace OSPDL ČLS JEP	21
Primární pediatrická péče	21
MUDr. Jiří Liška, CSc. **Drogy – základní charakteristika**	24
MUDr. Pavel Kabíček, CSc. **Stafylokoková sepse a mnoholožisková rozpadová pneumonie jako důsledek nesterilní nitrožilní aplikace drog u sedmnáctileté dívky**	26
PhDr. Ladislav Csémy **Krátké intervence pediatra zaměřené na redukci užívání návykových látek u adolescentů**	28
prof. MUDr. Karel Křepela, CSc. **Traumatické dutiny plicní**	31
MUDr. Václav Holeček, CSc. **Prevence onemocnění již od dětského věku – antioxidanty ve výživě**	33
Ze světa odborné literatury	35
Aktuality	36
Řádková inzerce	37
Autodidaktický test, Naléhavé stavy	38
Vyhláška č. 79/2013 Sb.,o provedení některých ustanovení zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách (vyhláška o pracovnělékařských službách a některých druzích posudkové péče)	-

připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

GSK
HERO
MSD
NUTRICIA
PFIZER

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX PEDIATRIAE

www.detskylekar.cz

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

Vydavatel: Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR, o.s.
U Hranic 16, 100 00 Praha 10

Odborná garance: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

Redakční rada:
MUDr. Jiřina Dvořáková, MUDr. Jiří Liška, CSc., MUDr. Pavel Neugebauer

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

Jazykové korektury: Bohumila Weilová
Grafické zpracování: Michal Semerák

Úřední hodiny SPLDD ČR

Pondělí	**10 00 – 15 00 hod.**
Úterý	**10 00 – 15 00 hod.**
Středa	**10 00 – 15 00 hod.**
Čtvrtek	**10 00 – 15 00 hod.**
Pátek	**10 00 – 13 00 hod.**

Sekretariát:
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

Obrázek na titulní straně namaloval ústy Tomáš Janoušek, převzato z nakladatelství UMÚN, s.r.o., Nad Školou 1285, 463 11 Liberec, tel. 485 161 712, www.umun.cz

Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům. Distribuce členům SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP zdarma. Vychází 10× ročně v nákladu 2200 výtisků. Povoleno Ministerstvem kultury pod číslem MK ČR E 10971, ISSN 1213-2241. Redakce nezodpovídá za obsah článků. Reprodukce obsahu je povolena pouze s písemným souhlasem redakce. Nevyžádané podklady se nevracejí. Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá za obsah inzercí a vložených tiskovin.

Vážené čtenářky, vážení čtenáři, milí přátelé,

doufám, že mi odpustíte toto troufalé oslovení. Odhodlal jsem se k němu jen proto, že po sedmi letech, co mám tu čest potkávat vás v sálech a kuloárech TOP Hotelu Praha během Kongresu primární péče, mám pocit, že už se přece jen trochu známe…

Přiznávám rovnou – Kongres primární péče mám rád, stejně jako moji kolegové z redakce Zdravotnických novin. Ostatně, redakční rada Vox pediatriae to určitě ví, jinak by mi asi nenabídla, abych k číslu, které vám přináší mj. několik střípků z toho, co jsme mezi vámi nasbírali pro naši přílohu Kongresový list, napsal pár slov coby editorial.

Čím začít? Možná tím, proč a čím je vaše každoroční odborné vzdělávací setkání – viděno očima „člověka odjinud“ – jiné než řada ostatních. Tak předně předznamenává jaro, které se tou dobou zpravidla už klube na svět. Letošek byl sice výjimkou, ale nešť – venku si mohlo mrznout, jak chtělo, ale našinec věděl, že tak jako se rok co rok vrací KPP, vrátí se po něm i vesna, to je prostě evidence-based. Druhé, co je na KPP pozoruhodné, je jeho skvělá atmosféra. Myslím, že jí podlehne každý, jen co vejde do hotelu – a určitě to nebude tím, že odborný program je obrazně vlastně jakýmsi dvoudenním předtančením plesu, kterým setkání tradičně vrcholí.

Mimochodem, když už jsem se zmínil o programu – jako vždy skvělý! Vy to samozřejmě dobře víte, já se tím nechávám rok co rok znovu překvapovat a mám tak důvod k těšení se. Klobouk dolů před programovým výborem, že se mu podaří pokaždé nasbírat tolik specializovaných hot-témat (a top-přednášejících) a zarámovat je do kontextu denní klinické praxe ordinace lékaře primární péče. Jako ten, komu někteří z vás léčí jeho děti (pozdravuji tímto MUDr. R. R.), jsem vám za takový mezioborově laděný program udržující kontakt s aktuálním děním na poli lékařské vědy i klinické medicíny obzvláště vděčný. Neřku-li, že často právě až díky KPP pochopím, proč jsou výsledky té či oné studie, o nichž jsem pár měsíců předtím referoval z některého z evropských kongresů, tak významné pro praxi – ale to na mne raději prosím neříkejte…

Nevím, zda je vám všem známo, co se děje prakticky po každém z hlavních programových bloků kongresu – že se představitelé vašich sdružení a odborné společnosti u kulatého stolu bezprostředně scházejí s přednášejícími, tedy reprezentanty dalších odborných společností, k diskusi o možnostech, rezervách i cílech v mezioborové spolupráci. Na několika takových diskusích jsem byl, několik jsem jich směl i moderovat – a třeba zrovna letos u takového kulatého stolu vznikl nápad pokračovat a ve spolupráci sdružení a odborných společností vytvořit mezioborové guidelines (no, možná je to smělé slovo, řekněme raději společný konsensus) pro péči o dítě s bronchiálním astmatem. Ukažte mi druhý takhle akční a dělný tuzemský kongres…

A tím jsme u další věci, kterou na vašem setkání intenzivně vnímám – entuziasmus všech zúčastněných. Letos ho bylo třeba měrou vrchovatou, když ČLK a její prezident neodolali pokušení naplánovat své protesty přesně na den konání kongresu a využít tak desítek prázdných ordinací lékařů, za něž sloužili zástup kolegové, aby se dotyční mohli vzdělávat. Vidět mnohé z vás v průběhu programu odjíždět do svých ordinací dát svým pacientům najevo, že se nedáte zneužít, natož zmanipulovat, a pak se zase vracet na kongres, to byl také silný zážitek, to mi věřte.

Takže vám i sobě přeji, ať se šťastná sedmička v pořadí letošního ročníku přetaví v neméně šťastnou osmičku, ať příště už zase nikdo z těch, co ke KPP neodmyslitelně patří, řízením osudu nechybí (hodně zdraví přeji tímto MUDr. P. N.), ať pořádající agentuře (a Mgr. L. A.) opět všechno klapne na minutu přesně a organizačnímu výboru ať se dál v hlavě líhnou tak dobré nápady jako už sedm let. A na viděnou napřesrok zase, tak říkajíc, u vás doma!

Váš

Jan Kulhavý,
šéfredaktor Zdravotnických novin,
Ambit Media, a.s.

Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
1. místopředsedkyně SPLDD ČR

Měsíc duben byl měsícem důležitých jednání a schůzek. Proběhlo jednání s ministrem zdravotnictví, se zástupci zdravotních pojišťoven, se zástupci OSPDL a ČPS ČLS JEP. Na každém z jednání jsme vysvětlovali a obhajovali nezastupitelnou roli PLDD v péči o dítě a v primární péči, současnou problematiku našich ordinací, nutnost vytvoření aktuální koncepce péče o děti a dorost v ČR. Po celý duben jsme opakovaně se zástupci naší odborné společnosti jednali o navrženém metodickém pokynu MZ k předčasnému propouštění novorozenců z porodnic.

3. 4. 2013
na půdě SPLDD proběhlo jednání se zdravotními řediteli zdravotních pojišťoven. Předmětem jednání bylo zejména upravení očkovacího dodatku a Metodiky očkování. Nadále se do Clearingového centra budou hlásit pouze dodané vakcíny Prevenaru 13 ze zdravotní indikace. Projednaly se i další aktuální problémy, více se dočtete v zápise z tohoto jednání.

11. 4. 2013
na MZ jsme se zúčastnili schůzky s ministrem zdravotnictví doc. MUDr. Hegerem. Za SPLDD MUDr. Hülleová, MUDr. Kudyn a za OSPDL ČLS JEP MUDr. Šebková a MUDr. Kubátová. Za MZ byli jednání dále přítomni ředitelé odborů MUDr. Sajdlová a JUDr. Janda. Předmětem jednání byla zejména koncepce péče o dítě, připomínky k návrhu novely zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, otázky vzdělávání a oboru PLDD, rezidentů, generační výměny PLDD, připravovaný metodický pokyn k předčasnému propouštění novorozenců z porodnic.

16. 4. 2013
proběhlo pravidelné jednání Koalice soukromých lékařů. Na tomto jednání bylo přijato společné stanovisko k navýšení platby za státní pojištěnce, zaslané na MZ, bude uveřejněno na stránkách našeho časopisu. Bylo jednáno i o snaze SPLDD řešit problematiku 19letých a starších pacientů v praxích PLDD.

30. 4. 2013
na půdě SPLDD proběhlo společné jednání výboru SPLDD se zástupci ČPS ČLS JEP a OSPDL ČLS JEP. Snahou bylo najít společná témata pro další spolupráci, vytvoření pracovních skupin zabývajících se především koncepcí péče o děti v ČR, problematikou lékařské pohotovostní služby a vzdělávacími programy obou odborností. Společně jsme diskutovali o vytvoření Pediatrické akademie, která by zastřešovala pediatrické obory a byla společnou platformou pro jednání na vyšších úrovních. Zápis z jednání bude k dispozici po odsouhlasení všemi společnostmi.

WHO kritizovala vědce za to, že komplikují léčbu koronaviru

Světová zdravotnická organizace (WHO) vyzvala státy, ve kterých se v posledních měsících vyskytl nový koronavirus, aby vzájemně sdílely informace a nedovolily komerčním laboratořím vydělávat na výskytu nebezpečného viru, který dosud po celém světě zabil 22 lidí.

Nový druh koronaviru se objevil loni a jeho symptomy se podobají nákaze virem SARS, který způsobuje vážné dýchací obtíže.

Prohlášení je podle agentury Reuters reakcí na nedávné oznámení Saúdské Arábie, kde se koronavirus objevil vůbec poprvé. Místní představitelé uvedli, že vývoj testů na toto onemocnění se zpozdí vzhledem k tomu, že je třeba brát v potaz patentové právo, kterým disponuje jistá laboratoř z Nizozemska.

Virus byl poprvé identifikován loni v září, tři měsíce poté, co vědci převezli jeho vzorek ze Saúdské Arábie do Nizozemska. „Došlo k tříměsíčnímu zpoždění. Během této doby jsme vůbec nevěděli, že takový virus existuje," popsal náměstek saúdskoarabského ministra zdravotnictví Zijád Memíš. Vzorek byl odvezen ze země bez jakéhokoli povolení a nizozemská laboratoř si následně nechala patentovat veškeré postupy výzkumu viru. Každý, kdo je chce nyní použít, jí tak musí zaplatit. Právě kvůli tomu se zpozdila výroba testů na nebezpečný koronavirus.

Koronaviry vyvolávají nemoci od běžného nachlazení po syndrom akutního těžkého onemocnění dýchacích cest (SARS). Šíří se kapénkami při kýchání. Při epidemii SARS v roce 2002 se nakazilo asi 8000 lidí a zhruba desetina z nich zemřela.

Zdroj: čtk, 24. 5. 2013

Koalice soukromých lékařů

Koalice soukromých lékařů v posledních obdobích čelí stále se zvyšujícímu tlaku na takové úpravy legislativy, které mohou výrazně negativně zasáhnout do činnosti soukromých ambulancí. K často nedokonalým výtvorům z pera pracovníků resortního ministerstva přibývají aktivity některých poslanců. Zatímco s ministerskými návrhy lze alespoň zčásti bojovat, poslanecké návrhy zcela obcházejí diskuse s odborníky, obcházejí vnitřní i vnější připomínková řízení a jsou tak zcela v pravomoci poslanců, kteří často nemají o chodu zdravotnictví podrobnější a validní informace, neboť se angažují ve zcela odlišných resortech. Jak asi mohou taková rozhodnutí potom vypadat?

Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 16. dubna 2013

1. Novely zákonů

- **Novela zákona o zdravotních službách**
  Zástupci KSL zaslali připomínky za jednotlivé organizace Koalice, MZ ČR na ně zatím nereagovalo. Mgr. Uher navrhl požádat ministerstvo o veřejné projednání s vypořádáním připomínek k návrhu na změny tohoto zákona. Dr. Jojko zašle žádost ministru zdravotnictví, náměstku ministra pro zdravotní péči a ředitelce Odboru zdravotních služeb.
- **Novely zákonů o zdravotních pojišťovnách**
  Tyto novely není třeba připomínkovat, neobsahují kontroverzní ustanovení.
- **Pozměňovací návrh poslanců Borise Šťastného a Jiřího Skalického k poskytování zdravotních služeb z veřejného zdravotního pojištění (sněmovní tisk 761)**
  Na návrh dr. Jojka budou připomínky Rady SAS ČR k tomuto tisku zveřejněny jako společné stanovisko Koalice soukromých lékařů (*poznámka: text stanoviska byl dne 19. 4. 2013 zaslán ministru zdravotnictví, náměstkům ministra zdravotnictví Ing. Noskovi, dr. Polákovi, Mgr. Plíškovi, poslancům, senátorům a zástupcům sdělovacích prostředků*).
  Mgr. Uher navrhl připomenout předsedovi výboru pro zdravotnictví PSP ČR dr. Šťastnému, že opět provádí zásadní legislativní změny bez odborné diskuse.
- **Návrh novely zákona č. 48/1997 Sb.**
  Návrh novely zatím není k dispozici. Dr. Jojko osloví Ing. Noska a požádá jej o jeho zaslání.

2. Úhrady 2013

- Jednotlivé organizace KSL jednají se zdravotními pojišťovnami o podmínkách poskytování úhrad za zdravotní péči v roce 2013 individuálně.

3. Různé

- SPL ČR se obrátilo na zástupce SPLDD ČR s prosbou o bližší vysvětlení nové žádosti SPLDD ČR podané v dubnu t. r. ke komisi pro metodiku. Jedná se o žádost řešení automatické odregistrace mladistvých v devatenácti letech, která dle SPLDD ČR způsobuje narušení kontinuity poskytování zdravotní péče. Dr. Kudyn (SPLDD ČR) poskytl vysvětlení. Zástupce SPL ČR (dr. Šmatlák) upozornil, že tato věc byla již v minulosti opakovaně řešena (zápisy může doložit), a to ve shodě se SVL JEP a zástupci odborné i profesní organizace SPLDD ČR, a s novou argumentací SPLDD ČR se neztotožnil s tím, že nové odborné ani organizační důvody pro změnu věkové hranice pro registraci u PLDD nenastaly.
  Podle informace dr. Kudyna bude k tomuto problému do konce června svolána schůzka na MZ ČR za účasti ZP, SPL ČR, SPLDD ČR, SVL a OSPDL, která ev. navrhne upravený text o registraci 19letých do Metodiky VZP.

Stanovisko Koalice soukromých lékařů k pozměňovacímu návrhu poslanců Šťastného a Skalického, sněmovní tisk 761 ze dne 18. 4. 2013

KSL vyjadřuje důrazný nesouhlas s tímto návrhem, který by v případě přijetí znamenal, že by zdravotnická zařízení mohla předepisovat léky a zdravotnické prostředky čistě a jen ty, které by jim byly povoleny v tzv. pozitivním listu vytvořeném zdravotní pojišťovnou.
KSL vyhlašuje, že tím je vytvářena snaha popřít jasnou a ověřenou pravdu, že:

1. léky od různých výrobců se stejnou účinnou látkou i při stejném způsobu užití se neliší mezi sebou jen cenou,
2. pacienti nejsou svou genetickou strukturou a tolerancí léků identičtí,
3. za výsledek léčby není dle platných zákonů v ČR odpovědná zdravotní pojišťovna, ale lékař, který se o daného pacienta stará a píše mu i léky.

KSL vyslovuje obavu, že navržený tisk 761 tím, že povede k redukci počtu lidí, kteří budou rozhodovat o tom, které léky smějí smluvní zdravotnická zařízení předepisovat, vytvoří významné prokorupční prostředí.
O tom, jaký lék bude pacientům předepsán, by pak přece nerozhodovalo cca deset miliónů pacientů, nebo cca 40 tisíc lékařů, ale několik málo úředníků dnes sedmi zdravotních pojišťoven.

KSL považuje navržený tisk 761 za snahu jen zkratkovitým způsobem ušetřit na péči o pacienty za každou cenu (nebo snahu odvést peníze mimo zdravotní péči), bez ohledu na to, jaký to bude mít dopad na kvalitu péče o ně.
Jde jen o další snahu prosadit zásadní změnu systému českého zdravotnictví pomocí poslanecké iniciativy bez jakékoli odborné diskuse, přičemž návrh podali lidé, kteří nemají ani nejmenší zkušenost s reálnou medicínou.

Pokud poslanci Parlamentu ČR chtějí opravdu ušetřit zdravotním pojišťovnám finanční prostředky, nechť prosadí do zákona, aby stejná účinná látka léku při

stejné cestě podání od různých výrobců měla i stejnou úhradu od zdravotních pojišťoven. V některých lékových skupinách to platí již dnes a ukazuje se, že jde o fungující systém velmi oblíbený mezi pacienty, neboť v takovém případě jsou to oni, kdo po poradě se svým ošetřujícím lékařem rozhodují (na základě posouzení účinku a výše doplatku), který konkrétní lék budou užívat či nikoli. Není jim nic vnucováno pro ně neznámým úředníkem zdravotní pojišťovny.

Za Koalici soukromých lékařů:

MUDr. Zorjan Jojko,
předseda Sdružení ambulantních specialistů ČR, mluvčí KSL
MUDr. Pavel Chrz,
prezident České stomatologické komory
MUDr. Václav Šmatlák,
předseda Sdružení praktických lékařů ČR
MUDr. Pavel Neugebauer,
předseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR
MUDr. Vladimír Dvořák,
předseda Sdružení soukromých gynekologů ČR

Otevřený dopis poslancům krizového štábu sdružujícího

Asociaci českých a moravských nemocnic, Asociaci krajských nemocnic, Svaz pacientů ČR, Národní radu osob se zdravotním postižením ČR, Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR, Lékařský odborový klub – Svaz českých lékařů
za podpory
Odborového svazu pracovníků dopravy, silničního hospodářství a autoopravárenství Čech a Moravy, Odborového svazu dopravy, Federace strojvůdců ČR, Svazu odborářů služeb a dopravy, Českomoravské konfederace odborových svazů, České lékařské komory, Rady seniorů ČR, České internistické společnosti ČLS JEP, Asociace dialyzačních středisek ČR

Vážená paní poslankyně, vážený pane poslanče,

krizový štáb se na Vás obrací ve věci schvalování zdravotně pojistných plánů zdravotních pojišťoven na rok 2013 (sněmovní tisk č. 946), zařazeného jako bod 151 programu probíhající schůze Poslanecké sněmovny.

Krizový štáb by Vás chtěl upozornit, že Poslanecké sněmovně je navrhováno schválit výrazné snížení úhrad zdravotní péče především v nemocnicích, a to za situace, kdy tytéž zdravotně pojistné plány předpokládají růst příjmů veřejného zdravotního pojištění. Úhrady nemocnicím by se měly snížit na 97,8 % úhrad roku 2012, úhrady následné péče dokonce na 96,9 % loňské skutečnosti. To vše je navrhováno při očekávaném růstu příjmu zdravotních pojišťoven celkem na 102,4 %.
Přestože nemocniční ambulance jsou poslední instancí pro pacienty neošetřené v soukromých ambulancích a jedinou možností ošetření v noci, o víkendech a svátcích, úhrada za jejich péči se plánuje snížit na 96,6 % roku 2012, přičemž pro pojištěnce VZP ČR dokonce na 90,8 % loňské skutečnosti.
Asociace nemocnic i krizový štáb opakovaně upozorňovaly na kritickou situaci v nemocnicích v důsledku vydané úhradové vyhlášky Ministerstva zdravotnictví. V jejím důsledku již byly nemocnicím v tomto roce sníženy měsíční úhrady v průměru na 94,7 % roku 2012. Při započtení inflace a dopadů zvýšené DPH to představuje ve srovnání s rokem 2012 průměrné snížení reálných úhrad o více než 10 %.
Přitom pod uvedeným průměrným snížením je téměř polovina regionálních nemocnic, kdy některé nemocnice musejí počítat se snížením reálných úhrad i o 15–20 %. Existence tří desítek nemocnic je znovu ohrožena. Krizový štáb upozorňuje, že skrytě pokračuje další, již druhá etapa pokusu o rušení regionálních nemocnic.
Nemocnice včetně některých fakultních se netají tím, že jsou donuceny omezovat plánované operace, prodlužovat čekací doby, poskytovat jen nejnutnější a nejlevnější léky a provádět ta nejnutnější vyšetření. Nemocnice již dnes upozorňují, že v závěru roku nebudou mít zdroje ani na neodkladnou péči.
Návrh na zrušení úhradové vyhlášky na rok 2013, která výše uvedenou situaci způsobuje, již byl podán Ústavnímu soudu.
Vážená paní poslankyně, vážený pane poslanče, návrhy zdravotně pojistných plánů zdravotních pojišťoven, které nyní budete projednávat, vycházejí ze stejných principů jako úhradová vyhláška, která se stala předmětem kritiky a odporu téměř ve všech oblastech poskytování zdravotní péče.
Prosíme Vás o zvážení, zda výše popsané kroky exekutivy a jejich dopady na pacienty a občany potvrdíte i Vy schválením předložených zdravotně pojistných plánů, nebo je odmítnete a budete hlasovat ve prospěch občanů, a tudíž proti navrženým zdravotně pojistným plánům zdravotních pojišťoven.
V Praze dne 13. 5. 2013

Mluvčí krizového štábu:
Bc. Václav Krása, předseda Národní rady osob se zdravotním postižením
MUDr. Ing. Petr Fiala, místopředseda Asociace českých a moravských nemocnic

Prohlášení Koalice soukromých lékařů k navýšení platby státu za státní pojištěnce ze dne 16. 5. 2013

Koalice soukromých lékařů (dále také jen KSL) tímto žádá vládu, aby vyhověla návrhu ministra zdravotnictví a navýšila platbu státu do systému veřejného zdravotního pojištění za státní pojištěnce.

KSL konstatuje, že soukromé ambulance jsou nedostatkem finančních prostředků, zapříčiněným – kromě nízkých plateb za státní pojištěnce – i nedotaženými úspornými opatřeními, ohrožené v současné době nejvíce.

Za Koalici soukromých lékařů:
MUDr. Zorjan Jojko,
předseda Sdružení ambulantních specialistů ČR, mluvčí KSL
MUDr. Pavel Chrz,
prezident České stomatologické komory
MUDr. Václav Šmatlák,
předseda Sdružení praktických lékařů ČR
MUDr. Pavel Neugebauer,
předseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR,
MUDr. Vladimír Dvořák,
předseda Sdružení soukromých gynekologů ČR

Pro VOX připravil:
MUDr. Pavel Neugebauer,
předseda SPLDD ČR

Zápis z jednání Sdružení a zdravotních pojišťoven

dne 3. 4. 2013 od 14 hod. v kanceláři SPLDD

Přítomni:
Za ZP: Ing. Eliška Zajícová – ZPŠ,
MUDr. Havrlant – RBP,
Mgr. Martin Balada – SZP,
Mgr. Markéta Pásková – OZP,
PharmDr. Ivana Cimalová, MBA – ZPMV,
MUDr. Ludmila Macháčková – VZP,
MUDr. Irena Vágnerová, MBA
Za SPLDD ČR: MUDr. Ilona Hülleová,
MUDr. Jiřina Dvořáková,
MUDr. Milan Kudyn,
MUDr. Ctirad Kozderka

Úvod: Dr. Hülleová, představení
Ing. Zajícová: účelem setkání je řešení problému s vykazováním pravidelného a nepovinného očkování hrazeného z v.z.p., a to jak směrem ke ZP, tak hlášení do CC. Chybné a nedostatečné vykazování očkování a hlášení vede k ekonomickým problémům. V letošním roce se kalkuluje s očkováním v hodnotě cca 700 mil. Kč. Možností k řešení problémů je i úprava stávající Metodiky očkování, jak byla projednána a navržena na jednání pracovní skupiny k očkování při NRC. Nejvíce problémů je s vykazováním očkování Prevenaru, kdy je zaměňováno objednávání a vykazování očkování Prevenarem ze zdr. indikace (očkování pravidelné – rizika – kód 02105) a nepovinné očkování (kód 02125). Představení úprav metodiky přednesla MUDr. Macháčková.
MUDr. Macháčková: U kódu 02100 již není požadováno vykazování ZULP na základě závazného stanoviska MZČR ze dne 4. 7. 2012. V tomto duchu provedena úprava Metodiky. Další úpravy Metodiky – vypuštění přílohy č. 6 sloužící pro přechodné období v lednu 2012 (možnost vykazování očkování po staru), pro hlášení do NRC je uvedena nová kontaktní adresa na CC. Formulář vykazování: příloha č. 7 se stává přílohou č. 6 po vypuštění přechodné přílohy č. 6 na leden 2012. Formulář slouží k evidenci vakcín. ZP přistupují na požadavek SPLDD k vypuštění sloupce s počtem dodaných vakcín od Avenieru. Naproti tomu VZP požaduje ponechat vykazování dodaných vakcín do formuláře pouze u vakcíny Prevenar 13 ze zdrav. indikace (povinné očkování).
MUDr. Hülleová: Metodika z naší strany již byla navržena, ale ZP ji neakceptovaly. Nyní bude nutné Metodiku a Očkovací dodatek ze strany ZP rozeslat v nové verzi.
MUDr. Hülleová: Program Medicus nepovoluje provést zpětné opravy za období před více než 2 měsíci.
Ing. Zajícová: To se musí řešit s dodavatelem SW.
MUDr. Hülleová: Upozorňuje na omezení frekvence vykazovaného očkování /den.
Ing. Zajícová: Již je opraveno na 2/den.
Ing. Zajícová: Náklady na opravy chyb ve vykazování očkování jsou pro ZP obrovské. Pracovníci ZP kontaktují jednotlivé lékaře kvůli chybám a opravám v konkrétních situacích. Chybovost je velká a pokud např. nebyl k výkonu očkování uveden ZULP, tak ZP nemá jasno, čím bylo dítě očkováno.
MUDr. Hülleová: K minimalizaci chybovosti je nutný co nejjednodušší systém vykazování. Připomíná opět návrh SPLDD k vykazování očkování systémem dg. s 5. položkou určující použitou vakcínu a tím bez nutnosti vykazovat ZULP.
Ing. Zajícová: Za r. 2012 bylo chybně zaevidováno cca 400 000 dávek. Přesto prosí o ponechání současné Metodiky do konce roku 2013.
MUDr. Hülleová: Je potřeba na další období vytvořit co nejjednodušší systém vykazování.
Ing. Zajícová: Účelem dnešního setkání je dohoda. Lékaři, kteří odebírají očkovací látky od Avenieru a nemají podepsaný Očkovací dodatek, se pohybují mimo dohodnuté mantinely.
MUDr. Hülleová: Loňský Očkovací dodatek bylo doporučeno členům SPLDD nepodepisovat kvůli Metodice, která byla stará.
MUDr. Macháčková: Nová verze Metodiky je již PLDD akceptovatelná. Metodika v aktuální odsouhlasené verzi bude umístěna na webu VZP. Očkovací dodatky na rok 2013 (pokud ZZ v roce 2012 neuzavřelo či vypovědělo Očkovací dodatek, nebo se jedná o nové zařízení) byly koncem roku 2012 rozeslány na regionální pobočky.
MUDr. Dvořáková: Cestou SPLDD by bylo možno dodatek rozeslat
Ing. Zajícová: To nelze akceptovat, dodatek má mít náležitosti ostatních dodatků. Osloví všechny ZP, zda chtějí či nechtějí rozeslat znovu aktuální dodatek všem PLDD.
Mgr. Pásková: Upozorňuje na riziko, že dodatek 2012–2013 odmítnou lékaři podepsat z důvodu obav z povinnosti zpětného splnění podmínek dodatku i za r. 2012.
Mgr. Balada: Zkontroluje dodatky, aby vyhovovaly letošní dohodě (verze ke dni 3. 4. 2013).
Ing. Zajícová: Je výrazný rozdíl ve vykazování očkování ZP a NRC. Proto budou probíhat za ZP v SZP ČR revize u lékařů, kteří nevykazují vůbec nebo velmi málo do NRC a přitom vykazují ZP. Revizní lékař ZP bude postupovat dle zákona č. 48/1997 Sb. – tj. kontrola poskytnuté zdravotní péče a očkování. Cílem není postih lékařů, ale uvedení evidence a vykazování do pořádku. Na počátku očkování byly dle sdělení MZ a Avenieru zásoby očkovacích látek v ordinacích ve výši 180 mil. Kč, ale lékaři bylo hlášeními uvedeno zásob jen za 100 mil. Kč. Řada lékařů nepodepsala dodatek k očkování, a tedy neposlala ani hlášení na NRC.
MUDr. Hülleová: Upozorňuje na to, že spousta práce s očkováním byla přenesena na naše lékaře a sestry, přičemž tato práce nebyla náležitě ohodnocena.
Ing. Zajícová: I pracovníkům ZP práce přibylo.
MUDr. Hülleová: Doporučuje kontrolovat ordinace vykazující vysoký počet znehodnocených vakcín.
MUDr. Macháčková: Upozorňuje, že ZP platí za vykázanou péči, nikoliv za odebrané vakcíny.
Ing. Zajícová: Zvažována je změna vykazování očkování v XML, což systém zjednoduší a nebude nutno vykazovat výkon s dg. a ZULP.
MUDr. Hülleová: Upozorňuje na to, že je nelogické vykazování ZULP s nulovou hodnotou. Jinde se toto nevyskytuje.
Ing. Zajícová: Pro PLDD byl proveden ústupek, aby nemuseli nakupovat a pak vyúčtovat ZULP ZP. Jiné odbornosti musí nakoupit a vyúčtovat jako ZULP, je to v souladu s platnou metodikou pro pořizování.
MUDr. Dvořáková: Účast v programu Akord je podmíněna podepsáním Metodiky a Očkovacího dodatku. Je proto nutné projednané body schválit velmi rychle, aby mohli PLDD se zájmem o vstup do Akordu dodatek podepsat do konce dubna 2013.

MUDr. Ludmila Macháčková

Závěr: Zástupci SPLDD souhlasí s přednesenými návrhy na změnu Metodiky k očkování a již nic nebrání podpisu Očkovacího dodatku. Za ZP SZP ČR bude zváženo další kolo rozeslání Očkovacích dodatků pro letošní rok. V pololetním hlášení do CC bude ve sloupci 08 (odebrané vakcíny) vykazován jen Prevenar 13 ze zdr. indikace. Ostatní odebrané vakcíny nebudou zde požadovány. Zítra bude zaslána aktuální verze Metodiky a Očkovacího dodatku.

****

MUDr. Hülleová: Dnešní setkání se zdravotními řediteli ZP využijeme i k projednání dalších problematických bodů.

MUDr. Macháčková: Zítra bude jednáno na MZ o zajištění BCG vakcíny. BCG nebude k dispozici, protože k 31. 5. 2013 končí registrace BCG. I když vakcína bude mít dostatečnou exspiraci, nebude se smět dále používat a bude se muset znehodnotit.

Očkování proti tetanu: V Evropě je nedostatek Tetavaxu. Proto byl dovezen z Mexika Tetanol Pur. Avenier má zásobu Tetanolu, a to v deseti- a jednodávkovém balení. Pro PLDD bude desetidávkové balení.

MUDr. Dvořáková: Upozorňuje na to, že již končí očkování 15letých a ordinace potřebují jen jednotlivé dávky.

Ing. Zajícová: Navrhuje, aby se zbylé vakcíny využily v jiných ordinacích.

MUDr. Hülleová: Upozorňuje na zákaz redistribuce mezi ordinacemi PLDD. Doporučuje vyzvat PLDD, aby pozastavili očkování TE do doby, než bude opět dostupný Tetavax (cca v 6/2013).

Ing. Zajícová: Žádá u očkování Prevenarem 13 ze zdravotní indikace vykazovat se znakem Z (zvýšená úhrada = ZULP 0, kód 02105). U očkování tetanu Tetanolem z 10dávkového balení vykázat množství 0,1. Distributor požádá SÚKL o povolení dělení 10dávkových balení Tetanolu na jednotlivé kusy.

Závěr:

SPLDD vydá doporučení členům:
Do 6/2013 pozastavit očkování TE u 15letých (pokud lze) a vyčkat do 7/2013, kdy se již očekává dodávka Tetavaxu.
SPLDD vydá doporučení členům:
Novelizované Očkovací dodatky s platností do konce r. 2013, které budou rozeslány, možno podepsat.

****

V 15.10 hod. se k jednání přidává MUDr. Milan Kudyn.

MUDr. Hülleová: U dobrovolného očkování IPO hrazeného z v.z.p. klesá proočkovanost, zřejmě z důvodu chybějící alternativní cesty získávání vakcín.

Ing. Zajícová: Statistika sledování proočkovanosti IPO byla chybně nastavena. Počítaly se všechny děti narozené a ne jen děti, které splnily podmínky pro dokončení očkování. R. 2012 bude již nastaven správně. V současné době ZP připravují na MZ hlášení o pročkovanosti Prevenarem u nepovinného očkování. Z technických důvodů není možná distribuce více způsoby současně. ZP trvají na jedné cestě, buď nákupem a distribucí do ordinací, nebo přes lékárny na Rp.

****

MUDr. Hülleová: Problematika 19letých a zajištění péče o starší automaticky odregistrované od PLDD bez uskutečnění registrace u PL.

Ing. Zajícová: Doporučuje dohodnout se mezi SPLDD a SPL.

MUDr. Kudyn: Na Radě kapitace, která již neexistuje, bylo rozhodnuto o automatické odregistraci v 19 letech. Ale jde o to, že na jednání o Metodice kapitace nedošlo k dohodě. Nyní je problém, jak zajistit péči o pojištěnce nad 19 let. Navrhuje zrušit v Metodice automatickou odregistraci v 19 letech a zajistit tak péči i pro starší u PLDD. Předával na Ústředí VZP p. řediteli Kabátkovi požadavek o dodání dat o počtu přeregistrovaných a nezaregistrovaných u PL.

MUDr. Kudyn ještě upozorňuje na to, že 18letí nabyli zletilosti a mělo by dojít k jejich svobodné volbě registrujícího lékaře, protože před 18. rokem o registraci rozhodoval zákonný zástupce.

Ing. Zajícová: Doporučuje znovu otevřít Metodiku kapitace pro všechny zainteresované, tedy SPLDD, SPL, ZP a MZ.

MUDr. Dvořáková: Se SPL nejsme schopni se dohodnout pro neústupnost SPL.

MUDr. Kudyn: Jednání bude zřejmě nutné na půdě MZ.

MUDr. Dvořáková: Jedná se zejména o dorost, který je státním pojištěncem, což ZP je jistě schopna odlišit.

MUDr. Hülleová: Počítá se s povinnou registrací u dětí k PLDD. Doporučuje prosadit na MZ i povinnou registraci všech státních pojištěnců.

Úkol: SPLDD zašle navrhované materiály týkající se hranice 19letých ke změně Metodiky na ZP.

****

MUDr. Hülleová: Kód 09555 byl v SZV uveden bez vazby na odbornost, proto bylo členům SPLDD doporučeno požádat o jeho nasmlouvání. U několika PLDD byl skutečně kód 09555 nasmlouván do Přílohy č. 2.

Ing. Zajícová: Tam, kde byl u PLDD kód 09555 nasmlouván, bude odsmlouván. Stanovisko ZP je jednotné, protože odbor-

ZP cizinců v Česku možná upraví zákon

Zdravotní pojištění cizinců ze třetích zemí, tedy kromě obyvatel EU, v Česku možná upraví samostatný zákon.

Poslanecká předloha ponechává pojištění na soukromé sféře, aby se nezatěžovalo všeobecné zdravotní pojištění. Jeho rozsah by měl být takový, aby kryl veškerá běžně hrazená rizika a aby se co nejvíce omezily nevymahatelné dluhy cizinců vůči zdravotnickým zařízením.

V současnosti je pojištění zakotveno v zákonu o pobytu cizinců. Podle autorů návrhu nového zákona není úprava týkající se pobytů delších 90 dnů dostatečná. Komerční pojišťovny nemají dostatečnou síť poskytovatelů zdravotních služeb, z pojištění existuje řada výjimek.

Pokud by nový zákon platil, „cizincům ze třetích zemí se po dlouhé době dostane kvalitního rozsahu zdravotní péče srovnatelné s veřejným zdravotním pojištěním a současně nedojde k ohrožení veřejných financí," uvedla v důvodové zprávě skupina poslanců takřka ze všech sněmovních stran.

Cizinci ze třetích zemí by podle normy museli pojištění pro pobyty nad 90 dnů uzavřít; stejně je to i nyní. Pokud by je sjednávali v zahraničí, limit na jednu pojistnou událost by činil nejméně 1,5 miliónu korun. Smlouvu by si tito lidé museli nechat přeložit co češtiny.

V Česku by cizinci museli sjednat smlouvu jen s pojišťovnou, která může v tuzemsku provozovat zdravotní pojištění. Limit na pojistnou událost by musel činit nejméně tři milióny korun. Pojišťovna by musela mít smlouvu nejméně s desetinou poskytovatelů zdravotnických služeb, nyní asi třemi tisícovkami zařízení. Další ustanovení podle autorů směřují například k tomu, aby se Česko nestalo „levnou nemocnicí Evropy" a cílem takzvané zdravotní turistiky.

O pobytech do 90 dnů předloha pojednává krátce. Uvádí, že cizinci ze třetích zemí by museli být pojištěni v rozsahu, jak stanoví unijní vízový kodex.

Předlohu nejprve posoudí vláda. Rozhodne o ní Parlament.

Zdroj: čtk, 21. 5. 2013

nost PLDD má specifické kódy pro ošetření dětí do 6 let. Bližší specifikace náplně kódu proběhne na jednání pracovní skupiny k seznamu zdravotních výkonů.

MUDr. Hülleová, Kudyn: PLDD nebyla kompenzována ztráta v příjmech za zrušené regulační poplatky u dětí a není ani kompenzace za zvyšující se náročnost práce (administrativa, očkování – skladování...) Stát se musí vyjádřit k tomu, jak dále zajistit péči o dítě. Nastává i generační problém. PLDD má vysoký průměrný věk a s přibývající zátěží PLDD nebude ochota lékařů v důchodovém věku pokračovat v zajištění péče o děti.

Ing. Zajícová: Je nutná optimalizace péče. Žádá o podporu u PLDD.

MUDr. Hülleová: Problém je také v okrajových a venkovských praxích, které nesplňují kritéria malé praxe, přesto jsou v lokalitě nutné a lékař zde pracuje jen z entuziasmu. Nová generace lékařů nemá o tyto praxe zájem.

MUDr. Kudyn: Praktik by měl provést maximum vyšetření u pacienta a poslat jen nutné ke specialistovi. Je nutno stanovit kompetence jednotlivých specializací.

VZP a SZP souhlasí s tímto náhledem.

MUDr. Dvořáková: Specialisté zneužívají žádostí o konziliární vyšetření a vykazují vyšetření komplexní.

****

MUDr. Hülleová: Trvá problém neoznámené přeregistrace pacienta k jiné ZP, čímž registrující lékař ztrácí nárok na kapitaci.

MUDr. Macháčková: VZP přechod klientů od jedné ZP k jiné ZP zpracovala a na konci roku 2012 rozeslala. Pokud v některých regionech k distribuci seznamů změn nedošlo, není to možné považovat za nesplněný požadavek SPLDD. Pokud v některých regionech skutečně nedošlo k dodání seznamů, možno zaslat informaci MUDr. Macháčkové na VZP.

****

Změny Metodiky VZP: Lázně

MUDr. Kudyn: V tiskopisech ozdravoven žádá vypustit výpis očkování. Současně žádá o možnost delegovat do Komise k Metodice i zástupce za SPLDD, protože nyní společný segment PL (PL+PLDD) zastupuje MUDr. Kinšt ze SPL.

MUDr. Hülleová: Jak zasílat návrhy na lázeňskou a ozdravenskou péči?

MUDr. Macháčková, Ing. Zajícová: U elektronického podání samozřejmě není podpis rodiče. U písemné formy posílá lékař na ZP, a to doporučeně.

****

Opožďování úhrad VZP:

MUDr. Macháčková: V současné době je zpoždění v rozmezí 2 dnů.

****

E-recept a novela ZoZS:

MUDr. Hülleová: Upozorňuje na riziko vzniku potulných praxí v rámci novely zákona – např. preventivní vyšetření „na ulici" někým, kdo si požádá KÚ o licenci na 3 měsíce. Dále kritizuje, že registrace je na poskytovatele, nikoliv na registrujícího lékaře – nahrává to řetězcům či potulným praxím.

MUDr. Kudyn: Komise elektronizace zdravotnictví, e-recept. Upozorňuje na riziko obtížného technického zajištění e-receptu, zpomalení průchodnosti ordinací.

****

Regulace za r. 2012:

MUDr. Macháčková: VZP bude regulovat při překročení celkových nákladů nad 50 000 Kč. Mělo by se jednat o cca 12 ordinací PLDD v celé ČR.

Dr. Cimalová: ZPMV nebude regulace uplatňovat, protože nebyl překročen zdravotně pojistný plán.

Mgr. Pásková: OZP v těchto dnech vyhodnocuje dopad regulací, byl překročen zdravotně pojistný plán. O řešení bude OZP zástupce SLPDD informovat.

MUDr. Hülleová: Připomíná, že požadujeme oddělené hodnocení subsegmentu PL a PLDD při výpočtech regulací.

****

MUDr. Kudyn: Informuje o jednání Komise péče o dítě, kdy byla diskutována otázka předčasného propuštění novorozence (ambulantní porody). Ing. Zajícová projevila zájem o účast na jednání, pokud by to mělo vliv na proplácení poskytované péče zdravotními pojišťovnami.

****

Ověřovateli zápisu za ZP bude MUDr. Macháčková – VZP, Ing. Zajícová – ZPŠ

****

Jednání ukončeno v 16.20 hod.

****

Zapsal: Kozderka

Usnesení regionálních konferencí SPLDD

Usnesení konference jihočeského regionu SPLDD konané ve dnech 26.–27. 4. 2013 v Jindřichově Hradci

Konference:
schválila
- program konference
- volbu komisí:
  mandátová komise: MUDr. Křemenová, MUDr. Bolková, MUDr. Fialová
  návrhová komise: MUDr. Machoňová, MUDr. Viktora, MUDr. Válek
- rozpočet na rok 2013, který byl schválen všemi účastníky

bere na vědomí
- zprávu o činnosti regionu za rok 2012 – předsedkyně regionu MUDr. Daniela Verdánová
- zprávu o hospodaření regionu za rok 2012 – reg. pokladník MUDr. Jitka Číšecká
- zprávu revizní komise – MUDr. Jan Kouďa

vyslechla
- informace členů výkonného výboru SPLDD: MUDr. C. Kozderka, MUDr. M. Kudyn

odmítá
- povinné vystavování elektronického receptu, které je plánované od 1. 1. 2015
- zapojení PLDD do péče o předčasně propuštěné fyziologické novorozence do domácí péče a požaduje, aby tato péče byla poskytnuta ambulantní formou na odborném lůžkovém pracovišti poskytovatele zdravotních služeb

ukládá
- všem členům regionu aktivně se zapojovat do činnosti SPLDD
- všem okresním zástupcům povinnost zúčastnit se všech akcí SPLDD

vyjadřuje
- nesouhlas s postupem ZP, které odmítají alternativní cestu k získávání očkovacích látek hrazených z v.z.p.
- nesouhlas s neúčastí zástupců zdravotních pojišťoven
- poděkování sponzorujícím firmám za možnost uspořádání konference
- poděkování předsedkyni MUDr. D. Verdánové za organizaci konference

doporučuje
- členům zvážit způsob vyřešení již podané žádosti o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb
- SPLDD a OSPDL organizovat vzdělávací semináře k získání kompetence PLDD vystavovat pracovnělékařské posudky pro registrované pacienty

Konference se zúčastnilo 21 členů z celkového počtu 147.
Usnesení bylo schváleno všemi přítomnými členy.
Zapsala: MUDr. Machoňová, návrhová komise

Usnesení konference JM regionu konané dne 20. 4. 2013 v Drnovicích u Vyškova

Konference se zúčastnilo 36 členů sdružení.
Konference zvolila:
návrhovou komisi ve složení: MUDr. Libor Beneš, Eva Chvátalová, Miluše Blažková
mandátovou komisi ve složení:
MUDr. Kalabusová, MUDr. Frindová, MUDr. Bušek
volební komisi ve složení: MUDr. Kvíčalová, MUDr. Sedláčková, MUDr. Nentvich
pracovní komise: MUDr. P. Gricová, E. Matoušková, P. Zemánková
Konference schválila navržený program.
Konference bere na vědomí:
zprávu o činnosti regionů JM, ZL, VYS, přednesenou dr. Matouškovou,
zprávu revizní komise, přednesenou dr. Sedláčkovou a dr. Kvíčalovou, revizní zpráva regionu Vysočina bude přednesena na následující RR.
zprávy pokladníků příslušných regionů – dr. Poláčkové, dr. Kalabusové a dr. Březinové – a schválila rozpočty jednotlivých regionů.

Dalším bodem programu konference byly volby.

Pro region Vysočina byli zvoleni:
Předseda: MUDr. Libor Beneš
Místopředseda: MUDr. Eva Matoušková
Pokladník: MUDr. Dagmar Březinová
Revizní komise: MUDr. Milan Bušek, MUDr. Marie Košťálová, MUDr. Ludmila Brzková

Pro region Zlínský byli zvoleni:
Předseda: MUDr. Parvine Gricová
Místopředseda: MUDr. Ilona Hulleová
Pokladník: MUDr. Eva Kalabusová
Revizní komise: MUDr. Alice Kuklová, MUDr. Hana Garlíková, MUDr. Stanislava Kvíčalová

Pro region Jihomoravský byli zvoleni:
Předseda: MUDr. Pavlína Zemánková
Místopředseda: MUDr. Miluše Blažková
Pokladník: MUDr. Vlasta Poláčková
Revizní komise: MUDr. Miroslava Doleželová, MUDr. Hana Sedláčková, MUDr. Josef Nentvich

V odpoledním bloku jsme vyslechli vystoupení hostů a prezentaci nové předsedkyně OSPDL MUDr. Aleny Šebkové.
Konference bere na vědomí s definitivní platností neprůchodnost kódu 09555 a podporuje zahájená jednání ohledně navýšení časů preventivních prohlídek do 6 let jako kompenzaci. Rovněž tak neukončovat jednání o kompenzaci regulačních poplatků. Konference doporučuje pokračovat v jednáních o zrušení automatického odregistrování devatenáctiletých a vyzývá členy k rychlému vyplnění dotazníku zaslaného z centra SPLDD k uvedené problematice. Konference ukládá zástupcům regionů a předsednictvu SPLDD řešit problematiku rodných čísel novorozenců. Konference pověřuje předsednictvo SPLDD zabývat se ve spolupráci s pediatrickými společnostmi v ČR tvorbou koncepce péče o dítě. Konference vyzývá výkonný výbor v souvislosti s novelou zákona o zdrav. službách aktualizovat informace o zajištění LSPP v ČR. Konference podporuje připomínky k novele zákona o zdrav. službách zaslané ministerstvu zdravotnictví, zejména se jedná o paragraf 3 a paragraf 11. Dále pokračovat v jednáních o alternativní cestě k získávání nepovinných očkovacích látek. Konference ukládá výkonnému výboru jednat o navrácení kompetence PLDD vystavovat pracovnělékařské posudky pro své registrované pacienty. Konference odmítá povinné vystavování elektronických receptů plánované od r. 2014 pro nepřipravenost technické podpory, zajištění ochrany dat, ovládání systému poskytovateli zdravotní péče a velmi pravděpodobnou neochotu pacientů tuto formu receptu akceptovat. Konference doporučuje otevřít jednání o vyřazení logopedické péče z úhrad z veřejného zdrav. pojištění. (Ponechat pouze přesně indikovanou logopedickou péči.) Konference schválila návrh na změnu stanov – společný pokladník pro všechny tři regiony. Doporučeno projednat na sněmu SPLDD a celostátní konferenci SPLDD. Konference odmítá akce typu očkovací kamion „KARKULKA“.

SNĚM SPLDD ČR

Bystřice nad Pernštejnem – Lísek
18. 5. 2013–19. 5. 2013

Usnesení

- Sněm konstatuje velmi nízkou účast členů na regionálních konferencích a doporučuje zvážit případné postihy neaktivních funkcionářů.
- Sněm doporučuje aktivně řešit generační výměnu a doporučuje VV, aby ve spolupráci s OSPDL zjistil počet nově odatestovaných PLDD, kteří zůstali v síti PLDD.
- Sněm doporučuje řešit generační výměnu zejména s lékaři nad 70 let.
- Sněm vyzývá MZ ke skutečné podpoře rezidenčních míst PLDD především navýšením jejich počtu a finančního zajištění.
- Sněm doporučuje monitorovat situaci ohledně očkování, včetně zabránění možné změně povinného očkování na dobrovolné.
- Sněm žádá právní záruky státu za případné nežádoucí účinky spojené s pravidelným očkováním, prováděným lege artis, včetně odškodnění poškozeného státem.
- Sněm ukládá VV ve spolupráci s OSPDL a ČPS JEP vyvolat jednání na MZ o způsobu odškodnění poškozeného státem, nikoliv z pojistky očkujícího PLDD.
- Sněm odmítá zavedení e-receptů jako jediné formy preskripce.
- Sněm vítá zakotvení posudkové činnosti do vzdělávacího programu oboru PLDD a v souvislosti s tím ukládá VV prosadit posudkovou činnost PLDD do příslušné legislativy.
- Sněm přijal informaci o navýšení kódů ošetření dětí do 6 let.
- Sněm podporuje připomínky VV SPLDD k návrhu novely zákona o zdravotních službách č. 372/2011 Sb.
- Sněm odmítá zrušení registrace pacienta u konkrétního PLDD a nahrazení registrací u poskytovatele zdravotních služeb. Vazba lékař–pacient (dítě) je základní filosofií primární péče.
- Sněm ukládá VV obnovit jednání o problémovém fungování centrálního registru pojištěnců spravovaného VZP.
- Sněm vyslechl vystoupení předsedy ČPS doc. MUDr. Pozlera a vítá zlepšení spolupráce a vzájemné komunikace SPLDD s OSPDL a ČPS.
- Sněm bere na vědomí problematiku LPS a její regionální odlišnosti a doporučuje ji dále řešit včetně časové návaznosti na lékárenské služby a dodržení správné lékárenské praxe.
- Sněm diskutoval problematiku předčasného propouštění novorozenců a podporuje stanovisko SPLDD a OSPDL k připravované metodice.
- Sněm podporuje činnost zahraniční komise.
- Sněm diskutoval změny stanov SPLDD a doporučuje projednat návrhy změn v regionech.
- Sněm schvaluje změnu v registraci vzdělávacích akcí pořádaných SPLDD a používání identifikace dle členských průkazů.
- Sněm doporučuje zavedení manipulačního poplatku při nepředložení členského průkazu.

Rozhodující rozdíly v provozování ordinace formou fyzické a právnické osoby

(nejen s ohledem na změny v zákoně o daních z příjmů od 1. 1. 2013)

V dalším textu se předpokládá, že:
- se jedná o ordinaci praktického lékaře představovanou jedním lékařem a jednou zdravotní sestrou;
- pokud je zmiňována právnická osoba (PO), má se za to, že se jedná o společnost s ručením omezeným (s.r.o.).

1. Fyzická osoba (FO) vede daňovou evidenci

Daňová evidence slouží ke stanovení základu daně z příjmů. Obsahuje údaje o příjmech a výdajích a dále pak údaje o majetku a závazcích. Daňová evidence je v podstatě velmi zjednodušenou a zredukovanou formou účetnictví. O účetnictví v pravém slova smyslu se ale nejedná. Daňovou evidenci příjmů a výdajů upravuje § 7b zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů. Daňová evidence je určena pro všechny podnikající fyzické osoby, které nepovedou podvojné účetnictví a své výdaje nebudou prokazovat „paušálně" (procentem z příjmů). Daňovou evidenci nepovedou v žádném případě ty osoby, které jsou takzvanou účetní jednotkou (osobou vedoucí účetnictví). To se týká mj. právnických osob, které mají sídlo na území České republiky.

2. Právnická osoba vede účetnictví

Účetnictví je založené na principu podvojnosti, to znamená, že jakýkoliv zásah do účetnictví vyvolá změnu na dvou účtech najednou. Jeden účet označuje účetní stranu „má dáti", druhý účet značí účetní stranu „dal". Systém účetnictví umožňuje efektivně sledovat a spravovat majetek společnosti nebo některé jeho části. Též obsahuje všechny potřebné účetní doklady, jako je účetní kniha, účetní deník, výsledovka nebo rozvaha. V systému podvojného účetnictví je možno provádět uzávěrky měsíční i za období celého účetního roku. Podvojné účetnictví musejí dále povinně vést všichni podnikatelé zapsaní do obchodního rejstříku, např. právnické osoby.

Dílčí závěr

Pro PZS bude asi nejpodstatnější nevýhodou účetnictví tzv. časové rozlišení na nákladové straně. Zatímco daňový výdaj v daňové evidenci vzniká v okamžiku uhrazení, při vedení účetnictví v okamžiku vlastní spotřeby, což snižuje prostor pro daňové optimalizace např. nákupy materiálu v závěru roku. Pro zdaňovací období kalendářního roku 2013 v této oblasti nedochází k žádné změně.

3. Problematika dědění praxe

Dle dostupných informací lze mít za to, že velmi významná skupina PZS odbornosti 02 převádí své ordinace na s.r.o. s odůvodněním, že praxi fyzické osoby nelze dědit a že úmrtím PZS praxe zaniká. To se zakládalo na pravdě před účinností zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Tento zákon, jenž nabyl účinnosti dnem 1. 4. 2012, řeší v § 27 pokračování v poskytování zdravotních služeb v případě úmrtí poskytovatele, a to jednotně pro fyzickou i právnickou osobu.

Dílčí závěr

Pokud by měl být jediným, případně rozhodujícím důvodem pro změnu právní formy problém v pokračování v činnosti po smrti zůstavitele, pak to není důvod relevantní. Pro zdaňovací období kalendářního roku 2013 v této oblasti nedochází k žádné změně, poměrně početná skupina PZS však zatím nevzala na vědomí změnu platnou od 1. 4. 2012.

4. Ručení

Fyzická osoba ručí veškerým svým majetkem, tedy i osobním majetkem, který není zařazen do obchodního majetku provozovatele praxe. V případě neúspěchu v podnikání hrozí i možnost ztráty osobního majetku.

Právnická osoba ručí majetkem společnosti. Nepřichází v naprosté většině případů v úvahu možnost ztráty osobního majetku při neúspěchu v podnikání.

Dílčí závěr

Otázka ručení je, jak vyplývá ze shora uvedeného, relativně silným důvodem k případné transformaci. U FO lze rizika nepochybně velmi významně eliminovat „dobrou" pojistnou smlouvou. Pro zdaňovací období kalendářního roku 2013 v této oblasti nedochází k žádné změně. Změny přináší nový zákon č. 90/2012 Sb., o obchodních společnostech a družstvech (zákon o obchodních korporacích), který s účinností od 1. 1. 2014 nahrazuje mj. stávající obchodní zákoník.

5. Nakládání s majetkem

Fyzická osoba může na základě svého uvážení vyřadit z obchodního majetku majetek do osobního užívání (např. osobní automobil, který bude nadále používat již jen pro soukromé účely). Případné daňové dopady by nastaly až v okamžiku dalších transakcí s tímto majetkem (prodej, darování).

S.r.o. by musela osobní automobil lékaři-jednateli prodat. Protože by se jednalo o prodej mezi spojenými osobami, muselo by být prodáno za cenu obvyklou (stanovenou znaleckým posudkem při respektování § 196a obchodního zákoníku). Příjem z prodeje by s.r.o. zdanila běžnou sazbou daně z příjmů.

Dílčí závěr

Možnosti nakládání s majetkem v případě FO poskytují zcela nepochybně podstatně širší prostor pro případné daňové optimalizace. Pro zdaňovací období kalendářního roku 2013 v této oblasti nedochází k žádné změně.

6. Uplatňování výdajů procentem z dosažených příjmů

Neuplatní-li poplatník – FO výdaje ve skutečné, prokázané výši, může uplatnit výdaje procentem z dosažených příjmů. U PZS se jedná o 40 %.

Od 1. 1. 2012 dochází k omezení výše paušálních výdajů (výdajů uplatňovaných procentem z dosažených příjmů). Absolutní částka paušálních výdajů je pro fyzickou osobu – poskytovatele zdravotních služeb (PZS) omezena, a to částkou 800 000 Kč. To znamená možnost uplatnění výdajů ve výši 40 % do hodnoty příjmů 2 mil. Kč. Zákon nezakazuje uplatnění výdajů procentem z dosažených příjmů i nad tuto hranici, výše paušálních výdajů se však nemůže zvyšovat. Tento limit ve výši 800 000 Kč nelze obejít rozdělením příjmů na spolupracující osobu.

S touto problematikou se bude muset pravděpodobně vypořádat nemalé procento praktických lékařů. Jedná se o změnu trvalého charakteru. Navíc nelze u poplatníka, který zvolí postup uplatnění výdajů procentem z dosažených příjmů, uplatnit slevu na vyživovanou manželku a daňové zvýhodnění na vyživované dítě. Neboť pokud fyzická

osoby uplatní u dílčího základu daně podle § 7 (příjmy z podnikání) nebo § 9 (příjmy z pronájmu) výdaje procentem z dosažených příjmů a zároveň tyto dílčí základy daně budou tvořit více než 50 % celkového základu daně, fyzická osoba nemůže:

- uplatnit slevu na vyživovanou manželku (manžela) v částce 24 840 Kč a
- uplatnit daňové zvýhodnění v podobě slevy či bonusu na vyživované dítě v částce 13 404 Kč.

Poznámky

- Dle údajů ÚZIS ČR průměrné příjmy připadající na jedno zdravotnické zařízení s daňovou evidencí (provozované fyzickou osobou) činily v roce 2011 u PLD 2 101 000 Kč a u PLDD 2 289 000 Kč.
- V daňovém přiznání za rok 2012 lze uplatnit výdaje ve výši 40 % z dosažených příjmů bez jakéhokoliv omezení (z jakékoliv výše zdanitelných příjmů).
- Pro zdaňovací období kalendářního roku 2013 připadá v úvahu několik možností

- Poplatník je přesvědčen, že i nadále pro něj bude daňově výhodné uplatňovat výdaje procentem z dosažených příjmů, a to i v případě omezení představovaného částkou 800 000 Kč. V takovém případě není nutné v tomto ohledu cokoliv měnit a na cokoliv se dopředu připravovat. Je nutné se „pouze“ smířit s tím, že nadále bude daňová úspora nižší než doposud.
- Poplatník si není jist, zda pro něj za těchto podmínek bude i nadále výhodné uplatňovat výdaje procentem z dosažených příjmů. Není ale ani jednoznačně přesvědčen o tom, že to pro něj bude nadále nevýhodné a z vyplývajících daňových dopadů nepřijatelné. V takovém případě doporučuji vést počínaje rokem 2013 daňovou evidenci a před podáním daňového přiznání podle konkrétních čísel posoudit, jaký postup jako daňově výhodnější zvolit. Bude-li výhodnější paušál, je problém vyřešen. Bude-li výhodnější uplatnit výdaje ve skutečné, prokázané výši, vznikne povinnost podat dodatečné daňové přiznání za rok 2012. V tomto dodatečném daňovém přiznání upraví rozdíl mezi příjmy a výdaji (základ daně) o hodnotu pohledávek a závazků. Poplatník nebude v prodlení (nebude postihován žádnou sankcí), pokud podá dodatečné daňové přiznání za rok 2012 a doplatí daň nejpozději v den, kdy bude povinen podat daňové přiznání za rok 2013. Postup je podrobně řešen v § 23 odst. 8 zákona o daních z příjmů.
- Poplatník je zcela jednoznačně přesvědčen, že v nových podmínkách bude napříště uplatňovat výdaje ve skutečné, prokázané výši. Pak je na zvážení, zda použije postup dle předchozího odstavce, nebo zda promítne změny (dodaní pohledávky a sníží základ daně o závazky) již v řádném daňovém přiznání za rok 2012.

Dílčí závěr

Přestože pro zdaňovací období kalendářního roku 2013 přinášejí shora uvedené změny pro PZS významná omezení, je nezbytné si uvědomit, že možnost uplatňovat výdaje procentem z dosažených příjmů má pouze fyzická osoba, nikoliv osoba právnická. Případnou transformací se PZS tohoto postupu do budoucna vzdává.

7. Skupina poskytovatelů zdravotních služeb, která pobírá starobní důchod

Jedná se, a to především u odborností 01 a 02, o poměrně početnou skupinu.

Dle demografické analýzy VZP figurovalo v databázi VZP více než 44 tisíc lékařů (z toho 56 % žen), kteří dohromady tvořili přibližně 40 tisíc úvazků. Převládá počet lékařů ve vyšším středním věku. Ve věkové kategorii 50–64 let je 40 % všech lékařů, přičemž, ve věku 55–59 let se nachází každý šestý lékař. Průměrný věk lékařů v polovině roku 2011 dosáhl bezmála 50 let (49,6 let u mužů a 48,6 let u žen).

Poznámky

- Jedná se o dočasné odnětí této slevy pro zdaňovací období kalendářních let 2013–2015.
- Zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů, v § 35ba odst. 1 písm. a) říká, že daň se o 24 840 Kč nesnižuje u poplatníka, který k 1. lednu zdaňovacího období pobírá starobní důchod. Jistá část poplatníků – poživatelů starobního důchodu reagovala tak, že k 1. 1. 2013 na jeden jediný den jeho pobírání přerušila. K tomu má, vzhledem k množícím se dotazům, Generální finanční ředitelství následující stanovisko ze dne 8. ledna 2013:
  V případě, kdy na základě žádosti poživatele starobního důchodu dojde k zastavení výplaty tohoto důchodu k 1. lednu a ze všech objektivních okolností vyplývá, že jediným účelem takového kroku je získání slevy na poplatníka dle zmíněného ustanovení zákona o daních z příjmů, bude tento postup posuzován orgány Finanční správy ČR ve vztahu k možnému zneužití práva, a to se všemi důsledky vyplývajícími z daňového řádu.
  Dle mého názoru lze důvodně předpokládat, že v průběhu roku 2013 dojde v této věci k soudnímu sporu, jehož výsledek však nelze předjímat.
- V tuto chvíli by tedy měl z důvodu opatrnosti každý poskytovatel zdravotních služeb – poživatel starobního důchodu počítat s tím, že odpočet ve výši 24 840 Kč uplatní naposled v daňovém přiznání za rok 2012, pak tři roky nic; bude-li poskytovat zdravotní služby i v roce 2016 a nedojde ke změně proti stávajícímu stavu, vrátí se opět k odpočtu základní odpočitatelné položky od daně ve výši 24 840 Kč.

Dílčí závěr

V tomto případě není podstatné, zda PZS podniká jako fyzická osoba nebo jako osoba právnická. U fyzické osoby nebude moci uplatnit odpočitatelnou položku v okamžiku, kdy bude zpracovávat daňové přiznání. U právnické osoby nebude mít coby zaměstnanec s.r.o. možnost měsíčních odpočtů u příjmů ze závislé činnosti.

8. Skupina poskytovatelů zdravotních služeb, na kterou se vztahuje solidární zvýšení daně

Zákon o daních z příjmů zavádí od 1. 1. 2013 zvýšení daně z příjmů fyzických osob o 7 % z rozdílu mezi součtem příjmů zahrnovaných do dílčího základu daně podle § 6 (příjmy ze závislé činnosti) a dílčího základu daně podle § 7 (příjmy z podnikání) v příslušném zdaňovacím období a 48násobkem průměrné mzdy (strop vyměřovacího základu pro pojistné na sociální zabezpečení). Výsledkem je částka 1 242 432 Kč. Jedná se o změnu dočasnou pro zdaňovací období kalendářních let 2013–2015 a i tato změna se dotkne jisté části poskytovatelů zdravotních služeb – fyzických osob.

Poznámky

- Dle údajů ÚZIS ČR rozdíl mezi průměrnými zdanitelnými příjmy a daňovými výdaji jednoho zdravotnického zařízení s daňovou evidencí (provozovaného fyzickou osobou) byl v roce 2011 u PLD 1 026 000 Kč a u PLDD 1 120 000 Kč.
- V daňovém přiznání za rok 2012 se solidární zvýšení daně nepromítne.
- Pro roky 2013–2015 lze jeho uplatnění předejít využitím institutu spolupracující osoby.

Dílčí závěr

Ne každá fyzická osoba, které se solidární daň dotkne, má možnost využít institutu

spolupracující osoby. Je však otázkou, zda je toto dočasné opatření dostatečně pádným důvodem k transformaci na s.r.o. Lze však připustit, že se může jednat o příslovečný jazýček na vahách v případě, kdy PZS není definitivně rozhodnut, přičemž zcela nepochybně bude záležet i na tom, z jak velké částky bude daň odvádět.
V případě právnické osoby by se stal PZS zaměstnancem s.r.o. a jeho příjmy ze závislé činnosti by byly jistě nastaveny tak, aby se platbě solidární daně vyhnul.

9. Podíl na zisku u s.r.o.

Fyzická osoba po podání daňového přiznání, zaplacení daně z příjmů, vyúčtování a uhrazení případných doplatků sociálního a zdravotního pojištění má neomezenou možnost se zbytkem finančních prostředků libovolně nakládat (např. je použít na osobní spotřebu).
Právnická osoba po vypořádání daňové povinnosti musí rozhodnout, jak naloží se ziskem po zdanění. Jednou z variant je, že jej použije na výplatu podílu na zisku. Tento podíl na zisku v současné době podléhá srážkové dani ve výši 15 %.
Ve hře je ovšem zrušení srážkové daně z podílu na zisku pro fyzické osoby. To znamená, že zisk právnické osoby (s.r.o.) vytvořený od okamžiku platnosti níže citovaného zákona bude osvobozen od daně z příjmů, pokud bude vyplacen tuzemským fyzickým osobám. Tato pro PZS zásadní informace vychází ze zákona č. 458/2011 Sb., o změně zákonů související se zřízením jednoho inkasního místa a dalších změnách daňových a pojistných zákonů. Dle § 4 odst. 1 písm. zf) se od daně z příjmů osvobozuje mj. i příjem v podobě podílu na zisku na společnosti s ručením omezeným. Dle § 4 odst. 5 se osvobození použije pouze pro příjem u poplatníka, který má na území ČR bydliště, je-li tento příjem vyplácen společností se sídlem na území ČR.

Dílčí závěr

Ze shora uvedeného je zřejmé, že v případě zrušení srážkové daně z podílu na zisku pro fyzické osoby se výrazně zvýší procento PZS, pro které bude výhodnější podnikat jako osoby právnické. Před vlastním rozhodnutím však nelze než důrazně doporučit, aby si PZS nechal zpracovat porovnání (ekonomický rozbor), v němž by na základě jím dosahovaných konkrétních ekonomických výsledků byly vyčísleny případné daňové úspory, ale i náklady související s transformací.
Pro zdaňovací období kalendářního roku 2013 v této oblasti nedochází k žádné změně. Účinnost zákona č. 458/2011 Sb. lze předpokládat od 1. 1. 2015, případně již od 1. 1. 2014.

10. Převod praxe

V případech převodů (prodeje) lékařské praxe je FO prodávající zatížena daní z příjmů ve výši 15 % a odvody sociálního a zdravotního pojištění. Kupující však výdaje související s pořízením ordinace může uplatnit jako daňově uznatelný výdaj.
V případech převodů (prodeje) obchodního podílu v PO je příjem z prodeje obchodního podílu zdaněn daní z příjmů fyzických osob, pokud se nebude jednat o příjem od daně z příjmů osvobozený. Podmínky pro osvobození jsou uvedeny v § 4 odst. 1 písm. r) ZDP, dle kterého jsou od daně osvobozeny *příjmy z převodu účasti na obchodních společnostech, přesahuje-li doba mezi nabytím a převodem dobu 5 let*. Není-li tento časový limit splněn, podléhá příjem dani z příjmů fyzických osob, a to dle stávající legislativy ve výši 15 %. Bude se jednat o tzv. ostatní příjem dle § 10 ZDP, což je výslovně uvedeno v odst. 1 písm. c), dle kterého jsou ostatními příjmy, při kterých dochází ke zvýšení majetku, *příjmy z převodu účasti na společnosti s ručením omezeným, s výjimkou uvedenou v § 4*. Dle odst. 6 téhož § 10 *se za výdaj považuje nabývací cena podílu*.
Na straně kupujícího se bude jednat vždy o nedaňový výdaj.

Dílčí závěr

Pro prodávajícího je postup, při kterém dochází k prodeji obchodního podílu, daňově výhodnější.
Nevýhody na straně kupujícího:

- nemožnost uplatnit výdaj s pořízením obchodního podílu v daňových nákladech,
- riziko pokračujícího podniku, kdy může dojít k nutnosti sankčních plnění, která nový jednatel a společník nezavinil.

Pro zdaňovací období kalendářního roku 2013 v této oblasti nedochází k žádné změně.

Uvedený výčet není vyčerpávající a nezachycuje všechny varianty, které se mohou u PZS vyskytnout. V případě zájmu je na ně možno postupně reagovat v dalším samostatném příspěvku.

Ing. František Elis

Nemocnice začal zásobovat velkobchodní řetězec Makro

Velkoobchodní řetězec Makro Cash & Carry objevil nový trh, na kterém leží miliardy. Firma začala zásobovat nemocnice, školky nebo psychiatrické léčebny. Dodává jim potraviny, kancelářské potřeby nebo úklidové prostředky.
Skokový pokles domácí spotřeby, za kterým stojí neochota lidí utrácet, donutila velkoobchodní řetězec Makro Cash & Carry k překvapivému tahu. Společnost, která patří mezi pětici největších obchodníků se spotřebním zbožím a potravinami, začala hledat nové zákazníky ve veřejném sektoru.
Potraviny, kancelářské potřeby nebo úklidové prostředky již několik měsíců dodává do nemocnic, školních jídelen nebo psychiatrických léčeben.
„Je to úplně nový trh, který teď chceme pořádně prozkoumat," řekl LN generální ředitel řetězce Makro Cash & Carry pro Českou republiku Axel Hluchy. Podle odhadu Makra může veřejný sektor obchodníkům každoročně nabídnout až 12 miliard korun. „Ve střednědobém horizontu chceme získat na tomto trhu 20procentní podíl," sdělil Hluchy.
Již teď Makro svými produkty zásobuje zhruba tucet zařízení, která jsou spravována státem nebo jeho institucemi. Jedná se například o Fakultní nemocnici v Ostravě, věznici v Českých Budějovicích nebo psychiatrickou léčebnu v Jihlavě.
„Jádro byznysu tvoří přímé objednávky mimo rámec zákona o veřejných zakázkách," uvedl vedoucí oddělení pro klíčové zákazníky v Makru Jiří Nehasil s tím, že větší objemy zboží řetězec dodává na základě elektronických aukcí.
Podle zástupců Makra si přitom zákazníci z řad státní správy cenu velmi hlídají. „Častěji než v soukromé sféře se setkáváme s tím, že cena má větší prioritu než kvalita a původ suroviny," uvedl Nehasil.

Zdroj: J. Vodička, Lidové noviny, 24. 5. 2013

Účinnost pneumokokových vakcín potvrdily studie i praxe

„Pokud se týká očkování proti invazivním pneumokokovým onemocněním u dětí, v evropském regionu v současnosti probíhá jakýsi souboj mezi schématy 3+1 a 2+1. Myslím si, že do budoucna nás nepochybně čeká přechod na schéma 2+1, přestože účinnost vakcíny při jeho použití dnes ještě není stoprocentní," zahájil sympozium společnosti GSK prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D., předseda České vakcinologické společnosti ČLS JEP.

Jak připomněl, v ČR jsou aktuálně k dispozici dvě konjugované vakcíny proti pneumokokům – desetivalentní PCV10 (Synflorix) a třináctivalentní PCV13 (Prevenar 13), jejichž podíl je zatím vyrovnaný. „Obě vakcíny jsou skutečně velmi dobré a máme klinické důkazy o tom, že i účinné. Na základě výsledků surveillance pneumokokových onemocnění lze konstatovat, že v našich podmínkách plní svoji úlohu," dodal prof. Prymula.

Poté představil data z několika nedávných klinických hodnocení včetně randomizované, dvojitě zaslepené studie FinIP, která probíhala ve Finsku a zahrnula okolo 47 000 dětí mladších 19 měsíců. Cílem bylo mj. prokázat účinnost PCV10 v prevenci invazivních pneumokokových onemocnění (IPO). „Ve schématu 3+1 byl Synflorix stoprocentně účinný v prevenci IPO způsobených vakcinačními sérotypy. Bez ohledu na sérotypy pak činila efektivita souhrnně pro schémata 2+1 a 3+1 93 procent," uvedl prof. Prymula. Upozornil dále, že přes vynikající účinnost obou konjugovaných očkovacích látek zůstává jediným a zásadním problémem sérotyp 3, kde je účinnost téměř nulová. „Sérotyp 3 má velmi silné polysacharidové pouzdro, které je hlavním faktorem ochrany pneumokoka před hostitelským imunitním systémem," vysvětlil. Podstatná zůstává také role sérotypu 19A, kde se účinnost PCV13 pohybuje mezi 75 až 60 %. V posledních letech jsou u nás ročně hlášeny 0–2 případy IPO u dětí do 5 let způsobených právě tímto sérotypem. V případě nárůstu IPO by bylo třeba zvažovat plošné očkování.

Většina kmenů pneumokoků je citlivá na peniciliny

Jak dále konstatovala MUDr. Hana Roháčová z Kliniky infekčních, parazitárních a tropických nemocí 1., 2., 3. LF UK a Nemocnice Na Bulovce, Praha, přes dostupnost pneumokokových vakcín zůstávají tyto bakterie stále jedním z nejvýznamnějších patogenů především u dětí do 5 let. Připomněla, že pneumokok je přítomen u cca 5–10 % zdravých dospělých a 20–40 % zdravých dětí. Kolonizující sérotypy se obměňují, vytvoří se imunita, sérotyp se eliminuje a je nahrazen jiným. Přenos probíhá vzdušnou cestou, inkubační doba je 1–3 dny. Nejčastějšími klinickými jednotkami jsou onemocnění v oblasti dýchacích cest, zejména otitida, sinusitida a pneumonie. Plicní záněty patří k závažným jednotkám a mohou být komplikovány i rozvojem plicního empyému. Jedním z nejzávažnějších onemocnění je purulentní meningitida. Může vzniknout jako primární zánět mozkových blan – většinou krevní cestou při bakteriémii, vzácně přímým přestupem přes lamina cribriformis. Nebo jako sekundární meningitida rozvojem z mezotitidy, mastoiditidy či sinusitidy. Pneumokoky mohou být také vyvolavateli laryngotracheitidy, bronchitidy, osteomyelitidy, endokarditidy a primární peritonitidy.

„Mezi komplikace pneumokokových infekcí se pak řadí sekundární purulentní meningitida, hemolyticko-uremický syndrom, toxický šok a plicní či intracerebrální empyém," doplnila MUDr. Roháčová.

Pokud jde o diagnostiku, přítomna je leukocytóza s převahou neutrofilů, dále vysoká hodnota CRP, prokalcitoninu, posléze i růst sedimentace erytrocytů. Nevhodný je výtěr z ucha, nosu a krku.

„U většiny kmenů pneumokoků v ČR je zachována citlivost na peniciliny, rezistentních kmenů je cca 1 procento. Perorálně podáváme aminopeniciliny či makrolidy, intravenózně krystalický penicilin, cefalosporiny 3. generace a vankomycin," upozornila na možnosti léčby MUDr. Roháčová a shrnula: „Průběh infekce vyvolané pneumokoky kolísá od relativně lehkých forem až po život ohrožující stavy. I při rychlé a správné léčbě může dojít k těžkému průběhu a komplikacím. U osob s rizikovým faktorem může vést až k letálnímu zakončení během několika hodin. Po zavedení očkování je však pozorován pokles výskytu IPO u dětí do 2 let věku."

Český očkovací kalendář se řadí k těm vyspělým

Pohled na vývoj očkovacích kalendářů v Evropě nabídla účastníkům sympozia MUDr. Jana Prattingerová z Krajské hygienické stanice Libereckého kraje. Upozornila, že ještě ve 40. letech minulého století u nás umíralo každý rok několik tisíc dětí na záškrt, spalničky či černý kašel. Dnes je tato problematika již minulostí, protože se v ČR podařilo udržet vysokou míru proočkovanosti. Nicméně v některých zemích bývalého východního bloku došlo k rozpadu zdravotní a preventivní péče, což mělo za následek epidemii právě záškrtu, spalniček a příušnic.

Jak připomněla MUDr. Prattingerová, vývoj očkovacích kalendářů ve vyspělejších státech střední a západní Evropy směřoval ke zlepšování některých dříve používaných vakcín – ať už ve smyslu snížení reaktogenity, nebo kombinovaného podání očkovacích látek – a začleňování nových. Příkladem mohou být vakcíny proti hemofilovým, pneumokokovým či meningokokovým infekcím, dále proti varicele, rotavirům nebo HPV. „Během posledních pěti let se u nás podařilo dohnat jisté prodlení v moderní vakcinologii. Český očkovací kalendář se řadí po bok vyspělých zemí EU a patří mezi jeden z nejlepších ve střední Evropě," zdůraznila MUDr. Prattingerová s tím, že v roce 2007 byla do očkovacího kalendáře zařazena šestivalentní vakcína, v roce 2009 pak kombinovaná očkovací látka s acelulární pertusovou složkou pro adolescenty. Od roku 2010 je plně hrazena očkovací látka proti pneumokokům a od dubna 2012 proti HPV.

„Při diskusi o očkování je však třeba mít vždy na paměti celkovou perspektivu a rizika pro jednotlivce i společnost a vést diskusi v odborné rovině," uzavřela MUDr. Prattingerová.

jat

Téma na ostří jehly

Očkování je jednou ze standardních činností praktických lékařů. Zatímco ti dětští plní každodenní aplikací vakcín objednávku státu v oblasti veřejného zdraví, před těmi všeobecnými stojí úkol zatím ne zcela splněný – přesvědčit dospělou populaci, aby možností očkování více využívala.

Tematice očkování od nejranějšího období po zralý věk bylo v pátek 1. března věnováno i sympozium podpořené společností Pfizer.

Očkování předčasně narozených dětí je již bezpečné

MUDr. Zlatava Jirsenská z Kliniky dětských infekčních nemocí LF MU a FN Brno věnovala pozornost očkování předčasně narozených dětí s nízkou porodní hmotností, autoimunitním onemocněním, asplenií či s hyposplenismem.

„Očkování předčasně narozených dětí má svá specifika, která jsou dána nevyzrálým imunitním systémem," zdůraznila MUDr. Jirsenská a vysvětlila, že v obraně proti infekcím jsou v raném kojeneckém období důležité transplacentárně přenesené mateřské protilátky třídy IgG a imunoglobuliny dodané mateřským mlékem. Mateřské protilátky však dosahují nižších koncentrací a dříve mizejí z oběhu dítěte. Upozornila také na sníženou schopnost proliferace a diferenciace lymfocytů na antigenní podněty.

„Nové verze konjugovaných vakcín jsou již schopny zajistit dostatečnou ochranu před infekcemi ohrožujícími život. Všechny klinické studie týkající se předčasně narozených dětí doporučují zahájit očkování podle kalendářního věku, přičemž frekvence postvakcinačních reakcí u předčasně narozených dětí se významně neliší od ostatních kojenců narozených v termínu. Očkované předčasně narozené děti jsou schopné na aplikované vakcíny odpovídat a dosahují ochranných hladin," zdůraznila MUDr. Jirsenská. Dále upozornila, že pro předčasně narozené děti se používají zcela běžné vakcíny, a to bez redukce dávky nezávisle na hmotnosti. Neočkuje se simultánně (alespoň první dávky) s výjimkou rotavirové vakcíny. Inhalační terapie kortikoidy není kontraindikací očkování.

Po vakcinaci je nutný monitoring z důvodu navození apnoických pauz po očkování, bradykardie či vazospasmů. „Vysazujeme asi na 3 dny rehabilitaci, jinak platí obecná pravidla – sledování teploty, dostatek tekutin a s dítětem necestovat. Předčasně narozené děti, které prospívají a nemají neurologické komplikace, očkujeme podle pravidelného očkovacího kalendáře. Děti by měly dostávat rutinní dávky dětských vakcín, přičemž gestační věk ani porodní hmotnost by neměly být limitujícím faktorem pro zahájení imunizace v řádném termínu," uvedla MUDr. Jirsenská a doporučila také omezit zbytečné rozkládání vakcinace na aplikaci monovalentních vakcín.

Očkování rotavirovými vakcínami se doporučuje zahájit okamžitě po propuštění z nemocniční péče, a to především u dětí, u nichž se předpokládají časté hospitalizace nebo rehabilitační pobyty, a u dětí, jejichž starší sourozenci navštěvují kolektivní zařízení.

„Co se týká rotavirových vakcín, očkování probíhá bez korekce podle chronologického věku. Vakcínu RotaTeq je třeba podat do 32. týdne, Rotarix do 24. týdne," uvedla MUDr. Jirsenská a zdůraznila důležitost očkování také konjugovanou meningokokovou vakcínou. „Po 2. roce se doporučuje aplikovat konjugovanou tetravalentní meningokokovou vakcínu proti sérotypu A, C, Y a W 135. V případě dostupnosti vakcíny zajišťující ochranu proti séroskupině B bude toto očkování indikováno již od 3. měsíce věku," uvedla.

U dětí s plicním onemocněním, vrozenými vývojovými vadami plic a srdce a s neurologickým postižením, u nichž se předpokládají časté hospitalizace a rehabilitační pobyty, je také doporučováno očkování proti chřipce.

Při vakcinaci dětí s funkční anatomickou asplenií, resp. hyposplenismem, je vždy nutné zvážit riziko infekce, komplikací, následků a možnost aktivní či pasivní imunizace tak, aby benefit očkování převýšil riziko komplikací.

Jak na pneumokokovou vakcinaci dospělých

Prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., předseda České vakcinologické společnosti ČLS JEP, ve svém sdělení zdůraznil, že díky imunizačním programům je u dětí nyní mnoho infekčních onemocnění eliminováno v takové míře, že jejich výskyt je na historickém minimu (tetanus, dětská obrna, záškrt). Proočkovanost dětské populace je u nás vysoká, na rozdíl od populace dospělé.

„Dospělá populace je vystavena chronickým onemocněním a komorbiditám i stárnutí, ale také onemocněním, která jsou vakcínami preventabilní," řekl prof. Prymula a uvedl, že např. v USA umírá 350× více dospělých než dětí právě na vakcinacemi preventabilní onemocnění.

Pokrytí dospělé populace očkováním u nás je nízké. Důvody vidí prof. Prymula např. v nedostatku informací ohledně bezpečnosti vakcín, v mediálním zdůrazňování rizik vakcinace, tedy v antivakcinačních kampaních odpůrců očkování, ale také v neposlední řadě v malé míře doporučení ze strany praktického lékaře. Problém také je, že zdravotní pojišťovny řadu vakcín nehradí, úhrada je tedy jen na pacientovi.

Důležitost očkování dospělých podle prof. Prymuly roste. Je třeba rozvíjet národní doporučení a národní očkovací kalendáře pro dospělé, pracovat na dostupnosti vakcín pro dospělé a zdůrazňovat roli praktického lékaře v tomto směru.

Za velmi důležité považuje prof. Prymula očkování dospělých proti pneumokokovým infekcím. „Rezistence pneumokoků na běžně používaná antibiotika je vážný a narůstající problém na celém světě, který specifickou léčbu velmi komplikuje a podtrhuje potřebu účinného očkování proti pneumokokovým onemocněním," uvedl prof. Prymula.

Za rizikové faktory pro pneumokokové onemocnění považuje věk (nižší než 2 roky nebo vyšší než 65 let), životní styl (alkoholismus, kouření), nedostatečnou funkci některých orgánů (chronické onemocnění plic), imunosupresivní stavy (diabetes).

„První rozsáhlá studie s celobuněčnou pneumokokovou vakcínou pochází z roku 1911, od 80. let 20. století začíná vývoj konjugovaných vakcín. V roce 2010 byla na trh uvedena třináctivalentní konjugovaná vakcína PCV13 – Prevenar 13, která byla o rok později schválena i pro dospělé osoby," připomněl prof. Prymula. A dodal,

že Česká vakcinologická společnost ČLS JEP doporučuje populaci ve věku 50–60 let očkovat polysacharidovou 23valentní vakcínou (PPV23), ve věku 60–65 let PPV23 nebo PCV13 a osoby starší 65 let PCV13 + PCV23.

PPV23 i PCV13 je možné kombinovat s vakcínou proti chřipce. „Tam, kde bylo schéma zahájeno PPV23, je možno přeočkovat po pěti letech PCV13. Pokud byla předchozí dávka PPV23 aplikována po 60. roce věku, je přeočkování 1 dávkou PCV13 po pěti letech preferováno," uvedl. Dodal, že u imunosuprimovaných jedinců je doporučováno po aplikaci PCV13 aplikovat s odstupem 2–6 měsíců PPV23 z důvodu rozšířeného pokrytí.

hech

Co si má počít praktik, když jde o život

Kongresu primární péče nemůže chybět pasáž ujasňující praktikům, jak se chovat v situacích, kdy na jejich rychlém zásahu závisí život pacienta. Odbornostem mimo ARO a záchrannou službu upřesnění postupů dodává sebevědomí a sebejistotu zákrok provést. V sobotu 2. března proto bylo toto téma pojato jako „opáčko" s doplněním některých nových informací včetně jedné úplně horké.

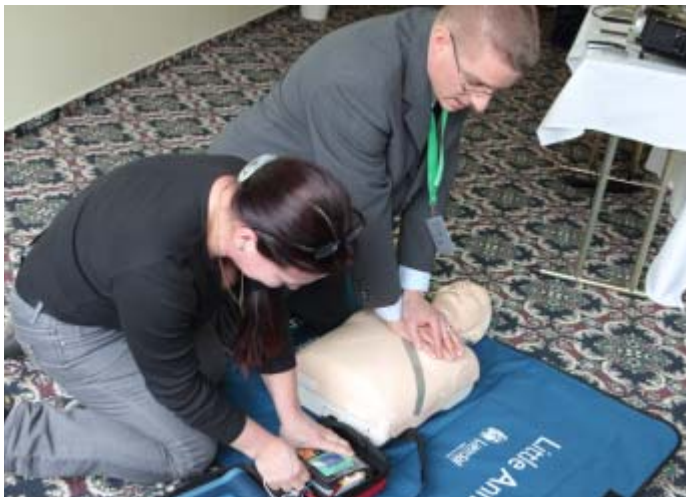
Mezi nejčastější situace, v nichž se praktický lékař může náhle ocitnout, patří bezesporu i setkání s osobou v bezvědomí, jehož etiologie je nejasná. Hlavní body, co vše mít na paměti při diferenciální diagnostice a prvotní terapii takto postižených, přehledně shrnula MUDr. Jana Šeblová, Ph.D., ze Zdravotnické záchranné služby Středočeského kraje (ZZS SčK).

„V urgentních stavech se postup vyšetření odvíjí od principu ABC doplněného písmeny D a E," připomněla. „Tedy airway – zajištění průchodnosti dýchacích cest, breathing – sledování stavu a efektivity dýchání, circulation – stav oběhu, disability a exposure neboli vyšetření od hlavy k patě."

K hodnocení stavu a úrovně vědomí doporučila použít buď jednoduchou stupnici AVPU (A = alert – bdělý, V = verbal – probuditelný, odpovídá na verbální podněty, P = pain – reakce na algický/dotykový podnět, U = unresponsive – neodpovídá na žádné podněty, hluboké koma), nebo tzv. glasgowskou škálu (GCS). MUDr. Šeblová neopomněla ani stručný výčet hlavních součástí základního neurologického vyšetření. „Kromě samozřejmého prvotního vyšetření zornic a spontánních pohybů očních bulbů, přítomnosti nystagmu a korneálního reflexu, při zjišťování z motorické odpovědi bychom měli pečlivě vnímat i její kvalitu a symetrii. Meningeální příznaky sledujeme pouze tehdy, nemáme-li podezření na trauma," upřesnila. Pro osvěžení znalostí napomáhajících při diferenciální diagnostice připomněla také hlavní pravděpodobné příčiny přetrvávajícího bezvědomí (viz tab. 1).

Praktický lékař u dopravní nehody

„I s holýma rukama můžeme velmi ovlivnit prognózu pacientů," ujistila MUDr. Michaela Wichová rovněž ze ZZS SčK. Zopakovala všechny známé život zachraňující úkony, roli zachránce-lékaře do příjezdu záchranné služby a rozlišovací znaky závažného úrazu. „Nezapomínejme poskytnout postiženým i pomoc psychologickou, a přestože odmítají vyšetření, protože v prvotním šoku opravdu nemusejí cítit obtíže, snažme se je k němu vlídně přesvědčit," apelovala na přítomné lékaře. „Mějme na paměti, že nejzávažnějším pochybením lékaře je podcenění stavu postiženého," připomněla. „Na druhé straně však úkolem zachránce-lékaře na místě nehody je vyslovit podezření a vykonat život zachraňující úkony, nikoli stanovovat diagnózu." Odběr anamnézy by měl zahrnovat i „ohledání" místa nehody: „Kromě automaticky zjišťovaných jevů, například přítomnosti amnézie, bolesti atd., bychom neměli opomenout uvést mechanismus traumatu, zaznamenat, zda byl postižený připoután bezpečnostními pásy, zda byl zapnutý airbag, jak je zdeformováno auto,



zajištěna autosedačka – já sama se o tom přesvědčuji.“

Při volání záchranky je nezbytné vytočit rovnou číslo 155, nikoli 112. „Na stopětapadesátce lze očekávat odbornou pomoc, na stodvanáctce sedí profesionální hasiči, kteří jsou sice výborně jazykově vybaveni, ale telefonickou asistenci při resuscitaci vám neposkytnou,“ zdůvodnila. Nakonec uvedla kazuistiku malého dítěte, které našla při jedné dopravní nehodě sedící v autosedačce. „Dítě sedělo zpříma a bylo uplakané, jinak nejevilo známky jakéhokoli postižení či zranění. Přesto jsme mu pro jistotu nasadili krční límec. V nemocnici rentgen ukázal, že mělo nalomený dens axis a že krčním límcem jsme mu zachránili život. Proto i vás velmi žádám o to, aby byl nezbytnou součástí vaší výbavy,“ konstatovala.

Zajištění dýchání na všechny způsoby

Jak nejlépe zvládnout zprůchodnění dýchacích cest a vstup do cévního řečiště? Mantinely, v nichž by se měl bez zaváhání umět sebejistě pohybovat praktik, ve své přednášce upřesnil MUDr. Anatolij Truhlář z Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny LF UK a FN Hradec Králové a ZZS Královéhradeckého kraje a Letecké záchranné služby Hradec Králové.

V anesteziologii a v lékařských posádkách zdravotnické záchranné služby je zlatým standardem endotracheální intubace. V této otázce je role praktika jednoduchá. „V ostatních oborech medicíny, kde s ní lékaři samozřejmě nemají dostatek zkušeností, tedy i v primární péči, tento výkon v žádném případě nelze doporučit.“ zdůraznil MUDr. Truhlář. „Komplikace při nesprávně provedené intubaci mají ty nejhorší klinické výsledky – trvalé hypoxické poškození mozku, velmi často i úmrtí.“ Svá slova potvrdil výmluvnými závěry prospektivních studií provedených v USA a v Německu s vysokým procentem fatálních případů. „Úroveň výcviku lékařů i paramediků je přitom oproti většině praktických lékařů u nás mnohem vyšší,“ podotkl.

Znovu zopakoval jednoznačné stanovisko: „Endotracheální intubace oproti jiným metodám nepřináší pacientům žádné výhody a rozhodně nepatří do rukou praktických lékařů.“ Poznamenal, že výbor České resuscitační rady (ČRR) podpořil stanovisko České společnosti intenzivní medicíny (ČSIM) ČLS JEP a tracheální intubaci uznal za výkon zatížený vysokým rizikem potenciálně fatálních komplikací, pročež při provádění tohoto výkonu důrazně doporučil monitoraci $EtCO_2$, jíž lze zabránit nerozpoznanému zavedení tracheální rourky do jícnu. Tohoto doporučení mohou využít i praktici, neboť „monitorace $EtCO_2$ je bez ohledu na způsob zajištění dýchacích cest doporučena rovněž při každé kardiopulmonální resuscitaci,“ dodal MUDr. Truhlář. Praktickým lékařům doporučil vybavení supraglotickými pomůckami: „Jsou finančně nenáročné a po minimálním zaškolení je v akutní situaci dokáže použít každý lékař.“

Zotavovací poloha vytlačila polohu stabilizační

MUDr. Truhlář zopakoval notoricky známé postupy k odstranění obstrukce dýchacích cest kořenem jazyka u nemocných v bezvědomí – záklon hlavy a zvednutí brady, případně předsunutí dolní čelisti – to v rukou zdravotníků zmínil jako metodu volby u zraněných s rizikem poranění krční páteře. Blíže se zastavil u Heimlichova manévru. „Dnes jde o diskutované téma,“ uvedl k známému manévru stlačení nadbřišku k odstranění cizího tělesa vhodnému u všech osob starších 1 roku. „Saháme k němu až po selhání iniciálních pokusů, tedy usilovného kašle a úderů mezi lopatky. Lze jej až pětkrát po sobě zopakovat. Pokud však postižený v jakémkoliv okamžiku v důsledku asfyxie ztratí vědomí, musí být ihned zahájena resuscitace střídáním srdeční masáže a umělého dýchání, jímž lze překážku zasunout hlouběji do hlavního brochu a umožnit tak ventilaci alespoň jedním plicním křídlem.“

Bližší komentář věnoval i tzv. zotavovací poloze. „Blíží se poloze laterální, pacient má hlavu v záklonu a zajištěnu volnost hrudní stěny pro dýchací pohyby. Evropská rada pro resuscitaci doporučuje zotavovací polohu v této podobě: postižený má obě horní končetiny před obličejem a jednu dolní končetinu pokrčenou tak, že v kyčli i v koleni vytváří úhel 90°, což zabraňuje samovolnému přetočení na záda,“ přiblížil MUDr. Truhlář. „Dříve používaná stabilizovaná poloha není vhodná pro náročnost a riziko vzniku parézy brachiálního plexu s trvalými následky.“ Pacient musí mít před přetočením na bok hmatný puls na velkých tepnách a pravidelně dýchat, což je nutné pravidelně kontrolovat. Pokud postižený setrvává v bezvědomí na boku delší dobu, je vhodné jeho přetočení na opačnou stranu každých 30 minut.

Endotracheální intubaci plně nahradí supraglotické pomůcky

Použití supraglotických pomůcek nově doporučují také guidelines pro neodkladnou resuscitaci z roku 2005. Novější typy laryngeálních masek podle ujištění MUDr. Truhláře dokáže na první pokus dobře zavést 90 % nezkušených uživatelů. „Ideální

supraglotická pomůcka pro používání v terénu by měla umožňovat zavedení z různých poloh vůči pacientovi, drenáž žaludečního obsahu kanálem pro zavedení nasogatrické sondy a měla by být jednorázová," dodal. Existují však různé typy laryngeálních masek – některé se hodí pro použití v terénu, jiné již vyžadují klinickou zkušenost a jsou vhodné pro oddělení urgentního příjmu a operační sály.

Ústní a nosní vzduchovod slouží k zajištění průchodnosti dýchacích cest při jejich obstrukci kořenem jazyka. „Orofaryngeální vzduchovod může být zaváděn pouze pacientům v hlubokém bezvědomí, abychom nevyvolali zvracení, případně laryngospasmus. Správná velikost vzduchovodu odpovídá vzdálenosti mezi řezáky a úhlem čelisti. Nasofaryngeální vzduchovod je nutné před zavedením zvlhčit a zavádět krouživým pohybem do většího z obou nosních průduchů. Odpovídající délku lze stanovit podle vzdálenosti mezi špičkou nosu a ušním lalůčkem. Nosní vzduchovod je pacienty tolerován lépe, jeho zavádění však může způsobit epistaxi s následnou aspirací krve do dýchacích cest."

I lékař s minimálním zácvikem podle názoru MUDr. Truhláře zvládne zavedení tzv. kombirourky (ETC). „Úspěšnost je velmi vysoká," potvrdil. „Po zavedení naslepo bez použití laryngoskopu je v 90 % případů distální konec zasunut do jícnu. Při zavedení do průdušnice není možná ventilace plic – pak je nutné přepojit ambuvak na kratší konektor a znovu ověřit dýchání poslechem nad oběma plicními křídly," popsal MUDr. Truhlář. Za nevýhodu ETC označil vyšší riziko poranění měkkých tkání a zdlouhavější přípravu do zahájení ventilace. Použití ETC je kontraindikováno u pacientů s tělesnou výškou pod 150 cm, při nedostatečné hloubce bezvědomí, při známém onemocnění jícnu a po požití žíraviny.

MUDr. Truhlář neopomněl ani dnešní inovované modifikace laryngeálních tubusů umožňující zavedení nasogastrické sondy a odsávání žaludečního obsahu nebo určené pro jednorázové použití. Jednou z nejnovějších pomůcek je supraglotická maska i-gel určená pro jedno použití a standardně vybavená drenážním kanálem pro zavedení nasogastrické sondy a protiskusovou vložkou. „Kromě toho je k dispozici řada dalších pomůcek. Pro každou z nich však platí, že by měla být použita, pouze pokud je lékař v jejím použití dostatečně vyškolen."

Koniotomie – jistotě napomůže i čerstvý podpis prezidenta

Selže-li možnost zajištění dýchacích cest pomocí dostupných pomůcek, nezbývá než zprůchodnit dýchací cesty chirurgicky – koniotomií. „Každý lékař je s touto možností seznámen a pokud se v indikovaných případech o záchranu života alespoň nepokusí, vystavuje se riziku plné odpovědnosti za neposkytnutí pomoci se všemi důsledky," varoval MUDr. Truhlář. Doplnil, že pro usnadnění provedení koniotomie jsou dnes dostupné sety obsahující kompletní soupravu včetně punkční jehly a injekční stříkačky, která je určena k doporučené trvalé aspiraci a během punkce informujíce o správné poloze hrotu uvnitř dýchacích cest, a bezpečnostní pojistky proti hlubokému proniknutí jehly tracheou do jícnu – ta musí být po ověření polohy sejmuta. Další souprava pro koniotomii obsahuje punkční jehlu s dotykovým indikátorem usnadňujícím identifikaci průniku jehly do dýchacích cest. „Koniotomie je výhradně výkonem zachraňujícím život," zopakoval MUDr. Truhlář. „Vzhledem k riziku vzniku závažné subglotické stenózy trachey je v nemocnici nezbytné provést definitivní tracheotomii nejpozději do 24 hodin od koniopunkce."

Závěrem uvedl souhrn doporučeného vybavení ordinace praktického lékaře (viz tab. 2) a připojil čerstvou aktualitu. Od 1. března, kdy normu podepsal prezident republiky Václav Klaus, lékaři mohou v případě, že neexistuje písemný nesouhlas dotyčné osoby, použít těla zemřelých osob k nácviku dvou zákroků – hrudní punkce a právě koniotomie.

esr

Tab. 1 **Diferenciální diagnostika a možné příčiny přetrvávajícího bezvědomí**

Systémové příčiny poruch vědomí (toxicko-metabolické koma)
* Faktory ovlivňující mozek difuzně
Encefalopatie:
* Hypoxické * Metabolické – hypo-/hyperglykémie, hypo-/hyperosmolární stav, elektrolytové abnormality – Na^+, Ca^{2+}, selhání orgánů (jaterní, renální, endokrinní – addisonská krize, hypotyreóza – myxedémové koma, hypopituární koma) * Narkotické účinky intoxikace CO_2 * Hypertenzní encefalopatie
Příčiny primárního poškození v oblasti CNS
* Infekce CNS (meningitis, encefalitis, mozkový absces) * Nádorová onemocnění včetně metastáz * Postiktální stadium po epileptickém záchvatu nebo epileptické záchvaty bez motorických příznaků (nekonvulzivní status epilepticus)

Tab. 2 **Doporučené vybavení ordinace praktického lékaře pro dospělé**

* Ruční dýchací přístroj (ambuvak) s univerzální obličejovou maskou * Sada ústních vzduchovodů různých velikostí * Vybraná supraglotická pomůcka pro zajištění dýchacích cest * Pomůcky pro provedení koniotomie (např. jednorázový skalpel a endotracheální rourka vel. 5,0 a 6,0 s těsnicí manžetou nebo firemní set)

převzato: ZN Kongresový list, odborná příloha Zdravotnických novin, 2/2013

Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Alena Šebková
předsedkyně OSPDL ČLS JEP

11. 4.
Schůzka zástupců OSPDL (Šebková, Kubátová) a SPLDD (Hülleová, Kudyn) na ministerstvu zdravotnictví s ministrem MUDr. Hegerem, přítomni dále MUDr. Sajdlová, ředitelka odboru zdravotních služeb, a JUDr. Janda, ředitel odboru vzdělávání. Řešená problematika – existence dvou základních oborů DL a PLDD, výhledy péče o dítě v ČR – koncepce, péče o dítě v Evropě, výuka na lékařských fakultách, generační problém – hrozba nedostatku PLDD, nutnost podpory rezidenčních míst, připomínky k zákonu č. 372/2011 Sb. – odosobnění lékaře a pacienta v primární péči, poskytování prevence mimo ordinace PL, záruka státu za NÚ povinného očkování při aplikaci lege artis, metodika předčasného propouštění novorozenců.

16. 4.
Šebková – účast v NIKO. Novým místopředsedou MUDr. Chlíbek; mimo jiné doporučení pro vykazování alternativního očkování – v případě rozkladu vakcín na žádost rodičů, ne tedy ze zdravotní indikace, vykazuje PLDD aplikaci, vakcínu hradí rodiče – př. místo Infanrix Hexa zvlášť Infanrix HiB + Imovax + Engerix. Engerix dosud neuvolněný pro privátní trh, bude dořešeno. Doporučené postupy – př. očkování proti meningokokovým infekcím, pneumokokům v dospělosti, tetanu, očkování při asplenismu – bude vyvěšeno na web.

18. 4. – výbor OSPDL

23. 4.
Schůzka předsedů OSPDL, SPLDD a České gyn.-por. společnosti – Šebková, Neugebauer, dr. Dvořák – navázání mezioborové spolupráce; plán vzdělávacích seminářů s gynekologickou tematikou.

24. 4.
Šebková, Svobodová – akreditační komise: přidělování RM – převis 26 požadavků, přiděleno 15 míst, připomínky ke vzdělávacímu programu PLDD – posudková činnost, zakončení pediatrického kmene kazuistikou místo testu, podmínky pro činnost školitelů.

30. 4.
Schůzka zástupců OSPDL (Šebková, Kubátová, Neugebauer, Rytíř), SPLDD (Hülleová, Dvořáková, Kudyn, Kozderka) a ČPS (doc. Pozler, prof. Zeman, dr. Škvor, dr. Gut) – má existovat jeden obor, nebo DL a PLDD?, zjednodušení přechodu mezi obory, otázka zabezpečení LPS, nutnost vzájemné informovanosti, návrh vytvoření Pediatrické akademie – obdoba KSL za účelem jednotného postupu v péči o dítě, tvorba koncepce péče o dítě v ČR. Domluveno sestavení pracovních skupin – Koncepce, Vzdělávání, LPS, Pediatrická akademie. Vyjádřena vůle společně jednat.

7. 5.
Šebková – schůzka s JUDr. Jandou, ředitelem odboru vzdělávání.

1. Obor – ze strany předchozího vedení ČPS rozpracován návrh společného curricula – snaha o znovuvytvoření jednotného oboru pediatrie. Stanovisko OSPDL – zachování obou oborů se zjednodušením přechodu mezi oběma.
2. Úprava vzdělávacích programů – nejprve plánována novela z. č. 95/2004 Sb., nyní jen „technické úpravy“ VP.
3. Specializovaná způsobilost – stanovisko MZ: nelze nebrat v úvahu praxi na „dětském obvodě“ před rokem 1989; bude vydáno stanovisko OSPDL.
4. Rezidenční místa – letos pouze 15, je třeba navýšení – bude předmětem dalšího jednání.

15. 5.
Šebková – komise porodnictví. Řešena otázka samostatného vedení porodu porodní asistentkou v porodnici, péče o těhotné porodní asistentkou, metodika předčasného propouštění novorozenců ponechána v kompetenci komise péče o dítě.

17. 5. – výbor OSPDL

Průběžně řešena otázka kultivace doporučených postupů (Matoušková, Kulhánková), databáze (Ing. Drahovzalová), finalizování školitelů.

Primární pediatrická péče

MUDr. Gabriela Kubátová

V rámci Evropy se setkáváme s různými formami péče o dítě a dorost. V některých státech je péče v primární linii poskytována praktickými dětskými lékaři, kteří pracuji jenom v ambulantních zařízeních. Např. Česká republika, Slovensko, Maďarsko. V některých státech se na primární pediatrické péči podílejí i nemocniční pediatři v rámci svých soukromých praxí – např. Rakousko. V dalších státech je péče poskytována jak pediatry, tak i praktickými lékaři pro dospělé, např. Francie, a v některých jenom rodinnými lékaři, tedy pro děti i dospělé, např. Velká Británie. V souvislosti s touto rozmanitostí podoby péče o dítě a dorost se i v rámci Evropy hledají argumenty, která z forem péče je pro dítě nejoptimálnější. Taková, která poskytne dítěti péči komplexní, individuální z pohledu jeho vývoje a potřeb a v kontextu rodiny a vzdělávání. Poskytovatelé péče i politici hledají argumenty, proč kterou podobu péče prosazovat, mnohokrát neberou v úvahu potřeby dítěte a jeho práva, ale preferují důvody ekonomické a politické.
V souvislosti s rozmanitostí specializací lékařů poskytujících péči o děti a dorost

se otvírá i otázka jejich vzdělávání v oblasti primární praktické pediatrie. Péče nejenom kurativní, ale i preventivní, dispenzární, očkování, práce s rodinou, péče o dorost s rizikovým chováním, posudková činnost, management praxe, financování – to jsou specifické činnosti, které by měly být zahrnuty ve vzdělávacím curriculu částečně ve společném kmeni, ale hlavně v curriculu po kmeni.

V evropských organizacích UEMS/EAP, ECPCP, GPEC se již pracuje na doporučeních pro vzdělávaní pro pediatry pracující v primární péči a dokonce i na doporučeních minima pro lékaře pro dospělé, kteří o děti pečují.

V následující části uvádím citace nebo stručný obsah materiálů vydaných evropskými institucemi nebo prohlášení ze zasedání evropských autorit, v kterých se doporučuje primární pediatrická péče, která respektuje dítě a jeho práva a potřeby. Rovněž materiály organizací, které pracují na doporučeních pro vzdělávání v pediatrii.

Primární pediatrická péče

Doporučení z EU

1. Tallinská charta WHO 2008
- závazek politiků zabezpečit péči o zranitelné skupiny obyvatelstva – děti a adolescenty
- kvalita vzdělávání poskytovatelů
- pacienti chtějí vztah s poskytovatelem (soukromí, důvěra, důstojnost)
- efektivní primární péče – komplexní, rodiny, mezioborová péče

2. Charta práv dítěte (1989)

„Dětem se musí dostávat péče náležitě školeného personálu, který si je plně vědom fyzických a emocionálních potřeb dětí každé věkové kategorie."

3. Deklarace ministrů zdravotnictví 47 států členů Rady Evropy na zasedání ministrů zdravotnictví v Lisabonu (2011)

„Právo každého dítěte na rovnoprávný přístup ke zdravotní péči, která je přiměřená, zaměřená na děti, v dobré kvalitě a musí být respektovaná."

„Investice do zdraví dětí snižuje náklady na zdravotnické systémy a systémy sociálního zabezpečení v dospělosti."

4. EPA/UNEPSA – Evropská pediatrická asociace/Unie evropských pediatrických asociací

Zpráva výboru „Budoucnost primární pediatrické péče v Evropě" (2009)
- změny v Evropě – demografické, kulturní, padly hranice – jak dosáhnout optimálního standardu péče o dítě
- identita a definice poskytovatele primární pediatrické péče
- věkové hranice dětí, kterým se pediatrická péče poskytuje
- věková hranice – chronologický věk, nebo je kritériem samostatný za sebe zodpovědný jedinec

Zdůraznění oblastí péče:
- vývoj dítěte, prevence, posuzování „normy"
- dědičnost, vrozené vady
- mentální vývoj
- sledování prostředí, ve kterém žije
- adekvátní vzdělávání

5. ECPCP – Evropská konfederace primárních pediatrů – Cíle a krédo ECPCP (2009)

Posuzuje úlohu pediatra jako poskytovatele pediatrické péče v komunitě od prenatální péče až po hranice dospělosti. Zdůrazňuje specifičnost komplexní péče.

6. Dopis ECPCP ministrům zdravotnictví EU (2010)

Zdůrazňuje se v něm vysoce profesionální péče z pohledu primárního pediatra, komplexnost péče:
1. Preventivní a kurativní péče
2. Zdravotní osvěta, podpora dětí a jejich rodin
3. Začlenění péče do společenských struktur

PP zasahuje do tří prostředí:
1. Rodina
2. Předškolní a školní zařízení, zařízení pro volný čas
3. Orgány péče o dítě, státní instituce, legislativa

Primární pediatrická péče – vzdělávání

Doporučení z EU

1. GPEC – Global paediatric education consortium – Globální pediatrické vzdělávání

Globální standardy pro učební osnovy pro obecnou pediatrii
- postgraduální curricula
- hodnocení kvality
- guidelines pro výuku rezidentů, akreditace
- guidelines pro certifikační programy
- guidelines pro celoživotní vzdělávání

Finální verze návrhu 10/2012

Vylepšování národních zdravotních systémů na udržení péče o dítě bez ohledu na politické a geografické uspořádání, národní specifika, tradice

2. EAP/EBP – Section of paediatrics UEMS – Evropská akademie pediatrů/Evropský pediatrický výbor – pediatrická sekce Unie evropských lékařských specialistů

Doporučuje 3letý kmen + specializovaný pediatrický výcvik v primární, sekundární a terciární pediatrii (prezentace prezidenta EAP A. Tenore).

Finální verze návrhu společného kmene s kapitolou primární péče a adolescentní medicíny.

Pracovní skupina pro přípravu curricula pro primární péči.

3. UEMS – Stanovy (charta) vzdělávání pro lékařské odbornosti v EU

Kapitola 6 – „Požadavky na pediatrickou specializaci" (1995)

Z doporučení vychází i pediatrické vzdělávání v ČR. Doporučen 3letý kmen a náplně curricula pro PP, SP, TP.
- teoretické vědomosti
- klinické dovednosti
- psychické schopnosti školence
- požadavky na školicí místa
- kvalitativní kritéria curricula
- kvantitativní kritéria curricula

Obsah vzdělávacího curricula pro společný kmen a P-S-T pediatrii

4. ECPCP – Evropská konfederace primárních pediatrů

Úzká spolupráce s EAP – členové PS pro primární a sekundární pediatrii.

Pracovní skupina pro curriculum v primární péči (11/2012)

Základem pro návrh jsou curricula států, kde již nějaké curriculum existuje – 7 států včetně ČR.

Nutné vypracovat i standardy pro minimální vzdělání a praxi v primární pediatrii pro GP a FD, kteří pečují o děti; celosvětově je toto vzdělávání nedostatečné (Anglie).

Nyní ještě blíže mateřskému mléku

Sunar
nutra defense
Prebiotika/Prebiotiká
DHA & ARA
Nukleotidy

Prebiotická vláknina GOS

Podporuje růst střevní mikroflóry [1,2]
Pouze prebiotická vláknina GOS je přirozenou součástí mateřského mléka.

Nenasycené mastné kyseliny DHA a ARA

Přispívají ke zdravému růstu a vývoji kojenců
Organismus si je nedokáže sám vytvořit, proto je nutné je v dostatečném množství přijímat stravou.

Nukleotidy

Významně podporují imunitní systém dítěte [3,4,5]
Mateřské mléko obsahuje významné množství nukleotidů, v průběhu kojení a s postupem věku dítěte jejich množství klesá.

Mateřské mléko je naší inspirací.
Jeho ochranná funkce nás přirozeně inspirovala k vytvoření kojenecké mléčné výživy Nutradefense s unikátní směsí látek, **které jsou přirozeně přítomny v mateřském mléku.**
Nové vyvážené složení Nutradefense obsahuje kromě bílkovin, sacharidů, tuků, vitamínů a minerálních látek také tři další významné složky:

- **PREBIOTICKÁ VLÁKNINA GOS**
- **NENASYCENÉ MASTNÉ KYSELINY DHA a ARA**
- **NUKLEOTIDY**

NOVINKA NA DOBROU NOC

WHO (Světová zdravotnická organizace) doporučuje plné kojení během prvních 6 měsíců věku dítěte, poté se doporučuje ke kojení začít s postupným zaváděním nemléčných příkrmů. Kojení je nejlepší způsob výživy dítěte. Potravina pro zvláštní výživu. Tento materiál je určen speciálně pro odbornou veřejnost.

Odkazy na odbornou literaturu: 1. Ben XM, Zhou XY, Zhao WH, Yu WL, Pan W, Zhang WL, et al. Supplementation of milk formula with galacto-oligosaccharides improves intestinal micro-flora and fermentation in term infants. Chin Med J 2004; 117:927-31. 2. Fanaro S, Marten B, Bagna R, Vigi V, Fabris C, Peña-Quintana L, et al. Galacto-oligosaccharides are bifidogenic and safe at weaning: a double-blind randomized multicenter study. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2009; 48(1): 82-8. 3. Buck RH, Thomas DL, Winship TR, Cordle CT, Kuchan MJ, Boggs GE, et al. Effect of dietary ribonucleotides on infant immune status. Part 2: immune cell development. Pediatr Res 2004 Dec; 56(6): 890-900. 4. Schaller JP, Kuchan MJ, Thomas DL, Cordle CT, Winship TR, Buck RH, et al. Effect of dietary ribonucleotides on infant immune status. Part 1: Humoral responses. Pediatr Res 2004 Dec; 56(6): 883-90. 5. Gutiérrez-Castrellón P, Mora-Mayorga L, Díaz-García L, Jiménez-Gutiérrez C, Ramírez-Mayans J and Salomon-Santibáñez GA. Immune response to nucleotide-supplemented infant formulas: systematic review and meta-analysis. British Journal of Nutrition 2007; 98 (Suppl.1): S64-7.

800 201 102
www.nutradefense.cz

Drogy – základní charakteristika

Již po tisíciletí existují nejrůznější omamné látky, ale dnešní problémy s omamnými a návykovými jedy jsou jednoznačně uměle vytvořeným produktem novověku. Co zatím příroda nevynalezla, dokážou vymyslet výrobci drog. Dřívější užívání magických látek bylo společensky regulováno kulturními zvyky a sakrálními obřady. Dnes se stala konzumace drog všední záležitostí. Motivy jsou slast, útěk z reality, vytvoření jakéhosi protisvěta, nuda, ztráta orientace nebo patologické psychické poruchy. Za větší konzumací omamných látek všeho druhu jsou ekonomické a sociálně-politické příčiny.
Není pochyb, že silné ekonomické celky a vlivná lobby jsou v pozadí distribuce drog po celém světě. V mnoha zemích je postup proti drogám jen jako placebo efekt, někde je tendence ke zjemňování jejich negativního účinku (i určité kruhy u nás), jinde, např. v Číně, která vychází z historických zkušeností (opiové války), je postup velmi tvrdý s veřejnými popravami dealerů.

Pro všechny rodiče mladistvých užívajících drogy platí pravidlo: přerušte utrpení, vynaložte dostatek sil, energie, neuvěřitelné vytrvalosti. Proti drogám se postavte něčím, co obohacuje život dítěte a dospívajícího.
Častými signály k rozpoznání ohrožení jsou:
Vyhýbání se tělesnému a očnímu kontaktu, potíže s motorickou koordinací, zvláštnosti ve stravovacím chování, úzkostlivost v situacích a stažení ze sociálních kontaktů, úzkostlivé přilnutí k jedné osobě, zjevné potíže se soustředěním, vytvoření vlastního falešného světa, přehnaná snaha být ve středu pozornosti a neochota mluvit.

Ilegální omamné látky

Kanabis (konopí)

Účinek nastupuje během několika minut a přetrvává 2–3 hodiny.
Způsob: kouření a perorální podávání.
Navozuje euforii, fyzické uvolnění, zvýšení obrazové představivosti, osvobozuje od strachu, zvyšuje citlivost na dotyk.
Nežádoucí účinky: tachykardie, suchost v ústech, hlad, dráždění ke kašli, nevolnost.
Rizika: poškození dýchacích cest, „kuřácký kašel“, blokování duševního zrání.
Prokazatelnost: v moči je prokazatelné až 12 dnů, v krvi 1–2 dny. Při dlouhodobém užívání se prodlužuje doba prokazatelnosti až čtyřnásobně.

Extáze

Účinek nastupuje za 20 minut a přetrvává až 5 hodin.
Forma: pilulky, tbl., prášek.
Navozuje požitkářské prožívání vlastní tělesnosti, také zvýšení citlivosti na dotek a stavy transu.
Nežádoucí účinky: tachykardie, nevolnost, poruchy spánku, sucho v ústech, mydriáza, hypertermie, depresivní kocovina.
Rizika: oběhový kolaps a srdeční selhání, poruchy řeči, psychotické stavy a poškození parenchymatózních orgánů a mozku.
Prokazatelnost v moči 2–4 dny, v krvi 1 den.

Amfetamin

Většinou ve formě prášku, dále pilulky, tbl., i intravenózně.
Očekávané účinky: zvýšená schopnost soustředění a výkonnosti, chuť k tanci, velkolepost.
Nežádoucí účinky: neklid, poruchy spánku, nutkání mluvit, mydriáza.
Rizika: agrese, depresivní kocovina, selhávání chování, vyrážka, bolesti končetin, postižení myokardu, tělesné a duševní vysílení. Dochází totiž ke zvýšenému uvolňování noradrenalinu a dopaminu, které tělo i duši tzv. nabíjejí.
Prokazatelnost: v moči 2–4 dny, v krvi 1 den.

Metamfetamin – Pervitin

Forma: prášek, intravenózní aplikace, šňupání, kouření.
Očekávané účinky: odstranění únavy, zrychlení myšlení, zvýšená hovornost, pocit síly, euforie.
Nežádoucí účinky: sucho v ústech, pocení, bolesti na hrudi, nechutenství, hubnutí, mydriáza, nereagující na světlo, nadměrná koncentrace na nesmyslnou činnost, až nulová potřeba spánku, tzv. odvaha až k sebevraždám. Smrtelné kombinace s antidepresivy. Ataky hypertenze.
Organismus pracuje až do úplného vyčerpání, vyvolává pocit strachu a úzkosti, stihománie, halucinace.
Závislost vzniká většinou po roce.
Při podezření je nutný stálý dohled. Jedinec je nebezpečný pro sebe i pro své okolí.
Prokazatelnost: v moči 4–7 až 10 dní.

LSD

Forma: roztok nakapaný na savý papír nebo lepenku, dále jako tbl. nebo kapsle.
Očekávané účinky: zintenzivnění citlivosti na dotek a smyslnost, euforie, halucinace, změna vědomí, ztráta pojmu o čase, snové stavy podobné transu.
Nežádoucí účinky: mydriáza, dechové potíže, bušení srdce, pocení, pocit chladu, změny nálad, záchvaty strachu a paniky.
Rizika: ztráta identity až hororový typ, existenční krize. Vzniká nebrzděný proud smyslových vjemů a podnětů pro mozkovou kůru.
Prokazatelnost: v krvi 1 den, v moči 2–4 dny.

Halucinogenní houby (lysohlávka)

Forma: perorální.
Očekávané účinky: halucinace, zvýšená citlivost, euforie, mystické prožitky.
Nežádoucí účinky: hypotermie, hypertermie, dechové potíže, bušení srdce, mydriáza, nevolnost.
Rizika: strašidelné vize a psychotické reakce. Také zde dochází k potlačení filtrační funkce, která chrání mozkovou kůru před přehlcením podněty.

Prokazatelnost: v krvi 1 den, v moči 2–3 dny.
Možnost záměny s jedovatými houbami.

Kokain
Forma: prášek, intravenózní, orální, šňupání.
Očekávané účinky: povzbuzující stimulace, zvýšení myšlení, odstraňující zábrany – i sexuální, stimulující, pocit neporazitelnosti.
Nežádoucí účinky: tachykardie, mydriáza, oběhové komplikace, křečovité záchvaty.
Rizika: fyzické a psychické vyčerpání, perforace nosní přepážky, tiky, hepatotoxické působení, agresivní chování. Mozek se dostává do stavu trvalé odměny.
Prokazatelnost: v krvi 1–2 dny, v moči až 4 dny.

Crack
Nová úprava kokainu.
Forma: inhalace.
Očekávané účinky: stav opojení až euforie.
Nežádoucí účinky: mydriáza, hypertenze, nespavost, pozdní deprese.
Rizika: poškození dýchacích cest, hepatotoxicita, poškození CNS, fyzické a psychické vysílení, psychóza, nebezpečí v graviditě.
Prokazatelnost: v krvi 1–2 dny, v moči 4 dny.

Heroin
Působení: po vteřinách až hodinách, doba působení až 5 hodin.
Způsob konzumace: intravenózní, perorální, inhalační, šňupání.
Očekávané účinky: pocit absolutního blaha.
Nežádoucí účinky: mióza, zvracení, oběhové poruchy.
Rizika: fyzické a psychické vysílení, hnisavé abscesy, hepatitidy při používání nesterilních stříkaček, kardiopulmonální selhání. Extrémně vysoká závislost.
Prokazatelnost: v moči 2–4 dny.

PCP (Angel Dust)
Působení: po hodině při tbl., v případě kouření po 5 minutách, účinek přetrvává až 2 dny, k dispozici ve formě prášku a tablet.
Očekávané účinky: euforie a změny vnímání.
Nežádoucí účinky: pocení, hyperventilace, hypertenze, panický strach, bezvědomí.
Rizika: svalové kontrakce, epileptické záchvaty, poruchy paměti, koma.
Prokazatelnost: v moči po 2–4 dny.

Andělská trumpeta
Způsob konzumace: nálev a inhalace.
Očekávané účinky: halucinace.
Nežádoucí účinky: mydriáza, bušení srdce, arytmie, polykací potíže, suché sliznice, úděsné zážitky až násilnosti, ztráta paměti, delirium, exitus.
Prokazatelnost: není uváděna, rychle směřuje k exitu.

Poppers
Způsob konzumace: inhalovaný nitrit.
Účinek: po vteřinách a trvá 30 minut.
Přítomen ve sprejích na vlasy.
Rizika: poškození nervů a CNS.

Ve spolupráci a se souhlasem prezidenta IPA (International Police Association) – sekce ČR Ing. Josefa Nerudy a s využitím materiálů IPA zpracoval MUDr. Jiří Liška, CSc.

Heger proti Kalouskovi. Od strážce kasy chce miliardy na pojistné

Ještě loni v říjnu z ministerstva zdravotnictví znělo, že systém si s několikamiliardovou dírou ve veřejném pojistném musí poradit sám. Teď je jasné, že to nepůjde, a ministr zdravotnictví Leoš Heger žádá, aby stát do pojistného přilil příští rok 3,7 až 5,7 miliardy korun. Tento týden se v internetové knihovně připravované legislativy objevil návrh nařízení vlády z pera ministerstva zdravotnictví. Počítá s navýšením měsíční částky, kterou platí stát na zdravotním pojištění za seniory, malé děti, studenty či nezaměstnané.
Důvod, proč částku zvýšit, je prostý, ale závažný. Systém výběru veřejného zdravotního pojištění se propadá několikátým rokem do miliardových minusů a ministerstvu je už jasné, že pojišťovny či zdravotnická zařízení si se schodkem neporadí.
„Celková bilance systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2013 může dosáhnout záporné hodnoty, a to ve výši přibližně minus osm miliard korun," píše se v odůvodnění návrhu. Ministerstvo zdravotnictví proto přichází se dvěma variantami. Obě navyšují současnou měsíční platbu za státní pojištěnce, kterých bude příští rok více než šest miliónů. Nyní měsíční částka činí 723 korun. V prvním návrhu Hegerův úřad chce, aby se navýšila o 50 korun měsíčně. V souhrnu by tak stát příští rok přilil do systému pojistného celkem 3,7 miliardy korun. Druhá varianta je ještě radikálnější a říká, že měsíční částka se navýší o 77 korun, což by příští rok do systému přililo 5,7 miliardy korun.

Ani náhodou, vzkazuje ministr financí
Leoš Heger to ale při prosazování jakékoliv varianty bude mít těžké. Jeho záměr se nelíbí ministrovi financí. „Zvýšení platby za státního pojištěnce nepodporuji," řekl iDNES.cz Miroslav Kalousek, který je prvním místopředsedou TOP 09. Tedy stejné strany, v níž je i Heger. Ostatně ten je rovněž členem předsednictva strany.
Ministerstvo zdravotnictví argumentuje tím, že částka za státního pojištěnce se nezvýšila od roku 2008, ačkoliv zemi postihla ekonomická krize a opakované zvyšování daně z přidané hodnoty. Obě záležitosti podle ministerstva zdravotnictví odčerpaly systému za poslední čtyři roky 36,6 miliardy. Toto minus zčásti dokázaly pojišťovny dorovnat vlastními rezervami – do konce loňského roku uvolnily 24 miliard korun. Dalších 12,6 miliardy podle ministerstva pojišťovny a nemocnice uspořily na nákladech a zvyšování efektivity zdravotní péče. Jenže teď už prý šetřit není kde. A zdravotní pojišťovny jsou bez větších rezerv. Návrh na vydání nařízení vlády je nyní v meziresortním připomínkovém řízení. Podle mluvčí ministerstva zdravotnictví Viktorie Plívové jej na vládu Leoš Heger předloží na přelomu května a června. V červnu pak kabinet bude přesvědčovat také o tom, aby umožnila pojišťovnám přestat hradit amalgámové plomby. Veškeré zubní výplně by si museli platit ze svého pacienti.

Zdroj: H. Válková, idnes.cz, 11. 5. 2013

Stafylokoková sepse a mnoholožisková rozpadová pneumonie jako důsledek nesterilní nitrožilní aplikace drog u sedmnáctileté dívky

MUDr. Pavel Kabíček, CSc.[1,2], MUDr. Jindřich Pohl[1], MUDr. Alena Leiská[3]
1) Pediatrická klinika IPVZ, 1. LF UK a TN Praha, 2) Subkatedra dorostového lékařství IPVZ Praha
3) Radiodiagnostická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Úvod

Abúzus a závislost na opiátech jsou dlouhodobě jádrem drogové problematiky. Rozsah zneužívání opiátů v České republice se v posledních letech mírně konsoliduje. Přesto Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách ve svých výsledcích z roku 2011 ukazuje, že alespoň jednorázovou zkušenost s heroinem nebo jinými opiáty má 1,5 % našich šestnáctiletých. Opiáty jsou často zneužívány nitrožilně. Z celkového počtu registrovaných problémových uživatelů návykových látek, kterých bylo dle Ročenky 2011 Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) 2249 ve věku 15–19 let, tvoří uživatelé opiátů 201 případů a dalších 85 adolescentů se léčí pro zneužívání kombinace drog, ve které figurují opiáty. V hospitalizační studii, kterou jsme provedli na 30 dětských odděleních v ČR v letech 2005–2010 a která se zabývala příjmy adolescentů pro akutní intoxikaci, bylo z dvou tisíc kazuistik 15 případů intoxikace opiáty.

Kazuistika

V tomto článku prezentujeme kazuistiku 17leté dívky s dva dny trvajícím febrilním stavem s mírnou respirační, gastrointestinální a neurologickou symptomatologií, jejímž důvodem byla rozvíjející se stafylokoková sepse a rozpadová pneumonie způsobená nesterilní nitrožilní aplikací buprenorfinu (Subutex).

17letá dívka přijela k vyšetření s rodiči městskou hromadnou dopravou. Důvodem byl dva dny trvající febrilní stav, provázený rýmou a kašlem. V den přijetí 2× zvracela. Stěžovala si hlavně na bolesti v zádech, nejprve negovala úraz, posléze uvedla, že při prekolapsovém stavu se v noci uhodila do hlavy a do zad. V noci měla vysoké teploty, mluvila ze spaní. Byla přijata k hospitalizaci.

Osobní, rodinná a sociální anamnéza dokládá komplikovanou situaci rodiny. Dívka byla ze 7. gravidity, perinatální adaptace byla v normě, v 7 letech byla hospitalizována pro úraz páteře, ve 13 letech pro úraz hlavy po autonehodě. Je obézní. Před rokem byla hospitalizována pro jednorázovou intoxikaci buprenorfinem (Subutex). Následné psychiatrické vyšetření neprokázalo závažnější abúzus. Pro špatný prospěch opakuje 8. třídu základní školy. Chtěla by dělat kadeřnici.

Padesátiletá matka dívky je nezaměstnaná, je po nefrektomii pro Grawitzův tumor a po cholecystektomii. Otec, kterému je čtyřicet sedm let, je v plném invalidním důchodu pro depresi. Dvaadvacetiletý bratr dívky trpí epilepsií.

Dívka asi rok kouří 7–15 cigaret denně, pití alkoholu neguje, abúzus drog nejprve negovala, později udala, že si den před přijetím a v den přijetí vzala Subutex, trvalé užívání negovala. Otec později udává, že dívka možná bere heroin.

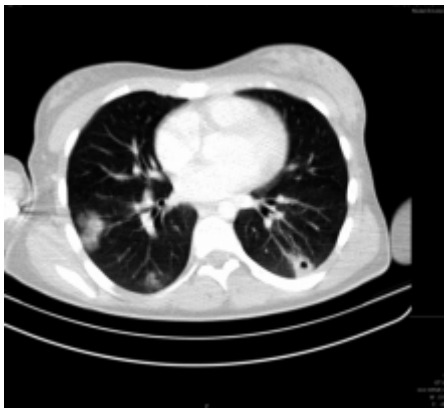
Při přijetí byla dívka febrilní, 38,9 °C. Dechová frekvence byla 16/min, akce srdeční 82/min, TK 110/60. Vážila 71 kg, měřila 160 cm. Byla unavená, orientovaná, měla pomalejší psychomotorické tempo. Hrdlo bylo zarudlé, tonzily bez obsahu, dýchání čisté, sklípkové, akce srdeční pravidelná, dvě ozvy ohraničené, bez šelestu. Břicho měkké, volně prohmatné, nebolestivé. Játra a slezina nebyly zvětšeny. Rozsáhlý hematom byl paravertebrálně vpravo v Th oblasti. Dívka měla zhoršenou tělesnou hygienu, kůže byla špinavá, na rukou byly četné exkoriace. Na obou předloktích a v kubitách měla žilní vpichy. Při podrobném rozboru tohoto nálezu dívka přiznala, že užívá Subutex denně nitrožilně. Po přijetí byla monitorována, zajištěna kapací infuzí a dvojkombinací antibiotik.

Vstupní vyšetření ukázalo vysokou zánětlivou aktivitu, CRP 132, kontrola po 10 hodinách 206 mg/l. V krevním obrazu leukocyty 10,6 s posunem doleva 17 tyčí. V koagulačním vyšetření byly D dimery 1235. Při příjmu byla odebrána hemokultura. Proveden byl ultrazvuk břicha s normálním nálezem, RTG krční a Th páteře s normálním nálezem, RTG plic zjišťuje vlevo nad bránicí zmnoženou plicní kresbu (obr. 1). Kardiologické vyšetření včetně ECHO kardiografie bylo normální. Vzhledem k ne zcela jasnému důvodu febrilií, k plicnímu nálezu na RTG a klinice bolestí v zádech s propagací do ramene bylo doplněno CT plic, které odhalilo vícečetná patologická ložiska v plicním parenchymu 8–30 mm, nejspíše zánětlivého původu, vlevo solitárně s kavernou v dolním plicním laloku subpleurálně (obr. 2, 3). Současně bylo patrné i pneumonické ložisko při bazi levé plíce (obr. 4, 5). Po nočním příjmu dívka ráno vykašlávala žlutozelené sputum s nitkami čerstvé krve.

K vyloučení tuberkulózy byla po dohodě přeložena po 15 hodinách hospitalizace na pneumologické pracoviště. Tam tuberkulózní etiologie nebyla prokázána, po 24 hodinách od prvního přijetí byla zjištěna pozitivní hemokultura Staphylococcus aureus. V rámci pneumologického vyšetření byla identifikována oválná ložiska subpleurálně, v jednom z ložisek již probíhala nekróza ve smyslu rozvoje rozpadové kavity. Tato dutina však nebyla přesvědčivě vyplněná obsahem a neměla jasnou abscesovou stěnu. Stav byl hodnocen jako rozvíjející se sepse a víceložisková rozpadová pneumonie. Po antistafylokokové antibiotické terapii se stav dívky postupně zlepšoval a po pěti dnech hospitalizace na jednotce intenzivní péče byla dívka předána na DETOX.

Diskuse: febrilní stav u nitrožilních uživatelů drog je způsoben nejčastěji pneumonií. Na jejím rozvoji se podílí celá řada faktorů od imunitního oslabení až po hematogenní rozšíření infekce nesterilními jehlami. Původcem infekčních komplikací, způsobených užitím nesterilních jehel, je často Staphylococcus aureus. Abscesy vzniklé nesterilní aplikací drogy mohou vzniknout

Obr. 1: Zmnožená kresba plicní bazálně vlevo na skiagramu hrudníku



Obr. 2 a 3: CT hrudníku – mnohočetná subpleurální zánětlivá ložiska, vlevo dorzálně s centrálním projasněním

v různých lokalizacích, např. v mozku, kůži, plicích, vzácněji ve svalech či kloubech (např. absces psoatu nebo pyogenní sakroileitida).

Plicní postižení u intravenózního uživatele drog může vést k difuznímu i ložiskovému postižení plicního parenchymu. Nekardiogenní plicní edém má komplexní patogenezi, podílí se zde jak toxicita opiátu, tak pravděpodobně hypoxie při těžké akutní intoxikaci. Akutní otravu opiáty může provázet i aspirační pneumonitida. Rozvoj šokového stavu může být komplikován ARDS (Adult Respiratory Distress Syndrome).

Infekční plicní komplikace mají charakter pneumonie, plicního abscesu nebo septických embolů. V námi popsaném případě šlo velmi pravděpodobně o rozpadovou pneumonii způsobenou Staphylococcus aureus. Vytvoření typické abscesové dutiny nebylo na CT snímcích patrné (chybění stěny abscesu a jasného vyplnění tekutým obsahem). Stafylokoky způsobují destruktivní plicní procesy, které jsou buď rozpadové, nebo abscedující, mohou i komunikovat s bronchem. Subpleurální uložení, rozptyl ložisek, tendence k rozpadu a kombinace s anamnézou abúzu drog zvyšují diferenciálněd iagnosticky podezření na zinfikované emboly.

Literárně diskutovaná je i granulomatóza, způsobená cizorodým materiálem, který vyvolává zánětlivé změny a fibrózní reakci. Cizorodým materiálem může být talek, který je obsažen v rozdrcených tabletách Subutexu nebo v znečištěném heroinu, který je talkem „nastavován“, nebo vlákna bavlny, přes kterou je droga filtrována.

Febrilní stav u i.v. uživatele drog může být způsoben také infekční endokarditidou, která u naší pacientky nebyla prokázána. Infekční endokarditida v těchto případech postihuje většinou pravé srdce. Trikuspidální chlopeň je trvale traumatizována nečistotami z injikované drogy. Endokarditida bývá způsobena Staphylococcus aureus.

Závěr: v diferenciálních diagnózách řady akutních stavů adolescentů musejí figurovat i účinky drog. Nejedná se jen o akutní intoxikace, ale také o další komplikace, které abúzus drog přináší. Po zneužívání návykových látek je třeba šetrným způsobem, ale aktivně pátrat. Psychosociální aspekty anamnézy začínáme vždy základním psychosociálním screeningem, otázkami na školu a prospěch – konkrétně, otázkou na volný čas a posléze na negativní návyky. Větší podezření bychom měli mít tam, kde je rychlé zhoršení školního prospěchu, zanechání dřívějších zájmů, při psychických problémech v anamnéze a psychosomatických obtížích. Při somatickém vyšetření pátráme po projevech nitrožilní aplikace drog, což jsou vpichy, kožní abscesy, flebotrombózy apod. Závislost na drogách s sebou často přináší i pokles na váze, zhoršení osobní hygieny a četné projevy nutričních karencí. Pokud zjistíme u adolescenta zkušenost s návykovou látkou, pokusíme se kvantifikovat, kolikrát v posledním měsíci užil návykovou látku a jakou, a předložit mu dotazník CRAFFT. Při suspekci na závažnější abúzus (škodlivé užívání F 1x.1 nebo při podezření na závislost F 1x.2) indikujeme psychiatrické vyšetření s tímto aspektem.

zkratky:
F 1x.1 škodlivé užívání dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10)
F 1x.2 závislost dle MKN 10
x je podle zneužívané látky
0 alkohol
1 opiáty
2 kanabinoidy
4 kokain
5 jiná stimulancia
6 halucinogeny
7 tabák
8 prchavé látky
9 více drog

Obr. 4 a 5: CT hrudníku – pneumonické ložisko nad bránicí v dorzální části levé plíce

Krátké intervence pediatra zaměřené na redukci užívání návykových látek u adolescentů

účinnost potvrdily dvě nezávislé studie

PhDr. Ladislav Csémy, as. MUDr. Pavel Kabíček, CSc., Mgr. Zuzana Dvořáková
Psychiatrické centrum Praha, Thomayerova nemocnice

Úvod

V České republice zůstává problém nadměrného užívání alkoholu a jiných návykových látek dospívajícími aktuálním problémem. Společenská opatření, která by tuto nepříznivou situaci zvrátila, jsou bohužel málo účinná, navíc většina z nich je orientována na řešení zdravotní a sociální situace klientů, u nichž jsou již problémy rozvinuty do často již vysokého stupně chronicity. Preventivních intervencí je málo, v případě dětí a dospívajících se často omezují na školu a zpravidla není jejich účinnost adekvátně vyhodnocována. V tomto kontextu se krátké intervence realizované prostřednictvím praktického lékaře pro děti a dorost jeví jako slibná a dosud málo využívaná preventivní intervence, jejíž účinnost potvrzují výzkumy z poslední doby. Česká republika patří mezi země, kde po roce 2000 proběhly dva významné projekty, jejichž metodiku a výsledky chceme v tomto sdělení odborné veřejnosti představit.

Studie 1

Americko-český výzkumný projekt *Screening a krátká intervence cílená na redukci užívání návykových látek mladistvými*, jehož hlavní výsledky byly publikovány loni v časopise Americké pediatrické společnosti Pediatrics (Harris, Csémy, Sherritt et al., 2012) byl historicky první RCT studií, která testovala efekt krátké intervence poskytnuté praktickým lékařem pro děti a dorost. Ve studii byl využit nový postup počítačově podporovaného screeningu a krátké rady (computer-facilitated screening and provider brief advice – cSBA).

V USA probíhal výzkum v letech 2005 až 2008 v 9 ordinacích pro děti a dorost v oblasti New England, v České republice se ve stejné době do studie zapojilo 10 ordinací v Praze. Výzkumný protokol byl stejný v USA i České republice. Vyhodnocoval se efekt krátké intervence v oblasti užívání alkoholu a užívání marihuany (prevalence užívání jiných nelegálních drog byla nízká) u dětí a dospívajících ve věku 12 až 18 let náhodně přiřazených do skupiny s obvyklou péčí (treatment as usual) a do skupiny s intervencí. Proběhla dvě následná sledování pro vyhodnocení efektu s odstupem 3 a 12 měsíců po vstupním vyšetření.

Lékaři, kteří se studie účastnili, byli seznámeni s cílem projektu a adekvátně instruováni o způsobu podávání krátké rady. Dospívající zařazení do skupiny s intervencí dostali kromě vstupního vyšetření stejného pro všechny subjekty výzkumu prostřednictvím počítače prezentované vědecky ověřené informace o zdravotních rizicích užívání návykových látek spojené se skutečnými životními příběhy. Poté lékař na základě skóru ve screeningovém dotazníku CRAFFT podal krátkou personalizovanou radu vycházející z doporučené osnovy motivačního rozhovoru. Tato rada byla v zásadě orientovaná na doporučení *nezačít návykové látky užívat nebo zanechat užívání návykové látky*. Výzkumný vzorek v USA čítal 2096 osob a v České republice 589 osob. Sociodemografické charakteristiky intervenované skupiny a skupiny s obvyklou péčí se nelišily.

Shrnutí hlavních výsledků studie potvrdilo účinnost krátké intervence, avšak s rozdílnými výsledky pro děti a dospívající v USA a České republice (podrobně viz tab. 1). Ve Spojených státech byla intervence účinná, pokud jde o změny v užívání alkoholu: v neintervenované skupině došlo po třech měsících i po roce ke statisticky vyšší prevalenci užívání alkoholu oproti intervenované skupině, u intervenované skupiny byla iniciace pití alkoholu těmi, kdo alkohol při vstupním vyšetření nepili, nižší oproti kontrolní skupině a naopak procento těch, kdo pití zanechali, bylo vyšší v intervenované skupině oproti kontrolní (hodnoty v tabulkách zvýrazněny tučně). Pokud jde o užívání konopných drog, nebyly zjištěny změny v porovnání intervenované a kontrolní skupiny.

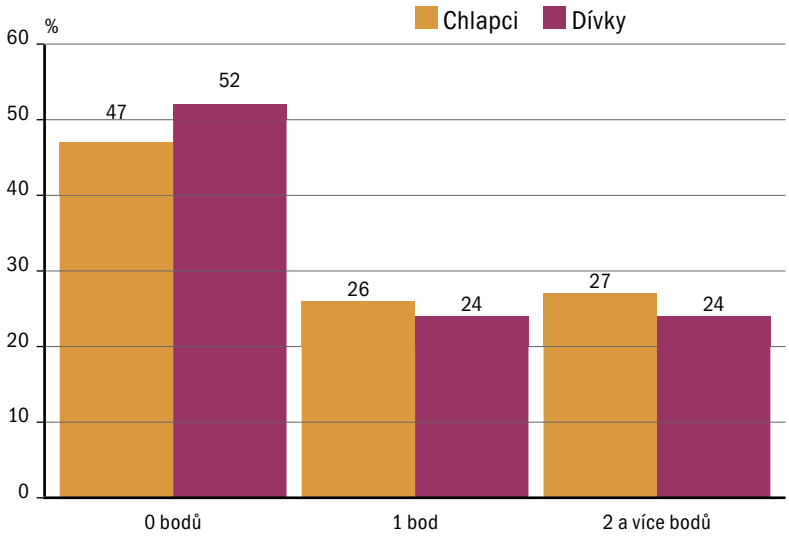
U dospívajících v ČR byla situace opačná: krátká intervence neměla vliv na pití alkoholu po třech měsících a po roce, avšak výrazně ovlivnila užívání konopných drog, přičemž efekty lze považovat za relativně trvalé, protože i po roce byly statistické rozdíly významné: u neintervenované skupiny byl nárůst užívání konopných drog po roce více než dvojnásobný (ze 13,6 % na 28,7 %), zatímco u intervenované skupiny ze 14,4 % na 17 %. Podobně tomu bylo s iniciací užívání marihuany. V kontrolní skupině začalo během roku užívat marihuanu 20 % těch, kde na začátku neužívali, zatímco v intervenované skupině to bylo jen 9 %. V intervenované skupině byl podíl těch, kdo dříve zkušenost s marihuanou měli a potom užívání zanechali, dvojnásobný oproti kontrolní skupině (zvýrazněno tučně v tabulce 1). Autoři studie přičítají rozdíly v efektu intervence specificky podle druhu návykové látky odlišným společenským normám, které jsou v české a americké kultuře spojeny s pitím alkoholu a užíváním marihuany. V tomto smyslu byl oceňován přínos multikulturního řešení studie.

Studie 2

Česko-americká studie a možnosti krátkých intervencí realizovaných prostřednictvím lékařů pro děti a dorost vedly k druhé studii, nazvané Systematická prevence užívání drog u dospívajících prostřednictvím pediatrů (SYPREDOS), která byla realizována v letech 2008 až 2011. Studie vycházela po metodologické stránce částečně ze zkuše-

	USA		Česká republika	
	Kontrolní skupina (obvyklá péče) (n = 755)	Intervenovaná skupina (n = 761)	Kontrolní skupina (obvyklá péče) (n = 245)	Intervenovaná skupina (n = 271)
Alkohol	Užití v posledních 90 dnech při 3měsíčním follow-up			
Vstupní data	20,5	16,0	46,1	47,6
Po 3 měsících	**22,9**	**15,5**	51,8	46,5
Iniciace úzu	5,9	3,1	11,4	11,8
Zanechání úzu	**41,4**	**50,7**	25,5	29,8
Marihuana				
Vstupní data	8,2	8,1	6,5	5,2
Po 3 měsících	9,5	7,4	**9,8**	**5,5**
Iniciace úzu	2,3	1,2	3,8	0,9
Zanechání úzu	46,7	51,5	50,0	69,0
	Užití v posledním roce při 12měsíčním follow-up			
	Kontrolní skupina (obvyklá péče) (n = 758)	Intervenovaná skupina (n = 765)	Kontrolní skupina (obvyklá péče) (n = 266)	Intervenovaná skupina (n = 264)
Alkohol				
Vstupní data	31,7	25,4	61,3	58,0
Po 12 měsících	**37,5**	**29,3**	74,8	70,1
Iniciace úzu	**17,8**	**11,9**	43,7	33,3
Zanechání úzu	20,0	19,6	5,5	3,3
Marihuana				
Vstupní data	13,3	12,4	13,6	14,4
Po 12 měsících	17,5	15,6	**28,7**	**17,0**
Iniciace úzu	8,8	7,8	**20,5**	**9,7**
Zanechání úzu	26,7	29,5	**19,4**	**39,5**

Tabulka 1: Výsledky americko-české studie (hodnoty jsou v procentech)



Graf 1: Rozložení skórů v dotazníku CRAFFT podle pohlaví (projekt SYPREDOS, n = 3205)

ností americko-českého projektu. Jako screeningová metoda byl využit dotazník CRAFFT validizovaný v rámci předchozí práce, rovněž byla použita technika motivačního rozhovoru lékaře s dospívajícím s mírně upravenou osnovou pro lékaře. Oproti předchozí studii byla vynechána část počítačem asistovaného screeningu, která je v běžných podmínkách praxe dětského lékaře obtížně realizovatelná. Studie se uskutečnila ve čtyřech krajích ČR a celkem se do ní zapojilo 60 lékařů. Při vstupním vyšetření byly získány informace od 3205 dospívajících ve věku 12 až 18 let (průměrný věk byl 15 let), přičemž v každé ordinaci byla třetina zařazena do kontrolní skupiny a dvě třetiny do experimentální (intervenované) skupiny. Následné vyšetření proběhlo formou dotazníku po 6 měsících. Z následného vyšetření bylo získáno celkem 2300 případů s potřebnými daty z obou měření. Pokud jde o výskyt zvýšeného rizika ve vztahu k návykovým látkám, potvrdilo se, že každý čtvrtý dospívající splňuje kritérium 2 nebo více pozitivních odpovědí v dotazníku CRAFFT (viz graf 1), přičemž rozdíly podle pohlaví nejsou podstatné. Tento nález – i když nejde o hlavní cíl studie – je významným argumentem pro hledání účinných opatření snižujících rizika u dospívajících.

Studie SYPREDOS přinesla výsledky v mnohém podobné jako první, česko-americká studie. I zde se potvrdilo, že krátká intervence dětského lékaře má významný dopad zejména na užívání marihuany, ale také na užívání nadměrných dávek alkoholu. Pro účely tohoto sdělení se omezíme na údaje o zanechání určité formy návykového chování a srovnání efektu na celém vzorku a na podskupině se zvýšeným rizikem. Statisticky významné rozdíly v tabulce 2 jsou opět zvýrazněny tučně. V případě užívání marihuany jsou změny výrazné jak u celé skupiny, tak u vysoce rizikové, v případě nadměrného pití je intervence účinná u rizikové skupiny a pokud jde o konzumaci piva, pak pouze pokud jsou výsledky vztaženy na celou skupinu.

Obě studie ukázaly ještě několik velmi zajímavých skutečností. Americko-česká studie zjišťovala hodnocení dospívajícího, pokud jde o kvalitu informací poskytnutých lékařem. Američtí dospívající hodnotili kvalitu informací v 77 % jako velmi dobrou nebo vynikající, u českých dospívajících

takto hodnotilo 63 % respondentů. Ve studii SYPREDOS jsme se ptali na míru důvěryhodnosti informací o návykových látkách z různých zdrojů. Informace od lékaře byly hodnoceny jako výrazně důvěryhodnější ve srovnání s internetem, televizí, tiskem, ale také informacemi od rodičů. Tyto výpovědi potvrzují mimořádnou autoritu, kterou dětský lékař u dospívajících má a kterou lze využít při prevenci.

Závěry

Obě nedávné studie realizované v ČR potvrzují účinnost krátké rady dětského lékaře zaměřené na redukci užívání návykových látek dospívajícími a rizik spojených s jejich užíváním. Účinnost krátké rady je prokázána v případě užívání marihuany a nadměrného pití alkoholu. Dospívající považují informace lékaře za velmi důvěryhodné a rada lékaře prostřednictvím motivačního rozhovoru má vliv na chování dítěte. Postupy screeningu a krátké rady, resp. motivačního rozhovoru jsou pro lékaře snadno zvládnutelné. Krátkou intervenci je možné realizovat v rámci pravidelných preventivních prohlídek a bylo by vhodné ji integrovat jako specifickou součást standardu preventivní prohlídky. Vzhledem k prokázané účinnosti screeningu a krátké intervence by ji měly zdravotní pojišťovny hradit jako specifický preventivní výkon.

	Celý vzorek (n = 2300)		Riziková podskupina – skór v CRAFFT ≥ 2 (n = 552)	
	Kontrolní skupina (obvyklá péče)	Intervenovaná skupina	Kontrolní skupina	Intervenovaná skupina
Zanechání užívání marihuany	**36,0**	**54,0**	**33,0**	**50,6**
Zanechání pití nadměrných dávek alkoholu	35,0	32,5	**16,0**	**26,9**
Zanechání pití piva	**33,9**	**37,3**	31,7	31,1

Tabulka 2: Vybrané výsledky studie SYPREDOS (hodnoty jsou v procentech, statisticky významné rozdíly mezi skupinami zvýrazněny tučně)

Do Česka po třech měsících dorazily vakcíny proti tetanu

Lékaři v následujících dnech začnou opět přeočkovávat proti tetanu. Po tříměsíčním výpadku do Česka dorazilo 40 tisíc dávek vakcíny. Do ordinací je distributoři začnou rozvážet od pondělí. Šéf vakcinologické společnosti Roman Prymula varuje, že podobný výpadek by mohl v budoucnu znamenat problém. Zabránit mu přitom nelze.

„Do Česka již bylo dovezeno 40 tisíc dávek vakcíny Tetanol PUR, jeho distribuce začne od pondělí 20. května," řekla iDNES.cz mluvčí ministerstva zdravotnictví Viktorie Plívová. Toto množství stačí pro 13 tisíc až 40 tisíc pacientů. Podle toho, zda dodrží deseti- až patnáctiletý interval pro přeočkování. Pokud ano, stačí jedna dávka. Pokud ne, musí pacient dostat tři injekce. Tetanol PUR není v Česku oficiálně registrovaným lékem. Jeho mimořádným dovozem zdravotnictví pokrylo výpadek, jenž vznikl na straně výrobce dodávaných vakcín. Podle Plívové by se situace do běžného režimu měla vrátit od pololetí letošního roku. „Na základě speciálního povolení Ministerstva zdravotnictví České republiky a v úzké spolupráci se zdravotními pojišťovnami se podařilo zajistit mimořádný dovoz této vakcíny v objemu 54 tisíc dávek jak pro řádné očkování, tak jako poúrazovou ochranu," potvrdila firma Novartis, výrobce vakcíny Tetanol PUR. „Problém se podařilo vyřešit bez ztráty kytičky. Potíže kvůli výpadku nenastaly. Na druhou stranu po prodloužení očkovacího intervalu už bychom neměli kam cuknout a problém by při výpadku vznikl," řekl předseda České vakcinologické společnosti Roman Prymula. Ministerstvo zdravotnictví nyní na základě doporučení připravuje vyhlášku, jež od letošního podzimu prodlouží interval přeočkování u tetanu o pět let. „Nyní, když jsme neměli dostatek dávek, mohli jsme jít na dolní hranici intervalu a mohli jsme počkat i několik měsíců, než vakcína opět dorazí. Když ale bude interval delší, nemůžeme jít dál a výpadek bude mnohem bolestivější," vysvětlil Prymula. Jinak řečeno, lékaři si po 15 až 20 letech po posledním očkování nemohou u pacienta dovolit čekat.

Je přitom jasné, že k výpadku může dojít i v budoucnu. Výrobce totiž nemůže zcela zabránit chybám při kultivaci, tedy procesu, při kterém se udržují a rozmnožují mikroorganismy. „Jde o technologický výpadek, ke kterému dojde čas od času i u vakcín na jiné nemoci," vysvětlil Prymula. U tetanu situaci komplikuje to, že Česko používá čistě vakcíny na tuto nemoc, ve většině zemí ale kombinují očkovací látku proti tetanu a záškrtu. „Šance k získání kombinované vakcíny je proto při výpadku větší," dodal lékař. Vakcíny pro přeočkování chyběly v Česku od února. „Dodávky Alteany byly přerušeny k 1. září 2009, dodávky Tetavaxu k 1. únoru 2013 a dodávky Tetanolu PUR k 10. únoru 2013," informovala již dříve mluvčí Státního ústavu pro kontrolu léčiv Lucie Šustková. V dubnu se podařilo dovézt 14 tisíc dávek vakcíny, používaných v akutních případech. Tedy třeba po úrazech nebo při předoperační přípravě. Na látku pro přeočkování se ale nakonec čekalo delší dobu, než původně ministerstvo předpokládalo.

„Vina není na státu ani na distribuční firmě, ale na straně výrobce. S výpadkem této očkovací látky se potýká v podstatě celá Evropa," dodala Plívová.

Zdroj: H. Válková, idnes.cz, 16. 5. 2013

Traumatické dutiny plicní

prof. MUDr. Karel Křepela, CSc.
Pediatrická klinika IPVZ, 1. LF UK a Thomayerovy nemocnice Praha

Tupé nepenetrující poranění hrudníku vzniká *přímým* působením síly nárazem, úderem nebo stlačením hrudníku nebo *nepřímým* působením přenesených sil, např. vlivem tlakové vlny při výbuchu, při volném pádu nebo nárazem břišního obsahu proti bránici. Zvláště u mladých lidí, jejichž hrudník je pružnější a tedy lehčeji a silněji stlačitelný, bývá těžší poranění plicní tkáně.

V podstatě není rozdíl mezi změnami následkem přímého a nepřímého působení síly na hrudník. Důsledkem je roztržení kapilár nebo menších cév, natržení alveolů, bronchů, pleury, tukové tkáně, vznik edému, emfyzému, atelektázy, pneumotoraxu, hemotoraxu nebo tukové embolie. Úraz bývá zvláště u dětí často provázen zlomeninami kostry hrudníku.

Rentgenové změny mají různý obraz:

Diseminovaná kontuze: vzniká roztržením kapilár nebo menších cév s krvácením intraalveolárním nebo extraalveolárním a obstrukcí bronchiolů nebo menších bronchů. Připomíná miliární rozsev u tuberkulózy. Nejčastěji vzniká při pádu z výšky.

Hemoragická infarzace: při porušení větších cév nastává krvácení podél bronchů, čímž vzniká obraz hemoragické infarzace s nepřesně ohraničenými stíny od malého rozsahu až po lobární postižení. Bývá doprovázena hemoptýzou. Lokalizace bývá nejčastěji v dorzálních částech dolních laloků.

Intrapulmonální hematom: při větším natržení plicní tkáně vzniká intrapulmonální hematom, který se jeví jako kulovitý nebo ovoidní, sytý, dobře ohraničený stín, ve kterém se může postupně vytvořit projasnění s hladinkou.

Traumatické dutiny: vznikají roztržením alveolů s následným naplněním vzniklé dutiny vzduchem, někdy s hladinkou tekutiny při současném krvácení.

Akutní traumatické dutiny vznikají brzy po úrazu podle dvou teorií:

1. *Teorie roztržení:* stlačením hrudníku se zmenší jeho objem, reflexně se uzavře glotis, pro nemožnost výdechu tlaková vlna uvnitř hrudníku trhá plíci od centra k periferii. Retrakcí elastických vláken vzniká pak dutina s lemem atelektatické okolní tkáně.
2. *Teorie prasknutí:* přenesená síla stlačí část plíce, kde uzavře periferní bronchiální větev a náhlý přetlak vede k prasknutí alveolů a vzniku akutní cysty.

Nelze vyloučit ani další možnost, že plíce praská v předem oslabeném místě, např. v místě vrozené cysty, o které se dříve nevědělo.

Traumatické dutiny na podkladě hematomu vznikají s časovým odstupem, je možná také tvorba hladinky.

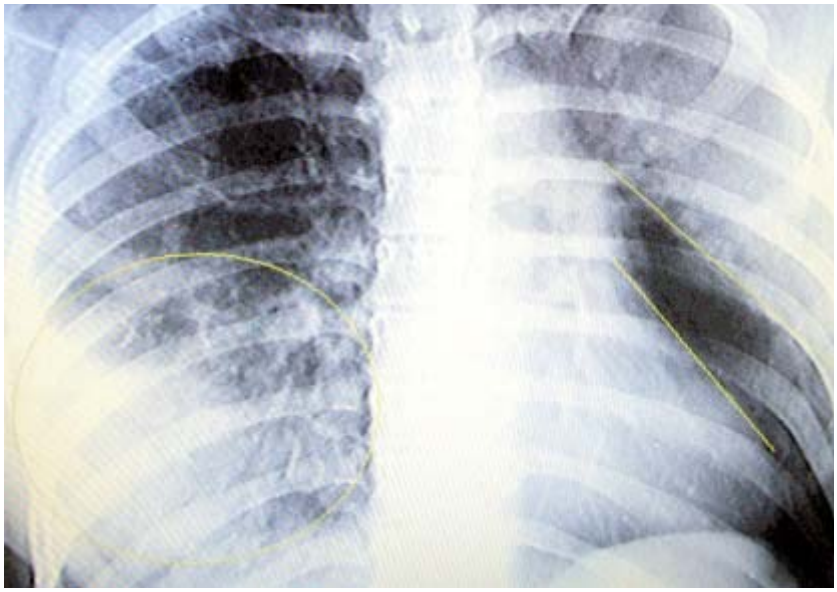
Akutní traumatické dutiny jsou většinou solitární, velikosti 2 až 16 cm, mohou být i multilokulární. Objeví se ihned po úrazu nebo do několika málo hodin. Nejsou vázány na místo úrazu, mohou být i v protilehlé oblasti (coutrcoup), vzácně v plicních vrcholech.

U akutně vzniklých dutin většinou chybí krvavé sputum nebo hemoptoe.

Při větší kontuzi plicní tkáně je dutina zpočátku překryta zastíněním, způsobeným krvácením do okolní plicní tkáně, a objeví se až po třech až šesti dnech po ústupu infiltrativních změn.

Klinicky většinou zcela chybějí projevy infekce, sekundární infekce je vzácná. Vymizejí spontánně v různě dlouhém intervalu, který může trvat týdny i několik měsíců. Často po nich zbývají drobné fibrózní léze. Nezřídka vznikají diagnostické omyly a trvá-li nález delší dobu a nehodnotí se souvislost s předchozím úrazem, bývá mylně indikován operativní zákrok pro podezření na tuberkulom, tumor nebo jinou příčinu. U traumatických dutin je chirurgické řešení zásadně nežádoucí.

Obr. 1



Obr. 2

Obr. 3

Obr. 4

Diferenciálnědiagnosticky třeba odlišit:

absces plicní (má jiný klinický obraz)
specifický proces (kaverna, tuberkulom)
tumorózní proces primární nebo metastatický
kongenitální cystu, nejčastěji bronchogenní
sekvestraci plicní
pneumatocele po pneumonii
mykotické dutiny
jiné vzácnější stavy

Kazuistika

Čtrnáctiletá dívka jela s bratrem na traktoru, který se s nimi převrátil. Při pádu na pravé rameno a pravou polovinu hrudníku utrpěla zlomeninu pravé klíční kosti a současně se objevil podkožní emfyzém na hrudníku a na krku. Byla přijata na spádové dětské oddělení, kde provedli snímek hrudníku, na kterém byl patrný nehomogenní infiltrát v pravém dolním plicním laloku a mediastinální emfyzém vlevo (obr. 1). Na kontrolním snímku dva dny po úrazu byl infiltrát více homogenní, sytější a v jeho centru se objevilo projasnění v průměru 13 mm. Nález považovali za absces plicní a pacientka byla léčena penicilinem a streptomycinem, později oxacilinem. Sedimentaci erytrocytů měla 7/20, v krevním obraze 6400 leukocytů. Byla zcela bez obtíží, bez teplot, nekašlala. Při polohových drenážích, které prováděli pro vyprázdnění „abscesu“, nic nevykašlávala.
Při kontrole snímku hrudníku 20. den po úrazu byla v dolním laloku vpravo patrná tenkostěnná dutina vejčitého tvaru s delší svislou osou, velikosti 7 × 5 cm, s hladinkou tekutiny dosahující do poloviny výše dutiny (obr. 2). Na tomto snímku je také patrná fraktura pravé klíční kosti. V bočné projekci se dutina promítala do laterobazálního segmentu pravého dolního plicního laloku (obr. 3).
Pacientka byla přeložena na naši kliniku s diagnózou plicní absces. Při přijetí byla zcela bez obtíží, nekašlala, neměla teplotu, nebyla dušná. Laboratorně bez zánětlivých parametrů (FW 5/11, 6400 leukocytů). V podávání antibiotik jsme nepokračovali. Na kontrolním snímku hrudníku dutina již nebyla patrná, v jejím místě přetrvávalo nehomogenní, nepřesně ohraničené zastření (obr. 4). Na tomogramu ve vrstvě 7 cm se v infiltrátu objevila řada projasnění oddělených tenkostěnnými přepážkami (obr. 5).
Po 14 dnech jsme provedli ještě bronchokinematografické vyšetření, které prokázalo zúžení laterobazálního bronchu vpravo s poruchou evakuace kontrastní látky (obr. 6). Malé množství kontrastní látky se dostalo i do periferie postižené oblasti. Na tomto snímku je také patrná hojící se fraktura 7. žebra vlevo, o které se dříve nevědělo, která vznikla protilehlým nárazem (coutr-coup) při pádu na pravé rameno a která byla patrně příčinou vzniku podkožního emfyzému.
Dívka byla propuštěna do ambulantních kontrol. Původní nález se pozvolna zmenšoval a v jeho místě přetrvávaly drobné fibrózní změny. Klinicky byla zcela bez obtíží. Příznivý průběh i bez léčby antibiotiky potvrdil, že se jedná o traumatickou dutinu bez sekundárních zánětlivých změn.

Souhrn

Na vznik traumatických dutin plicních je třeba v diferenciální diagnostice plicních dutin pomýšlet a zabránit tak nesprávnému postupu v léčbě. Většinou není třeba podávat antibiotika, postačí konzervativní sledování. Při déletrvajícím průběhu se vyhneme nežádoucímu chirurgickému zákroku, pokud na souvislost s proběhlým úrazem pomýšlíme.

Obr. 5

Obr. 6

Prevence onemocnění již od dětského věku – antioxidanty ve výživě

MUDr. Václav Holeček, CSc., MUDr. Jiří Liška, CSc.
Mulačova nemocnice s.r.o., Plzeň

Úvod

Volné radikály existují na Zemi již miliardy let, a proto není divu, že se buď podílejí, nebo dokonce přímo působí více než 100 nemocí a stavů. Na druhé straně však je organismus dovede i využívat ke svému prospěchu. Např. pomocí volných radikálů bílé krvinky zabíjejí bakterie, kvasinky, parazity, T lymfocyty nádorové buňky atd. Proti volným radikálům působí antioxidanty. Těch zvláště ve vysokém věku často není dostatek, což podporuje vyšší nemocnost. Ovšem i v mladém věku za určitých okolností může být antioxidantů (případně některých jejich forem) nedostatek. Detoxikace volných radikálů elektrony můžeme docílit i tím, že Země má bezlimitní zásobu volných a mobilních elektronů. Uzemnění těla (např. chůze bosýma nohama po zemi) zlepšuje spánek, snižuje bolest a zánět. Některé antioxidanty si ovšem umí tělo samo vyrábět (např. kyselinu močovou), jiné musí dostávat s potravou (např. kyselinu askorbovou). Množství těchto exogenních antioxidantů je závislé na více faktorech: na množství v potravě, jejich vstřebávání, jejich afinitě k různým orgánům, jejich odbourávání hlavně volnými radikály a jejich vylučování. V tomto článku se budeme zabývat prvním faktorem, tj. jejich obsahem v potravě.

Člověk za svůj život spotřebuje průměrně asi 70 tun potravin. V dietě je obsaženo více než 25 000 různých bioaktivních složek. Složení potravy ze složek, jejich energetický obsah aj. někdy bývají uvedeny, ale prakticky nikde se nedovíme, jaké množství antioxidantů obsahují. Slunci a UV záření více vystavené rostliny se musejí chránit před volnými radikály a produkují více antioxidantů. Většina antioxidantů je z rostlin a jejich účinkem je nejen antioxidační ochrana, ale udržují i délku života.

Ke stanovení antioxidační kapacity potravin se nejčastěji používá metoda FRAP, založená na redukční schopnosti trojmocného železa. Metoda je laciná, relativně většinou odpovídá velikosti antioxidační kapacity, ale neměří redukovaný glutathion a nízkomolekulární thioly, takže výsledky získané touto metodou jsou nižší.

Glutathion je v potravě ve vysokých koncentracích, ale je degradován ve střevě a lidmi špatně absorbován. Je zajímavé, že většina těžce nemocných pacientů má nízkou hladinu GSH (redukovaného glutathionu) v krvi, naopak lidé s výbornou fyzickou kondicí a dobrým duševním zdravím mají hladinu vysokou. Nejpřesnější hodnoty volných radikálů a antioxidantů lze získat tzv. elektronovou spinovou rezonancí (ESR), ovšem analýza i přístrojové vybavení je finančně velmi náročné.

Antioxidační kapacita potravin a nápojů

Potraviny na základě rostlin mají vyšší antioxidační kapacitu než potraviny na živočišném nebo smíšeném podkladě. **Maso, drůbež a ryby mají nízkou kapacitu**, nejvíce antioxidantů je v játrech, slanině a některých kuřatech. Tepelné zpracování potravy a skladování obvykle snižují antioxidační kapacitu, ale někdy ji naopak zlepšují tím, že např. lépe uvolňují lykopen z rajčat. Důležité je též, jakého jsou antioxidanty původu (přirozené, syntetické; mateřské mléko má vyšší antioxidační kapacitu než mléko kravské), jak jsou před požitím skladovány a jak mohou být znehodnoceny (teplota, světlo, pH apod.). Důležité je i složení antioxidantů z izomerů. Např. gama-tokoferol je hlavní forma vitaminu E v rostlinách, zatímco alfa-tokoferol je hlavně v lidských tkáních, ale i ve většině antioxidačních potravinových doplňků. Gama-tokoferol se dobře vstřebává a může se akumulovat i v lidských tkáních. V epidemiologických studiích se alfa-tokoferol neosvědčil jako účinný proti kardiovaskulárním chorobám, naopak gama-tokoferol ano.

Antioxidanty rozpustné ve vodě je možné podávat kdykoliv s vodou. Antioxidanty rozpustné v tucích je lépe dávat po jídle, aminokyseliny nalačno (cca 3 hodiny), minerály – s výjimkou zinku – při jídle. Není vhodné kombinovat podání vitaminu C se železem, rostlinné antioxidanty je vhodné zapít čajem.

Potrava pro kojence mívá antioxidační kapacitu od 0,02 do 1,25 mmol/100 g, ovšem mateřské mléko má okolo 2 mmol/100 g. Samozřejmě i některé produkty pro novorozence mají i významně vyšší hladiny.

Na základě vyšetření antioxidační kapacity v mmol/100 g metodou FRAP průměrná kapacita některých potravin je následující:

	Průměr	Rozmezí výsledků
Rostlinná strava celkem	0,88	0,27–24,30
Živočišná strava	0,18	0,05–0,46
Zrní a jeho produkty	0,34	0,06–0,73
Ječmen	1,0	0,74–1,19
Chleba s vlákninou	0,5	0,14–0,63
Pohanka, bílá mouka	1,4	1,08–1,73
Bílá mouka z kukuřice	0,6	0,32–0,88
Hnědý chroupavý chléb	1,1	0,93–1,13
Slunečnicová semena	6,4	5,39–7,50
Toustový bílý chleba	1,0	0,93–1,00
Kravské mléko	0,68	0,02–0,78
Mléčné produkty	0,14	0,04–0,44
Vejce	0,04	0,01–0,14
Maso a mastné produkty	0,31	0,11–0,57
Drůbež	0,23	0,12–0,59

Velmi častými nápoji kromě vody jsou **čaj a káva. Jsou dobře vstřebávány a mají vysokou antioxidační kapacitu, podobně jako červené víno, džus z grepů** a další nápoje přírodního původu obsahující anthocyaniny. Produkty sušením většinou neztrácejí antioxidační kapacitu. **Vynikajícím zdrojem antioxidantů jsou** fytochemické látky jako flavonoidy, taniny, stilbenoidy, fenolové kyseliny, lignany, proanthocyanidiny a látky z „berrries" („berries" jsou plody, které v angličtině mají tuto koncovku, **např. jahody. borůvky, ostružiny atd.**). Při výrobě džemů z „berries" klesá obsah celkových fenolů a jejich antioxidační kapacita skoro na polovinu. Bílá čokoláda má kapacitu 0,23 mmol/100 g, **hořká čokoláda** až 14,98 mmol/100 g, antioxidační kapacita stoupá s množstvím kakaa.

Nápoje, ovoce aj.	Průměr	Rozmezí výsledků
Med		3,10–16,30
Jablečná šťáva		0,12–0,60
Filtrovaná vařená káva		1,24–4,2
Espresso		12,64–15,83
Šťáva z grepů		0,69–1,74
Šťáva ze švestek		0,83–1,13
Šťáva z rajčat		0,19–1,06
Sušená jablka	3,8	1,86–6,07
Borůvky sušené	48,3	
Džem z brusinek	3,5	2,68–4,71
Vařená brokolice	0,5	0,25–0,85
Kadeřavá kapusta	2,8	1,62–4,09
Sušené datle	1,7	1,53–1,88
Mango	1,7	0,58–2,82
Papája	0,6	0,36–0,76
Jahody	2,1	1,85–2,33
Ořechy	4,57	0,44–15,83
Vlašský ořech	21,9	13,3–33,29
Pistácie	1,7	0,78–4,98
Slunečnicová semena	6,4	5,39–7,50
Polévky, omáčky	0,63	0,25–1,27
Čokoláda, sladkosti	4,93	0,82–14,98
Dezerty, koláče	0,45	0,09–1,04
Mléčné produkty	0,14	0,04–0,80
Vejce	0,04	0,01–0,14
Tuk a oleje	0,51	0,30–1,70
Vitaminy a suplementy	98,58	0,62–316,93

Nejvyšší antioxidační kapacitu mají sýry jako Gorgonzola nebo Roquefort. Vajíčka mají nízkou antioxidační kapacitu, vyšší je ve žloutku (0,16 mmol/100 g) než v bílku. Většina tuků a olejů má kapacitu 0,4 až 1,7 mmol/100 g. Nejvyšší antioxidační kapacitu mají byliny a koření.

	Průměr	Rozmezí výsledků
Skořice	26,5	6,84–40,14
Kopr sušený	20,2	15,94–24,47
Máta sušené listy	116,4	71,95–160,82
Oregano sušené	63,2	40,3–96,64
Rozmarýna sušená	44,8	24,34–66,92
Šafrán sušený	44,5	23,83–61,72
Tymián sušený	56,3	42,00–63,75
Sušený hřebíček	465	
Hořká čokoláda	14,98	

Mateřské mléko je zdrojem antioxidantů pro novorozence, jejichž antioxidační schopnost a tedy jejich ochrana před volnými radikály po porodu mírně klesá. Oproti nedonošeným dětem se sérum liší hlavně v hladině antioxidačního bilirubinu, který je u donošených dětí krmených mateřským mlékem vyšší. Proto jsou nedonošenci též citlivější na toxicitu kyslíku. Vzestup volných radikálů působí např. přítomnost makrofágů nebo obsah železa, který je u umělé výživy vyšší. Antioxidační kapacita (AOC) mateřského mléka je vyšší. Vitamin E neproniká placentární bariérou do plodu, až teprve kolostrum představuje jeho významný příjem. Poměrně vysoká hladina vitaminu C při narození chrání novorozence před poškozením kyslíkem při přechodu z nízké na vysokou tenzi kyslíku. V umělé výživě chybějí některé karotenoidy. Pro donošeného novorozence je mateřské mléko téměř vždy dostatečným zdrojem stopových prvků. Protože v umělé výživě jsou stopové prvky vázány jiným způsobem než v mateřském mléce, umělá výživa obsahuje obvykle vyšší dávky vzhledem k jejich nižší utilizaci. Mnohem vyšší hladina zinku v umělé výživě nevede k vyšší hladině zinku oproti kojencům krmeným mlékem mateřským. Zajímavé je pozorování u kmene Masajů, kteří do mléka přidávají některé rostliny a masovou polévku. Výsledný efekt je hypocholesterolemický a antioxidační zásluhou fenolických antioxidantů. Je u nich velmi nízká incidence kardiovaskulárních chorob, přestože konzumují hodně tuků a cholesterolu.
Lidské mateřské mléko má antioxidační kapacitu srovnatelnou se šťávou z jahod nebo kávou, tedy mnohem vyšší než uměle připravené kravské mléko pro kojence.

Závěr

Informacemi o množství antioxidantů a jejich druhů, fakty o lepším účinku přírodně vzniklých antioxidantů oproti uměle syntetizovaným lze výrazně příznivě ovlivnit zdravotní stav dětí. Zvláště mohou být nedostatkem antioxidantů a tím i oxidačním stresem postiženy děti, které jsou nedonošené, které neprospívají, trpí častými infekčními onemocněními, ale také ty, které jsou vystaveny nadměrnému tělesnému a duševnímu zatížení. Podávání výživy s významným množstvím antioxidantů může zabránit oxidačnímu stresu.

Literatura je u autorů.

Ze světa odborné literatury...

Závažná neonatální hyperbilirubinémie a screening před propuštěním

V práci se zaměřují na klinické rizikové faktory u hyperbilirubinémie novorozenců. Zahrnuto 1157 novorozenců gestačního věku více než 35 týdnů, kteří připadali v úvahu na fototerapii. Vyšetření jak pomocí hodnot transkutánního bilirubinu, tak bilirubinu sérového ve vztahu k poporodním dnům. Transkutánní bilirubin byl měřen ve věku 24 hodin a sérový ve věku 24–60 hodin a dále ve věku 3–5 a 7–14 dnů. Z novorozenců 25 % nebylo bělochů a z nich 55 % byli Hispánci. 90 % novorozenců bylo kojeno. Během prvního týdne věku se objevovala žloutenka u 84 % subjektů. Bilirubin v séru byl před propuštěním měřen u 41 dětí (4,2 %). 34 dětí, tj. 3,5 %, mělo fototerapii před propuštěním nebo po něm. Faktory pro fototerapii po propuštění byly především časný gest. věk, pozitivní antiglobulinový test, Asiaté, exkluzivní kojení a krevní inkompabilita a pohmožděniny. Důležitými se ukázaly hladina bilirubinu ve věku 24–60 hodin a hodnota transkutánního bilirubinu. Děti s hodnotami vyššími než 342 µmol/l jsou již ohroženy akutní bilirubinovou encefalopatií, ztrátou sluchu nebo možností kernikteru.

Americká pediatrická akademie doporučuje u všech novorozenců pod 35. týden vyšetřit hladinu bilirubinu v séru na odděleních. Připomínají, že kojení nijak výrazně nezvyšuje hladinu bilirubinu u některých matek, kde se to předpokládá.

J. Pediatr. 2013;162:477–482

Abdominální bolesti a funkční gastrointestinální poruchy u dětí s celiakií

V práci si kladli otázku, zda při celiakální nemoci (CD) jsou abdominální koliky častější a zda také funkční GIT problémy častěji doprovázejí CD. Získali data od dětí ve věku 3–22 let během desetiletého sledování. Rodiny pacientů byly kontaktovány již za 6 měsíců po stanovení dg. Bylo zařazeno 49 účastníků a 48 kontrol. 12 dětí ve skupině CD a 7 dětí v kontrolní skupině mělo abdominální bolesti. 9 dětí z CD skupiny a 4 děti z kontrolní skupiny měly kritéria pro funkční gastrointestinální poruchy. Nebyly zjištěny závažné rozdíly. Klinická prezentace CD je velmi variabilní. Někdy připomíná jen funkční dyspepsii. Také dráždivý tračník napodobuje CD. Neexistují jasné biologické markery pro CD. Nejsou korelace mezi postižením sliznice (mukózy) a příznaky.

J. Pediatr. 2013;162:505–509

Asociace mezi otitis media a zánětem střevním

Je zájem určit, zda v prvních 5 letech je vazba mezi záněty středního ucha a záněty střev.

Do skupiny zařazeno 294 dětí s dg. střevních zánětů (IBD) a 2377 kontrol. Diagnóza otitis media byla provedena na základě ORL vyšetření. Přibližně 5 % dětí s IBD a 12 % kontrol nemělo v anamnéze otitidu. Ve věku 5 let mělo 89 % pacientů s IBD alespoň jednou otitis media ve srovnání s 82 % kontrol. Ukázalo se, že děti s otitidou měly 2,8× častěji IBD. Týkalo se ulcerózní kolitidy a Crohnovy nemoci. Vycházejí z předpokladu, že při Crohnově nemoci, jejíž počet dosáhl v USA a Kanadě čísla 1,5 milionu, je etiologie multifaktoriální. To vyžaduje další sledování mikrobiomu malých dětí.

J. Pediatr. 2013;162:510–514

Predikce dětí pro astma ve věku 7 let u nízkopříjmových skupin obyvatelstva

Zařazeno bylo 177 dětí ve věku 9–24 měsíců s frekventním kašlem. Ve věku 7 let byla ohodnocena dg astmatu pomocí daných kritérií. Byly hodnoceny parametry pro astma a pro bronchiální hyperreaktivitu. Jen 39 % dětí mělo anamnézu frekventního kašle. Chlapců bylo 74 %. Společnými faktory byly nízká porodní váha, nízký socioekonomický statut a vliv matky z hlediska péče o dítě.

J. Pediatr. 2013;162:536–542

Diabetická ketoacidóza (DKA) v počátcích diabetu

V práci podána demografická a klinická charakteristika dětí na začátku diabetu prvního typu. Byly zařazeny subjekty mladší 19 let, se sledovanými počátečními hodnotami pH nebo HCO_3 odpovídajícími diagnóze, pozitivní test na protilátky asociované s diabetem. Bylo zařazeno 1054 dětí, 805 dětí z nich vyhovovalo kritériím pH pod 7,3, bikarbonáty pod 15 mE. Těchto 805 dětí bylo průměrného věku 9,2 roku; 50 % žen, 63 % nebyli Hispánci. 34 % dětí mělo diabetickou ketoacidózu, z toho polovina střední nebo těžkou s pH pod 7,2. Riziko pro DKA bylo u 54 % dětí pod 3 roky věku a u 33 % starších 3 let. Rodinná anamnéza nebyla ve vztahu k DKA. HbA_{1c} byl vyšší u dětí s DKA ve srovnání s dětmi bez DKA. Incidence DKA u dětí na začátku DM je vysoká, vyskytuje se u 1/3 dětí, u 1/6 dětí jde o DKA těžkou. Diabetická ketoacidóza je komplikací diabetu 1. stupně. Je zde nejvyšší mortalita a morbidita.

J. Pediatr. 2013;162:330–334

Incidence a akutní komplikace asymptomatického centrálního venózního katetru (CVC); relace k hluboké venózní trombóze (DVT) u kriticky nemocných dětí

Snahou práce bylo určit, zda akutní komplikace asymptomatického venózního katetru jsou v relaci s hlubokou trombózou. Vyšetřeno 101 dětí, které měly CVC. Relace CVC k DVT byla prováděna pomocí sonografie s barevným dopplerem. Tato relace byla diagnostikována u 16 dětí (15,8 %), což je 24,7 případů DVT na 1000 katetrodnů. Věk byl nezávisle asociován s DVT. V porovnání s dětmi pod rok věku měly děti nad 13 let věku signifikantně vyšší riziko DVT. Další demografické rozdíly, intervence včetně užití antikoagulancií a druh a vlastnosti CVC se nelišily u dětí s DVT a bez ní. Trvání plicní ventilace pro plicní embolii se statisticky významně nelišilo u obou skupin – 22 dní pro děti s DVT i bez DVT. Také mortalita byla stejná v obou skupinách.

Závěrem shrnují, že asymptomatická DVT spojená s CVC je častá u kriticky nemocných dětí. Akutní komplikace se neliší u dětí s DVT a bez ní. Hluboká žilní trombóza je častou příčinou mortality a morbidity u dospívajících. Centrální venózní katetr je významný rizikový faktor pro hlubokou trombózu.

J. Pediatr. 2013;162:387–391

Traumatické postižení mozku u dětí a radiační riziko

Důležité je vyhodnotit u dětí dávku záření z CT a radiačně možnou indukovanou malignitu a na druhé straně ohrožení kvality života po úrazu hlavy. Do studie zahrnuty děti pod 2 roky, u kterých se Glasgow Coma Score pohybovalo mezi 14 a 15. Tendence je u předpokládaných malých úrazů hlavy u dětí pod 2 roky věku bez vážného neurologického nálezu raději CT rezervovat jen pro závažné klinické obrazy. Je jasné, že CT reprezentuje zlatý standard pro dg. akutního traumatického mozkového postižení. Ukazuje se, že nálezy u dětí jsou jen v 10 % v podobě krvácení a jen minimum vyžaduje intervenci. Musíme si totiž uvědomit vysokou senzitivitu vyvíjející se tkáně k radiaci. Pro roční dítě je riziko k malignitě po ozařování 4× vyšší než v 10 letech.

J. Pediatr. 2013;162:392–397

Ve spolupráci s firmou Pfizer zpracoval MUDr. Jiří Liška, CSc.

Aktuality...

Do dvou let nám bude chybět až 400 lékařů, varují záchranky

Záchranky varují, že by jim v příštích dvou letech mohly chybět až čtyři stovky lékařů, kteří dnes jezdí do terénu za pacienty. Snaží se proto prosadit úpravu současného systému vzdělávání, aby mohli u záchranek sloužit lékaři téměř hned po škole. Ministerstvo zdravotnictví je ale proti. „Pomalu se plazím po břiše, abych přesvědčil všechny, co s tím mají co do činění, že v nové vyhlášce o vzdělávání lékařů musí patřit obor urgentní medicína mezi ty základní," říká šéf komory záchranných služeb Marek Slabý. Problém je v tom, že kdyby mohli lékaři dělat atestaci z urgentní medicíny coby základního oboru, mohou jezdit pod dohledem v sanitce prakticky hned po škole a za tři roky jsou plnohodnotnými samostatnými lékaři-záchranáři.

„Kdežto pokud bude urgentní medicína dál jen nástavbou nad dalším vzděláváním lékařů, tak se nikomu z mladých lékařů nebude chtít poté, co skončí školu a pět let stráví na klinice, udělají si nějakou základní atestaci a konečně začnou normálně vydělávat, odejít do mnohem většího stresu na záchrance a studovat další tři roky na tuto atestaci. To by už musel být hodně velký nadšenec, aby po osmi letech šel jezdit sanitku," dodává Slabý. Podle nejčernějšího scénáře totiž v nejbližších dvou letech bude na záchrankách v Česku chybět až 400 lékařů. Potíže násobí fakt, že Česku končí výjimka pro přesčasovou práci lékařů. Ti přitom nad rámec své běžné práce dělali často právě u záchranek. Ministerstvo zdravotnictví přesto změnu systému, kdy by se doktor rychleji dostal do praxe v sanitce, zamítlo. „Chápu je, ale není lepší, když lékař nejdřív získá hodně znalostí v nemocnici, má svůj hlavní obor a teprve potom si udělá atestaci z urgentní medicíny?" říká náměstek ministra zdravotnictví Ferdinand Polák s tím, že vyhláška ještě prochází připomínkovým řízením a ministr se tak bude zabývat všemi připomínkami, které k ní dojdou. Sám náměstek však nepředpokládá, že by došlo k nějakým výrazným změnám.

Dětští gynekologové? Neexistují

Podobný problém mají i dětští gynekologové. Ministr Leoš Heger původně tento obor zařadil mezi osm nových, na které se mohou lékaři specializovat. Jenomže pak ministr couvl a obor neuznal. „Dostal připomínku, že to není běžné ani v ostatních zemích Evropské unie, a tak tuto námitku akceptoval," vysvětluje náměstek Polák.

„Nechápu to, protože je obrovský rozdíl mezi gynekologií dospělých a dětí. Ty dívenky do patnácti let jsou panny, musejí se vyšetřovat jinak, za pomoci jiného vybavení. Platí jiná pravidla, když má výtok osmiletá slečna, než když ho má pětatřicetiletá žena," říká Jan Hořejší, předseda České společnosti gynekologie dětí a dospívajících.

Stejně tak podle něj jen dětský gynekolog umí citlivě vyšetřit zneužívané dítě. MF DNES zkusila oslovit devět namátkou vybraných lékařů či gynekologických zařízení a osm odmítlo vzít do péče desetiletou dívku s akutním problémem s tím, že na děti se nezaměřují.

Problém je, že zdravotní pojišťovny už dětským gynekologům odmítají platit, protože oficiálně neexistují. Totéž se může stát i záchrankám a lékaři tak ze sanitek možná zcela zmizí.

Zdroj: L. Petrášová, idnes.cz, 8. 5. 2013

VZP proplatí mamografické vyšetření i ženám do 45 let

Všeobecná zdravotní pojišťovna hlásí, že ženy mají po rozhodnutí herečky Angeliny Jolie větší zájem o preventivní vyšetření prsou. Pojišťovna se proto rozhodla k mimořádnému kroku. Vyšetření zaplatí i ženám mladším 45 let. Právě tento věk je hranicí pro hrazenou prevenci. „VZP proplatí preventivní vyšetření na mamografu či ultrasonografii prsou. A to i v případě, že jim ještě nebylo 45 let, nebo pokud by po dosažení tohoto věku chtěly vyšetření podstoupit častěji," informoval mluvčí pojišťovny Oldřich Tichý. Právě od 45 lety ženy mají nárok na vyšetření hrazené jednou za dva roky zdravotní pojišťovnou. VZP nyní tuto hranici dočasně smazává. Hradit bude prevenci i mladším ženám. Novinka platí jen od 1. května do konce listopadu letošního roku. V praxi budou úhrady probíhat tak, že žena nejprve mamografické vyšetření zaplatí ze svého. Poté se s účtem obrátí na kteroukoliv pobočku VZP a pojišťovna jí peníze proplatí. „Úhrada je možná až do výše 1500 korun, což by mělo bohatě stačit, mamografie stojí obvykle 500 až 800 korun, ultrazvuk pak 250 až 400 korun," vysvětluje Tichý. Preventivní vyšetření prsou by si žena neměla „ordinovat" sama. VZP připomíná, že by se o něm vždy měla poradit s lékařem. „Podle odborníků by například preventivní mamografické vyšetření nemělo být prováděno u žen mladších 40 let a u ostatních smí být provedeno maximálně jedenkrát do roka," upozornil Tichý. Podrobné informace pro pacienty zveřejní VZP v pondělí. Více žen přijde na vyšetření, čekat nebudou, tvrdí Bulovka. Pojišťovna reaguje na případ, kdy herečka Angelina Jolie veřejně oznámila, že kvůli riziku rakoviny si nechala preventivně odoperovat obě prsní žlázy. Podle VZP toto oznámení vedlo celou řadu žen k tomu, aby si zašly na preventivní vyšetření prsou. Rozdíl mezi cenou vyšetření a hrazenou částkou 1500 korun si pojišťovna nenechá. „Nevyčerpanou část příspěvku mohou ženy až do poloviny prázdnin využít například v případě, že by měly zájem o vyšetření na okultní krvácení, vyšetření a ošetření kožních znamének, o dentální hygienu nebo o vyšetření štítné žlázy u těhotných, které není hrazené ze zdravotního pojištění," vyjmenoval mluvčí. Další zdravotní pojišťovny mimořádné akce nepřipravují. Ženy u nich ovšem mohou pro vyšetření prsou využít příspěvky na preventivní péči. „Příspěvky na vyšetření prsou poskytujeme běžně z fondu prevence," uvedl Jaromír Gajdáček, prezident Asociace zdravotních pojišťoven. Například Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra, kterou Gajdáček vede, ženám od 40 let příspěvkem pokryje celou výši ceny mamografického vyšetření. Mladší ženy dostávají 500 korun s tím, že si samy zvolí, zda peníze využijí na vyšetření nebo třeba nákup vitaminů. Mluvčí Nemocnice Na Bulovce Martin Šalek iDNES.cz řekl, že jejich radiodiagnostická klinika nyní očekává větší zájem žen o prevenci. Zároveň však podotkl, že mladší ženy a dívky se hlásily o nehrazenou prevenci již dříve. „Existuje celá řada preventivních aktivit, které je k nám přivádějí. Třeba Avon pochod proti rakovině prsu," podotkl Šalek. Klinika zatím nepočítá s tím, že by se jakkoliv prodlužovaly čekací lhůty nebo že by posílila personální obsazení mamografického pracoviště. „Krok VZP vítáme, je to prevence správným směrem," doplnil Šalek.

Zdroj: H. Válková, iDnes.cz, 17. 5. 2013

Lázeňská vyhláška už připravila o místo 2,5 tisíce lidí, tvrdí odbory

Odbory se v úterý ostře ohradily proti nové lázeňské vyhlášce, která v Česku platí od října. Podle nich přiškrcení peněz vedlo k tomu, že o místo přišly první dva tisíce lidí. U dalších deseti tisíc to hrozí. „Pro mě je překvapením, že pravicová vláda likviduje privátní sektor," řekl v úvodu předseda odborové konfederace Jaroslav Zavadil. „Sahat na službu, která slouží tisícům lidí, je hřích," doplnil. Podle odborů je z 88 českých lázní 79 soukromých. V problémech se však kvůli změnám v takzvaném indikačním seznamu lázeňské péče ocitnou všechny. Podle Dagmar Žitníkové je situace kritická, protože výpadek v lázních nedokázali výrazně pokrýt lidé, kteří si za procedury platí ze svého. „Systém je na pokraji zhroucení. V lázních se začalo propouštět, začaly se snižovat platy na 60 procent výdělků a zavádějí se změny v pracovní době," vyjmenovala předsedkyně Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče. Odbory žádají přehodnocení úhrad péče v lázních ze zdravotního pojištění s upozorněním, že kvůli změnám už hrazený pobyt nedostalo 30 tisíc pacientů. Provozovatelé lázní podle odborů proto již propustili 2,5 tisíce zaměstnanců a dalších deset tisíc míst je v ohrožení. Tvrdí, že jednání se zástupci ministerstva zdravotnictví nikam nevedla, jen senátoři sociální demokracie podpořili petici za záchranu lázeňství, jež má 17 tisíc podpisů.

V Janských Lázních končí sto zaměstnanců, zavřou Vesnu

Potíže hlásí například Janské Lázně, kde se léčí dětští pacienti. Rodiče už podepisují petici proti zrušení dětské léčebny Vesna. Ta má být uzavřena. Část dětských pacientů skončí na pavilonech s dospělými. „Dostali jsme informaci, že propuštěna bude čtvrtina zaměstnanců, tedy zhruba sto lidí," uvedla Miroslava Horáková, která v lázních pracuje jako dispečerka dopravy. „Situace je špatná. Pacienti, které léčíme, se k nám vraceli a byli spokojení," doplnila Dana Čápová, která v lázních pracuje jako zdravotní sestra už 19 let. Nyní se bojí o místo. „Uzavření dětské léčebny Vesna je jen špičkou ledovce existenčních problémů českého lázeňství," uvedla za Svaz léčebných lázní Alice Müllerová. „Problémy byly způsobeny změnou indikačního seznamu, tedy vyhláškou, kterou ministerstvo zdravotnictví reguluje, jaké diagnózy a za jakých podmínek budou mít léčebný pobyt hrazený ze zdravotního pojištění," vysvětlila. Podle lázeňského svazu přišla zařízení, kde se lidé zotavují a rehabilitují, o polovinu pobytových dnů pojištěnců.

Největší změny za posledních 15 let

Nová vyhláška platí v Česku od října. Mimo jiné zkracuje dobu pobytu v lázních hrazenou ze zdravotního pojištění ze čtyři na tři týdny. S velkou částí nemocí lidé nemohou jezdit do lázní pravidelně či každý rok. Ministerstvo již avizovalo, že změny odčerpají lázním ročně až tři čtvrtě miliardy korun z veřejného zdravotního pojištění. Za rok z pojištění do této péče šlo zhruba tři miliardy korun. Podle odborů se však nic neušetří, protože propuštění lidé přestanou odvádět zdravotní pojištění a ještě jim bude muset stát platit, protože jsou bez práce. Vyhláška mění české lázeňství po 15 letech. Ministerstvo změnu hájí pokrokem medicíny. Ušetřené peníze chce přesunout na léčbu nádorů nebo roztroušené sklerózy. Odbory a provozovatelé lázní jsou ale přesvědčeni, že zdravotní pojišťovny mají peníze i na lázeňské pobyty. Pacienty proto nabádají, aby se o ně nebáli požádat lékaře.

Zdroj: H. Válková, idnes.cz, 14. 5. 2013

INZERCE

261 3-13
Přenechám za výhodných podmínek **praxi** praktického lékaře pro děti a dorost **v blízkosti Českých Budějovic**. Bližší informace na tel.: 604 318 717.

262 3-13
Prodám praxi PLDD **na Vysočině**. Tel: 603 732 466.

263 3-13
Do ordinace PLDD **hledám kolegyni či kolegu** ke spolupráci **od září 2013**. Práce **na 2–3 dny v týdnu** na menším zaběhnutém obvodě **20 km od Prahy a Kladna** (Praha–západ). Pěkné nové prostředí, šikovná sestra. Spolupráce možná až na 2–3 roky. Tel. 605 887 300, e-mail: posta@terapiedeti.cz.

264 3-13
Prodej ordinace PLDD s praxí. Ordinace je perspektivní, moderní, nachází se ve vlastních prostorách v paneláku po rekonstrukci (bývalé kyjeváky), vlastní vchod, **v obci Milovice nad Labem** – byt 3+1, plocha 55,17 m^2, k ní náleží sklep 2 m^2, kočárkárna 4,96 m^2, vstupní rampa. Cena za nemovitost 1 500 000 Kč, cena vybavení 200 000 Kč, cena praxe 500 000 Kč, mob.: 723 432 281.

265 3-13
Prodám zavedenou **praxi** praktického lékaře pro děti a dorost **v Brně**. Tel. 607 950 602.

266 3-13
Prodám plně funkční **přístroj** na vyšetření **CRP – Quickread 101** a přístroj na stanovení hemoglobinu z kapilár. odběru **Mission-Hb Hemoglobin** testing system. Bližší info na telefonu 724 058 303.

267 3-13
Prodám zavedenou **praxi** praktického lékaře pro děti a dorost **v Brně**. Tel.: 723 761 652.

270 4-13
Přenechám praxi PLDD **v Horní Lidči**, tel: 721 134 356.

272 4-13
Příjmu ihned lékaře na částečný úvazek do ordinace PLDD 1–2 dny v týdnu nebo jinak dle dohody. S možností přenechání praxe během 2–5 let, není podmínkou. **Benátky nad Jizerou I**, tel.: 606 479946.

273 5-13
Nestátní ordinace praktického lékaře pro děti a dorost v Olomouci hledá vedoucího lékaře. Požadujeme odpovídající odborné vzdělání, schopnost samostatné práce. Nástup možný ihned, výhodné platové a pracovní podmínky. Kontakt: 603 851 231.

274 4-13
Hledám nástupce do ordinace PLDD v malém městě **v Orlických horách** s možností nástupu **od 1. 5. 2014**. Kontakt: 731 514 722.

Autodidaktický test 6/2013

Naléhavé stavy

1. Naděje na úspěšný výsledek resuscitace při zástavě dechu klesá s plynoucím časem. Při zahájení účinné resuscitace

a) do 3 minut je oživitelnost 100 %
b) do 4 minut je oživitelnost 70 %
c) do 5 minut je oživitelnost 70 %
d) do 6 minut je oživitelnost 50 %

2. Prvotním rozhodnutím při příchodu k postiženému s poruchou vitálních funkcí je, zda resuscitaci vůbec zahájit. U dětí nezahajujeme resuscitaci v případě prokazatelné zástavy krevního oběhu:

a) při standardní okolní teplotě po uplynutí intervalu delšího než 10 minut
b) při standardní okolní teplotě po uplynutí intervalu delšího než 20 minut
c) při nízké okolní teplotě (např. tonutí v chladné vodě) po uplynutí intervalu delšího než 30 minut
d) při nízké okolní teplotě (např. tonutí v chladné vodě) po uplynutí intervalu delšího než 40 minut

3. Izolovaná nepřímá srdeční masáž bez současně prováděného umělého dýchání je dle poslední revize Basic Live Support Evropské rady pro resuscitaci z roku 2010 považována za přípustnou formu resuscitace v případech, kde je provádění umělého dýchání problematické (těžké poranění obličeje, infekce v obličeji, zvratky…). Účinná nepřímá srdeční masáž je prováděna:

a) u dětí do 8 let s frekvencí kompresí alespoň 120/min.
b) u dětí do 15 let s frekvencí kompresí alespoň 80/min.
c) u všech osob bez ohledu na věk s frekvencí kompresí 100–120/min.
d) u dětí do 1 roku s frekvencí kompresí 120–160/min.

4. Při kombinaci umělého dýchání s nepřímou srdeční masáží jsou pro laiky doporučeny v rámci aktuálních Live Support tyto poměry:

a) při jednom zachránci při resuscitaci bez ohledu na věk (krom novorozence)
2 vdechy : 15 kompresí
b) při dvou zachráncích při resuscitaci bez ohledu na věk (krom novorozence) 1 vdech : 5 kompresí
c) při jednom či dvou zachráncích při resuscitaci bez ohledu na věk (krom novorozence)
2 vdechy : 30 kompresí
d) při resuscitaci novorozence 1 vdech : 3 komprese
e) při resuscitaci novorozence 1 vdech : 10 kompresí
f) při jednom zachránci při resuscitaci dítěte do 8 let 1 vdech : 15 kompresí

5. Při vážné či hromadné dopravní nehodě s poraněním osob voláme přednostně o pomoc na telefonní číslo:

a) 150 (hasičský záchranný sbor)
b) 155 (zdravotnická záchranná služba)
c) 158 (policie)
d) 112 (integrovaný záchranný systém)

Správné odpovědi: 1b), 2b,d), 3c), 4c,d), 5d)

Myslete na ochranu proti HEPATITIDĚ A včas!

Nabídněte rodičům očkování dětí před nástupem do kolektivu.

Havrix™ 720 JUNIOR
Vakcína proti hepatitidě A

AKCE VÝRAZNÁ ÚSPORA NA OČKOVÁNÍ PROTI HEPATITIDĚ A od 1. 4. do 30. 6. 2013

SLEVA 20 % OD VÝROBCE NA VAKCÍNU HAVRIX JUNIOR*

+

MOŽNÝ PŘÍSPĚVEK POJIŠŤOVEN AŽ DO VÝŠE 1 500 Kč**

*** Sleva 20 % je poskytnuta na vakcínu Havrix 720 Junior Monodose na úrovni výrobce a je platná v období od 1. 4. do 30. 6. 2013 nebo do vyprodání zásob.**
**** Výše příspěvku se může u jednotlivých zdravotních pojišťoven lišit. O přesné výši se informujte přímo v konkrétní pojišťovně.**

ZKRÁCENÉ INFORMACE O PŘÍPRAVKU
NÁZEV PŘÍPRAVKU: Havrix 1440 a Havrix 720 Junior monodose, injekční suspenze. Vakcína proti hepatitidě A inaktivovaná adsorbovaná. **SLOŽENÍ:** Jedna dávka vakcíny Havrix 1440 (1 ml) obsahuje virus hepatitis A inactivatum 1440 ELISA jednotek, Havrix 720 Junior monodose obsahuje virus hepatitis A inactivatum 720 ELISA jednotek formaldehydem inaktivovaný virus hepatitidy A je, adsorbovaný na hydroxid hlinitý, celkem: 0,50 miligramů Al3+. **KLINICKÉ ÚDAJE: Indikace:** Vakcína Havrix je indikována k aktivní imunizaci proti infekci vyvolané virem hepatitidy A (HAV) u jedinců vystavených riziku nákazy HAV. V oblastech s nízkou až střední prevalencí hepatitidy A je vakcína Havrix doporučována především osobám, které jsou nebo budou ve zvýšeném riziku infekce virem hepatitidy A. Vakcína Havrix nevyvolává ochranu proti infekční hepatitidě způsobené virem hepatitidy B, hepatitidy C, hepatitidy E ani proti dalším patogenům vyvolávajícím jatemí infekce. **Dávkování a způsob podání:** Dospělí a mládežníci od 16 let výše – k základnímu očkování podává jedna dávka vakcíny Havrix 1440 (1,0 ml suspenze). Děti a mládežníci od 1. roku do 15 let (včetně) – k základnímu očkování se podává jedna dávka vakcíny Havrix 720 Junior monodose (0,5 ml suspenze). Pro mládežníky až do 18 let (včetně) je přijatelné podání jedné dávky vakcíny Havrix 720 Junior monodose. K zabezpečení dlouhodobé ochrany (nejméně na dobu 25 let) po základním očkování vakcínou Havrix 1440, nebo vakcínou Havrix 720 Junior monodose se doporučuje podat posilovací dávku kdykoli v době od 6 měsíců do 5 let, přednostně mezi 6. a 12. měsícem po první dávce.* **Způsob podání:** Vakcína je určena pro intramuskulární aplikaci. Dospělým a dětem se podává do deltoidní oblasti, malým dětem do anterolaterální strany stehna. Vakcína se nemá podávat do gluteální oblasti. Vakcína Havrix v žádném případě nesmí být podána intravenózně. Osobám s trombocytopenií nebo poruchami srážlivosti krve se musí vakcína Havrix podávat opatrně, neboť u nich po intramuskulární aplikaci může dojít ke krvácení. Na místo vpichu, má proto být na dobu nejméně 2 minut přiložen tlakový obvaz (bez mnutí). **Kontraindikace:** Vakcína Havrix nesmí být aplikována jedincům se známou přecitlivělostí na kteroukoliv složku nebo jedincům, u nichž se po předchozím očkování vakcínou Havrix projevily známky přecitlivělosti. **Zvláštní upozornění:** Podobně jako u jiných vakcín i očkování vakcínou Havrix by mělo být odloženo u jedinců trpících závažným akutním horečnatým onemocněním. Mírná infekce není kontraindikací očkování. Vzhledem k délce inkubační doby hepatitidy A je možné, že očkovaná osoba by mohla být v průběhu očkování již nositelem infekce. V takových případech není známé, zda očkování přípravkem Havrix ochrání proti rozvoji hepatitidy A. U hemodialyzovaných pacientů a osob s potlačeným imunitním systémem se po jedné dávce vakcíny Havrix nemusí docílit odpovídajícího titru anti-HAV. Může tak u nich být nutné podat další dávky vakcíny. Podobně jako u všech jiných injekčních vakcín musí být pro případ, že se po aplikaci vakcíny Havrix vzácně vyvine anafylaktická reakce, okamžitě dostupná lékařská pomoc. Z tohoto důvodu je nutné, aby byla očkovaná osoba 30 minut po očkování pod dohledem lékaře. Vakcína může být podána HIV pozitivním osobám. Séropozitivita proti hepatitidě A není kontraindikací očkování. Podobně jako u jakékoliv injekční aplikace se může po podání vakcíny Havrix nebo i před ním vyskytnout vazovagální synkopa jako psychogenní reakce na injekční jehlu. Je důležité zajistit, aby při ev. mdlobě nedošlo k úrazu.* **Interakce:** Vzhledem k tomu, že Havrix je inaktivovaná vakcína, je nepravděpodobné že by současné podání s jinou inaktivovanou vakcínou vedlo k ovlivnění imunitní odpovědi. Současné podání vakcíny proti břišnímu tyfu, tbuté zimnici, choleře (injekční vakcína) nebo tetanu neovlivňuje imunitní odpověď na vakcínu Havrix*. Současné podání imunoglobulinů neovlivňuje ochranný účinek vakcíny. Pokud je nezbytné nutné současné podání více vakcín nebo imunoglobulinů najednou, přípravky musí být podány rozdílnými injekčními stříkačkami a jehlami do odlišných míst. **Nežádoucí účinky:** Bezpečnostní profil I uvedený níže je podložen údaji získanými od více než 5300 subjektů. Mezi velmi časté nebo časté nežádoucí účinky patří: snížená chuť k jídlu, podrážděnost, bolest hlavy, ospalost, gastrointestinální symptomy (jako průjem, nevolnost, zvracení), bolest a zarudnutí v místě vpichu injekce, únava, otok v místě vpichu injekce, malátnost, horečka (37,5 °C), reakce v místě vpichu (jako je ztvrdnutí). **FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI:** Obsahuje stopové množství neomycin-sulfátu (Havrix 720: méně než 10 ng a Havrix 1440: méně než 20 ng). **Inkompatibility:** Vakcína Havrix nesmí být smíchána s jinými vakcínami ani s imunoglobulíny v téže injekční stříkačce. **Doba použitelnosti:** 3 roky. Zvláštní opatření pro uchovávání: Vakcína musí být uchovávána při teplotě od +2 °C do +8 °C a chráněna před světlem. Pokud vakcína zmrzne, musí být znehodnocena. Havrix je bílá opalescentní suspenze. Během uchovávání se může vytvořit jemná bílá usazenina s bezbarvým supernatantem. Před aplikací vakcíny je nutné obsah lahviček nebo stříkaček protřepat. Před použitím musí být vakcína vizuálně zkontrolována na přítomnost cizorodých částic a na netypické změny vzhledu. Při jakékoliv vizuálně zjištěné odchylce musí být vakcína vyřazena. **Druh obalu a velikost balení:** Havrix 720 Junior Monodose 1 × 0,5 ml v předplněné stříkačce, Havrix 1440 1 × 1 ml v předplněné stříkačce. **DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI:** GlaxoSmithKline Biologicals s.a., Rue de l'Institut 89, B-1330 Rixensart, Belgie. **REGISTRAČNÍ ČÍSLO:** Havrix 1440: 59/691/96-C, Havrix 720 Junior monodose: 59/690/96-C. **DATUM PRVNÍ REGISTRACE/PRODLOUŽENÍ REGISTRACE:** 13. 11. 1996 /4. 7. 2012. **DATUM REVIZE TEXTU:** 4. 7. 2012. Verze SPC platná ke dni 15. 3. 2013. Přípravek je vázán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Úplnou informaci pro předepisování najdete v Souhrnu údajů o přípravku nebo se obraťte na zastoupení společnosti: GlaxoSmithKline s.r.o., Hvězdova 1734/2c, 140 00 Praha 4, www.gsk.cz. Případné nežádoucí účinky nám prosím nahlaste na cz.safety@gsk.com. * Prosím vámněte si změn v SPC.

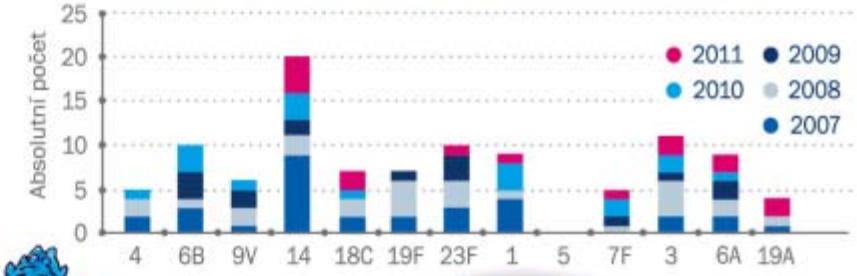
STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE

Seznamte se...

sérotyp 19A

- V řadě zemí významná příčina invazivních pneumokokových onemocnění[1,2,3]
- Jako příčina IPO u dětí do 5 let zachycen i v ČR[4]
- Častá příčina akutních otitis media[1,5,6]
- Spojen s vyšší rezistencí na antibiotika, izolovány i multirezistentní formy[1,5,6]

Distribuce sérotypů *S. pneumoniae*, zahrnutých v konjugovaných vakcínách, děti pod 5 let věku, IPO, ČR, 2007–2011, data NRL[4]



Graf adaptován dle Motlové et al., 2012[4]

Prevenar 13
je jediná pneumokoková konjugovaná vakcína, která pokrývá sérotyp 19A[7,8,9]

Prevenar 13

Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13valentní, adsorbovaná)

Zkrácená informace o přípravku - Prevenar 13 injekční suspenze. Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13valentní, adsorbovaná). • **Léčivá látka:** Jedna dávka (0,5 ml) obsahuje: Pneumococcale polysaccharidum sérotypus 1*(2,2 µg), 3*(2,2 µg), 4*(2,2 µg), 5*(2,2 µg), 6A*(2,2 µg), 6B*(4,4 µg), 7F*(2,2 µg), 9V*(2,2 µg), 14*(2,2 µg), 18C*(2,2 µg), 19A*(2,2 µg), 19F*(2,2 µg), 23F*(2,2 µg). *Konjugován s nosným proteinem CRM_{197} a adsorbován na fosforečnan hlinitý (0,125 mg hliníku). **Indikace:** Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění, pneumonie a akutní otitis media, vyvolaných Streptococcus pneumoniae u kojenců a dětí ve věku od 6 týdnů do 5 let. Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění způsobených Streptococcus pneumoniae u dospělých ve věku 50 let a starších. **Dávkování:** Imunizační schémata přípravku Prevenar 13 by měla být založena na oficiálních doporučeních. Kojenci ve věku 6 týdnů - 6 měsíců: Tři dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc mezi dávkami. První dávka se obvykle podává ve věku 2 měsíců. Čtvrtou dávku se doporučuje podat ve věku 11 až 15 měsíců. Dříve neočkovaní kojenci a děti ve věku ≥7 měsíců: Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc mezi nimi. Třetí dávku se doporučuje podat ve druhém roce života. Děti ve věku 12-23 měsíců: Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 2 měsíce mezi nimi. Děti ve věku 2 – 5 let: Jedna samostatná dávka 0,5 ml. Očkovací schéma pro Prevenar 13 u kojenců a dětí dříve očkovaných přípravkem Prevenar (7valentní) (Streptococcus pneumoniae sérotypy 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F a 23F): Kojenci a děti, u nichž bylo očkování zahájeno přípravkem Prevenar, mohou být převedeni na Prevenar 13 v kterémkoli stadiu očkování. Malé děti (ve věku 12-59 měsíců) očkované přípravkem Prevenar (7valentní) v kompletním schématu: Malé děti, které byly kompletně imunizované přípravkem Prevenar (7valentní), by měly dostat jednu dávku po 0,5 ml přípravku Prevenar 13, pro navození imunitní odpovědi vůči 6 dalším sérotypům. Tato dávka přípravku Prevenar 13 by měla být podána nejméně 8 týdnů po poslední dávce přípravku Prevenar (7valentní). Dospělí ve věku 50 let a starší: Jedna samostatná dávka. Potřeba revakcinace následnou dávkou přípravku Prevenar 13 nebyla stanovena. Bez ohledu na stav předchozí pneumokokové vakcinace, pokud je použití 23valentní pneumokokové polysacharidové vakcíny považováno za vhodné, Prevenar 13 by měl být podán jako první. **Způsob podání:** Vakcína se má podávat formou intramuskulární injekce. Přednostním místem podání je anterolaterální část stehna (musculus vastus lateralis) u kojenců nebo deltový sval horní části paže u malých dětí. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku nebo na difterický toxoid. Podobně jako u jiných vakcín i aplikace přípravku Prevenar 13 má být odložena u jedinců trpících akutním závažným horečnatým onemocněním. Přítomnost mírné infekce jako je nachlazení, by ale neměla být příčinou oddálení očkování. **Zvláštní upozornění:** Prevenar 13 nesmí být aplikován intravaskulárně. Tato vakcína nesmí být podána jako intramuskulární injekce kojencům nebo dětem s trombocytopenií nebo s jinými poruchami koagulace, které jsou kontraindikací pro intramuskulární aplikaci, ale může být podána subkutánně v případě, že potenciální přínos jasně převáží nad rizikem podání. Prevenar 13 chrání pouze proti těm sérotypům Streptococcus pneumoniae, které vakcína obsahuje a nechrání proti jiným mikroorganizmům, které způsobují invazivní onemocnění, pneumonii nebo zánět středního ucha. Podobně jako jiné vakcíny nemůže ani Prevenar 13 ochránit všechny očkované jedince před pneumokokovým onemocněním. **Interakce:** Prevenar 13 může být podáván současně s jinými dětskými vakcínami podle doporučených očkovacích schémat. Přípravek Prevenar 13 může být podán současně se sezónní trivalentní inaktivovanou chřipkovou vakcínou (TIV). Různé injekční vakcíny musí být vždy podány každá do jiného místa očkování. **Těhotenství a kojení:** Neexistují údaje o použití pneumokokového 13valentního konjugátu u těhotných žen. Není známo, zda je pneumokokový 13valentní konjugát vylučován do mateřského mléka. **Nežádoucí účinky:** Mezi nejčastěji hlášené nežádoucí účinky u dětí patřily reakce v místě očkování, horečka, podrážděnost, nechutenství, zvýšená spavost a/nebo nespavost. U dospělých osob arthralgie, myalgie, bolesti hlavy, průjem, vyrážka, zimnice, nevolnost, zarudnutí v místě aplikace, indurace/otok v místě aplikace, bolest/přecitlivělost místa aplikace, omezená pohyblivost paže, snížení chuti k jídlu. **Předávkování:** Předávkování přípravkem Prevenar 13 není pravděpodobné vzhledem ke způsobu balení v předplněné injekční stříkačce. **Uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2– 8 °C). Chraňte před mrazem. Přípravek Prevenar 13 je stabilní při teplotách do 25 °C po dobu 4 dnů. Na konci této doby má být přípravek použit nebo zlikvidován. **Balení:** 0,5 ml injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce s pístovou zátkou a ochranným krytem hrotu. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer Ltd., Ramsgate Road, Sandwich, Kent, CT13 9NJ, Velká Británie. **Registrační čísla:** EU/1/09/590/001-6. **Datum poslední revize textu:** 22. 11. 2012. **Výdej léčivého přípravku** je vázán na lékařský předpis. **Přípravek Prevenar 13 je hrazen** z prostředků veřejného zdravotního pojištění pro děti spňující podmínky dané zákonem č.48/ 1997 Sb. v aktuálním znění. Před předepsáním se, prosím, seznamte s úplnou informací o přípravku.

Reference: **1.** Dinleyici EC, Yargic ZA. Expert Review Vaccines 2009; 8(8), 977-986. **2.** van Gils EJM, Veenhoven RH, Hak E et al. JAMA. 2010;304(10):1099- 1106. **3.** Kaplan SL, Barson WJ, Lin PL, et al. Pediatrics 2010;125:429–436. **4.** Motlová J, Beneš Č, Kozáková J, Křížová P. Zprávy CEM (SZÚ, Praha) 2012; 21(2): 51-58. **5.** Fenoll A, Aguilar L, Vicioso MD et al. BMC Infectious Diseases 2011, 11:239. **6.** Dagan R, Givon-Lavi N, Leibovitz E et al. J. Infect. Dis.2009;199(6):776-85. **7.** SPC Prevenar 13. **8.** SPC Synflorix. **9.** SPC Prevenar

Pfizer, spol. s r.o., Stroupežnického 17, 150 00 Praha 5
tel.: +420 283 004 111, fax: +420 251 610 270, www.pfizer.cz

www.prevenar13.cz

Pfizer Pracujeme společně pro zdravější svět

www.pfizer.cz

PRV-2012.02.071