

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX

PEDIATRIAE

leden 2012
číslo 1 • ročník 12



téma čísla

ORL



■ Způsob vykazování a úhrady zdravotních výkonů

■ Specializační vzdělávání PL DD

■ BAHA systém u dětí

■ Orbitocelulitidy jako komplikace rinosinuitidy a jejich léčba

■ Pneumokoková meningitida

■ Vyhláška č. 425/2011 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče...

■ Aktuality



Pracujeme pro zdravější svět™



GlaxoSmithKline

Proti kašli Hedelix®



③ TROJNÁSOBNÝ ÚČINEK

- 1) uvolňuje hlen
- 2) usnadňuje odkašlávání
- 3) uleví při dráždivém kašli

Léčivá látka: extrakt z břečťanu

Krewel
Meuselbach

Z přírody ber sílu ryzí, s Hedelixem kašel zmizí!

Hedelix pro celou rodinu.

Volně prodejné ve Vaší lékárně.

O použití se poraďte se svým lékařem či lékárníkem. Čtěte pozorně příbalový leták.

Výrobce: Krewel Meuselbach GmbH, Krewelstraße 2, D – 53783 Eitorf, SRN
Zastoupení v ČR: Krewel Meuselbach s.r.o., nám. Gen. Kutlvašra 6, 140 00 Praha 4,
tel.: +420 241 405 156, fax: +420 241 404 181, www.hedelix.cz

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Koalice soukromých lékařů	6
	Způsob vykazování a úhrady zdravotních výkonů očkování a zvláště účtovaných léčivých přípravků zdravotnickými zařízeními v roce 2012	9
	Právní rubrika: Právník radí – zástupy v ordinaci	11
	Zpráva ze zahraniční cesty, Výroční zasedání EAP Brusel	12
	MUDr. Olga Roškotová Specializační vzdělávání praktických lékařů pro děti a dorost	13
	Informace OSPDL ČLS JEP	15
	Prof. MUDr. Jan Janda, CSc., ČPS Spolupráce České pediatrické společnosti, SPLDD a OSPDL	17
	MUDr. J. Sýba, Doc. MUDr. Z. Kabelka Ph.D., MUDr. D. Groh Ph.D. BAHA systém u dětí	19
	MUDr. J. Sýba a kolektiv Orbitocelulitidy jako komplikace rinosinusitidy a jejich léčba v dětském věku	23
	MUDr. Jiří Marek Je nutné léčit každou angínu antibiotiky?	27
	prim. MUDr. Petr Lyrer Pneumokoková meningitida	29
	Ze světa odborné literatury	31
	Aktuality	32
	Řádková inzerce	37
	Autodidaktický test, Dermatologie novorozeneckého věku	38
	Vyhláška č. 425/2011 Sb. o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2012	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

GSK
HERO
KREWEL MEUSELBACH
NESTLÉ
PFIZER
MSD
LÉČEBNA KŘETÍN

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, MUDr. Olga Roškotová

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

Jazykové korektury: Bohumila Weilová
Grafické zpracování: Michal Semerák

Úřední hodiny SPLDD ČR

Pondělí 10⁰⁰ – 15⁰⁰ hod.
Úterý 10⁰⁰ – 15⁰⁰ hod.
Středa 10⁰⁰ – 15⁰⁰ hod.
Čtvrtek 10⁰⁰ – 15⁰⁰ hod.
Pátek 10⁰⁰ – 13⁰⁰ 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

Nakladatelství UMÚN, s.r.o., Nad Školou 1285, 463 11 Liberec, tel. 485 161 712, www.umun.cz • obrázek na titulní straně namaloval ústy Markus Kostka

Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům. Distribuce členům SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP zdarma. Vychází 10 x 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 kolegyně, vážení kolegové,

máme před sebou další rok, rok 2012. Jaký asi bude? Podle některých bude rokem posledním, nejedno proroctví předvídá konec světa. Naplní se toto proroctví? Nebo to bude pro nás znamenat nejednu zkoušku, nejeden test trpělivosti, nejedny obtíže vyrovnat se s prostředím nové legislativy?

Před koncem roku jsme se s kolegyněmi z Výboru účastnili právní konference, která byla věnována právě nám, lékařům. Zazněl mnohý příspěvek, který se věnoval dopadům nové legislativy. Šli jsme tam s vizí, že budeme moudřejší, že pochopíme nejeden zámysl předkladatelů nových zdravotních norem, nových pravidel, kterými se budeme muset řídit.

Místo jasných pravidel jsme si však připadali možná podobně jako Alenka v říši divů. Právníci se spíše předháněli ve výkladech, které téměř hraničily s jednoduchou otázkou: Zbude mi v ordinaci vůbec ještě čas na pacienta? Resp. na jeho nemoc? Nebo budu zapisovat a zapisovat, pacienta složitě poučovat, získávat od něj řadu souhlasů, zaznamenávat jeho názor, nabízet mu alternativní cesty s doplatkem, získávat souhlas obou rodičů s výkonem, vykazovat, administrovat a...

Korunu tomu nasadil poslanec a předseda zdravotního výboru Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR MUDr. Boris Šťastný. Na otázku, jak budu po novém roce očkovat, když neseženu souhlas obou rodičů, jak budu vyšetřovat, resp. zaznamenávat použití donucovacích prostředků, neboť i úchop dítěte je mezi donucovacími prostředky uveden, jak budu zjišťovat a následně zánamenávat nesouhlasný názor dítěte například při očkování, překvapivě reagoval zhruba v duchu: To je škoda, že jsem to nevěděl, určitě bychom takové nesmysly neschválili. Co k tomu dodat. Nicméně po skončení bloku přislíbil, že pokud mu dodáme podklady, jak by to mělo reálně být, že se zasadí o prosazení změn. Uvidíme...

Ale nebudme jen pesimističtí. Tak jako se říkalo: „Byli jsme před Rakouskem, budeme i po něm“, jistě bude platit, že život v našich ordinacích se nezastaví, že se nakonec najde takové řešení, že se opět budeme moci věnovat svým dětským pacientům. Jen bude asi nutno zkontrolovat výši pojištění našich ordinací.

Jsem rád a pokládám to a prozíravé, že organizujeme cyklus seminářů Management lékařské praxe PLDD, kde spolu s právníky a ekonomy rozebíráme nové právní prostředí, diskutujeme nad novinkami a můžeme pak vás všechny informovat o důležitých výstupech.

Mezi ně jistě bude patřit i změna v systému distribuce a vykazování tzv. pravidelného, resp. povinného očkování. Podařilo se nám odvrátit hrozbu naší finanční spoluúčasti při tomto novém modelu, nepodařilo se nám ale zatím dohodnout a prosadit jednotný model, který již známe z očkování proti pneumokokům, ovšem s vytvořením alternativy získávání vakcín, alternativy, která zamezí naší finanční participaci. Bude to jistě velký úkol a výzva pro rok 2012.

Kolegyně a kolegové, sledujte naše informační zdroje, ať už tento časopis, ale i naše webové stránky www.detskylekar.cz. Jen tak budete „in“, jen tak získáte aktuální informace a rady. A my s celým vedením Sdružení budeme usilovat, abyste je měli včas.

Vše nejlepší, pevné nervy a zdraví v roce 2012 přeje

Pavel Neugebauer





Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Pavel Neugebauer
předseda SPLDD ČR

V listopadu se rozjel kolotoč smírčích jednání s VZP nad regulacemi za rok 2009. Spolu s ostatními členy Koalice soukromých lékařů jsme se snažili v rámci jednání s MZ ČR řešit připomínky k chystaným prováděcím předpisům k nové legislativě a především možnou podobu úhradové vyhlášky pro rok 2012. Celostátní konference bilancovala uplynulé období. SEKK přišel s překvapivým požadavkem navýšení počtu externích kontrol při využívání rychlé diagnostiky v ordinacích na účet veřejného zdravotního pojištění. Pokračovala jednání o novém modelu distribuce, vykazování a úhradě tzv. pravidelného očkování od 1. 1. 2012.

1. 11.

V Brně proběhlo postupně 8 smírčích jednání nad regulacemi z roku 2009. Co nešlo v individuálních jednáních s dotčenými lékaři, to najednou šlo. Prakticky všechna smírčí jednání otevřela nový prostor k jednání a možnosti zdůvodnění dražší péče. Jaké budou konečné verdikty, však ukáže až následující období.

2. 11.

Na půdě ČPS jsme se spolu s předsedkyní Odborné společnosti MUDr. Hanou Cabrnchovou diskutovali o některých společných problémech. Na pořadu jednání byly možné úpravy vzdělávacího programu, zástupci ČPS se především zajímali o náš postoj k LSPP.

5. 11.

Tentokrát v Brně se sešli praktičtí lékaři pro děti a dorost na své výroční konferenci. O výstupech z tohoto jednání jsme podrobněji informovali již v minulém čísle našeho časopisu.

8. 11.

S náměstkem ministra zdravotnictví Ing. Petrem Noskem jsme se se zástupci Koalice sešli, abychom diskutovali především o návrhu úhradové vyhlášky. Pro ambulantní sektor je nepřijatelné, aby se platby do ambulancí krátily ve prospěch navýšení úhrad do lůžkové péče. Diskutován byl i koncept elektronizace zdravotnictví, kdy jsme s povděkem akceptovali příslib zrušení povinnosti počítače s připojením v každé ambulanci od 1. 1. 2012.

9. 11.

Smírčí jednání proběhlo tentokrát v Jihlavě. I tady se dost nečekaně otevřel prostor ke zdůvodnění vyšších nákladů. V době vydání tohoto čísla jsme již obdrželi konečný výstup, kdy příslušná pobočka VZP regulaci za rok 2009 u lékaře, která návrh na smírčí jednání podala, zcela zrušila. Ukázalo se, že smírčí jednání mohou dospět i do úspěšného konce.

19. 11.

V Brně pokračoval úspěšný cyklus konferencí na téma Management lékařské praxe. Pomalu, ale jistě se zdá, že se vnáší světýlko do nejasností kolem výkladu některých ustanovení chystané legislativy. Jestli ale toto světýlko povede k pochopení některých legislativních ustanovení, to ukážou až první měsíce roku 2012.

21. 11.

Se zástupci VZP jsme se sešli, abychom si vyjasnili postoj této pojišťovny k rozhodnutí SEKKu zvýšit počet externích kontrol při provádění tzv. rychlé diagnostiky v ordinacích. Naštěstí se vyjasnilo, že to není a nebyla VZP, která by dala podnět k takovému kroku SEKKu. Bude ohroženo používání CRP v našich ordinacích na účet veřejného zdravotního pojištění? Jednání na toto téma pokračují hekticky, je tedy nutno sledovat aktuální informace na našich webových stránkách www.detskylekar.cz.

22. 11.

S VZP jsme se sešli, abychom diskutovali jednak o úhradových možnostech v roce 2012 a jednak o problematice očkovacího dodatku a způsobu vykazování nového modelu vykazování a úhrad pravidelného, resp. povinného očkování. V obou případech jsme však ke shodě nedospěli. V problematice úhrady jsme se dozvěděli záměr VZP zavést do Akordu povinnost e-preskripce, což pro nás nemůže být přijatelné a těžko tak můžeme dospět ke shodě. V problematice vykazování VZP trvá na modelu vykazování ZULPů, náš model kategoricky odmítl.

22. 11.

KSL se sešla na svém pravidelném jednání, blíže informujeme na jiném místě.

23. 11.

S náměstkem ministra zdravotnictví Ing. Petrem Noskem jsme se sešli nad problematikou nového modelu distribuce, vykazování a úhrady tzv. pravidelného očkování od 1. 1. 2012. Stále zůstala nedohoda nad modelem vykazování a textem tzv. očkovacího dodatku. Jednání tedy budou nadále pokračovat.

30. 11.

Na půdě společnosti Quent jsme s živovými odborníky diskutovali o možnostech zastavení nežádoucího trendu narůstající obezity u dětí. Jsme ale schopni toto ovlivnit bez účinné spolupráce s rodiči?



Koalice soukromých lékařů

Také v listopadu se Koalice soukromých lékařů věnovala především rozboru legislativních norem, resp. prováděcích vyhlášek k činnosti jednotlivých zdravotnických zařízení. Diskuse probíhaly především kolem přípravy úhradové vyhlášky, stále se řešila i otázka přeregistrací. Zatímco u přeregistrací došlo k určitému posunu, kdy Ministerstvo zdravotnictví vydalo na základě tlaku Koalice i ČLK konečně jakýsi „pastýřský list“, otázka úhradové vyhlášky zůstala zahalena mnohým tajemstvím. Každopádně v prvním návrhu se objevilo pro nás zostření regulací, což vedlo k našemu ráznému odporu. Snad se nám podaří tyto tendence, obdobně jako v loňském roce, zažehnat. Každopádně konec roku pro nás neznamená klidnou přípravu vánoc, ale stav nejvyšší pohotovosti.

■ I. Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 22. 11. 2011

1. Komunikace s MZ ČR

- V úterý 8. 11. 2011 se zástupci Koalice setkali s Ing. Petrem Noskem, náměstkem ministra pro zdravotní pojištění. Úhradová vyhláška, kterou Ing. Nosek na schůzce přislíbil do týdne poslat k připomínkování, není dosud k dispozici.

2. Zákon o zdravotních službách

- Zákon o zdravotních službách je podepsán prezidentem ČR a připraven k vydání.

3. Metodika k přeregistracím

- Podle informace ministra zdravotnictví se na metodice k přeregistracím pracuje.
- ČLK se bude snažit k paragrafům zákona, týkajícím se přeregistrací, prosadit podání stížnosti k Ústavnímu soudu. SAS ČR se k této snaze připojuje, ostatní členové Koalice připojení zvažují.
- ČSK bude jednat s hejtmany jednotlivých krajů.

4. Vyhláška o zdravotní dokumentaci

- K vyhlášce zatím nejsou nové informace.

5. Vyhláška o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení

- Návrh vyhlášky je ve vnějším připomínkovém řízení (odkaz na eklep.vlada.cz)

6. Nařízení vlády o časové dostupnosti zdravotní péče

- Časovou dostupnost připomínkovaly jednotlivé organizace KSL individuálně, ale zásadní výhrady nejsou.

7. Kultivace seznamu výkonů

- SPL ČR je členem komise, která se kultivací zabývá, a bude připomínkovat svou část seznamu.
- Většina odborných společností, která byla k účasti na kultivaci přizvána, se na úpravách seznamu podílí jen minimálně.

8. Elektronická komunikace se zdravotními pojišťovnami

- Nesouhlas s projektem IZIP předložila KSL ministerstvu zdravotnictví a sdělovacím prostředkům v letošním roce již dvakrát a na svém stanovisku i nadále trvá.
- Zástupci KSL podporují racionální e-health, ale elektronické předávání a sdílení dat musí být garantováno státem, s jednotným rozhraním.
- KSL navrhuje vyzvat k jednání o elektronické komunikaci se ZP MUDr. Pavla Horáka, CSc., MBA, ředitele VZP, a sporné otázky s ním prodiskutovat.

9. Různé

- Dr. Jojko informoval o jednání sjezdu ČLK, který vyzval k odvolání Bc. Marka Šnajdra ze správní rady VZP.
- Zástupci KSL diskutovali na základě e-mailu Dr. Dvořáka o zahájení činnosti Krizového štábu a dohodli se vyčkat na vydání úhradové vyhlášky.

■ II. Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 5. 12. 2011

1. Připomínky k návrhu úhradové vyhlášky na rok 2012

- Zástupci Koalice se sešli na mimořádném jednání, aby společně dohodli způsob reakce KSL na návrh úhradové vyhlášky MZ ČR na rok 2012, která v podobě zasláné k připomínkování není akceptovatelná pro žádnou z organizací Koalice.
- Výsledkem jednání je „Výzva Koalice soukromých lékařů“ (viz příloha). Výzva byla 6. 12. 2011 zaslána ministru zdravotnictví, náměstkovi ministra zdravotnictví pro zdravotní pojištění a médiím.
- KSL předpokládá, že „Výzva“ vyvolá jednání s MZ ČR. V případě, že ministerstvo zdravotnictví nebude připomínky Koalice

akceptovat, svolají její zástupci tiskovou konferenci.

2. Různé

- Dr. Neugebauer informoval o nabídce dr. Borise Šťastného zveřejňovat přehled nevypořádaných připomínek k legislativním návrhům na webových stránkách PSP ČR.
- Zásadní připomínky k zákonu o zdravotních službách nabízí dr. Šťastný zařadit na program jednání PSP ČR v rámci zkráceného řízení.
- Připomínky bude za KSL zasílat dr. Šťastnému právní poradce SPL ČR Mgr. Jakub Uher (uher@zdravotnictvi.cz). Ty, které jsou v současné době aktuální, je třeba zaslat Mgr. Uhrovi co nejdříve.

■ III. ČLK nesouhlasí s návrhem úhradové vyhlášky

Česká lékařská komora vyjadřuje svůj zásadní nesouhlas s předloženým návrhem úhradové vyhlášky pro rok 2012, a to z následujících důvodů:

1) Ministerstvo zdravotnictví ČR nezajistilo pro zdravotnictví adekvátní finanční příjmy v roce 2012, přestože Česká lékařská komora v této oblasti nabízela opakovaně svoji všestrannou pomoc a podporu. Následky tohoto postoje Ministerstva zdravotnictví ČR k reformě zdravotnictví nemohou nést na svých bedrech zdravotnická zařízení.

- Ministerstvo nezajistilo **kompensaci zvýšení snížené sazby DPH z 10 % na 14 %**.
- Ministerstvo neprosadilo **valorizaci plateb za tzv. státní pojištění**, kdy také v roce 2012 zůstane již třetím rokem tato platba ve výši 723 Kč měsíčně za jednoho pojištěnce.



- Ministerstvo nevytvořilo **seznam tzv. nadstandardních výkonů**, jehož realizace by zvyšovala příjmy zdravotnických zařízení a zároveň snížila finanční výdaje z veřejného zdravotního pojištění.
- Ministerstvo nevyužilo **možnost potenciální úspory finančních prostředků ve výdajích za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky**.

2) **Česká lékařská komora nesouhlasí s principy tzv. regulačních mechanismů, které jsou v rozporu s pravidly lékařské etiky.** Návrh tzv. úhradové vyhlášky přitom tyto regulační mechanismy v porovnání se současným stavem ještě zpřísňuje. Lékaři a zdravotnická zařízení nemohou svévolně bez opory v zákoně omezovat oprávněné nároky pacientů na dostupnost kvalitní a bezpečné zdravotní péče.

3) **Návrh vyhlášky ekonomicky postihuje zejména ambulantní zdravotnická zařízení, čímž se dostává do rozporu s programovým prohlášením vlády.** Zároveň však ani lůžkovým zdravotnickým zařízením nezajišťuje finanční prostředky na navýšení platů lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků, které musí být uskutečněno v souladu s memorandem, jehož podpisem dne 17. 2. 2011 skončila akce „Děkujeme, odcházíme“.

4) Ani pro následující rok **návrh vyhlášky neobsahuje zásadní klauzuli spočívající v tom, že jestliže zdravotnické zařízení poskytne péči lege artis bez nadbytečných nákladů a s ohledem na aktuální zdravotní stav a potřeby pojištěnce, nemohou být regulace uplatněny.** Každé zdravotnické zařízení má zákonem stanovenou povinnost poskytovat péči lege artis (srov. § 11 odst. 1 zákona č. 20/1966 Sb., v platném znění). Stejnou povinnost obsahují jeho smlouvy se zdravotními pojišťovnami. Tyto povinnosti mají vyšší právní sílu než výpočet úhradových mechanismů stanovený vyhláškou. Jestliže tedy není zdravotnickému zařízení prokázán postup non lege artis, nehospodárnost a plýtvání prostředky z veřejného zdravotního pojištění nebo např. neindikovaný předpis léčivých přípravků či vyžádané péče, má mu být poskytnutá péče plně uhrazena a regulace nemají být uplatňovány. Tento princip zakotvuje zejména nedávný nález Ústavního soudu ČR ze dne 13. 9. 2011, sp. zn. I. ÚS 2785/08. ČLK tedy požaduje zapracování této klauzule napříč všemi segmenty.

Závěr:

Návrh úhradové vyhlášky pro rok 2012, předložený Ministerstvem zdravotnictví ČR, je pro ČLK zcela nepřijatelný. Česká lékařská komora je připravena k jakémukoliv jednání, které povede k úpravám vyhlášky, jak jsou navrhovány v tomto dokumentu. Zásadní tezí, o které je ČLK s Ministerstvem zdravotnictví připravena jednat, nadále zůstává požadavek zvýšení úhrad zdravotnickým zařízením, a to i za cenu mírného prodloužení lhůty splatnosti úhrad dle vyhlášky č. 618/2006 Sb. Zároveň tímto ČLK podporuje návrh Asociace českých a moravských nemocnic ke společnému vypořádání připomínek všech segmentů k návrhu úhradové vyhlášky. I k účasti na tomto vypořádání je ČLK připravena. Kompletní znění připomínek ČLK naleznete na www.lkcr.cz

MUDr. Milan Kubek
prezident ČLK

■ IV. Výzva Koalice soukromých lékařů

Koalice soukromých lékařů

Slavojova 22, 128 00 Praha 2,
V Praze dne 5. 12. 2011

Výzva Koalice soukromých lékařů

Koalice soukromých lékařů (dále také jen KSL) zásadně nesouhlasí s návrhem úhradové vyhlášky na rok 2012, rozeslaným MZ ČR k připomínkám dne 29. 11. 2011. Návrh je v hrubém rozporu s programovým prohlášením vlády ČR a Memorandem mezi MZ ČR a KSL z letošního srpna.

Navržená úhradová pravidla včetně nepřiměřeně tvrdých regulačních omezení

- by vedla k ohrožení kvality a dostupnosti zdravotní péče ve všech typech ambulancí a zbytečnému nárůstu počtu hospitalizací,
- přehlídí fakt, že platby za výkony ambulantních zdravotnických zařízení dlouhodobě nominálně stagnují a reálně klesají,
- by znamenala pro ambulantní zdravotnická zařízení reálný pokles úhrad jejich péče.

V návrhu není počítáno s kompenzací navýšení DPH u ambulancí, ačkoliv jeho dopad bude u nich minimálně stejně významný jako u lůžkových zařízení.

Koalice soukromých lékařů vyzývá MZ ČR, aby

- **neohrožovalo péči v ambulantních zdravotnických zařízeních a ctilo programové prohlášení vlády i svůj podpis pod výše jmenovaným Memorandem,**
- **se seriózně zabývalo připomínkami členů KSL.**

Za Koalici soukromých lékařů:

MUDr. Zorjan Jojko, *předseda Sdružení ambulantních specialistů ČR, mluvčí Koalice*
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. Alexandra Stará, *Sdružení soukromých gynekologů ČR*

■ V. Dopis KSL: K rukám

MUDr. Lenky Hřebíkové, ředitelky Odboru zdravotního dohledu MZ ČR

Vážená paní ředitelko,
z pověření vedeními všech organizací zastoupených v Koalici soukromých lékařů (dále také jen KSL) bych Vám rád poděkoval za Váš dopis ze dne 1. 11. 2011, č. j. 788828/2011, který se týkal výkladu § 121 zákona o zdravotních službách, tj. tzv. přeregistrací. Jsme rádi, že se MZ dané věci věnuje s cílem proces přeregistrací u stávajících zdravotnických zařízení maximálně zjednodušit a že o věci komunikuje i se zástupci krajských úřadů a Magistrátu hl. m. Prahy. Vzhledem k tomu, že příslušné formulace § 121 připouštějí dle názoru našich právníků i jiné možné výklady, než je ten Vámi popsáný, bychom byli klidnější, pokud by ze strany nejlépe všech vedení krajů vyšel co nejdříve (nejlépe před koncem března 2012, tj. před nabytím účinnosti zákona o zdravotních službách) jasný závazný písemný signál, že ctí Váš výklad § 121 a že zdravotnickým zařízením na jejich území bude v rámci podání žádosti o vydání nového oprávnění opravdu stačit splnit jen podmínky dle § 18 odst. 1. Abyste nám rozuměla: Obáváme se, že pokud by krajská vedení takovouto písemnou závaznou zárukou předem nevydala, museli bychom počítat s tím, že se jejich výklad může později, tj. po uplynutí lhůty (9 měsíců), kterou máme my stanovenou na podání žádosti, různě měnit, a to i v tom smyslu, že by žádost obsahující údaje jen dle § 18 odst. 1 mohla být označena za nedostatečnou.



Dovolte nám tedy požádat Vás o to, aby Vaše jednání s kraji měla za cíl právě tvorbu dokumentu, který by buď společně ze všechny kraje, nebo i pro každý kraj odděleně znamenal pro stávající nestátní zdravotnická zařízení jistotu, že podají-li žádost, jež bude obsahovat jen to, co po nich chce § 18 odst. 1, nebude jim hrozit nebezpečí označení této žádosti za nedostatečnou.

Předem děkujeme za čas, který věci budete věnovat.

S úctou

MUDr. Zorjan Jojko,
mluvčí KSL a předseda SAS ČR

■ VI. Odpověď MUDr. Lenky Hřebíkové, ředitelky Odboru zdravotního dohledu MZ ČR

Koalice soukromých lékařů
MUDr. Zorjan Jojko, předseda
Slavojova 22 128 00 Praha 2

V Praze dne 1. 12. 2011 Č. j.: 78828/2011

Vážený pane doktore,
k Vašemu dotazu ze dne 3. 11. 2011, který se týká aplikace ustanovení zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, Vám sděluji následující stanovisko:

Při výkladu procesu „přeregistrace“ stávajících nestátních zdravotnických zařízení je třeba vycházet z přechodných ustanovení zákona ve vzájemných souvislostech. Přechodné ustanovení zákona zavádí pro stávající provozovatele nestátních zdravotnických zařízení odlišný režim v porovnání s ostatními žadateli o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb.

Z ustanovení § 121 odst. 4 ve spojení s ustanovením § 122 odst. 5 zákona jednoznačně vyplývá, že na rozdíl od všech ostatních žadatelů o udělení oprávnění obsahuje žádost podaná stávajícím provozovatelem NZZ **náležitosti obsažené v § 18 odst. 1 zákona** (tzn. pouze identifikační údaje, údaje o formě zdravotní péče, oboru zdravotní péče, popřípadě druhu zdravotní péče nebo názvu zdravotní služby, adresu místa, popřípadě míst poskytování zdravotních služeb, datum, k němuž žadatel hodlá zahájit poskytování zdravotních služeb, a dobu, po kterou žadatel hodlá zdravotní služby poskytovat, pokud žádá o udělení oprávnění na dobu určitou). Náležitosti dle § 18 odst. 1, 2 a 4 dokládají všichni ostatní žadatelé.

Ministerstvo zdravotnictví uspořádá ještě v prosinci tohoto roku pracovní setkání pracovníků krajských úřadů, kteří zajišťují výkon přenesené působnosti v oblasti vydávání oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Cílem pracovního setkání bude sjednocení postupu všech krajských úřadů a omezení nadbytečné zátěže poskytovatelů zdravotní péče.

S pozdravem

MUDr. Lenka Hřebíková
ředitelka Odboru zdravotního dohledu
Ministerstvo zdravotnictví

■ VII. Dohoda prezidenta ČLK s ministrem zdravotnictví o způsobu, jakým bude probíhat tzv. přeregistrace soukromých lékařů

Vážené kolegyně a kolegové,
dne 5. prosince 2011 se mi spolu s ředitelem právní kanceláře České lékařské komory JUDr. Machem na jednání s ministrem zdravotnictví doc. MUDr. Hegerem za přítomnosti ředitele právního odboru MZ Mgr. Kotříse a ředitelky odboru zdravotního dohledu MUDr. Hřebíkové podařilo dosáhnout dohody o metodickém pokynu Ministerstva zdravotnictví krajským úřadům, jak má být postupováno při vyřizování žádostí o vydání nových oprávnění k poskytování zdravotních služeb u soukromých lékařů (fyzických i právnických osob) – držitelů registrací NZZ.

Ministr Heger souhlasil s tímto návrhem komory:

Žadatel o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb, který je provozovatelem nestátního zdravotnického zařízení a držitelem registrace NZZ podle zákona č. 160/1992 Sb. v platném znění:
Předloží správnímu orgánu žádost o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb obsahující všechny zákonem stanovené údaje.

Pokud jde o náležitosti, které má se žádostí předložit, pak:

- *Nepředkládá doklad o způsobilosti k samostatnému výkonu povolání ani doklad o této způsobilosti u odborného zástupce, pokud se odborný zástupce nemění, pouze odkáže na doklad založený ve spisu týkajícím se registrace NZZ (dále jen „spis“).*
- *Nepředkládá doklad o bezúhonnosti, je-li založen ve spisu, pokud nedošlo ke změně.*

- *Nepředkládá seznam zdravotnických pracovníků, nedošlo-li ke změnám.*
- *Nepředkládá provozní řád a rozhodnutí o jeho schválení orgánem ochrany veřejného zdraví, je-li již k dispozici ve spisu.*
- *Nepředkládá doklad, z něhož vyplývá oprávnění užívat prostory, které dosud užíval k provozování nestátního zdravotnického zařízení, bude-li zdravotní služby poskytovat ve stále stejných prostorách.*
- *U právnické osoby nepředkládá doklad o bezúhonnosti osob, které jsou statutárním orgánem, je-li již založen ve spisu a ve složení statutárního orgánu nedošlo ke změně.*

U běžného soukromého ambulantního lékaře – poskytovatele zdravotních služeb, ať již jde o fyzickou či právnickou osobu, nebude správní orgán vyžadovat jiné doklady než žádost o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb podepsanou žadatelem.

Na základě tohoto metodického pokynu by existující nestátní zdravotnická zařízení předkládala registrujícímu úřadu žádost o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb obsahující náležitosti uvedené v odstavci 1 § 18 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, a to na rozdíl od jiných žadatelů bez příloh uvedených v odstavci 2 tohoto § 18.

Současně mi pan ministr slíbil, že příslušné porady vedoucích odborů zdravotnictví krajských úřadů, která se uskuteční tento týden na Ministerstvu zdravotnictví k této problematice, se bude moci účastnit rovněž JUDr. Mach.

Vedení ČLK bude nyní důsledně sledovat plnění této dohody ze strany Ministerstva zdravotnictví ČR i postup krajských úřadů. Navzdory výše popsané dohodě pracujeme v souladu s usnesení XXV. sjezdu ČLK na podání ústavní stížnosti na ty části zákona o zdravotních službách, které poškozují zájmy soukromých lékařů či zasahují do jejich nabytých práv.

S kolegiálním pozdravem

MUDr. Milan Kubek
prezident České lékařské komory

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



Způsob vykazování a úhrady zdravotních výkonů očkování a zvláště účtovaných léčivých přípravků zdravotnickými zařízeními v roce 2012

Výstupy z jednání na MZ ČR dne 5. 1. 2012 a ze dne 19. 1. 2012

I. Očkování povinné/pravidelné hrazené ze zdravotního pojištění

- týká se zásob nakoupených státem i dodávek vakcín, které budou následně ZP hradit distribuci

Citace Metodiky:

- a) Zdravotnická zařízení provádějící pravidelná očkování vedou přehled o dodaných a aplikovaných očkovacích látkách, včetně přehledu zlikvidovaných znehodnocených očkovacích látek.
- b) Zdravotnická zařízení vykazují zdravotním pojišťovnám výkony aplikace očkovacích látek dle Seznamu zdravotních výkonů v rámci standardní dávky dokladů. Zdravotní výkon je standardně proplacen podle příslušné smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče uzavřené mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou, resp. podle úhradového dodatku.
- c) Platba za aplikovanou očkovací látku bude hrazena ze strany zdravotních pojišťoven přímo distributorovi (na základě smlouvy ve smyslu ust. § 17 odst. 8 písm. d) zákona) dle vykázaných kódů ZULP. Zdravotnická zařízení vykazují zdravotním pojišťovnám výkon aplikace očkovacích látek dle Seznamu zdravotních výkonů:

02105 – Pravidelné očkování podle předpisů o ochraně veřejného zdraví je hrazeno z veřejného zdravotního pojištění – případ, kdy ZULP hradí příslušná zdravotní pojišťovna podle § 17 odst. 8 písm. d) zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů (ZULP ano)
ZULPem se jednoznačně určí konkrétní použitá očkovací látka.

Komentář:

1. Výstup z jednání dne 5. 1. 2012

Stát uzavřel s distributorem dodatek ke smlouvě, na základě které hradil OL pro pravidelná/povinná očkování distribuci, zaručující používání vakcín nakoupených státem do konce března 2012. MZ bylo z naší strany

informováno o skutečnosti, že výjimečně se může jednat i o delší období.

MZ ČR uzavřelo se všemi ZP Memorandum o způsobu vykazování OL nakoupených státem – identické, jako bude vykazováno očkování, které budou hradit distribuci pojišťovny – tedy viz výše: 02105...

2. Výstupy z jednání dne 19. 1. 2012

Zdravotní pojišťovny s cílem vyjít vstříc požadavkům SPLDD akceptují následující úpravu postupů dohodnutých Metodikou provádění pravidelného očkování v následujícím rozsahu:

- 1) zdravotní pojišťovny budou akceptovat pro vykázaní pravidelného očkování za leden 2012 i způsob vykazování používaný pro vykazování povinného očkování do 31. 12. 2011;
- 2) poskytovatelé provedou inventuru stavu skladových zásob nejen k 31. 12. 2001, ale i k **31. 1. 2012** v rozsahu stanoveném v dodatku metodiky (příloha metodiky – tabulka č. 1);
- 3) poskytovatelé zašlou jednorázově spolu s vyúčtováním za měsíc leden 2012 příslušným zdravotním pojišťovnám informaci o očkovacích látkách, které byly aplikovány jejich pojištěncům v průběhu měsíce ledna 2012 v režimu hrazení již v rámci systému v.z.p. (nové), a to v členění – číslo pojištěnce, kód SÚKL očkovací látky, datum aplikace (příloha metodiky – tabulka č. 2).

Informaci dle bodu 3) nebudou předávat poskytovatelé, kteří vykážou aplikaci očkovacích látek plně v souladu s Metodikou provádění pravidelného očkování již za měsíc leden.

SPLDD vzhledem ke schválení kompromisního řešení seznámí se závěry členskou základnou a zároveň prohlašuje, že doporučí svým členům uzavřít dodatky ke smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče ve věci pravidelného očkování („očkovací dodatky“) a zaslat je na příslušnou zdravotní pojišťovnu 1. 2. 2012.

K Metodice provádění pravidelného očkování – změny:

- 1) Čl. I odst. 3 bude vypuštěn a nahrazen zněním: zdravotní pojišťovny budou akceptovat pro vykázaní pravidelného očkování za leden 2012 i způsob vykazování používaný pro vykazování povinného očkování do 31. 12. 2011;
- 2) Nahrazení přílohy metodiky (čl. VI) – formulář pro vykazování potřebných údajů ve smyslu výše uvedených závěrů. Zdravotní pojišťovny dodají formuláře SPLDD do 20. ledna;
- 3) Dodatek Metodiky provádění pravidelného očkování, který si lékaři vytisknou, bude odeslán zpět zdravotním pojišťovnám spolu s podepsaným „očkovacím dodatkem“.

3. Z textu Metodiky dále vyplývá

V případě použití očkovací látky (OL) pro pravidelné očkování dle výše uvedené dikce lékař vykáže:

02105 = nový výkon, který je součástí novely Seznamu výkonů k 1. 1. 2012 + příslušná dg + ZULP (použije se konkrétní ZULP dle číselníku a dle Metodiky, ZP nehradí nikomu v případě státem nakoupených OL, distributorovi hradí následně OL vzešlé z tendru – viz níže). Počty OL od státu bude evidovat i distributor, pro zpřesnění kontroly je nutné, aby každé ZZ uvedlo do příložené tabulky v metodice skutečnost zásob k 31. 12. 2011.

Druhy očkovacích látek pro pravidelná očkování (text z Metodiky)

- a) kombinovaná očkovací látka proti záškrtu, dávivému kašli (acelulární forma), tetanu, dětské přenosné obrně (inaktivovaná forma), virové hepatitidě B, nákazám vyvolaným Haemophilus influenzae typ b (DTaPHibVHBIPV) **kód SÚKL 0025646 – INFANRIX HEXA INJ PLV SUS 10X0.5ML LA+ST**,
- b) očkovací látka proti záškrtu, dávivému kašli (acelulární forma), tetanu (DTaP): **kód SÚKL 0001713 – INFANRIX INJ SUS 10X0.5ML**,



- c) očkovací látka proti záškrtu, dávivému kašli (acelulární forma), tetanu, nákazám vyvolaným Hemofilem influenzae b (DTaPHib): **kód SÚKL 0056049 – INFANRIX HIB INJ SUS 1X0.5ML/DÁV,**
- d) očkovací látka proti záškrtu a tetanu – di-vakcína: **kód SÚKL 0051873 – D.T.VAX INJ SUS 10X10 DÁVEK, 0.5ML/DÁV,**
- e) očkovací látka proti nákazám vyvola-ným Haemophilus influenzae typ b: **kód SÚKL 0054227 – HIBERIX INJ PSO LQF 1DÁV+ST, 0.5ML/DÁV,**
- f) očkovací látka proti tetanu: **kód SÚKL 083443 – TETAVAX INJ SUS 1X0.5ML-STŘ.; 40UT/0.5ML,**
- g) očkovací látka proti virové hepatitidě B v dětské formuli: **kód SÚKL 0057570 – ENGERIX-B 10 MCG INJ SUS 25X0.5ML/10RG,**
- h) očkovací látka proti spalničkám, příušni-cím a zarděnkám: **kód SÚKL 0057521 – PRIORIX INJ PSO LQF 1X1DÁV, 0.5ML/DÁV,**
- i) očkovací látka proti dětské přenosné obrně v inaktivované formě: **kód SÚKL 0100224 – IMOVAX POLIO INJ SUS 1X0.5ML/DÁV,**
- j) očkovací látka proti záškrtu, dávivému kašli (acelulární forma), tetanu, dětské přenosné obrně (inaktivovaná forma): **kód SÚKL 0120112 – BOOSTRIX POLIO INJ. STŘÍKAČKA INJ SUS 1X1DÁV, 0.5ML/DÁV.**

Příklad vykazání Infanrix Hexa:

Výkon: 02105 + dg. Z278 + ZULP 0025646

Pozitivum: V novém způsobu vykazování lékař neřeší a nezjišťuje, kdo OL platí, vy-kazuje od 1. 1. 2012 stále stejně (jinak by musel z dodacího listu rozlišovat OL hrazené státem a OL hrazené ZP), v průběhu ledna je možno nicméně postupovat stejně jako do konce roku 2011 – viz výše bod 2.

Negativum: Vzhledem k výše dohodnutému postupu bude upravena Metodika.

- d) V případě, že se pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce rozhodne pro aplikaci jiné očkovací látky, která není hrazena v rámci smlouvy uzavřené zdravotními pojišťovnami s distributorem ve smyslu ust. § 17 odst. 8 písm. d) zákona, budou zdravotní pojišťovny hradit pouze zdra-votní výkony aplikace, ne však očkovací látku, kterou bude v tomto případě plně hradit pojištěnec – očkovací látka dle zákona nehrazená.

Zdravotnická zařízení vykazují zdravotním pojišťovnám výkon aplikace očkovacích látek dle Seznamu zdravotních výkonů:

02100 – Pravidelné očkování podle před-pisů o ochraně veřejného zdraví je hrazeno z veřejného zdravotního pojištění – případ, kdy na základě volby hradí pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce ZULP

ZULPem se jednoznačně určí konkrétní po-užitá očkovací látka.

Komentář: z textu vyplývá:

V případě použití alternativní OL (tj. volba rodičem) pro pravidelné očkování dle výše uvedené dikce lékař vykáže:

02100 = nový výkon, který je součástí novely Seznamu výkonů k 1. 1. 2012 + příslušná dg + ZULP (použije se konkrétní ZULP dle čísel-níku a dle této Metodiky – viz výše – v tomto případě, jako i v předchozím, ZULP pojišťovny nehradí, v tomto případě hradí rodič)

Pozitivum: V systému budou přesnější in-formace o proočkovanosti, pro ZP splnění zákonné povinnosti sledovat proočkovanost

Negativum: Pro nás práce navíc, ostatně jako u všech ZULPů, náš návrh rozlišoval vakcíny v dg. Budeme požadovat při projed-návání očkovacího dodatku úhradu nových činností, vč. vykazování vakcín hrazených rodiči – viz níže.

Příklad – vykazání Priorix Tetra:

Výkon 02100 + dg Z278 + ZULP 0118615

Práva a povinnosti zdravotnických zařízení provádějících pravidelná očkování a zdra-votních pojišťoven v souvislosti s provádě-ním pravidelných očkování budou upravena v rámci smluvních vztahů o poskytování a úhradě zdravotní péče speciálním dodat-kem ke Smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče.

II. Očkování nepovinné, hra-zené ze zdravotního pojištění

Od 1. 1. 2012 nedochází k žádné změně, i když v Seznamu výkonů s bodovými hodno-tami se objevily nové kódy výkonů očkování. Jejich používání bude dále projednáváno a bude předmětem samostatné metodiky tak, aby byl způsob vykazování jednotný po zavedení očkování proti HPV od 1. 4. 2012.

III. Očkování rizikových skupin a cílená očkování

Výkon slouží pro případy, kdy pojišťovna hradí očkování včetně očkovací látky z ve-řejného zdravotního pojištění. Očkovací látka je hrazena vybranému distributorovi (Avenier) a je dodávána do ordinací PL a PLDD zdarma.

Rizikové skupiny:

- očkovací látka proti pneumokokové in-fekci – konjugovaná
- očkovací látka proti pneumokokové in-fekci – polysacharidová
- očkovací látka proti TBC
- očkovací látka proti virové hepatitidě B v dospělé formuli
- očkovací látka proti virové hepatitidě B pro osoby zařazené do dialyzačního programu

Výkon: hradí pojišťovna ZZ

Očkovací látka: očkovací látku hradí poji-šťovna distributorovi

Vyazuje se kódem:

02105 – Pravidelné očkování podle před-pisů o ochraně veřejného zdraví je hrazeno z veřejného zdravotního pojištění – případ, kdy ZULP hradí příslušná zdravotní pojiš-tovna podle § 17 odst. 8 písm. d) zákona č. 48/1997 Sb. ve znění pozdějších předpisů.

ZULP: ano – vyazuje se s nulovou hodnotou

Příklad – očkování pneumokokem ze zdravotní indikace

Výkon 02105 + dg. Z238 + ZULP

Prevenar 13 0149868 – v tomto případě s nulovou hodnotou, OL dodá Avenier do ordinace zdarma

Výstup z jednání ze dne 5. 1. 2012 !!!!!

– negativum (pozitiva jsou pouze na straně ZP)

Teprve při tomto jednání vyšlo najevo, že by-chom měli nakupovat tyto očkovací látky my, nyní jsme vždy obdrželi zdarma. Toto je v roz-poru s úvodním záměrem co nejméně měnit dosavadní praxi, což vyčetl pojišťovnám i náměstek Ing. Petr Nosek. Navíc by tímto systémem byly ZZ propláceny i dávky, které si lékaři zajistili před koncem roku. Musela by být pro plnou úhradu také stanovena vyšší cena ZULP, což by se obtížně rozlišovalo! Vzhledem k uvedeným skutečnostem byla rozšířena smlouva mezi ZP a společností Avenier tak, aby OL pro tyto účely byly dodá-vány do ordinací zdarma.



■ IV. Očkování zvláštní a mimořádná, hrazená ze státního rozpočtu

Pro případy mimořádného a zvláštního očkování – hepatitida A, případně další dle rozhodnutí hlavního hygienika, případně vyplývající z příslušné vyhlášky

02149 – Upravený stávající výkon očkování v případech, kdy očkovací látka je hrazena podle předpisů o ochraně veřejného zdraví (pro děti)

02150 – Upravený stávající výkon očkování v případech, kdy očkovací látka je hrazena podle předpisů o ochraně veřejného zdraví (pro dospělé)

ZULP: ano – vykazuje se s nulovou hodnotou

Příklad – očkování hepatitida A

Výkon 02149 + dg. Z246 + ZULP dle číselníku, nebo z rozhodnutí hlavního hygienika, nebo vyplývající z příslušné vyhlášky

■ V. Očkování zvláštní a mimořádná, hrazená ze státního rozpočtu

S účinností od 1. ledna 2012 je Ministerstvo zdravotnictví podle § 49 odst. 2 doprovodné novely zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, k zákonu č. 298/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony, povinno ze státního rozpočtu hradit očkovací látky pro pravidelné očkování fyzických osob, které nejsou pojištěnci podle zákona upravujícího veřejné zdravotní pojištění.

Distributor, Avenier, a.s., dodá na základě objednávky očkovacího lékaře potřebný druh a objem očkovacích látek pro pravidelné očkování nepojištěných fyzických osob do ordinace očkovacího lékaře.

Očkovací lékař neprodleně informuje na adresu ovz@mzcr.cz nebo v listinné podobě na adresu Ministerstvo zdravotnictví, sekce hlavního hygienika ČR, Palackého náměstí 4, 128 01 Praha 2 – Nové Město o druhu očkovacích látek, počtu dávek a datu aplikované očkovací látky nepojištěným fyzickým osobám a dále identifikační údaje fyzické osoby, tj. jméno, příjmení a datum narození.

Na základě obdržené informace Ministerstvo zdravotnictví provede úhradu nákladů očkovacích látek přímo distributorovi (a.s. Avenier).

Pozitivum: způsob vykazování je identický jako v bodě IV.

Negativum: okruh osob, kterých se toto očkování týká, se pokusíme upřesnit a zveřejnit.

*Zpracoval: MUDr. Pavel Neugebauer,
MUDr. Jiřina Dvořáková
Doplnila: MUDr. Hana Cabrnachová*

Právní rubrika:

Právník radí – zástupy v ordinaci

Mgr. Jakub Uher
právník SPLDD ČR

Dotaz:

Zastupuji naše kolegy a kolegyně na šesti dětských střediscích. Při kontrole ze strany Krajského úřadu Středočeského kraje chtěli, aby měl zastupovaný lékař se zastupujícím lékařem, čili se mnou, smlouvu o zastupování a dále moji licenci od Lékařské komory, výpis z mého trestního rejstříku a také potvrzení od mého obvodního lékaře, že jsem způsobilý vykonávat lékařskou profesi a neléčím se na psychiatrii. Poslední dvě zmiňované náležitosti jsme museli podstoupit cca před 3–4 roky a dokonce na to byl i formulář, který vyplnil OL a obojí se pak posílalo na krajský úřad, kde by to měli mít, nechápu tedy, proč požadují, aby to měl lékař, u něhož se zastupuje, na svém středisku, kde navíc hrozí, že by mohlo dojít k zneužití, kdyby se mu/jí do ordinace někdo vloupal, což se už také stalo. Navíc hrozí, že pokud projde nyní navrhovaný zákon, který nařizuje přeregistraci lékařů, tak by se jak výpis z trestního rejstříku, tak ono potvrzení od OL muselo podstoupovat

znovu. Také mi není jasné, proč by musely být ten výpis a potvrzení od OL na každém středisku, kde bych zastupoval.

Odpověď:

Jasně je, že je-li prováděn zástup – resp. lépe řečeno výkon činnosti lékaře v ordinaci (protože zástupem se podle mne rozumí, když je ordinace zavřena a zastupuje ji jiná), musejí být splněny určité podmínky:

- musí být navázán pracovněprávní vztah mezi pracovníkem a provozovatelem – tento vztah dnes vyžaduje vždy písemnou formu a může jít buď o pracovní smlouvu, nebo o dohodu o pracovní činnosti, případně dohodu o provedení práce (jednorázová činnost)
- správně by měl být tento pracovník oznámen pojišťovně, v reálu u jednorázových zástupů není vždy prováděno a po pravdě nic moc se neděje, ale u pravidelných, opakujících se, dlouhodobých rozhodně doporučuji oznámit

- zaměstnavatel by měl před nástupem do práce u pracovníka zkontrolovat, zda je bezúhonný, zda je zdravotně způsobilý, zda je kvalifikovaný. Pokud toto neudělá, je to jeho riziko a odpovědnost. To ovšem neznamená, že musí mít v ordinaci kopii příslušných dokladů – ostatně ani pořízení kopie není nikde uloženo jako právní povinnost. V obdobných situacích jsem doporučoval udělat písemný zápis o tom, že vůči zaměstnavateli byly tyto skutečnosti doloženy a že se pracovník zavazuje případnou změnu oznámit zaměstnavateli.

Pak je uložen pouze tento zápis, pravdou je, že třeba některé nemocnice archivují kopie příslušných dokladů a mají na to právo.

Rozhodně není povinnost mít tyto doklady (ať již mnou doporučovaný zápis, nebo případnou kopii dokladů) v ordinaci. Obdobně platí i pro jiné doklady týkající se případných kontrol – například účetnictví apod. také nemusí být v ordinaci.



Zpráva ze zahraniční cesty

Výroční zasedání EAP Brusel 9.–10. 12. 2011

Ve dnech 9.–10. 12. 2011 jsem se zúčastnila pravidelného pracovního meetingu EAP – Evropská akademie pediatrií v Bruselu. Této pracovní cesty se zúčastnil i MUDr. René Hrdlička – delegát za sekundární pediatrii a MUDr. Pavel Kabiček za adolescentní medicínu.

9. 12. dopoledne proběhlo zasedání pracovní skupiny pro adolescenci. V přednesených příspěvcích byla zdůrazněna potřeba věnovat adolescentní medicíně vyšší pozornost, než se jí dostává. Hlavními problémy tohoto věkového období je rizikové chování, abusus návykových látek včetně alkoholu, poruch, příjmu potravy, sexuální chování. Je nutné tyto problémy zviditelnit. Rovněž je velmi důležité vzdělávání v adolescentní medicíně na úrovni postgraduálního vzdělávání pediatrií a praktických lékařů pro dospělé. Stanovit minimum pro všechny lékaře pečující o adolescenty a pro primární pediatrii. Základem pro evropské curriculum bude kanadské curriculum, které se adaptuje na Evropu. Spolupráce mezi pracovní skupinou pro primární pediatrii a terciární pediatrii v této problematice. Otázka přechodu péče o adolescenta od pediatra k VPL. Otázka věkové hranice, kdy může adolescent navštívit lékaře bez doprovodu rodičů (např. Portugalsko 16 let, Rakousko 14 let). Dr. Kabiček měl prezentaci o závěrech z Evropské studie o požívání drog a alkoholu u adolescentů.

Akce v rámci adolescentní medicíny – květen 2012 – Kongres adolescentní medicíny – Antalya Turecko, říjen 2012 – Kongres EAPS Istanbul.

Zajímavé odkazy:
www.euteach.com
www.youngandhealthy.ca
www.teenagehealthfreak.org

V pátek dopoledne proběhlo i zasedání EBP – European board of paediatrics – Evropská rada pro vzdělávání v pediatrii. Základním úkolem je vypracovat curriculum pro spo-

lečný kmen v postgraduálním vzdělávání. Společný kmen bude na tři roky. Nutné ho standardizovat a harmonizovat. Musí být flexibilní s možností přizpůsobit ho požadavkům v jednotlivých státech. Termín předložení finálního návrhu pro kmen je březen 2012, předběžný termín publikace září 2012. Spolupráce s GPEC – Global paediatric education consortium, který vypracovává General paediatric global curriculum – globální standardizovaný systém vzdělávání ve světě. Jeho cílem je snížit dětskou úmrtnost na všech kontinentech tím, že se sjednotí úroveň vzdělávání lékařů poskytujících dětem zdravotní péči.

Odpoledne v rámci odborného programu bylo šest přednášek zabývajících se sledováním očkování, efektivitou očkování, metodami na získávání validních dat o úspěšnosti očkování, metodami rozhodování o změnách v očkovacích programech. Tyto prezentace jsou k dispozici v kanceláři SPLDD v boxu Zahraniční komise.

V sobotu dopoledne se konalo zasedání pracovní skupiny pro primární a sekundární pediatrii.

Předseda PS pro primární pediatrii upozornil na úskalí primární pediatrie v Evropě v současnosti. Různé modely primární péče, sílící tendence ze strany GP pečovat o děti v primární linii. Pediatrii neznají EAP a její aktivity, politici neznají EAP. Budou tuto organizaci akceptovat jako autoritu pro obhajování pediatrie v Evropě?

Cíle EAP v primární pediatrii – vzdělávání, hodnocení kvality, lobbying pro profesní prestiž ve spolupráci ECPCP a EPA. Obhajovat, že děti mají právo na péči na vysoké medicínské úrovni.

Dr. Alf Nicholson je koordinátorem pro společný vzdělávací kmen v pediatrii pro evropské pediatrii. Kmen bude koncipován na tříletou přípravu. Je ustanovena pracovní skupina.

Dr. Gottfried Huss informoval o dalším vývoji projektu COSI – Core of quality indicators and standards – ukazatele kvality péče v primární péči. Pracovní skupina pro tento projekt se-

sbírala z literatury 1615 indikátorů. V další fázi proběhne jejich analýza, seřazování a třídění. V další fázi potom seskupení podle charakteru a důležitosti.

Dr. Stefano del Torso informoval o aktivitách v projektu Strategic Pediatric Alliance for the Future Health of Children. Je to projekt, který navrhly organizace italských pediatrií (FIMP) ve spolupráci s Izraelskou organizací primární pediatrické péče. V současné době tento projekt zaštiťují velké evropské pediatrické organizace (ECPCP, EAP, EPA) ve spolupráci s Americkou pediatrickou akademií (AAP). Cílem je vytvořit v Evropě silnou politickou intervenci pro podporu pediatrie v Evropě.

Dopoledne se konalo i zasedání EAPRS net. Komentář k proběhlé dotazníkové studii o užívání ATB, nízké procento odpovědí. Upozornění na jazykové problémy. Závěry ze studie byly uveřejněny v časopise Archive of diseases. Článek nemůžeme publikovat v originálu, ale překlad ano, s odkazem na originál.

V sobotu odpoledne se konalo generální zasedání všech delegátů. Byly odsouhlaseny zápisy z meetingu EAP ve Vilnius. Byly prezentovány zprávy o činnosti jednotlivých pracovních skupin, EBP, COSI. Byla představena agentura, která bude od příštího roku zabezpečovat činnost sekretariátu a web stránek. Proběhla volba předsedy EBP. Na příštím meetingu budou volby do funkce pokladníka a generálního tajemníka. Jarní zasedání EAP se bude konat v Praze 11.–12. 5. 2012, v roce 2013 v Izraeli.

MUDr. Gabriela Kubátová
Delegát EAP pro primární pediatrii
Zahraniční komise



Specializační vzdělávání praktických lékařů pro děti a dorost

MUDr. Olga Roškotová

praktický lékař pro děti a dorost, vědecký sekretář OSPL ČLS JEP

Profesní organizace Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR (SPLDD ČR) a Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP (OSPDL ČLS JEP) se znepokojením sledují věkové ukazatele svých členů provozujících praxi v oboru praktické lékařství pro děti a dorost.

■ Alarmující čísla věkového složení PLDD

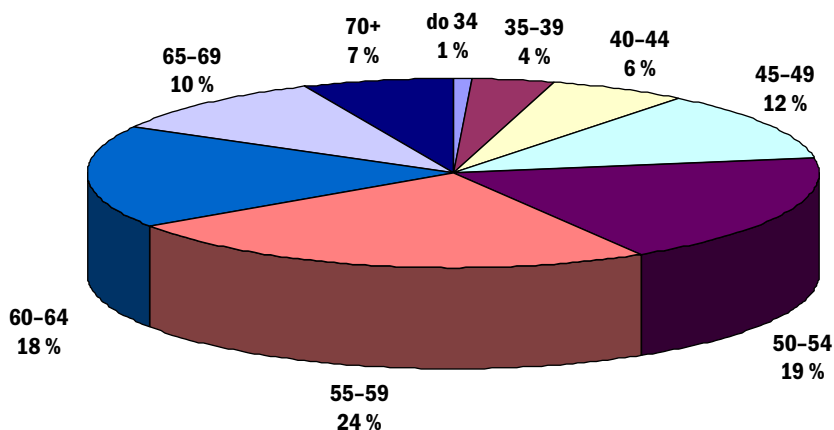
Z regionálních průzkumů z roku 2010 vyplývá, že z celkového počtu 2082 praktických lékařů pro děti a dorost (PLDD) dosáhlo 137 PLDD věku nad 70 let (6,6 %), 213 je ve věku od 65 do 70 let, 369 od 60 do 64 let a 504 lékařů je 55 až 59 letých. Prakticky 1223 lékařů je tedy v důchodovém věku.

Mladší skupinu 859 lékařů tvoří PLDD do 54 let věku, z nichž 393 je od 50 do 54 let věku, 371 lékařů od 41 do 49 let věku a jen 95 lékařů do 40 let věku (4,5 %).

Přestože jsme v poslední době zaznamenali výrazný zájem o náš obor, současný nepoměr věkových kategorií je alarmující. Do oboru se sice hlásí kolegové po ukončení prezenčního studia na lékařské fakultě a stále častěji také zkušení nemocniční pediatři, kteří si doplnili praxi pro získání licence, ale to dostatečně neřeší neuspokojivý stav, že téměř 58,74 % lékařů dosahuje důchodového věku a jen 41,26 % PLDD provozujících praxi v oboru praktické lékařství pro děti a dorost spadá do mladší věkové kategorie.

Můžeme jen doufat, že 58,74 % současných praktických lékařů pro děti a dorost provozujících praxi se nerozhodne v krátké době ukončit svoji činnost. Jinak hrozí minimálně na přechodnou dobu kolaps léčebné preventivní péče o děti a dorost. Nesmyslný byrokratický proces nových registrací stávajících nestátních zdravotnických zařízení by k tomu mohl velkou měrou přispět. Přibývající administrativní povinnosti v rámci vedení lékařské praxe jsou už nyní pro PLDD velmi zatěžující a ubírají čas určený na preventivní a léčebnou péči.

Věkové složení PLDD 2010 – celá ČR
zpracovala Ing. V. Drahovzalová



Věkové složení PLDD 2010 po regionech

Region/věk. skupina	do 34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	Celkem
PRAHA	1	11	10	24	37	77	56	35	27	278
STŘEDNÍ ČECHY	1	10	11	26	51	55	38	14	12	218
JIHOČESKÝ	4	5	8	16	36	35	27	12	8	151
ZÁPADOČESKÝ	4	9	18	24	31	37	31	23	10	187
SEVEROČESKÝ	2	7	18	28	40	51	51	28	15	240
VÝCHODOČESKÝ	3	10	15	20	44	58	41	17	14	222
JIHOMORAVSKÝ	2	10	10	33	45	60	40	24	25	249
VYSOČINA	0	1	2	20	20	31	11	7	3	95
ZLÍNSKÝ	1	3	7	17	31	22	23	12	7	123
SEVEROMORAVSKÝ	2	9	24	40	58	78	51	41	16	319
Celkem - celá ČR	20	75	123	248	393	504	369	213	137	2082
	1 %	4 %	6 %	12 %	19 %	24 %	18 %	10 %	7 %	

■ Rezervy ve specializačním systému vzdělávání

OSPDL ČLS JEP a SPLDD ČR podporují specializační vzdělávání lékařů získáním co nejvyššího možného počtu rezidenčních míst, aby alespoň část lékařů zařazených do oboru praktického lékařství pro děti a dorost měla lepší podmínky pro dosažení speci-

zace. Pro akreditovaná pracoviště PLDD, která už třetím rokem pro své mladší kolegy dotaci získala, to představuje obrovskou administrativní zátěž při provozování praxe a plném pracovním nasazení v ordinacích. Přesto tito kolegové – školitelé své zkušenosti a poznatky mladým kolegům po dobu jednoho roku dle vzdělávacího programu ve svých ordinacích předávají.



Administrativní povinnosti a dohled nad přípravou rezidenta trvají po celou dobu čtyřletého specializačního vzdělávání.

MZ ČR však přistoupilo k demotivačnímu kroku pro zájemce akreditovaných zařízení PLDD o dotace na rezidenční místa. Byla vypuštěna povinnost rezidenta podepsat stabilizační smlouvu, která by ho zavazovala po složení atestace alespoň k pětiletému setrvání v oboru PLDD na území České republiky. OSPDL ČLS JEP a SPLDD ČR naopak předpokládaly, že právě tito kolegové, kterým stát přispěl na jejich specializační vzdělávání, nahradí v budoucnu starší PLDD provozující praxe.

Přiliv mladších ročníků do oboru zatím citelně nemění situaci předávání praxí seniorů juniorům. Starší kolegové s předáváním svých praxí často váhají, protože víze nevelkého důchodu je od tohoto aktu odrazuje. Mnozí z nich i přes pokročilý věk svoji práci v ordinaci samozřejmě zvládají výtečně, díky letitým zkušenostem, ale pokud nemají jako svého nástupce někoho z rodiny, nerealizují už nákup nových přístrojů rychlé diagnostiky, nemají zájem rozšiřovat ordinaci hodiny a nabídku nadstandardních služeb svým klientům.

Novým a pro obor velmi perspektivním trendem je, že mnozí mladí lékaři po složení atestace z dětského lékařství následně atestují z praktického lékařství pro děti a dorost, s úmyslem osvojit si potřebné zkušenosti během několika let pobytu na lůžkovém oddělení nemocnice a teprve výhledově přejít do praxe PLDD. Tito kolegové považují obor praktického lékařství pro děti a dorost za příležitost svobodně zúročit své nabyté medicínské vědomosti a schopnosti a rozvíjet praktickou činnost do větší mezioborové šíře. Je radost naslouchat jejich plánům, co všechno hodlají ve svých ordinacích pacientům nabídnout. To dává šanci ke zkvalitnění a rozšíření diagnostiky a léčby ve zdravotní péči o dětskou a dorostovou populaci v budoucnu. Tuto iniciativu OSPDL ČLS JEP a SPLDD ČR vítají. Je ale nutno mladé kolegy připravit i na realitu, kterou tento obor ob-

náší, a to je administrativní a komunikační náročnost.

■ **Sporné kroky MZ ČR**

Je neprozíravé, že Ministerstvo zdravotnictví ČR a zdravotní pojišťovny neuvažují nadčasově ve svých ekonomických výhledech. Každý rozumný člověk ví, že investice do vzdělání a do zdraví se časem vyplatí a že zdravá populace přinese společnosti v budoucnu větší hodnoty a zisky. Proto je překvapivé, že MZ ČR údajně nemá ani centrální databázi PLDD, kteří zajišťují komplexní péči o dětskou a dorostovou populaci, tudíž nezná ani perspektivu, kým bude poskytována léčebná, preventivní a komunitní péče v horizontu nejbližších následujících let dětským a mladistvým pacientům. Z toho lze usoudit, že nemá ani konkrétní koncepci primární péče pro blízkou budoucnost. Přitom kvalitní preventivní, včasná léčebná péče v dětském věku a zavádění zdravého životního stylu a vedení k odpovědnosti za své zdraví šetří finanční prostředky u pacientů dospělého věku.

Místo podpory rozvoje primární péče MZ ČR od roku 2010 podporuje nastavbové lékařské obory v rámci probíhajícího cyklu certifikovaných kurzů pro mimopražské lékaře, financovaného z evropského sociálního fondu. Nabízí účastníkům těchto kurzů bezplatné vzdělávání podle vzdělávacích programů a jejich zaměstnavatelům po dobu studia lékaře na akreditovaném pracovišti částku průměrného měsíčního platu do výše 24 000 Kč, tedy až trojnásobek minimální mzdy. Pokud by se jednalo o speciální stáže pro stávající specialisty, kteří by měli možnost získat nové postupy ze špičkových pracovišť v zahraničí s následným zaváděním do praxe u nás, pak je to v pořádku. Ale opravdu je potřeba dalších specialistů v naší republice, zvláště když je stop-stav k uzavírání smluv ze strany zdravotních pojišťoven s novými smluvními partnery? Na semináři o financování zdravotnictví zaznělo, „že ambulantních specialistů je v některých aglomeracích až 300 % oproti tomu, co se chápe jako běžná potřeba“ (Ing. J. Nosek, ZN).

Cílem projektu pro lékaře (mimopražské) je „zavedení systému profesního vzdělávání ve vytvořené soustavě akreditovaných pracovišť“. Dovoluji si podotknout, že alespoň v našem oboru PLDD systém profesního vzdělávání byl zaveden před dvaceti lety se vznikem profesní organizace SPLDD ČR, jejíž součástí byla vědecká rada a její zásluhou byla později založena Odborná společnost praktických lékařů pro děti a dorost ČLS JEP. Semináře a kongresy od té doby za garance ČLS JEP nebo ČLK probíhají s dostatečnou frekvencí na úrovni okresů, krajů i celorepublikově.

Tučně vytištěné „BEZPLATNĚ“ v projektu MZ ČR možná přiláká pasivní lékaře-šetřílky, kteří dosud nevyužili vzdělávacích akcí s účastnickým poplatkem a nepřekročili za vzdělávací akcí hranici svého kraje. Jednorázová akce však jejich kvalifikaci nezvyšuje.

Projekt s plánovanou částkou 114,8 mil. Kč určený lékařům, farmaceutům, nelékařským pracovníkům a manažerům pracujícím ve zdravotnictví je jistě finančně zajímavý i pro dodavatele projektu a pořadající agentury.

Dovedu si představit účelnější využití tohoto projektu financovaného z evropského sociálního fondu: např. pro lékaře ve specializační přípravě na atestaci, kdy si hradí celé vzdělávání a povinné kurzy z vlastních zdrojů, pro rezidenty, jejichž měsíční plat činí asi polovinu průměrné měsíční mzdy.

Kde je naplnění častých proklamací našich politiků a ministrů zdravotnictví o podpoře primární péče?

■
převzato: Lékařské listy, ZDN 08/2011



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Hana Cabrnchová
předsedkyně OSPDL ČLS JEP

■ Zápis ze zasedání Národní imunizační komise (NIKO) konaného dne 8. listopadu 2011 na MZ ČR

1) **Projednání zdravotních indikací pro potřeby náhrady očkovacích látek pro povinná očkování**, případně žádost rodičů k zajištění povinného očkování (použití vakcín objednaných v rámci pravidelného očkování a jejich možná záměna v různých kombinacích).

V praxi jde o dvě roviny: jednak zdravotní indikace, která znemožňuje podání hexavakcíny, a potom odmítání rodičů nechat aplikovat hexavakcínu, s tím, že požadují aplikaci rozloženou na několik monovakcín a kombinovanou vakcínu, avšak nechtějí hexavakcínu. Zdravotní pojišťovny (ZP) uhradí od 1. 1. 2012 vakcíny dle antigenního složení, je však třeba, aby se zaměřily na kontrolu spotřeby očkovací látky (Infanrix Hexa, Infanrix Hib) u jednotlivých lékařů a v případě extrémní spotřeby Infanrix Hib si vyžádaly medicínské odůvodnění doložené ve zdravotnické dokumentaci. ZP budou v případech zdravotních indikací hradit i použití jiných vakcín objednaných pro tyto účely, nebudou ale nižší kombinace hradit jen na základě požadavku rodičů, v těchto případech bude uhrazen pouze výkon očkování.

- 1.1. Za tím účelem NIKO/OVZ osloví vakcinologickou, neurologickou a neonatologickou společnost, aby stanovily konkrétní indikační omezení podání Infanrix Hib namísto Infanrix Hexa.
- 1.2. OVZ sdělí ZP porovnání spotřeby obou výše uvedených vakcín za rok 2011.
- 1.3. Tento bod bude předmětem příštího jednání NIKO.

2) **Možnosti použití vakcín pro řešení nadstandardního očkování s částečnou úhradou ze ZP** (možné kombinace)
Ze zápisu z jednání u pana náměstka MZ ČR Ing. Noska ze dne 26. 10. 2011 vyplývá, že

i ve výše uvedeném případě budou ZP hradit pouze výkon očkování a očkovací nadstandardní látku si uhradí zájemce.

2.1. OVZ požádá o právní výklad zákona o veřejném zdravotním pojištění, který bude v konsensu se ZP publikován.

3) **Projednání návrhu postupu při řešení výpadku dodávek očkovacích látek** nebo s dodáním očkovacích látek s kratší expirační dobou.

Návrh „Postupu“ je zčásti zahrnut v Podmínkách veřejné obchodní soutěže „Výběr distributora k zajištění komplexních služeb pro pravidelná očkování roku 2012, 2013“. Zbývající požadavky uvedené v „Postupu“ je třeba do těchto podmínek zapracovat.

Různé:

- Inventarizace očkovacích látek pro pravidelná očkování v ordinacích PL a PLDD – pokyn hlavního hygienika ČR. V dohodě se stávajícím distributorem bude ke dni 16. 12. 2011 s výjimkou urgentních stavů proveden stop-stav distribuce vakcín pro pravidelné očkování.
- BCG vakcína nedostatek – opakovaně diskutována možnost dovozu BCG vakcíny bulharské provenience, NIKO vydává s ohledem na avizovanou dostupnost BCG SSI vakcíny opět negativní stanovisko k zahájení SLP, a to i s odůvodněním možného rizika výskytu vedlejších reakcí.
- Žádost Sanofi Pasteur o vydání stanoviska NIKO k vakcíně Pediacel a jejímu použití v rámci pravidelného očkování a žádost této firmy o stanovisko k zařazení vakcíny Adacel pro očkování dětí ve věku 5–6 let. Žádosti nelze vyhovět s ohledem na již projednanou a v nejbližších dnech uskutečněnou publikaci antigenního složení očkovacích látek pro pravidelná očkování pro rok 2012 ve Sbírce zákonů.

- OVZ osloví ZP se žádostí o poskytnutí dat o proočkovanosti proti pneumokokovým infekcím za rok 2010.

- Nutné upravit stanovisko NIKO k očkování proti rotavirovým infekcím tak, aby byla reflektována změna očkovacího kalendáře a aktuální SPC obou očkovacích látek, následně bude publikováno na stránkách MZ/NIKO.

- OVZ učiní dotaz na pana nám. Plíška ohledně **výkladu věkového intervalu očkování dívek proti HPV infekci. Schválená verze zákona počítá s termínem 3 měsíce po přijetí zákona (předpokládána účinnost od 1. 4. 2012), úhrada by se měla týkat dívek, u kterých bude první dávka očkovací látky podána od dokončeného 13. roku a před dovršením 14. roku nejpozději.** Stanovisko bude podkladem pro nastavení kontrolního systému pro úhradu ze zdravotního pojištění.

- Na program příštího zasedání NIKO zařadit metodiku administrativní kontroly proočkovanosti tak, aby ZP měly model pro vykazování proočkovanosti, které jim ukládá novela zákona č. 258/2000 Sb. s účinností od 1. 1. 2012.

■ Doporučení Národní imunizační komise k přeočkování dětí s rizikem vzniku pneumokokových onemocnění

Národní imunizační komise doporučuje za účelem rozšíření ochrany proti pneumokokovým nákazám přeočkovat děti do 5 let věku s rizikem vzniku pneumokokových onemocnění, které již byly očkovány vakcínou Prevenar 7 (PCV7) podle vyhlášky o očkování proti infekčním nemocem č. 537/2006 Sb. v platném znění, jednou dávkou vakcíny Prevenar 13 (PCV13).



■ Stanovisko k podmínkám provádění výkonů POCT (CRP)

Na základě informace o požadavku společnosti SEKK, která rozhodnutím své vlastní vědecké rady rozhodla o navýšení počtu požadovaných externích kontrol kvality u POCT z původně domluvených 1 x ročně na 2 x ročně, vydává výbor naší společnosti následující stanovisko:

Rozhodnutí tohoto typu podléhá dohodě odborných společností, toto rozhodnutí však schválily pouze biochemické a laboratorní společnosti. Kód výkonu CRP, který mezi tyto výkony patří, však není kódem jejich autorské odbornosti, ale odbornosti 001 a 002 (PL a PLDD), nelze tedy obejít dohodu

se SVL ČLS JEP a OSPDL ČLS JEP (příslušné odborné společnosti a navrhovatelé výkonu).

Podmínky provádění tohoto vyšetření byly součástí dohody i s plátcem, tedy zdravotními pojišťovnami, a výsledná kalkulace tohoto vyšetření v sobě obsahuje i dříve požadovanou externí kontrolu kvality s frekvencí 1 x ročně. Je třeba si uvědomit, že jakákoliv změna zásadně ovlivní i výslednou cenu tohoto vyšetření a bez konsensu všech zúčastněných nemůže dojít ke změně podmínek vykazování. Velmi varujeme před jednostrannými neuváženými kroky, které by v důsledku mohly ovlivnit úhradu výkonu stanovení hladiny CRP v ordinaci registrovají-

cího lékaře. Toto vyšetření rychlé diagnostiky považujeme z hlediska kvality poskytované léčebné péče dětem dnes již za zcela zásadní a vybavení ordinací tímto přístrojem za nezbytnou podmínku správné diagnostiky sledující ve svých důsledcích i racionální přístup k antibiotické terapii v České republice.

Dle našich předběžných zjištění je třeba také konstatovat, že nám není známa žádná norma, která by prikazovala navýšení frekvence kontrol.



Kongres primární péče

**Sdružení praktických lékařů ČR,
Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR
ve spolupráci
s Odbornou společností praktických dětských lékařů ČLS JEP
si Vás dovoluují pozvat na**

6. kongres primární péče s mezinárodní účastí

Motto: Lékař první volby

24. až 25. února 2012

TOP HOTEL Praha, Congress Hall, Blažimská 1781/4, 149 00 Praha 4

**Registrační formulář, informace, program i abstrakta najdete
na internetových stránkách www.splcr.cz, www.detskylekar.cz a www.ahou.cz.**

**Akce je určena pro lékaře a sestry v primární péči a je zařazena
do kreditovaného systému celoživotního vzdělávání.**



Spolupráce České pediatrické společnosti, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost a Odborné společnosti praktických dětských lékařů

Prof. MUDr. Jan Janda, CSc.

předseda České pediatrické společnosti, ČLS JEP

Česká pediatrická společnost sdružuje především lékaře lůžkových dětských oddělení v ČR, ale značnou část členů tvoří i praktičtí lékaři pro děti a dorost.

S praktickými pediatry jsme v poslední době úzce spolupracovali při zaujímání stanovisek k obecným problémům, v poslední době např. k problematice rušení jeslí, převedení kojeneckých ústavů pod gesci MPSV, atd. Společná stanoviska byla pak signována vedením obou společností/sdružení, navíc pak např. společností sociální pediatrie a neonatologů. V posledních měsících se představitelé ČPS, SPLDD a OSPDL dvakrát sešli na pracovním zasedání. Na těchto jednáních přišla ČPS s návrhy na řešení několika hlavních problémů v rámci péče o zdraví dětí a dorostu. Týkala se především tří aktuálních témat, a dovolte na tomto místě prezentovat stanoviska naší společnosti:

1. Popromoční curriculum pediatrie

Opakovaně upozorňujeme na to, že pomínila rizika, která vedla k oddělení curricula nemocniční a praktické pediatrie, a že by bylo třeba se co nejdříve vrátit ke curricula společnému a tak zkvalitnit přípravu dětských praktiků. Je třeba zdůraznit, že PLDD se kromě dobře zavedené preventivní péče musí umět dobře postarat i o nemocné děti, včetně chroniků. A to se mladí pediatři mohou naučit jen na akreditovaných lůžkových odděleních, kde stráví stejnou dobu jako „nemocniční“ pediatři. Taková je situace v současné Evropě a náš současný systém se tomu významně vymyká. Náš návrh spočívá v tom, že společné popromoční vzdělání by bylo 4leté a poslední 5. rok by mohli zájemci o praktickou pediatrii (s šancí otevřít si v budoucnu vlastní praxi) strávit již většinu z oněch 12 měsíců na akreditovaném pracovišti PLDD. To je analogie curricula pediatrů, kteří mají zájem o určitou specializaci v rámci pediatrie a mohou ten 5. rok již

rovněž trávit na akreditovaném pracovišti, např. dětské pneumologie, nefrologie, gastroenterologie, atd. Všichni pediatři absolující 5leté curriculum by tedy měli „atestaci“ z pediatrie. Vyřešil by se tím problém, kdy by např. absolvent dnešního curricula PLDD měl problémy, např. v rozhodnutí pracovat – ať již z jakýchkoliv důvodů – na lůžkovém dětském oddělení. A s problémy by se setkal dnes naopak „nemocniční pediatr“ mající zájem po určité době strávené u lůžek přejít do primární péče. Vzhledem k věkové struktuře současných PLDD a perspektivě rušení některých malých lůžkových zařízení by společné curriculum mohlo vyřešit v budoucnu zajištění kvalitní pediatrické primární péče. Naše společnost s potěšením konstatuje, že řada PLDD sdílí názor ČPS, jen by bylo třeba, aby se tito kolegové také ozvali nahlas směrem k vedení dětských praktiků.

2. Kontrola kvality primární a nemocniční pediatrické péče

Před rokem 1989 existovala funkce krajských a okresních pediatrů, kteří sledovali úroveň lůžkové i primární péče. I když je pravdou, že tyto funkce byly dost často spojeny s politickým profilem oněch vedoucích, k jejichž kvalitě – spíš morální než odborné – bylo možno mít řadu připomínek, určitá kontrola kvality práce existovala. Řešila se většinou na úrovni okresu nebo kraje formou seminářů, které měly také do určité míry doškolovací charakter a probíraly se tam případy, kdy diagnostika a léčba nebyly v pořádku. V naprosté většině však ani tehdy nešlo o „trestné zasedání“, ale o snahu upozornit na chyby, kterých je třeba se vyvarovat. Jak ale vypadá situace dnes? Kontrola kvality péče na úrovni nemocniční pediatrie je dána vedením lůžkových oddělení, pediatři bez ohledu na dobu po promoci či současnou funkci jsou kontrolováni svými nadřízenými, a tak tomu samozřejmě být musí. Ve srovnání s tím při práci PLDD neexistuje

vůbec žádná kontrola – a to samozřejmě není správné. Dle názoru ČPS se musí v tomto smyslu angažovat profesní sdružení, to není úkolem odborné společnosti praktiků. I když si jsou nemocniční pediatři vědomi, že úroveň primární pediatrické péče se v poslední době přece jen zlepšuje, je mezi PLDD bohužel řada kolegů, kteří nepracují zdaleka tak, aby dělali čest svému sdružení. Nejde o běžné chyby, těch se dopouští každý z nás, ať už na jakékoliv úrovni, zde jde o hrubé chyby začínající nedbalým vyšetřením fyzikálním, opominutím měřit krevní tlak, není žádná nebo pozdní reakce na fenomen „lag down“ v růstovém grafu, používá se homeopatie tam, kde je jasně indikována klasická diagnostika a léčba, je výrazná nechota poslat dítě k vyšetření na lůžkové oddělení při žádosti rodičů. Stává se i, že PLDD považuje Zdravotní a očkovací průkaz za zbytečný a záznamy do něj neprovádí, atd. V řadě případů jde o taková opominutí, která již zakládají možnost, že situaci budou řešit orgány činné v trestním řízení. Takoví kolegové dělají svému stavu doslova ostudu a poškozují pověst naprosté většiny těch pečlivých. Je třeba, aby jim to bylo co nejdříve řečeno. Jde samozřejmě o citlivou věc, je otázkou, jakou volit „technologii“ – to si musí vyřešit SPLDD. Na setkání s představiteli PLDD jsme slyšeli, že to jejich vedení vlastně nemůže řešit, s tím ovšem ČPS nemůže souhlasit – od čeho by pak bylo profesní sdružení, když by nemělo zájem, aby jeho členové vykonávali praxi tak, jak se má? Náš návrh zní následovně: regionální vedení SPLDD by pořádalo semináře, kde by se formou kasuistiky prezentoval případ, kde k takovému pochybení došlo, formou powerpointové prezentace. A to ve stylu „sine ira et studio“, nemusí být ani uvedeno, který kolega z daného regionu je onen hříšník. Jde přece o to, aby se nejen on, ale i ostatní podobných chyb vyvarovali! Za takové upozornění by měli být oni hříšníci vděční, jde přece o to, aby oni, ale i ti ostatní si dávali v podobných situacích větší pozor.



Středočeská záchranka otevře dvě nová stanoviště

Středočeská záchranná služba v příštím roce otevře dvě nová výjezdová stanoviště. Budou v Mnichově Hradišti na Mladoboleslavsku a Novém Strašecí na Rakovnicku, kam zatím jezdí sanitky z okolních měst.

Roční provoz jednoho stanoviště vyjde zhruba na čtyři milióny korun, sdělila ČTK mluvčí Územního střediska záchranné služby Středočeského kraje BcA. Tereza Janečková, DiS.

Nová výjezdová stanoviště budou podle T. Janečkové v místech, kam záchranáři vyjíždějí poměrně často například k dopravním nehodám na frekventovaných silnicích R6 a R10. Na stanovišti bude trvale přítomna posádka sanitního vozu s řidičem – záchranářem a zdravotní sestrou, která bude spolupracovat s dojíždějícím lékařem. Otevření nových stanovišť prý mají záchranáři naplánováno dlouhodobě a nesouvisí s novým zákonem, který od 1. ledna prodlouží maximální dobu pro příjezd záchranářů k pacientovi z 15 na 20 minut. „Dojezdové časy jsou do těchto míst delší, těsně pod hranicí 15 minut, ale nestává se, že bychom přesahovali novým zákonem požadovaný dojezdový dvacetiminutový limit,“ dodala T. Janečková. Záchranáři zatím mají ve Středočeském kraji 36 výjezdových stanovišť, kde je v nepřetržitém provozu zhruba 60 sanitních vozů s posádkou. V létě jsou v provozu také dvě stanoviště vodní záchranné služby na Slapské přehradě a Orlíku.

Zdroj: čtk, 27. 12. 2011

Výbor ČPS již dodal vedení PLDD řadu zcela konkrétních případů z regionů, které lze obratem řešit v gesci SPLDD na lokální úrovni. Nemocniční pediatrii jsou si ovšem vědomi, že ani na úrovni lůžkové péče není vždy vše v takovém pořádku, jak má být a je ze strany PLDD očekáváno. Jde např. o pozdní odesílání propouštěcích zpráv s argumentem, že se čeká ještě na dodání výsledků pomocných vyšetření, nepřehledné zprávy s desítkami výsledků laboratorních vyšetření, v jejichž změti se PLDD jen těžko orientuje. Dále nezdůrazňuje chybí taková formulace závěrečné epikrisy, ze které by se měl PLDD dozvědět, jaký je názor lůžkového oddělení na dosavadní průběh nemoci, a to i tehdy, když konečná diagnóza nemohla být – ať již z jakýchkoliv důvodů – stanovena. Také další doporučený postup po propuštění z lůžka není vždy jednoznačný, hlavně se to týká ambulantních kontrol u specialistů. Nešvarem je i zbytečné zvaní pacientů propuštěných po hospitalizaci do ambulancí dětského lůžkového oddělení. Tady je třeba, aby se PLDD sami ozvali a upozornili vedení lůžkového oddělení, kde vidí chyby. Je tedy zřejmé, že blízký kontakt mezi lůžkovou částí a místními PLDD by měl být velmi živý, neformální. V řadě případů tomu dnes tak skutečně je a těžší z toho obě dvě strany, bohužel tomu tak ale není zdaleka vždy. Velmi vítáme, že řada PLDD se o své pacienty během hospitalizace zajímá, nemocniční pediatrii by také uvítali, kdyby se PLDD objevil během hospitalizace i u lůžka. A to zvláště u závažně nemocných dlouhodobě hospitalizovaných chroniků, to je ovšem zatím bohužel spíše výjimkou.

3. Zajištění primární péče mimo ordinanční hodiny PLDD

Všichni víme, že to je dlouho se táhnoucí problém, řada PLDD není již v časných odpovědných hodinách k zastížení, pohotovostní služby zajišťuje ve velké většině regionů místní lůžkové dětské oddělení. Tam slouží samozřejmě někdy i lékaři, kteří jsou dva roky po promoci, kteří sice mají na telefonu staršího kolegu ke konzultaci, ale často mají méně zkušeností než PLDD jehož registrovaný pacient se v nemocnici objevuje. A hlavně – jehož PLDD většinou dobře zná a zná i jeho rodinu! A takoví pacienti přicházejí na ambulanci lůžkového oddělení nezdůrazňuje bez Zdravotního a očkovacího průkazu, kde by měla být zaznamenána důležitá fakta o zdravotním stavu dítěte. Taková situace je velmi nepříjemná, vede i ke zbytečným hospitali-

zacím, kdy oddělení bez důležitých informací raději dítě přijme na lůžko k observaci, aby se vyvarovalo rizika, že se něco „prošvihne“. Upřímně řečeno, pro lůžková oddělení to může být i zdrojem tolik potřebných bodů pro pojišťovnu – ale tento argument nemůže zbytečně přijetí ospravedlnit!

Při zmíněných dvou jednáních jsme s potěšením konstatovali, že v některých regionech spolupráce mezi lůžkovým oddělením a terénním funguje velmi dobře, uvádíme např. Kroměříž nebo Ústí n. Orlicí, jistě je jich i více. Uvítali jsme vstřícnost vedení praktiků, kteří souhlasí s tím, že pohotovostní pediatrické služby si musí organizovat místní vedení SPLDD. Rozpis služeb si musí zajistit sami PLDD, to nemůže být úkolem primáře dětského lůžkového oddělení, který pak marně prosí praktiky, aby se na službách podíleli. Konečně nový zákon vstupující v platnost 1. 4. 2012. jasně definuje podle paragrafu 45 písmeno L) povinnost lékařů v primární péči podílet se na žádost kraje, jehož krajský úřad mu udělil oprávnění, na lékařské pohotovosti. Velmi bychom ocenili vedení PLDD, kdyby pozitivně působili v regionech, kde vstřícnost PLDD podílet se na pediatrické pohotovosti se často asymptoticky blíží k nule...

ČPS vítá, že v současné situaci se naše společnosti snaží postupovat v souladu, s cílem ukázat, že český systém péče o děti a dorost skutečně funguje a snese dobře srovnání se zahraničím i v oblasti primární péče. A to je přece zájemem nás všech, ať už jako pediatrii pracujeme na jakémkoliv místě.

Jak už jistě víte, v tomto roce se koná ve dnech 3.–6. října v Liberci **X. celostátní pediatrický kongres s mezinárodní účastí.**

Vědecký výbor kongresu koncipoval odborný program tak, že u všech hlavních témat se budou angažovat i PLDD – napřed bude prezentace problému z nějaké kliniky, resp. pediatrického centra, pak z úrovně regionální dětské nemocnice/ambulance a nakonec vystoupí PLDD s pohledem na diagnostický, resp. léčebný problém z hlediska terénní praxe. Těšíme se, že se k účasti na této akci přihlásí i hodně praktiků, tak jako tomu bylo před dvěma lety v Olomouci.

Vašemu sdružení i odborné společnosti přejeme jménem výboru ČPS úspěšný rok 2012 v profesním i soukromém životě. Věříme, že oboustranná vstřícnost a spolupráce bude přínosná pro obě strany, ale především pro zdraví našich dětí a dorostu.



BAHA systém u dětí

MUDr. Jaroslav Sýba, Doc. MUDr. Zdeněk Kabelka Ph.D., MUDr. Daniel Groh Ph.D.

Klinika ušní, nosní a krční UK, 2. LF a FN v Motole

BAHA je systém využívaný k rehabilitaci pacientů u oboustranné převodní nedoslýchavosti. V České republice je u dětí aplikován na klinice ušní, nosní a krční UK 2. LF a FN v Motole.

Klíčová slova: BAHA (bone anchored hearing aid), rehabilitace, převodní nedoslýchavost, kostní vedení

Úvod: Od roku 1993 se na ORL klinice UK 2. LF implantuje u dětí s oboustrannou převodní nedoslýchavostí kostní sluchadlo zakotvené do kosti – systém BAHA. V počátcích byli pacienti implantováni v rámci grantu IGA MZ ČR. Od roku 2009 je BAHA systém hrazen v indikovaných případech pojišťovnou. Na klinice ušní, nosní a krční v Motole (ORL pro děti) se provádějí operace BAHA u dětí do 18. roku věku včetně.

Historie a stručná charakteristika systému BAHA: BAHA (implantovatelný systém pro přímé kostní vedení zvuku) je kostní sluchadlo přichycené k lebce pomocí titanového šroubu, který je osteointegrovan ve spánkové kosti. V 50. letech objevil prof. Per-Ingvar Branemark, že při zavedení čistého titanu do živé kosti vytvoří titan s kostí pevné spojení. Na čistém titanu se vytváří oxidová vrstva a na ní následně roste kost. Tento jev se nazývá osteointegrace (P.-I. Branemark). Spojení je velmi pevné. Poprvé byla BAHA zaimplantována 1977. První dítě bylo odimplantováno 1984.

Systém BAHA se skládá ze 3 součástí (obrázek 1): Z titanového implantátu upevněného pomocí osteointegrace v kosti, z propojující patky (abutmentu), která prochází kůží, a ze zvukového procesoru, který lze nosit na úrovni ucha anebo v kapse. U malých dětí nemusí být kost dostatečně tlustá, proto je sluchadlo dočasně aplikováno pomocí BAHA softband (speciální pásek) (obrázek 2 a 3).

Jak systém BAHA funguje. BAHA je systém, který využívá přímého kostního vedení zvuku. Zevní zvukový procesor je spojen s paticí (abutmentem), která prochází kůží a je spojena s titanovým kostním implantátem (obrázek 4). Zvuk, který zachytí zvukový procesor, se tak přímo přenáší přes patici do

kosti a dále kostním vedením do hlemýžďe, kde je mechanické zvukové vlnění transformováno na elektrické impulzy ve vnitřních vláskových buňkách Cortiho orgánu. Zvuk (mechanické vlnění) tedy obchází zvukovod a středouší a přichází přímo do vnitřního ucha (obrázek 5).

Využití v praxi našlo sluchadlo při oboustranné převodní nedoslýchavosti, novější indikace ve světě jsou i jednostranná převodní nedoslýchavost a jednostranná hluchota SSD (Single Sided Deafness), popřípadě lehčí percepční (sensorineurální) nedoslýchavost, případně oboustranná implantace systémem BAHA (tyto novější

aplikace nejsou zatím v ČR v indikačních kritériích).

V současné době může být BAHA systém v České republice aplikován jednostranně u pacientů s oboustrannou atrézií zvukovodu, s oboustranným chronickým zánětem zvukovodu nebo středouší a s oboustranným inoperabilním středoušním onemocněním, kdy nelze využít běžné typy sluchadel. Vnitřní ucho musí mít zachovanou funkci. Lehká a středně těžká kombinovaná nedoslýchavost může být kompenzována silnějšími typy BAHA. Konečné rozhodnutí je vždy v rukou foniatra a operátora. Přístup musí být vždy individuální.



Obrázek č. 1



Obrázek č. 2



Obrázek č. 3



Obrázek č. 4



Obrázek č. 5



Obrázek č. 6

■ Výhody a nevýhody systému BAHA

Mezi **výhody** systému patří: Lepší sluchový zisk (přímé vedení zvuku kostí), vyšší zvuková kvalita a menší zkreslení. Nejsou problémy se zpětnou vazbou (zejména pacienti po klasické radikální operaci), není potřeba tvarovka do zvukovodu – neuzavírá se zvukovod (snížené riziko zánětu zvukovodu), pohodlnější nošení oproti běžným kostním sluchadlům. Estetická stránka je pro mnoho uživatelů také podstatná. Uživatel BAHA necítí její váhu díky jejímu ukotvení v kosti.

Nevýhody a rizika systému BAHA jsou zejména: Rejekce (vyloučení šroubu), která se pohybuje kolem 10 %. Jsou ale i soubory pacientů, kde úspěšnost osteointegrace je 96 % (Jacobson M. a kol. 1992). Vznik chronického zánětu a infekce kůže na rozhraní (stýčné ploše) s měkkou tkání a kůží. I v klinicky nezápovědné kůži byly nalezeny chronické zánětlivé buňky (polymorfonukleáry a T lymfocyty) (Taina Kraai a kol. 2011). Tvorba hypertrofické jizvy (keloidu) v oblasti šroubu a obrostení šroubu s abutmentem.

Jaké jsou jiné možnosti léčby? Předchůdcem BAHA systému jsou sluchadla přitlačená pružinou, případně brylová. U tradičních kostních sluchadel je však nutno počítat oproti systému BAHA s útlumem a zkreslením signálu kůží a podkožím (tran-

skutánní vedení a zkreslení) (Hakansson a kol. 1984). Dále je nižší komfort při nošení sluchadla na hlavě, bývá i problém se stabilitou umístění sluchadla na hlavě.

■ Detailnější probrání jednotlivých indikací u systému BAHA

1) Vrozená oboustranná atrezie zvukovodu, kdy zvuk nemůže procházet přes zvukovod do středouší a dále do vnitřního ucha k vnitřním vláskovým buňkám v Cortiho orgánu. Operační řešení – vytvoření nového zvukovodu odvrtáním kosti – se celosvětově opouští.

2) Bilaterální chronický středoušní zánět, který nereaguje na léčbu a pacienti nemohou používat sluchadla pro vzdušné vedení. Dlouhotrvající a uzavřením zvukovodu sluchadly udržovaný chronický mesotympanální nebo epitympanální zánět může vést k poškození vnitřního ucha. V určitých případech není vhodné provádět revizní operace (Snik a kol. 2005). Existují studie, které prokázaly snížení výtoku při používání BAHA. Macnamara 1996 zaznamenal u 84 % pacientů ze 142 signifikantní snížení výtoku. Tento fakt vede ke snížení frekvence návštěv u lékaře – zlepšení životního komfortu, compliance pacienta a snížení finanční zátěže. Chronický zánět středouší se také velmi často vyskytuje u dětí s Downovým syndromem. Tito pacienti mají zhoršenou imunitu, špatnou funkci Eustachovy trubice a často

velmi zúžené zvukovody. Úzké zvukovody znesnadňují až znemožňují zavedení ventilačních trubiček (gromet). Systém BAHA může významně pomoci při řečové rehabilitaci.

3) Oboustranný chronický zánět zvukovodu, který nereaguje na léčbu, znesnadňuje či znemožňuje užívání běžných vzdušných sluchadel. Tvarovky vzdušných sluchadel často dráždí zvukovod a vzniká recidivující/chronický zánět zvukovodu a sluchadla nemohou být používána. BAHA sluchadlo tento problém minimalizuje.

4) Inoperabilní onemocnění středouší, jako například některé formy otosklerózy, mohou být řešeny a pomoci BAHA sluchadel. BAHA „přemostí“ zvukovod a středouší a přivádí zvuk přímo do hlemýždě.

V některých zemích se začíná BAHA používat bilaterálně u oboustranné převodní nedoslýchavosti. Důležité ale je, aby pacient neměl interaurální rozdíl v kostním vedení větší než 10 dB. Oboustranná aplikace zlepšuje prostorovou orientaci a porozumění mluvené řeči v hluku.

V zahraničí probíhají i studie, kdy se BAHA aplikuje při jednostranné převodní nedoslýchavosti. Hol a kol. 2005 prokazují zlepšené směrové slyšení a zlepšené rozumění řeči v šumu.

Probíhají rovněž studie (Hol a kol. 2006) na využití BAHA u jednostranné hluchoty (SSD)



– Single Sided Deafness). SSD znamená, že pacient má normální sluch na jednom uchu a velmi těžkou nedoslýchavost či úplnou hluchotu na uchu druhém. Jednostranná hluchota vzniká často po chronickém středoušním zánětu s nebo bez cholesteatomu, po traumatu, následkem Menierovy choroby. Mohou ji způsobit i nádory v mostomozekovém úhlu nebo intrakraniálně. V ORL oblasti typicky vestibulární schwanom.

Tito pacienti mají zhoršenou orientaci v prostoru, potíže při konverzaci ve skupině lidí a při řízení auta.

Při SSD se BAHA umístí na stranu nefunkčního vnitřního ucha a zvuk je pak z BAHA sluchadla přenášen transkraniálně lebečními kostmi do zdravé kochley. Transkraniální útlum (ztráta energie) je asi 5–15 dB (Stenfel a kol. 2000). Pacienti mají pocit, že zvuk slyší ze své hluché strany. (obrázek 6)

BAHA zlepšuje u SSD směrové slyšení, odstraňuje stínový efekt hlavy. Pacienti mají

subjektivně zlepšené fungování ve společnosti a pocit menší únavnosti.

■ Jak postupovat v praxi u praktického lékaře pro děti a dorost

V České republice mohou BAHA systém aplikovat tři pracoviště. Na dětské pacienty je specializovaná klinika ušní, nosní a krční 2. LF, UK a FN v Motole.

■ Postup na BAHA klinice

BAHA tým zahrnuje foniatra, audiologa, logopeda a ušního chirurga. Proběhne ORL vyšetření a je posouzena indikace z ORL a foniatrického hlediska. Pacient je poučen o možnostech BAHA systému a jiných sluchadel (kostní/vzdušná). Důležitým momentem je vyzkoušení BAHA sluchadla. BAHA sluchadlo lze dočasně na zkoušku připevnit pomocí speciální čelenky (softband), nebo pomocí pružiny (headband). Po této zkoušce

následuje druhé audiologické vyšetření – zjištění předoperačního stavu a stanovení následného benefitu po aplikaci.

U velmi malých dětí s oboustrannou atrezií zvukovodu s normálním nálezem na vnitřním uchu a u starších dětí s oboustrannou převodní nedoslýchavostí z jiných příčin, kde není dostatečná tloušťka kosti pro aplikaci titanového šroubu, aplikujeme BAHA sluchadlo na BAHA čelence.

Když tloušťka lebeční kosti dosáhne alespoň 4 mm (verifikováno pomocí CT), přichází na řadu možnost chirurgické implantace titanového šroubu.

U starších dětí a dospělých používáme softband jen pro vyzkoušení BAHA systému, a pokud je pacient spokojen a přeje si užívat BAHA systém, provádíme rovnou implantaci titanového šroubu.

Strategie aplikace:

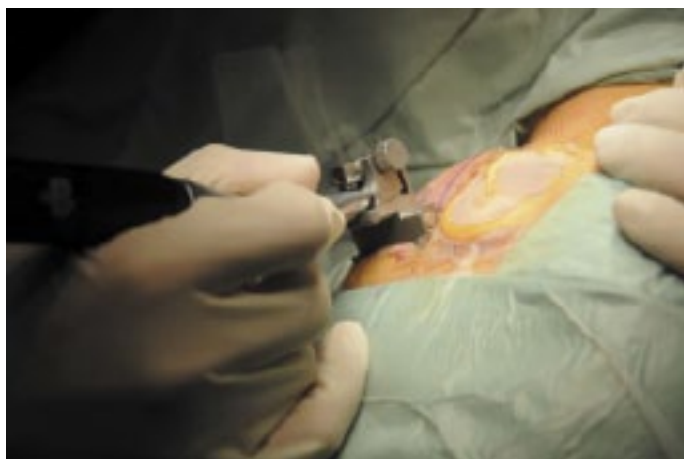
1) Jednofázová operace, kdy je zaveden titanový implantát s abutmentem v jedné fázi.



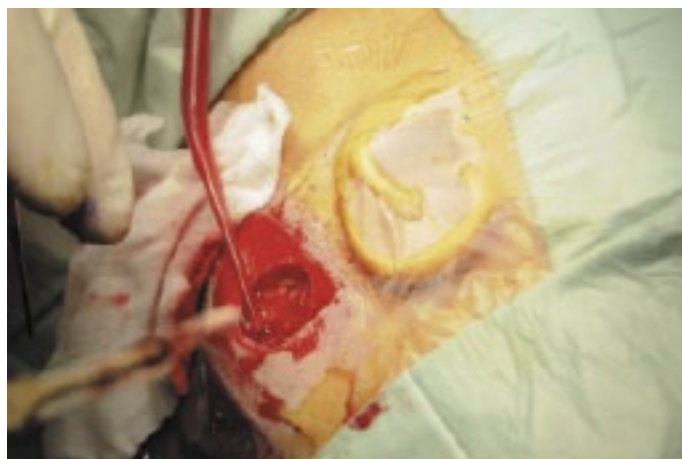
Obrázek č. 7



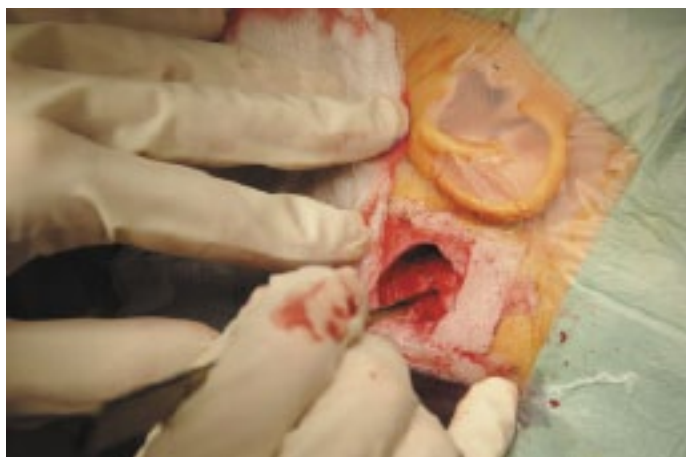
Obrázek č. 8



Obrázek č. 9



Obrázek č. 10



Obrázek č. 11



Obrázek č. 12



Obrázek č. 13



Obrázek č. 14

Následně čekáme 3 měsíce s připojením procesoru, aby mohl proběhnout proces osteointegrace. Tento postup volíme zejména u starších dětí a u pacientů s dobrou kvalitou kosti.

2) Dvoufázová operace. V první fázi umístíme titanový implantát. Následuje 3–6 měsíční pauza, během které probíhá osteointegrace. Následuje druhá fáze, během které připevníme na titanový šroub abutment. Tato strategie je využívána u menších dětí a u pacientů s horší kvalitou kosti.

Postup operace: Za přísně sterilních podmínek v bezprašném prostředí (nesmí dojít ke kontaminaci titanu) si vyznačíme místo budoucí polohy BAHA sluchadla. Procesor musí být co nejbližší kochley, ale nesmí se dotýkat boltce, aby nedocházelo k interferencím. (obrázek 7 a 8) Správná vzdálenost zavedení implantátu je 50–55 mm od vchodu do zvukovodu, směrem k suprameatálnímu krstě v rovině se zygomatickým obloukem. Základním principem je minimalizovat množství měkkých tkání kolem místa ukot-

vení šroubu. Ke krytí této oblasti využíváme kožní lalok, který vytvoříme dermatomem. (obrázek 9) Lalok je tenký 0,6 mm, neobsahuje vlasové folikuly. Je možné použít i další modifikace.

Tkáň pod vytvořeným štěpem musíme dokonale odstranit až k periostu. (obrázek 10) Pokud tkáň neodstraníme a implantát nebo abutment se bude dotýkat tkáně, pacient uslyší interference. Ponechaná tkáň také vytváří granulace a je podkladem lokálního zánětu.

V místě budoucího titanového šroubu křížovitě nařízneme periost, parciálně ho odklopíme a obnažíme kost. (obrázek 11)

Následně za vydatného chlazení vodou pomocí vrtačky vytvoříme 3 mm hluboký otvor do kosti. Pokud je kost dostatečně silná, pokračujeme vrtákem do hloubky 4 mm. Chlazení je nutné, aby nedošlo k přehřátí kosti a nekróze osteoblastů. (obrázek 12)

V dalším kroku otvor rozšíříme pomocí zahlubovače (countersink) a můžeme přistoupit k implantaci titanového šroubu. (obrázek 13)

Pro zavedení implantátu se používá speciální zavaděč z titanu. Nesmíme se implantátu dotknout, abychom nepoškodili vrstvu s oxidem titanu, která je důležitá pro osteointegraci. Po zašroubování implantátu překlopíme kožní štěp zpět, přišijeme k okolní kůži a přitlačíme k periostu, odkud bude vyživován. (obrázek 14)

Závěr pro praxi: BAHA systém má řadu výhod: Lepší sluchový zisk oproti běžným kostním sluchadlům (přímé vedení zvuku kostí), vyšší zvuková kvalita a menší zkreslení. Nejsou problémy se zpětnou vazbou, nejsou potřeba tvarovky do zvukovodu – snížené riziko zánětu zvukovodu, pohodlnější nošení oproti běžným kostním sluchadlům, protože odpadá nepříjemný tlak pružiny na hlavu. Pacienti, kteří mají možnost užívat BAHA sluchadlo, se nechtějí v žádném případě vracet k původnímu zařízení.



Orbitocelulitidy jako komplikace rinosinusitidy a jejich léčba v dětském věku

**MUDr. Jaroslav Sýba, MUDr. Daniel Groh Ph.D., Prof. MUDr. Jaroslav Fajstavr, DrSc.,
MUDr. Miroslav Jurovčík, MUDr. Rami Katra, Doc. MUDr. Zdeněk Kabelka Ph.D.**

Klinika ušní, nosní a krční UK, 2. LF a FN v Motole

Klíčová slova: orbitocellulitis, děti, rinosinusitis, léčba, komplikace

Úvod: Vedlejší dutiny nosní (VDN) jsou velmi často postiženy virovým nebo bakteriálním zánětem. Zánětlivé změny různé intenzity postihují sliznici nosní i sliznici vedlejších dutin víceméně současně. Proto je podle nové klasifikace (EP30S-2007) vhodnější používat pojem rinosinusitis. Klinické rozdíly a míra závažnosti jsou dány rozdílem intenzity zánětu v jednotlivých nosních oddílech. Při nepříznivém průběhu rinosinusitidy mohou vznikat místní nebo vzdálené komplikace. V dětském věku je rinosinusitida diagnostikována a léčena často až po vzniku komplikací.

■ Patogeneze a dělení

Při zánětlivém zduření sliznice se zhoršuje drenáž VDN. Především u dětí může v oblasti etmoideálních sklípků dojít k nekróze jejich tenké laterální stěny (lamina papyracea) vlivem současného poškození krevního zásobení a působícího tlaku hnisu⁴⁾.

Jako orbitocellulitis označujeme zánět měkkých tkání oblasti oční, který se vyznačuje otokem a zarudnutím víček, zúžením oční štěrbiny, horečkou a dalšími celkovými zánětlivými příznaky v kombinaci se zánětem etmoideálních sklípků orbito (orbita) – celulitis (etmoidy). Původcem jsou nejčastěji streptokoky, pneumokoky, stafylokoky, a Haemophilus influenzae skupiny B (HIB). Z patologicko-anatomického hlediska pod pojmem orbitocellulitis rozumíme rozvoj periostitidy až subperiostálního abscesu s kolaterálním zánětem a otokem orbitálního pojiva. Poměrně rychle se rozvíjí významný bolestivý otok, především při vnitřním koutku očním. Tento stav je nutno ihned intenzivně léčit na specializovaném pracovišti, jinak může dojít k rozvoji dalších orbitálních a intrakraniálních komplikací. Při orbitocelulitidě většinou dochází k chemóze spojivky, axiální protruzi bulbu, omezení hybnosti

bulbu (obr. č. 1), případně zhoršení zraku. Zánět může přestoupit přes nervové pochvy na kmen optického nervu a může vzniknout transversální léze s dočasnou nebo trvalou slepotou.

Průběh orbitocelulitidy je všeobecně závažnější u dětí školního věku. Do šestého roku

a strukturami, poúrazovými fisurami a osteolytický proces.

Přímé šíření intrakraniálně může postupovat i přes nekrotické oblasti osteomyelitidy v zadní stěně frontálního sinu. Bakterie pronikají durou mater podél průběhu malých transversálních cév. Dura mater se ztenčí



věku téměř vždy vystačíme s konzervativním postupem, i když je třeba poznamenat, že nejmladšímu dítěti, které muselo být na naší klinice operováno pro rozvoj subperiostálního abscesu v orbitě, bylo jen několik dnů. Závažnost orbitocelulitidy vyplývá i z toho, že se z orbity a čichových sklípků může zánět šířit přes sinus cavernosus do nitrolebí (asi ve 4 % případů) a může vzniknout trombóza sinus cavernosus, subdurální empyém, meningitida, případně absces mozku.

Mechanismus průniku zánětu do nitrolebí je per continuitatem či retrográdní tromboflebitidou⁶⁾. Šíření per continuitatem zahrnuje šíření anatomicky preformovanými dutinami

zánětlivým exsudátem a formuje se granulární tkáň – tvoří se subdurální empyém a ten způsobí arachnoideální zánětlivou reakci. Tento mechanismus však vídáme spíše u chronické otitidy než u akutní rinosinusitidy. U batolat se může zánět šířit přes nezralou arachnoideu a může způsobit meningitidu, popřípadě kortikální tromboflebitidu⁶⁾. Nutno počítat s tím, že při jakékoliv zánětlivé nitrolební komplikaci může vzniknout labyrintitida s hluchotou.

Cesta retrográdní tromboflebitidou vede přes bezchlopňový venózní systém, který spojuje intrakraniální oblast s cévním systémem sliznice dutin. Tromboflebitida



slizničních cév může postupovat do emisárních vén lebky, durálních venózních sinusů, subdurálních a mozkových vén. To je možné jak u akutní rinosinuitidy, tak u akutní exacerbace rinosinuitidy chronické⁶⁾.

Mezi vzdálené komplikace řadí někteří autoři například optochiasmatické arachnoiditidy – tyto komplikace jsme však na našem pracovišti za posledních 15 let neviděli.

K upřesnění tíže stavu se běžně používají zobrazovací metody. Mezi základní patří prosté rentgenové snímky VDN – kde můžeme najít hyperplazii sliznice, difuzní zastínění, hladinky tekutiny. I při zjevném klinickém obrazu bývá na některých pracovištích indikováno CT vyšetření. Zejména u dětí je však nutné zvážit, zda CT přinese nějaké podstatné informace a vyváží ozáření pacienta a celkovou anestezii. Před potenciální operací pro absces zobrazovací metodu provedeme vždy. U dětí se na prvním místě kloníme k MRI.

Klasifikaci komplikací rinosinuitidy zpracoval v roce 1970 podle patogeneze Chandler¹¹⁾ – pacienty rozdělil do 5 skupin:

- 1) Preseptální cellulitis
- 2) Orbitální cellulitis
- 3) Subperiostální absces
- 4) Orbitální absces
- 5) Trombóza sinus cavernosus

Chandlerovu klasifikaci modifikoval nejprve Pellant 1973⁹⁾ a později Chrobok s Vokurkou⁸⁾ v roce 1998. Rozdělili podle anatomických poměrů a klinických projevů rinogenní zánětlivé komplikace orbity na 2 fáze.

I. fáze – preseptální (periorbitální) cellulitis a subperiostální absces.

II. fáze – orbitální cellulitis a absces.

Hranicí mezi I. a II. fází je periost očnice a považují za vhodné používat termín „epiperiorbitální“, který jasně vyjadřuje, že proces je vně periorbity, místo termínů subperiobitální, extraperiorbitální, extraperiorbitální.

Trombózu kavernózního sinu mezi rinogenní zánětlivé komplikace v očnici nezařazujeme – stejně i Mortimore¹⁰⁾, Chrobok a Vokurka⁸⁾.

Chandlerova klasifikace se postupem doby stává zastaralou, protože nezvažuje anatomické charakteristiky orbity. V roce 2007 se pokusil Cruz a kol.⁴⁾ na základě CT Chandlerovu klasifikaci modernizovat. S pomocí CT rozlišuje 3 typy intraorbitální alterace:

- a) difuzní alterace – vzestup extra – a intraokální tukové denzity,
- b) subperiostální absces – elevace periorbity alespoň v jedné orbitální kostěné stěně,
- c) orbitální absces – je zaznamenána heterogenní denzita v orbitálním tuku.

dle stavu indikuje minimálně RTG VDN v AP projekci. Pokud se na RTG prokáže sinusitis, následuje intenzivní terapie (viz léčba orbitocellulitis).

Pokud má pacient *proptózu*, *bolest a exoftalmus* a *chemózu*, musíme pomýšlet na absces. Pacienta by měl ihned vyšetřit otorinolaryngolog a oftalmolog. ORL lékař následně dle klinického nálezu indikuje CT. Podle Rudloeho studie⁵⁾ 50 % dětí, kde byl zobrazen na CT absces, nebyla proptóza ani bolest či exoftalmus – tato studie již ale nepopisuje, zda při operační intervenci byl u všech absces skutečně zastížen. Při diagnostických rozpacích je racionální mezi zmiňovanými kritérii zařadit i absolutní počet neutrofilů nad $10 \times 10^9/l$ a velikost periorbitálního otoku. Na naší ORL klinice klinický stav navíc koreluje i s vyšší CRP.

V rámci diferenciální diagnózy by vždy mělo proběhnout oftalmologické vyšetření. Obecně všechny zobrazovací metody indikuje pouze otorinolaryngolog a ne pediatr. Zobrazovací metody jsou podle nejnovějších doporučení (EP3OS-2007) indikovány pouze tehdy, uvažujeme-li o chirurgické intervenci na VDN.

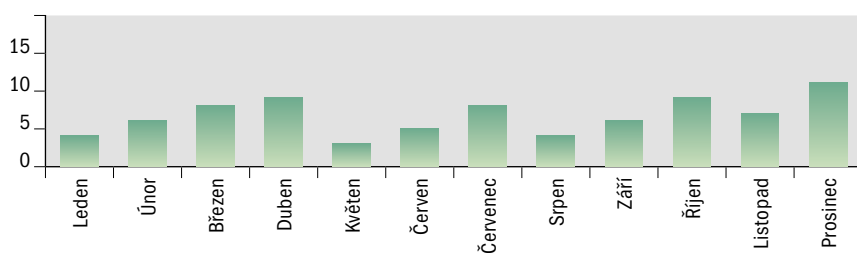
■ Léčba orbitocellulitis

Dle nejnovějších postupů je základním krokem při léčbě orbitocelulitidy nasazení širokospektrých antibiotik (ATB). Terapie musí být rázná, intenzivní, a to již od časných stadií periorbitální cellulitis, jinak může infekce progredovat do orbitální cellulitis a abscesu⁶⁾.

Pacienta s otokem víček či preseptální celulitidou (třída 1 dle Chandlera) lze léčit perorálně podanými ATB a dekonstivativy, zejména pokud dítě nebylo předtím léčeno. Neefektivnější jsou cefuroxim axetil a potencované aminopeniciliny s klavulanátem. Pokud je postižen postseptální (třída 2–5) či lze předpokládat další rozvoj zánětu, je namístě nasadit ATB parenterálně a pacienta hospitalizovat⁶⁾. Brook⁶⁾ doporučuje ceftriaxonu či cefotaximu v kombinaci s pokrytím anaerobní flóry (metronidazol + clindamycin).

Na počátku léčby je nutné antibiotika volit empiricky, podle pravděpodobné bakteriální infekce. Gary⁷⁾ publikoval v roce 1995 práci o spektru bakterií, které nacházíme i u našich pacientů při orbitocelulitidě. Díky očkování proti *Haemophilus influenzae B* (HIB) v posledních letech se do popředí četnosti dostávají streptokoky.

Graf č. 1 – Výskyt orbitocelulitid v průběhu roku



Subperiostální absces se vyvíjí jako ohraňující se zánět akumulací hnisu mezi kostním ohraničením orbity a periorbitou (periost očnice). Bulbus je v proptóze a deviovaný kontralaterálně tlakem abscesové dutiny.

U abscesu orbitálního je viditelná proptóza, oftalmoplegie a nacházíme poruchu vizu spojenou s formací abscesu v orbitálním tuku⁴⁾. Hrozí vznik panoftalmie, amaurozy a nitrolebních komplikací, zejména tromboflebitidy kavernózního splavu.

■ Jak postupovat při vyšetřování a stanovování diagnózy u dětského pacienta?

Jestliže přijde do ordinace praktického lékaře febrilní dítě, které má akutní rinosinuitidu (nebo alespoň v nedávné době rýmu prodělalo) a má otok či zarudnutí v mediálním očním koutku, je nutné diferenciatně diagnosticky pomýšlet na preseptální cellulitis a doporučit ORL a oftalmologické vyšetření k odlišení od konjunktivitidy či jiné oftalmologické afekce. Otorinolaryngolog

Jak můžeme snížit riziko vzniku alergií o více než 50 %?

BEBA H.A. – jediná kojenecká výživa prokazatelně snižující riziko alergií až do 6 let^{1, 2}

BEBA H.A. je jediná částečně hydrolyzovaná kojenecká výživa, která ve více jak 20 klinických studiích a 2 metaanalýzách prokázala účinnost ve snížení rizika alergií o více než 50 % u nekojených dětí s pozitivní rodinnou alergickou zátěží, v průběhu prvního roku života. To je důvod, proč je jako jediná kojenecká výživa svého druhu doporučována v primární prevenci alergií AAP³ a ESPGHAN⁴.



BEBA H.A. – jistota ve snížení rizika vzniku alergií

Kojení je nejlepší způsob výživy kojců, proto mu dáváme přednost před výrobky náhradní kojenecké výživy.

1. Szajewska H, Horvath A. Meta-analysis of the evidence for a partially hydrolyzed 100% whey formula for the prevention of allergic diseases. *Curr Med Res Opin.* 2010;26(2):423-37.
2. Von Berg A, Filipiak-Pittroff B, Krämer U et al. Preventive effect of hydrolysed infant formulas persists until age 6 years: long-term results from the German Infant Nutritional Intervention Study (GINI). *J Allergy Clin Immunol* 2008;121:1442-7.
3. Greer FR, Sicherer SH, Burks AW. Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods, and hydrolyzed formulas. *Pediatrics.* 2008;121(1):183-91.
4. Host A, Koletzko B, Dreborg S et al. Dietary products used in infants for treatment and prevention of food allergy. Joint Statement of the European Society for Paediatric Allergy and Clinical Immunology (ESPACI) Committee on Hypoallergenic Formulas and the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *Arch Dis Child.* 1999;81(1):80-4.





Jesse T a kol.¹²⁾ léčili některé pacienty se subperiostálním abscesem pouze antibiotiky a absces chirurgicky nevyprázdnili. Autoři vyhodnocovali velikost abscesu (absces pod 10 mm byl malý a nad 10 mm byl velký), lokalizaci abscesu (mediálně nebo laterálně/superiorně/inferiorně) a postižení extraokulárních svalů. Zároveň ale uvádějí, že neexistuje striktní postup ošetřování. Pokud není nutné začít chirurgickou intervencí, doporučují konzervativní cestu (ATB i.v., dekonjestiva). Pokud nedojde mezi 24–48 hodinami ke zlepšení klinického stavu, zopakují CT a zváží nutnost operace. V uvedené studii byly i některé velké abscesy zvládnuty konzervativně, ale schází údaj, u kolika pacientů bylo nutné provést revizi, nebo zda se vyskytly recidivy.

dutiny s adekvátně vytvořenou drenážní cestou pomocí laterální rinotomie, přestože někteří otorinolaryngologové¹²⁾ léčí epiperiorbitální abscesy konzervativně. Stále se držíme klasického „Ubi pus, ibi evacua“ vzhledem k možnosti šíření nitrolebně a stále větší pravděpodobnosti infekce agresivními, multirezistentními bakteriemi.

Závěr pro praxi: Výskyt orbitocelulitidy má zjevnou závislost na intenzitě šíření infekcí horních cest dýchacích (jaro a podzim) – viz graf č. 1 z retrospektivní studie. U pacientů s febriliemi a virovým katarom HCD je nutné vědět, že jsou postiženy i vedlejší dutiny nosní – rinosinusitis. V této fázi je nutné pacienta intenzivně léčit – hygiena HCD (oplachy nosních sliznic salinickými roztoky,

anemizace nosními kapkami a pulzní odsávání/smrkání), antihistaminika, potní kúry. Pokud dojde sekundárně k přechodu na bakteriální formu zánětu, je vhodné provést kultivaci a nasadit empiricky antibiotika (95 % pacientů, kteří byli přijati na naši kliniku pro orbitocelulitis, nemělo před přijetím nasazena ATB, pokud ano, v 99 % nepřekročila doba podávání 48 hodin). Nasazujeme empiricky aminopeniciliny s ohledem na bakterie a jejich citlivost k ATB, které jsme vykultivovali v období naší proběhlé studie (viz graf č. 2 a 3).

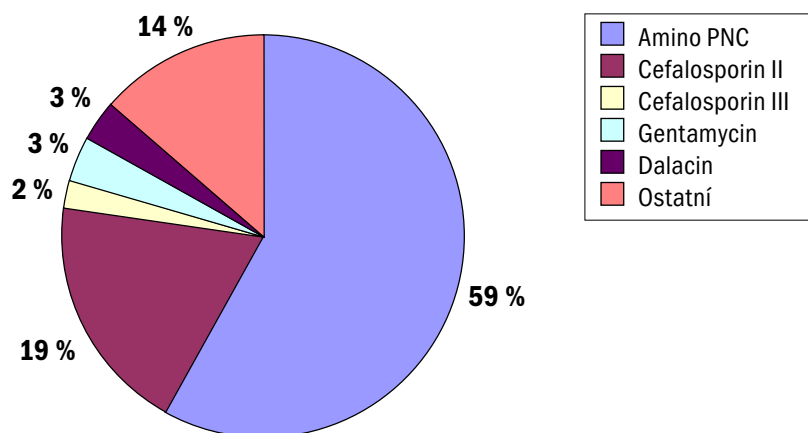
Jestliže přijde do ordinace pacient s rinosinusitidou (již zaléčen/dosud bez léčby) s otokem v oblasti vnitřního koutku, či je dokonce přítomna proptóza, bolest a exoftalmus, je nutné okamžité vyšetření otorinolaryngologem a oftalmologem.

Cílem tohoto sdělení bylo ukázat, že i toto běžné onemocnění, které většina lidí považuje za relativně velmi neškodné, může skončit operací nebo dokonce zánětem mozkových blan a slepotou.

Autorem fotografie je
Doc. MUDr. Zdeněk Kabelka Ph.D.
Článek byl sepsán
za podpory MZO FNM 2005

Literatura u autora.

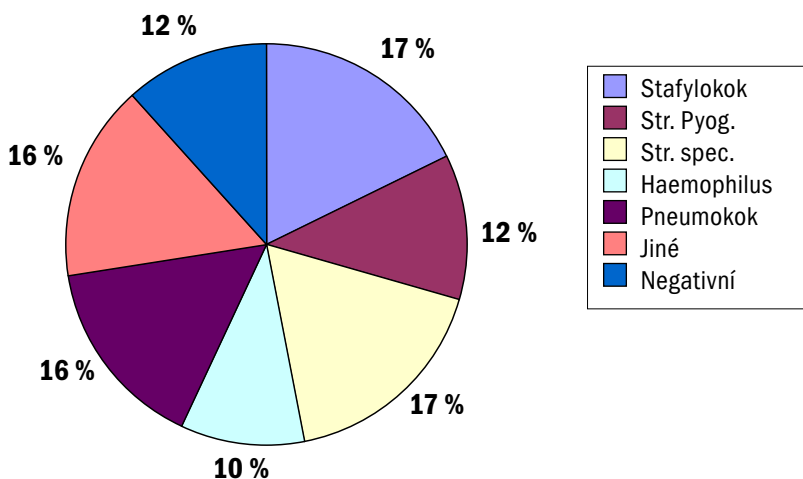
Graf č. 2 – Bakteriální spektrum a poměrové zastoupení



Závěrem Jesseho studie je, že většinu malých subperiostálních abscesů lze úspěšně léčit medikamentózně a chirurgický postup lze použít až při zhoršení klinického stavu.

Na naší ORL klinice zahrnuje léčebný konzervativní postup odběr kultivace, ráznou empirickou antibiotickou i.v. léčbu – zejména aminopeniciliny (upravuje se dle výsledku kultivace). ATB i.v. podáváme na rozdíl od zahraničních postupů již v 1. třídě dle Chandlera – vycházíme z našich klinických zkušeností a vlastní retrospektivní studie z období let 1998–2009. Dále nasazujeme antihistaminika a provádíme intenzivní péči o horní cesty dýchací, která zahrnuje zejména anemizaci, oplachy sliznic salinickými roztoky a pulzní odsávání. Pokud se u pacienta vyvine/diagnostikuje absces, indikujeme okamžité vyprázdnění abscesové

Graf č. 3 – ATB použita při léčbě orbitocelulitis





Je nutné léčit každou angínu antibiotiky?

MUDr. Jiří Marek

PLDD Veselí nad Lužnicí

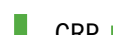
Aneb **PFAPA** syndrom
a diferenciální dg. tonsilitid.
Periodic Fever, Adenitis (krční
lymfadenitis), **Pharyngitis**
(tonsilopharyngitis), **Aftosní**
stomatitis

PFAPA syndrom charakterizuje periodická horečka, většinou ve 4–8 týdenním intervalu, společně s obrazem jedné výše uvedené diagnózy. Horečka bývá dosti vysoká, často 39–40°C, CRP se pohybuje v rozmezí 60–150 iu/ml a výtěr z krku je vždy negativní, resp. běžná krční flora bez průkazu beta-hemolytického streptokoka. PFAPA syndrom patří do skupiny cyklických horeček, které jsou podmíněny genetickou poruchou mechanismu a regulace zánětu. Tento syndrom byl poprvé popsán Dr. Marshalem v r. 1989, proto se dříve také nazýval Marshalův syndrom. Tento na první pohled obraz akutní tonsilitidy je dokonalou imitací této diagnózy a bez pomocného vyšetření (CRP, StrepA, kultivace výtěru z krku) a bez znalosti dlouhodobé osobní anamnézy nelze dg. PFAPA syndromu stanovit. Protože příčinou tohoto syndromu není bakteriální infekce, ale porucha imunitní reakce, neléčíme tento stav antibiotiky. Současná medicína nezná kauzální terapii, proto se doporučuje podat jednorázovou dávku kortikoidů odpovídající dávce 1 mg Prednisonu na kg/dávku. V současné době mám 4 pacienty s tímto syndromem a mohu potvrdit, že výše zmíněná terapie funguje velmi rychle, během několika hodin, pacient je druhý den bez obtíží.

Rodičům těchto dětí můžeme dát alespoň dvě pozitivní zprávy:

- 1) onemocnění je samoúzdravné, i když nemůžeme přesně určit délku trvání – obvykle několik let,
- 2) nezanechává trvalé následky.

Pro nás je ještě důležité, že neexistuje žádný specifický test, který by PFAPA

ALGORITMUS DG. A TERAPIE TONSILOFARYNGITID (J02, J03)	
Pacient bez alergie na PNC	Pacient s alergií na PNC
Strep A +  PNC	Strep A +  Makrolidy + výtěr K+C
Strep A –  výtěr K+C ↑ CRP  PNC ↓ CRP  bez ATB	Strep A – ↑ CRP  Makrolidy ↓ CRP  bez ATB

syndrom odhalil. Tudíž nejsou nic platná žádná, ani molekulárně genetická vyšetření. Diagnózu stanovíme obvykle anamnesticky zpětně, vyloučením jiných příčin (doslova „per exclusionem“ – dle doc. MUDr. Pavly Doležalové). Proto je vždy nutné provést CRP a StrepA a kultivaci výtěru z krku. CRP nám sice „chybně“ ukazuje hodnotu „bakteriálního“ zánětu, ale zároveň vylučuje virovou tonsilitidu, negativní StrepA vylučuje infekci pyogenním streptokokem a negativní kultivace vylučuje etiologii ostatními beta-hemolytickými streptokoky.

Kazuistika: Chlapec Hynek R. nar. 3/2003
První horečka s vysokým CRP a negativním výtěrem z krku v 5/2005 a do 12/2006 prodělal tento jinak zdravý chlapec 16 x ataku PFAPA syndromu – vždy s vysokým CRP a negativním výtěrem z krku.

V té době jsem ještě o PFAPA syndromu nic nevěděl, takže jsem chlapce „léčil“ Penicilinem.

V situaci po 16 „angínách“ (PFAPA) za 19 měsíců jsme byli domluveni s rodiči na tonsilektomii, ale najednou následovala šestiměsíční pauza bez onemocnění. Po těchto šesti měsících následoval stav: T = 39,5°, CRP=150 a z kultivace pyogenní strepto-

kok pozitivní (poprvé za celou dobu) – tedy klasická streptokoková angína se správnou terapií Penicilinem. V následujících letech 2007–2010 prodělal ještě 9 x ataku PFAPA, čili intervaly se značně prodloužily, a v roce 2011 neměl žádnou ataku ani jinou angínu. Z hlediska % kvantity bychom měli vědět, že převážná část tonsilofaryngitid, se kterými se v praxi potkáme, je **virového** původu – je to **70–80 %** (např. adenoviry, EB viry, CMV, enteroviry apod.)

Pouze asi **20–30 %** tonsilofaryngitid je původu **bakteriálního**, z tohoto množství je pak drtivá převaha *Streptococcus pyogenes* (90–95 %) a pouze vzácně se uplatňují jiné formy beta-hemolytických streptokoků – nejčastěji *Streptococcus C* a *G*, nebo jiné bakterie např. gonokoky, *Corynebacterium diptheriae*, *Arcanobacterium haemolyticum* apod.

Jaké jsou tedy podmínky správné diagnostiky a léčby tonsilitis:

- 1) dobré oko
- 2) pevná a rychlá ruka při výtěru z krku
- 3) používání pomocných laboratorních metod – CRP, StrepA, kultivace výtěru z krku
- 4) respektování „Doporučeného postupu antibiotické léčby“ tonsilofaryngitid



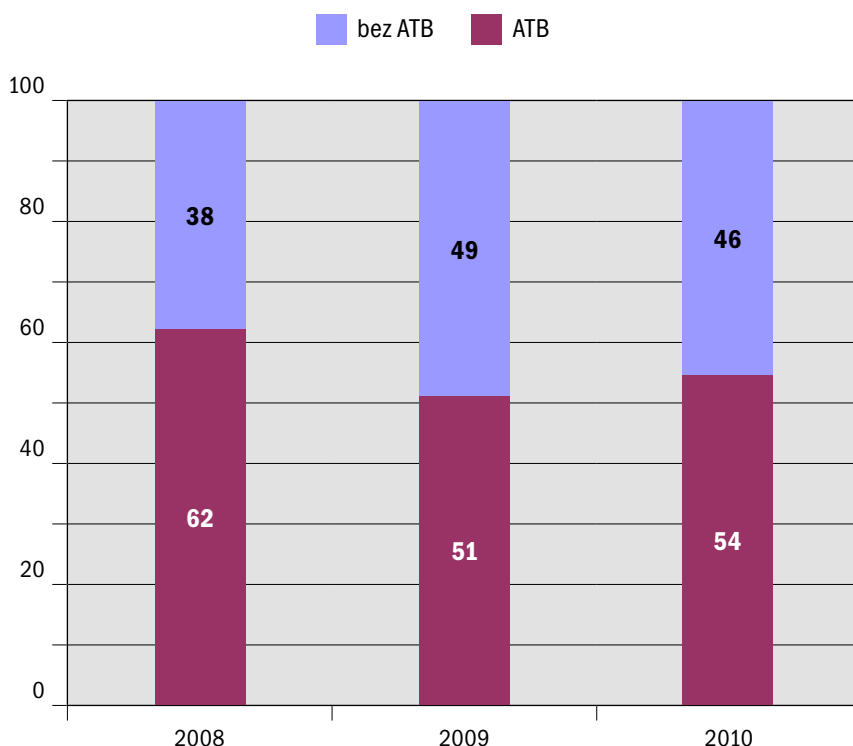
Co se týče volby ATB, je u dítěte, které nemá alergii k betalaktamům, jednoznačně **na 1. místě Penicilin** – do 30 kg 25–30 tis. j. /kg/8 hod., nad 30 kg 1–1,5 mil. j. /8 hod. po dobu 10 dní.

Pouze při alergii na betalaktamová ATB je lékem volby **makrolidové** ATB (např. Claritromycin 7,5 mg/kg/12 h). Azitromycin vzhledem k dlouhodobě přetrvávajícím subinhibičním dávkám je u této diagnózy nevhodný.

Při recidivujících beta-hemolytických tonsilofaryngitidách se jeví optimální podávání Penicilinu 10 dní s následnou aplikací Pendeponu compositum 1,5 mil. j. i.m. nejméně 3 x po 14 dnech. Další možností u recidivujících beta-hemolytických tonsilofaryngitid je zvážení tonsilektomie (viz tabulka dg. a léčby J03).

Mám ve svém fotoarchivu několik zajímavých foto etiologicky různých tonsilofaryngitid, ale nevěřím, že by v časopisu byly dobře viditelné. Koho by snad toto téma zaujalo, může přijít v sobotu 11. 2. 2012 do hotelu Krystal v Praze 6, kde budu přednášet toto téma s dalšími kazuistikami a foto snímky.

% TONSILOFARYNGITID LÉČENÝCH ATB V LETECH 2008–2010



ČSSD napadla u Ústavního soudu první část zdravotnické reformy

Ústavní soud (ÚS) obdržel návrh poslanců ČSSD na zrušení několika klíčových ustanovení první části zdravotnické reformy. Sociální demokraté konkrétně napadají zákon o veřejném zdravotním pojištění, který rozdělil péči na základ a nadstandard.

Kritizují také zvýšení poplatku za pobyt v nemocnici z 60 na 100 korun. Ústavní soud návrh dostal tento týden a zveřejnil jej na svých webových stránkách. Poslanci ČSSD předloží do konce roku ÚS ještě další návrh. Bude se týkat druhé části reformy, konkrétně zákona o zdravotních službách, informoval předseda sociální demokracie Bohuslav Sobotka. „Půjde v něm mimo jiné o povinnost nové registrace zdravotnických zařízení a o vytvoření Národního registru zdravotnických pracovníků,“ uvedl.

Pod nynějším návrhem je podepsáno 51 poslanců v čele se Sobotkou. Ústavní soudce požádali o přednostní projednání. Návrhem se bude zabývat plénium, tedy patnáctičlenný sbor všech ústavních soudců. Nelze předjímat, jak dlouho bude rozhodování trvat. Soudcem zpravodajem je Jiří Mucha. Připraví nález, o kterém pak bude hlasovat plénium.

Část kritických výhrad sociálních demokratů směřuje ke zvýšení poplatku za pobyt v nemocnici. Stokoruna za den může mít podle návrhu pro seniory, děti a sociálně slabé takzvaný „rdousící efekt“, což je termín zavedený ústavními soudci při jejich prvním jednání o poplatcích ve zdravotnictví.

„Výše tohoto poplatku již nešetří podstatu a smysl rovného přístupu k lidsky důstojné zdravotní péči hrazené z veřejného zdravotního pojištění,“ stojí v návrhu ČSSD. Zvýšený

poplatek je podle sociálních demokratů bariérou, která omezuje přístup k péči.

Svůj dosud zřejmě nejvýznamnější nález z oblasti zdravotnictví vyhlásil Ústavní soud v květnu 2008. Tehdy zamítl návrh ČSSD na zrušení zdravotnické části vládní reformy veřejných financí, která zavedla poplatky u lékařů. Podle tehdejšího názoru ústavních soudců nejsou poplatky protiústavní, pokud nemají právě „rdousící efekt“ a nevytvářejí bariéru v přístupu.

V dalších částech nového návrhu ČSSD napadá rozdělení zdravotní péče na „základní“ a „ekonomicky náročnější“ a také oprávnění zdravotních pojišťoven sankcionovat poskytovatele zdravotnických služeb.

Zdroj: ČTK, 19. 12. 2011



Pneumokoková meningitida

prim. MUDr. Petr Lyer

pediatrické oddělení Oblastní nemocnice Kladno

■ Úvod

Mezi časté původce zánětu mozkových blan u dětí patří *Streptococcus pneumoniae*. Se zavedením očkování se počet případů invazivních onemocnění tímto původcem podstatně snížil, ale několik případů ročně na našem oddělení zachytíme. Příkladem je následující kazuistika holčičky s invazivním pneumokokovým onemocněním.

■ Kazuistika

Tříletá holčička byla odeslána praktickým lékařem k hospitalizaci pro dva dny trvající teploty, purulentní otitidu a celkovou alteraci stavu.

V rodinné anamnéze jen lupénka u prarodiče, v osobní anamnéze porod v termínu, porodní hmotnost 3200 g, fyziologická adaptace, byla kojena čtyři měsíce, očkována řádně, nemocnost běžná. Nikdy nebyla hospitalizovaná. V kontaktu se závažným infekčním onemocněním není, očkování pneumokokovou vakcínou nemá a léky trvale nebere.

Den před přijetím na naše oddělení se u holčičky objevily subfebrilie a bolesti pravého ucha. Na ORL oddělení byla provedena paracentéza vpravo s vypuštěním purulentního sekretu, vlevo byl nález fyziologický. Výtěr neproveden. ATB nenasazena, doporučena jen symptomatická terapie. V den přijetí stále subfebrilní do 37,8 °C, otalgie vymizely, objevily se však bolesti zad a hlavy. Maminka podávala Ibalgin. V dopoledních hodinách je holčička spavější, unavená. Při kontrolním vyšetření na ORL ambulanci trvá sekrece z pravého ucha, proto je doporučen Augmentin sirup spolu s kontrolou u pediatra. Při klinickém vyšetření dětský lékař zjišťuje lehce pozitivní horní meningeální známky, kapilární CRP je 72 mg/l. Holčička byla doporučena k hospitalizaci.

Objektivně je holčička při přijetí unavená, mrzutá, polehává, s dobrou hydratací,

naměřená teplota je 38,9 °C. Periferie je dobře prokrvená, krevní tlak je fyziologický, v pravém zvukovodu je patrný zaschlý hnisavý sekret. Meningeální známky jsou sporné, obtížně hodnotitelné pro aktivní odpor při vyšetření, spíše je hodnotíme jako negativní. Ostatní fyzikální nález byl fyziologický. Během tří hodin po přijetí holčička zvracela, opětovné vyšetření meningeálních známek bylo jasně pozitivní. Po zhodnocení očního pozadí jsme provedli lumbální punkci s odběrem mozkomíšního moku, který byl lehce mléčně zkalený bez zvýšeného tlaku.

Laboratorní vyšetření:

Na	134 mmol/l
K	3,8 mmol/l
Cl	100 mmol/l
urea	2,0 mmol/l
kreatinin	28 umol/l
bilirubin	8 umol/l
ALT	0,32 µkat/l
GMT	0,07 µkat/l
ALP	3,14 µkat/l
AST	0,41 µkat/l
G	8,0...5,1 mmol/l
CRP	81 mg/l

Krevní obraz:

ERY	4,4 x 10 ¹² /l
HGB	118 g/l
HCT	0,35
leukocyty	12,1 x 10 ⁹ /l
trombocyty	346 x 10 ⁹ /l

moč a sediment v normě

Likvor: lehce mléčně zkalený

glukóza	4,5 mmol/l
Cl	121 mmol/l
bílkovina	0,36 g/l
elementy	2430/3
segmenty	2400/3
lymfocyty	30/3

Rychlá latexová aglutinace likvoru: *streptococcus pneumoniae*.

Mikroskopické vyšetření moku: G+ koky, leukocyty ++.

Kultivační vyšetření moku: *streptococcus pneumoniae* (citlivost penicilin, chloramfenikol, Vankomycin, Cefotaxim).

Z dalších vyšetření:

klíšťová encefalitida – sérum: negativní, borelióza – sérum a likvor: negativní, močová kultivace: negativní.

Kultivace z výtěru pravého ucha – *S. pneumoniae* typ 3.

Hemokultura – *S. pneumoniae* typ 3.

Na základě nálezu v mozkomíšním moku zahajujeme za čtyři hodiny po přijetí antibiotickou intravenní terapii Ceftriaxonem v dávce 2 x 750 mg po 12 hodinách. Součástí terapie je zároveň Manitol, Dexamethason a holčička je celkově zajištěna kapací infuzí solných roztoků s vitaminoterapií. Lokálně podáváme do pravého ucha Ciloxan kapky.

Denně je v péči ORL lékaře, objektivní nález se normalizuje, sekrece ze zvukovodu postupně ustává. Do 48 hodin je pacientka afebrilní, přestává zvracet, od třetího dne má plný perorální příjem. Pokračujeme v terapii Ceftriaxonem celkem 14 dní. Terapii Manitolem a Dexamethasonem ukončujeme po 48 hodinách. Po celou dobu je s holčičkou hospitalizován doprovod.

Neurologický nález je během celé hospitalizace fyziologický, bez lateralizace. První EEG vyšetření za dva dny od přijetí vykazuje pouze lehkou abnormitu grafu pro příměs pomalejších vln nad zadní polovinou lbi, ale bez specifických změn. Kontrolní EEG po deseti dnech je již zcela v normě.



Sedmý den hospitalizace je odebrán kontrolní mozkomíšní mok s těmito výsledky:

glukóza	3,2 mmol/l
Cl	124 mmol/l
celková bílkovina	0,17 g/l
elementy	24/3
segmenty	3/3
lymfocyty	15/3
nediferencované buňky	6/3

Mikroskopicky i kulturačně je mok negativní. Sérové CRP postupně klesá na hodnoty méně než 5 mg/l.

Hospitalizaci ukončujeme po patnácti dnech. Holčička je v celkově dobrém stavu předána do ambulantní neurologické a pediatrické péče. Za týden po propuštění je provedeno vyšetření mozku magnetickou rezonancí, které nevykazuje patologii.

Diskuze

Neuroinfekce v dětském věku jsou vždy velmi závažnou diagnózou. Jejich počet se rok od roku liší a etiologie se mění s rozvojem očkovacích látek. Obecně se setkáváme s větším výskytem infekcí centrální nervové soustavy, kde prevence očkovací látkou není možná. Například počet dětských pacientů s neuroboreliózou dle našich pozorování má vzestupnou tendenci.

Naopak výskyt infekcí způsobených hemo-filem, meningokokem či pneumokokem mají klesající tendenci. Pokud se však vyskytnou, mají většinou příznivější vývoj. V posledních letech na našem oddělení naštěstí již nevidíme těžké případy, končící úmrtím nebo těžkým poškozením centrální nervové soustavy dítěte. Nižší věkové skupiny dětí jsou však stále ohroženy nejvíce. Postižení CNS je pak častou komplikací hnisavých zánětů středního ucha nebo celkového septického stavu. Jako původce

pak diagnostikujeme některý z invazivních kmenů výše jmenovaných bakterií.

Závěr

Výskyt závažných infekcí, jejichž původcem je streptococcus pneumoniae, výrazně poklesl. Toto pozorujeme s příchodem očkovací látky, která se postupně dostává do povědomí rodičů. Praktický dětský lékař má pak možnost s rodiči prohodit výhody a nevýhody tohoto očkování. Jako lékař, jenž se často dostává do kontaktu s dětmi, které onemocněly zánětem centrální nervové soustavy, mohu jednoznačně doporučit všem rodičům očkování proti všem invazivním původcům. Mezi tyto infekce sto procentně patří nemoci, kde je vyvolatelem streptococcus pneumoniae.

Vyšší platy lékařů?

Zcela vyloučeno, tvrdí asociace malých nemocnic

Platy lékařů neporostou. Je to naprosto vyloučeno. Budeme rádi, když vůbec udržíme dosavadní mzdy. Tak se vyjádřilo vedení Asociace českých a moravských nemocnic. Odboráři se proto podle časopisu Týden šikují k dalším protestům.

Memorandum, které v únoru podepsal s odboráři ministr zdravotnictví Leoš Heger, se zřejmě nenaplní. Plány zkaží vyšší daň z přidané hodnoty, o které se při podpisu dokumentu nevědělo. Daň se má zvednout ze současných deseti na čtrnáct procent. Nemocnice tak zaplatí za všechny léky, zdravotnické pomůcky i služby víc.

Rozpočty některých špitálů přitom naopak zchudnou. Pojišťovny jim na hospodaření pošlou o jedno procento peněz méně. Počítá s tím nová úhradová vyhláška ministerstva zdravotnictví na příští rok.

Šéf resortu seškrtnal pevně příjmy špitálů proto, aby nemocnice připravil na nový způsob úhrad – špitály už nebudou dostávat každý rok jistý balík peněz, se kterým naloží tak, jak uznají za vhodné. Peníze dostanou jen „za vyléčení pacienta“. Nemocnice už si tak podle něj nevydělají tím, že budou protahovat dobu pacienta na lůžku nebo dělat zbytečná vyšetření.

Příští rok budou „platby za diagnózu“ tvořit asi dvacet procent příjmů nemocnic. Postupně se bude podíl těchto plateb zvedat.

Záhuba malých nemocnic?

Jenomže nemocnice se nového systému bojí. Hlavně ty malé. „Menší nemocnice už dnes melou z posledního, nový způsob placení je zahubí,“ varuje Stanislav Fiala z Asociace českých a moravských nemocnic a pokračuje: „Za stávajících podmínek je také naprosto vyloučený slíbený růst platů lékařů. Ředitelé nemocnic

budou rádi, když vůbec udrží platy současné.“ Nabádání ministra Hegera, aby nemocnice zastavily plýtvání a ušetřené peníze daly svým lékařům, jsou podle něj jen proklamace.

Sám ministr Heger už se ostatně o platech vyjádřil skepticky. Zatímco během roku vytrvale opakoval, že desetiprocentní zvýšení mezd není ztraceno, jen se bude muset pár měsíců počkat, v nedávných Otázkách Václava Moravce přiznal: „Vyzveme nemocnice, aby zdravotníkům přidaly alespoň 6,25 procenta, zbytek ale bude závislý na ekonomické kondici českého zdravotnictví. Pokud všechno půjde dobře, šestiprocentní navýšení mezd se udrží po celý rok,“ naznačil možné komplikace. Záležet podle něj bude výhradně na nemocnicích.

Budou nové protesty

„Navýšení je skutečně na ředitelích nemocnic. Ministerstvo není zaměstnavatelem, je regulátorem. Za platy jsou zodpovědní ředitelé nemocnic,“ podpořil ministra Pavel Hroboň, někdejší náměstek Hegerova předchůdce Tomáše Julínka.

Odboráři se proto znovu šikují k protestům. Pokud se jim platy nezvednou o slíbených deset procent, chtějí podat nové výpovědi. „Počkáme jen do první lednové výplaty. Pokud na výplatních páskách nenajdeme částku o deset procent vyšší, bude to znamenat, že ministr nedodržel memorandum. Začnou nové protesty,“ avizoval šéf České lékařské komory a současně odborář Milan Kubek. Jednomyslně se na tom podle něj shodli všichni koordinátoři lékařských odborů.

Zdroj: Týden, 29. 12. 2011



Ze světa odborné literatury...

■ Nízká a vysoká porodní hmotnost jako rizikový faktor pro 5leté děti z Austrálie

Vliv porodní hmotnosti na hmotnost 4–5letých dětí i v závislosti na pohlaví. Nízká porodní hmotnost je v asociaci s nízkým rizikem obezity u děvčat v závislosti na socio-ekonomických faktorech a etniku. Tato asociace není ale pozorována u chlapců. Stejný poměr je nejen u obezity, ale i vlastní nadváhy. Ve školním věku v Austrálii je již každé čtvrté dítě obézní! Samozřejmě bude stoupat prevalence diabetu, BMI, váhy i v graviditě. Také velmi častý výskyt gestačního diabetu je v souvislosti s obezitou rodiček.

Eur. J. Pediatr. 2011, 170, 899–906.

■ Ošetřování plicní hypertenze u Downova syndromu

Děti s Downovým syndromem (DS) jsou vystaveny velkému riziku plicní arteriální hypertenze, zčásti ale i zapříčiněné obstrukcí dolní části dýchacího traktu kongenitálními srdečními vadami. VCC je prezentované u DS přibližně v 50 % a to většinou atrioventrikulárním septálním defektem, který je přítomen v 50 %, dále VSD v 45 %, PDA ve 35 % a Fallot ve 4 %. U některých dětí se vyvíjí ještě další vaskulární komplikace, jako je prolaps mitrální chlopně a aortální regurgitace. Plicní arteriální hypertenze může být charakterizována jako zvýšení plicního arteriálního tlaku, který je vyšší než 25 mm Hg nebo trikuspidální regurgitací vyšší než 2,7 m/sec v nepřítomnosti obstrukce výtokového traktu pravé komory. Děti s DS mají vyšší riziko plicní arteriální hypertenze. Toto zvýšení je zapříčiněno zvýšením plicního krevního průtoku levo- a pravým intrakardiálním shuntem rezultující ve zvýšení tlaku na plicní endoteliální buňky narušujícím pak produkci NO. Nastává vaskulární remodelace. Obstruktivní spánková apnoe je společná dětem s DS, objevuje se u 30 % těchto pacientů oproti 3 % populace. K tomu ještě připočítáme hypotonii svaloviny dolní části dýchacího traktu s adenotonsilární hypertrofií makroglosií, glosoptózou. Pacienti s DS mají také často laryngomalacii. Je zvýšená incidence gastroezofageálního refluxu. Opakované ataky hypoxémie u některých pacientů jsou v asociaci s vývojem plicní vaskulární rezistence. Autoři proto vypracovali protokol pro systematické ošetřování těchto dětí. Děti s DS a plicní art. hypertenzí

(PAH) byly zahrnuty do studie od roku 2005–2010. Dvacet pět pacientů splňovalo kritéria. Střední věk byl 385 dnů, střední trikuspidální regurgitace byla 3,5 m/sec. Při katetrizaci střední plicní arteriální tlak byl 26 mm Hg a střední plicní vaskulární rezistence byla 4,14 U.m². Tato poklesla po inhalaci oxidu dusičného a kyslíku na 2,68 U.m². Ohodnocení respirací včetně polysomnografie, bronchoskopie, malacie a adenotonsilární hypertrofie provedeno.

Eur. J. Pediatr. 2011, 170, 915–921.

■ Vliv profylaxe proti RSV infekci u dětí přijatých na jednotku intenzivní péče

Respiračně synciciální virus (RSV) je příčinou postižení dolního respiračního traktu u dětí ve věku do dvou let. Účelem studie bylo vyšetřit charakteristiky pacientů přijatých na jednotku intenzivní péče pro RSV infekci následované kompletním sledováním profylaktického programu. Elektronicky zpracovaný léčebný a profylaktický režim pacientů byl posouzen za roky 2003–2009. Demografická data potvrzují nemoc, kritéria pro hospitalizaci, respirační diagnózu a ošetřování, komplikace nemoci. Zaoberají se také preventivní složkou pomocí palivizumabu. Všechny 181 pacientů bylo přijato s RSV infekcí. Jednalo se o 5,7 % všech přijatých na jednotku. 84 % přijatých bylo ve věku pod 2 roky. 70 % nemělo jinou infekci než RSV. 80 % dostávalo antibiotika jako součást celkové léčby. Srovnáním dětí pod a nad 2 roky věku se ukazuje, že v mladší kohortě je potřeba intenzivní péče. U dětí, které před tím dostaly palivizumab se vyskytla také RSV. 88 % dětí nemělo nikdy výše uváděnou profylaxi. 66 % dětí bylo narozeno po 36. týdnu gestace, nebyly primárně směřovány na profylaxi.

Dvě děti zemřely. Další redukce příjmů může nastat až při využití vakcinačního programu. Většina přijatých dětí byla původně zdravých. Hospitalizace v této věkové kategorii s uvedenou dg. představovaly 10 % hospitalizací. Je nutné si také uvědomit velké riziko pro nezralé děti nebo pro děti s chronickým plicním onemocněním nebo onemocněním M. Down. Rizikovým faktorem jsou také přelidněná předměstí velkých měst a kouření v rodinách. Imunizace palivizumabem je bezpečná. Aplikuje se u všech dětí do 32. týdne gestace a doporučuje se i u dětí narozených do 35. týdne. 85 % dětí stonalo pod obrazem bron-

chiolitidy. 8,6 % mělo pneumonie. 73 % dětí kolem roku věku potřebovalo mechanickou ventilaci. Více než 3/4 dostávalo antibiotika, i když jen 10 % mělo bakteriální nález. Toto bylo způsobeno závažností klinického obrazu.

Eur. J. Pediatr. 2011, 170, 907–913.

■ Detekce Mycoplasma pneumoniae v různých vzorcích z respiračního traktu

Mycoplasma pneumoniae je jeden z nejdůležitějších patogenů zapříčiňujících komunitní pneumonie u dětí. Ve 30 % jsou zapříčiněny právě tímto mikrobem. Postihuje děti ve všech věkových skupinách. Obvykle mají vysoké teploty, kašel a další nespecifické symptomy. Často zde bývají i extrapulmonální manifestace. Často postihuje celé rodiny. Léčba beta-laktámovými antibiotiky je neefektivní. Proto korelace s laboratorii je velmi důležitá. Moderní sérologie a polymerázová reakce (PCR) jsou dva důležité laboratorní testy. Používané sérologické metody se týkají komplement-fixační reakce, ELISY a dalších. IgM ELISA je důležitá spíše v druhém týdnu nemoci. U PCR pozitivních dětí střední trvání IgM positivity bylo ve sledované skupině 15 dnů, zatímco IgM negativní skupina byla evidentně delší. V práci užívali vzorky z bronchoalveolární laváže a nazofaryngeálního aspirátu. Účelem bylo také ohodnotit místo odběru. Celkem vyšetřili 406 dětí. MPP (Mycopl. pneu.) byla dg. na základě IgM u 101 dětí (25 %). Střední věk dětí s MP byl 4 roky a u dětí, kde dg. nebyla potvrzena, pak 2,4 roku. Laboratoř včetně počtu leukocytů, neutrofilů, imunoglobulinů, podskupiny T lymfocytů nevykazovaly žádné rozdíly mezi oběma skupinami. Makrofágy z bronchoalveolární laváže byly v nižším počtu u PCR pozitivních dětí, zatímco počet neutrofilů zde byl vyšší. PCR z aspirátu a z laváže byly v podobných parametrech včetně senzitivity a specifity. Ukázalo se, že vzorky z nazofaryngeálního aspirátu byly lepší než z laváže, levnější a méně invazivní. Bronchoalveolární laváž je užitečná spíše pro definici lokálního zánětlivého stavu.

Eur. J. Pediatr. 2011, 170, 851–858.

Ve spolupráci s firmou Mucos Pharma připravil MUDr. Jiří Liška, CSc.



Aktuality...

Z ministerstva zdravotnictví odchází Hegerův první náměstek Pavelka

Na ministerstvu zdravotnictví končí Vladimír Pavelka. Po Jiřím Schlangerovi je již druhým náměstkem, s nímž se ministr Leoš Heger rozloučil. Jeho novým působištěm bude místo v čele Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví.

Podle ministerstva není důvodem Pavelkova odchodu to, že by v roli prvního náměstka selhal. „Pan ministr byl s jeho prací spokojen,“ řekl mluvčí Vlastimil Sršeň.

Podle informací MF DNES však bylo vedení ministerstva zdravotnictví s prvním náměstkem dlouhodobě nespokojeno. Leoš Heger si svou pravou ruku ostatně ani nevybral sám – první náměstek je politickou volbou a do čela ministerstva Pavelku vyslala jeho TOP 09.

Na rozdíl od bývalých prvních náměstků ministra zdravotnictví, například někdejšího prvního náměstka Marka Šnajdra z ODS, nebyl dřívější člen KDU-ČSL Pavelka vůbec vidět v médiích, ani na odborných konferencích neprezentoval výsledky své práce.

IPVZ je útluhu, vzdělávání lékařů přechází na univerzity

„Podstatnou prioritou pana Pavelky jako nového ředitele bude znovuzavedení výuky veřejného zdravotnictví na IPVZ. Bez nastartování tohoto oboru se zdravotní systém nemůže dlouhodobě dobře rozvíjet,“ komentoval Pavelkovo zařazení Heger.

Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví je bez ředitele už více než půl roku. Dočasně tuto funkci zatím vykonávala Vendula Pírková.

Přestože vedení ministerstva zdravotnictví tvrdí, že s prací prvního náměstka panuje spokojenost, přesun do křesla šéfa IPVZ není zrovna výhrou. Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví totiž utlumuje práci a po letošní Hegerově „reformě“ vzdělávání přišel o řadu svých kompetencí, které nově přecházejí na lékařské fakulty.

„Prakticky veškeré základní vzdělávací obory lékařů, což je dvaadvacet oborů, přechází nyní nově do kompetencí lékařských fakult, které budou toto vzdělávání organizovat. Na IPVZ samotném zůstávají jen ty nadstavbové obory lékařské jako třeba diabetologie spojená s endokrinologií,“ popsal viceprezident České lékařské komory Zdeněk Mrozek.

„Má nová role vešla ze vzájemné debaty s panem ministrem. Jsem s ní spokojen. Jde o manažerskou funkci, ve které bude jednou ze zásadních kompetencí koordinace přechodu postgraduálního vzdělávání na lékařské fakulty,“ řekl iDNES.cz Pavelka. Podle něj Hegerovu rozhodnutí předcházela vzájemná diskuse, která už se nějaký čas vedla. Krok byl stvrzen podpisy v pátek. Na IPVZ nastupuje Pavelka od pondělí 12. prosince.

O tom, kdo by ho měl nahradit ve funkci prvního náměstka, která připadá TOP 09, Pavelka netuší. „Pokud vím, tak pan ministr zatím nikoho vybraného nemá. Tedy takový stav je alespoň v pátek. Ale zeptejte se jeho,“ dodal. „Toto místo určitě nějaký čas zůstane neobsazeno,“ dodal Sršeň.

Paradoxní je, že ministr odvolal náměstka za TOP 09. Ve stejné politické straně je přitom i Heger, který je od října v jejím předsednictvu. „Není to o žádné vnitrostranické třenici. Jsem přesvědčen, že pan ministr se s panem náměstkem dohodl. To, s kým chce pracovat a s kým ne, je svrchovanou záležitostí pana ministra,“ komentoval situaci místopředseda TOP 09, poslanec Pavol Lukša.

Již před několika měsíci skončil na ministerstvu i náměstek pro informatiku Jiří Schlanger, dlouholetý předseda Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče, ve funkci byl od 1. září 2010. Na ministerstvu měl na starosti elektronizaci zdravotnictví. Protože prý nemohl naplnit své představy, z ministerstva odešel. Jeho židle zůstala neobsazená.

Z původní sestavy po Hegerově předchůdkyni Daně Juráskové (ODS) zůstali na ministerstvu jen legislativní náměstek Martin Plíšek (TOP 09) a hlavní hygienik Michael Vít, který „přežil“ už několik ministrů.

Zdroj: L. Petrášová, H. Válková, iDNES, 9. 12. 2011

Černý scénář pro zdravotnictví: žádné placení plomb ani lázní

Špatné ekonomické vyhlídky dohnaly i zdravotnictví. Na poradách Hegerova resortu se mluví o tom, že v případě velkého propadu hospodářství stát změní zákony tak, aby hradil jen nejnужnější péči. V rozhovoru pro iDNES.cz to připustil Hegerův náměstek Petr Nosek.

„Debatujeme i nad těmi nejčernějšími scénáři. V případě zdravotní péče je nejčernější představa v tom smyslu, že by se muselo uvažovat o vyřazení určitých druhů péče z úhrad zdravotního pojištění,“ řekl náměstek Petr Nosek, pod nějž spadá na ministerstvu agenda zdravotního pojištění.

„V okamžiku, kdy by tady byl propad řádově desítek procent hrubého domácího produktu a nebyly by absolutně žádné zdroje, můžeme si představit, že by bylo podstatné, aby byla zajištěna akutní péče, péče o ty nejzávažnější choroby,“ dodal Nosek. Krajiní variantu připustil v rozhovoru pro iDNES.cz o změnách v lázeňské péči. Zatím zůstává jen u slov, na papíře černé scénáře ministerstvo nemá.

Pád v řádu desítek procent by znamenal novelu zákona o zdravotním pojištění. „Za zbytnou péči by pak byla označena například lázeňská péče či dopravní zdravotní služba. Asi bychom se vrátili k úvaze, zda platit amalgámové plomby,“ popsal Nosek.

Pokud by se ekonomika propadla jen o pár procent – to zatím předpovídají i nejpesimističtější ekonomové –, ministerstvo by upravilo úhradovou vyhlášku, která vymezuje pravidla pro tok peněz ze zdravotního pojištění. „Měřítkem toho, že se něco musí dělat se systémem, je, dejme tomu, propad lhůt splatnosti pod 30 dnů. To už by znamenalo uvažovat o úpravě vyhlášky,“ dodal Nosek.



Náměstek ministra Leoše Hegera komentoval pochmurné plány pro zdravotnictví s tím, že jde zatím jen o hypotetickou situaci. Nikdo nyní nedokáže přesně říci, kam se bude ekonomika v dalších měsících ubírat. „Příští rok je jeden velký ekonomický otazník, protože všechno se bude odvíjet od toho, jak na nás dopadne krize eurozóny. Kromě hlasů, že peněz bude nedostatek, se objevují i ty, které říkají, že situace nemusí být tak tragická,“ dodal Nosek.

Ministerstvo financí zatím vymodelovalo tři ekonomické scénáře. Ten nejoptimističtější hovoří o růstu ekonomiky do jednoho procenta, možný je i propad v rámci procent. Pokud by padla eurozóna, podle ministra financí Miroslava Kalouska by Česko bojovalo o přežití.

Zdroj: H. Válková, iDNES, 16. 12. 2011

CESTA nabídla politikům alternativní reformu zdravotnictví

Levicoví a středoví intelektuálové z občanského sdružení CESTA zveřejnili dnes vlastní návrh reformy zdravotnictví. Vládní reforma je podle nich spojena s rizikem, že výhody zdravotnického systému bude čerpat jen úzká skupina obyvatel a většina bude odkázána na chudý standard. CESTA proto kromě zefektivnění systému, na což se zaměřila reforma ministra zdravotnictví Leoše Hegera (TOP 09), usiluje i o solidaritu a univerzální dostupnost péče, řekl dnes ČTK člen sdružení Vít Klepárník.

Podle Hegera má být standardem péče, kterou pacient potřebuje. Připlatil by si na nadstandard, jen kdyby chtěl něco lepšího, třeba místo klasické sádky vylehčenou variantu.

CESTA chce zrušit pojistné na veřejné zdravotní pojištění a nahradit je zdravotní sazbou daně z příjmu fyzických osob. Stát už by neplatil pojistné za své pojištěnce, zdravotnictví by tyto peníze dostalo z výnosu spotřebních daní. Peníze by se soustředily v centrálním fondu zdravotního pojištění, ze kterého by finanční prostředky dostávaly zdravotní pojišťovny podle počtu a rizikovitosti pojištěnců.

Vládní návrhy počítají se zachováním plateb zdravotního pojištění a nastavením stejných podmínek fungování pro všechny zdravotní pojišťovny. V nejbližších letech by mělo vzniknout jedno inkasní místo, kam by směřovaly platby zdravotního a sociálního pojištění a vybrané daně.

Za ústřední princip pro hospodaření zdravotnictví považuje CESTA neziskovost, to podle člena sdružení Jana Mertla z Vysoké školy finanční a správní neznamena, že ve zdravotnictví není možné tvořit zisk, ale že když bude vytvořen, musí být vložen do zkvalitnění péče. Alternativní návrh reformy zahrnuje i možnost pacientů připlácet si na vyšší komfort a širší rozsah zdravotní péče, a to přímou platbou podle ceníků, které by byly veřejně přístupné. Návrh předpokládá také motivační programy a produkty zdravotních pojišťoven, tyto programy by se nehradily ze solidárního balíku peněz, ale z pravidelných soukromých plateb pojištěnce. CESTA odmítá vládní variantu zavedení systému povinného dvousložkového pojistného, soukromé platby na další péči by podle alternativních návrhů měly být dobrovolné.

Think-tank CESTA (Centrum pro sociálně-tržní ekonomiku a otevřenou demokracii) nabídl svoji reformu levicovým a středovým politikům. Koncepce vznikla během srpna a září za účasti odborníků z vysokoškolských pracovišť, zdravotnických odborů, privátních právních organizací.

Think-tank CESTA vznikl počátkem letošního roku. Jeho založení iniciovali například politolog Jiří Pehe a předseda ČSSD Bohuslav Sobotka.

Zdroj: www.zdn.cz, 22. 12. 2011

Více než 70 % porodnic v ČR nabízí odběr pupečnickové krve

Dalších třicet dva porodnic v České republice nadělilo budoucím rodičům vánoční dárek ve formě nové služby – odběru pupečnickové krve pro jejich dítě. Službu tak nabízí již více než 70 % porodnic v ČR.

Tyto porodnice musely splnit velmi přísná legislativní kritéria a získat povolení k odběru pupečnickové krve od Státního ústavu pro kontrolu léčiv. Velká většina z nich tato povolení získala prostřednictvím rodinné banky pupečnickové krve, Cord Blood Center CZ, s.r.o.

„Naším záměrem je umožnit každému rodiči nechat pro své dítě uložit pupečnickovou krev. Jedním z rozhodujících faktorů byla pro rodiče cena odběru, kterou jsme již před rokem snížili z 25 tis. Kč na necelých 10 tis. Kč. Druhým důležitým předpokladem byla dojezdnost do porodnice. Při 70 % pokrytí se většina maminek do porodnice, která odběr provádí, bez problémů dostane,“ uvádí Mgr. Tomáš Pavlíček, country manager rodinné banky pupečnickové krve Cord Blood Center CZ, s.r.o.

Pupečnicková krev se využívá obdobně jako kostní dřeň v léčbě závažných onemocnění a zájem rodičů o její uchování stále roste. Kmenové buňky z pupečnickové krve lze využít jak k léčbě nemocného sourozence, pro vlastní potřebu dítěte, tak i dárcovsky.

Nově odebírají například porodnice v Plzni, v Brně v Nemocnici milosrdných bratří, v České Lípě nebo v pražském ÚPMO v Podolí. Kompletní seznam porodnic provádějících odběr pupečnickové krve naleznete na stránkách www.pupecnikova-krev.cz

Zdroj: Bc. Petra Dvořáková, 22. 12. 2011

Ministr chce zrušit odměny za členství v orgánech VZP

Ministr zdravotnictví doc. MUDr. Leoš Heger, CSc., plánuje od roku 2013 zrušit stotisícové roční odměny, které poslanci pobírají za členství ve správní a dozorčí radě Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP).

Díky této změně by VZP mohla ročně ušetřit zhruba šest milionů korun. Většinu poslanců, kteří v orgánech VZP působí, údajně Hegerův návrh nevdá. Informovala o tom 26. prosince Česká televize. „Myslím si, že i toto je jedna z cest, jak podobná členství učinit méně atraktivní. Navrhujeme to a uvidíme, jaká bude reakce,“ uvedl L. Heger, jehož úsporný plán podporuje i předseda TOP 09 Karel Schwarzenberg. „Poslanci jsou dostatečně placeni a vyplývá to z jejich poslancecké funkce,“ míní Schwarzenberg. L. Heger zároveň plánuje od roku 2013 snížit počet členů správní rady VZP z 30 na polovinu. Ve správní a dozorčí radě VZP nyní podle ČT působí



18 poslanců. Největší tuzemská zdravotní pojišťovna každému z nich měsíčně vyplácí zhruba 20 000 korun.

ČT připomněla, že VZP je jednou z posledních veřejných institucí, v jejíž správní a dozorčí radě si mohou poslanci přivydělat. Ve státních a polostátních podnicích jim to už několik let zakazuje zákon o střetu zájmů, který se ale na VZP nevztahuje. VZP je totiž veřejnoprávní instituce, ve které poslanci odměny pobírat mohou.

Zdroj: čtk, 27. 12. 2011

Novorozenecká úmrtnost u nás není tak nízká, jak se Česko chlubí

ČR se chlubí jednou z nejnižších úmrtností novorozenců. Odborníci to vysvětlují vysokou úrovní lékařské péče a také tím, že u nás nejsou rozšířené alternativní možnosti porodu bez lékaře. Ve skutečnosti však statistiky tak úžasné nejsou, tvrdí biostatistička z Evropského centra pro medicínskou informatiku, statistiku a epidemiologii Markéta Pavlíková.

Co znamenají termíny novorozenecká a perinatální úmrtnost?

Oba ukazatele jistým způsobem odrážejí situaci v péči o těhotnou a o její dítě během těhotenství, při porodu a do měsíce po něm. Novorozenecká úmrtnost sleduje děti živě narozené a zemřelé během 28 dní po porodu a vztahuje je k počtu všech živě narozených dětí. Svědčí hlavně o péči o novorozence, zejména o děti předčasně narozené a z rizikových těhotenství.

Neonatologové a pediatri nesouhlasí

„Za neonatology sdílím názor, že porod doma nebo v alternativním zařízení, kde není přítomen lékař, je více ohrožující. Nízké statistiky jsou způsobeny přístupem lékařské péče a tedy tím, že děti se rodí v porodnicích, že je péče centralizovaná a že nejrizikovější případy jsou včas odesílány do specializovaných center,“ míní neonatoložka z Ústavu péče o matku a dítě v Podolí Petra Šaňáková.

Podle **dětského lékaře Jiřího Kiliana** údaje o perinatální a novorozenecké úmrtnosti zkreslené nejsou a dobře vypovídají o kvalitě poskytované péče. Navíc absolutní hodnoty v jednotlivých letech nejsou ani tak podstatné jako jejich vývoj. Podle něj nelze nijak spočítat, zda a jak přerušení těhotenství ze zdravotních indikací ovlivní perinatální a novorozeneckou úmrtnost. Krom toho i v jiných zemích jsou těhotenství ze zdravotních důvodů přerušována.

„Plánované porody doma a v porodních domech jsou navíc poněkud násilným pokusem kopírovat praxi v některých zemích světa. Nezohledňují tradice té které země včetně praxe, znalostí, zkušeností a dovedností porodních asistentek a jejich technického vybavení,“ míní Kilian.

„Při několika stech porodech mimo zdravotnická zařízení v České republice nemají porodní asistentky kde takovou praxi získat a jimi poskytnutá péče novorozenci není dostatečná, nedovedou poskytnout ani základní resuscitační péči,“ uzavřel.

Perinatální úmrtnost sleduje jak děti živě narozené a zemřelé do 7 dní po porodu, tak děti narozené mrtvé, a vztahuje je k počtu všech narozených dětí. Vypovídá tak o celkové úrovni péče o těhotnou a rodičku, má ale spoustu složek, které lze více či méně dobře ovlivňovat.

Náš statistiky jsou až neuvěřitelně nízké. Tvrdíte však, že jsou zavádějící, proč?

Mohou být zavádějící hlavně ve srovnávání s jinými zeměmi, už jen kvůli odlišným způsobům určování, co je živě a mrtvě narozené dítě. Podle současné metodiky se v České republice za živě narozené dítě považuje dítě projevující známky života a vážící alespoň 500 gramů. Pokud váží méně, musí přežít alespoň 24 hodin. Některé země vynechávají váhovou podmínku a sledují pouze známky života bez ohledu na to, jak dlouho dítě přežije.

Největší problém je ale v tom, že máme velmi odlišnou definici dítěte mrtvě narozeného. V České republice se za mrtvě narozené považuje dítě neprojevující známky života a vážící alespoň 1000 gramů, a ne 500 gramů, jak je již nyní obvyklé v Evropě. Ročně se tedy v Česku narodí téměř dvě stovky dětí, které podle běžněji užívané definice spadají mezi narozené, podle české definice však mezi potraty.

Jak jsme na tom tedy v porovnání s ostatními zeměmi?

Novorozenecká úmrtnost je podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky za rok 2009 1,4 promile. Podle Českého statistického úřadu je to číslo ale vyšší – 1,6 promile. Číslo se liší, protože vykazování zdravotnických zařízení bývá bohužel často neúplné, zejména u mrtvěrozených dětí. Perinatální úmrtnost je za rok 2009 podle ÚZIS 2,9 promile, dle ČSÚ 3,6 promile.

Pokud tento údaj přepočteme podle definice WHO a budeme tedy pracovat s váhou plodu 500 gramů, dosahuje to číslo 5,2 promile. Pro srovnání perinatální úmrtnost za rok 2009 v Rakousku je 5,6, v Německu 5,3, ve Švédsku a Norsku 4,9, v Nizozemsku 5,7 promile. České výsledky jsou tak sice na evropské špičce, ale jinak stejné s ostatními blízkými zeměmi.

Předpokládám, že lékařská péče je v těchto evropských zemích srovnatelná. Jaké faktory tedy tato čísla ovlivňují?

V tak bohatých, kulturně, zdravotně a hygienicky vyspělých zemích, jako jsou v Evropě, se v těchto indikátorech odrážejí daleko více sociální, kulturní i náboženské aspekty. Například podíl imigrantů z afrických a blízkovýchodních zemí v Anglii nebo Nizozemí, ale také obecný přístup k vyhledávání a zejména nakládání s nenarozenými dětmi, u kterých byla nalezena nějaká vrozená vývojová vada.

Tedy screeningové vyšetření v těhotenství a případný potrat.

Nakolik to snižuje statistiky?

Poměrně hodně. V Česku je vyhledávání vývojových vad v těhotenství zdravotníky plošně nabízeno, často téměř vnucováno. V případě náznaku přítomnosti vady jsou další, invazivní vyšetření brána jako automatická. Při nalezení vady zdravotníci podle sdělení rodiček vytvářejí silný tlak na ukončení těhotenství. O takto ukončených životech dětí se často mluví jako o „úspěchu prenatalní medicíny“. Taková strategie důsledných potratových doporučení dlouhodobě snižuje číslo perinatální úmrtnosti.

Plošný screening a jeho důsledky je potřeba vzít v úvahu, když porovnáme česká čísla s jinými zeměmi. Se zeměmi, kde jsou vyšetření na vývojové vady v těhotenství pouze nabízena jako jedna z možností a mnoho těhotenství i v případě odhalení vady pokračuje dále.

Děti s některými vrozenými vadami zemřou v období, které se započítává do perinatální úmrtnosti. V České republice takové dítě většinou skončí mezi potraty. České hodnoty perinatální úmrtnosti jsou proto zcela srovnatelné s ostatními zmiňovanými zeměmi, tedy i těmi, kde je svobodná volba místa porodu a pečovatele u porodu samozřejmou součástí zdravotního systému.



Znamená to tedy, že domácí porody a porodní domy bez lékařů úmrtnost dětí nezvyšují?

Porody mimo zdravotnická zařízení nejsou českým zdravotnickým systémem podporovány a není zde zajištěna hladká komunikace a návaznost zdravotní péče a proplácení zdravotní pojišťovnou, jako je tomu například právě v Německu nebo v Rakousku.

Ročně se přitom v České republice narodí mimo zdravotnická zařízení několik stovek dětí. Část neplánovaně v rámci překotných porodů, část asociálně (například utajené porody nelegálních imigrantek a narkomanek).

Za posledních deset let se ale také stále zvyšuje počet dětí narozených plánovaně a asistovaně s porodní asistentkou. Poslední publikované údaje z roku 2009 ukazují, že v Praze, kde je oproti zbytku republiky lepší dostupnost samostatných porodních asistentek, se plánovaně doma narodí zhruba 1 procento dětí.

To odpovídá celonárodnímu podílu takových porodů například v Německu. Současné jsou pražské ukazatele novorozenecké a perinatální úmrtnosti (stanovené podle bydliště matky) hluboko pod celorepublikovým průměrem.

Je tedy zřejmé, že takové tvrzení nestojí na žádných racionálních základech. Důvody, proč někteří zdravotníci, případně politici, tento argument stále používají, mohou být různé – od prosté neinformovanosti, případně nechuti se informovat, po záměrnou manipulaci, za kterou může být například strach pustit za posledních 50 let získanou kontrolu a moc zpět do rukou rodičů a porodních asistentek.

Zdroj: M. Procházková, iDNES, 27. 12. 2011

Souhrn reformních změn

Hlavní změny, které pro pacienty vyplývají ze schválené zdravotnické reformy pro rok 2011 a 2012.

Od 1. prosince 2011

- Pacienti dají za den v nemocnici regulační poplatek 100 korun místo dosavadních 60 korun.
- Pojištěnci mohou přejít k jiné zdravotní pojišťovně jen jednou za rok s půlroční čekací lhůtou, dosud to bylo možné k prvnímu dni čtvrtletí a bez čekací lhůty.

Od 1. ledna 2012

- Pacienti si mohou připlatit na prvních 18 nadstandardů, jako je lehčí sádra, lepší oční čočka a některá očkování. Zatím nebudou platit za robotickou operaci či výběr operátora.
- Zrušena platba za položku na receptu, pacienti dají 30 korun za recept, ne už za každou položku na receptu.

Od 1. dubna 2012

- Pacienti si zaplatí ty léky, které nejsou výhradně na recept, cena nerozhoduje, původní omezení na léky do 50 korun padlo.
- Pacient získá větší práva na informace o svém zdravotním stavu i poskytovaných zdravotních službách.
- Vzniká nárok pacienta na podrobnou informaci o prováděném výkonu. Lékař ho musí seznámit se zákrokem, jeho důsledky a následky. Výjimkou jsou urgentní výkony v ohrožení života a případy, kdy si pacient výslovně nepřeje být informován.
- Pacient může určit, za jakých okolností chce být léčen. Zavádí se institut dříve vysloveného přání pacienta. Bude platný pět let a může být kdykoli změněn.

- Svobodná volba poskytovatele péče. Lidé si mohou oficiálně vybírat například nemocnici, kde se chtějí léčit.
- Pacientům vzniká právo na přítomnost osob blízkých při poskytování zdravotnických služeb.
- Pacient může určit osoby, které mají právo na informace o jeho zdravotním stavu a mohou nahlížet do pacientovy dokumentace.
- Pacient má právo na další názor. Před vážnou operací smí postup operace i diagnózu konzultovat s dalším lékařem, pojišťovna to zaplatí.
- Pacient bude mít díky definici nároku přehled, na jakou péči má právo a na jakou si může legálně připlatit.
- Veškeré údaje o poskytovatelích zdravotních služeb budou v Národním registru poskytovatelů na webu ministerstva zdravotnictví.
- Stanovují se práva a povinnosti poskytovatelů péče včetně sankcí za jejich porušení.
- Prodloužení dojezdové doby záchranky z 15 na 20 minut.
- Záchranáři budou moci požadovat nezbytně nutnou pomoc od lidí, ti ale nesmějí být pomoci vystaveni ohrožení života nebo zdraví.
- Nemocnice jen výjimečně budou smět odmítnout pacienta, nikdy ale pacienta, který je v bezprostředním ohrožení života.
- Očkování proti rakovině děložního čípku uhradí dívkám od 13 do 14 let pojišťovna.
- Změny v umělého oplodnění – pojišťovna uhradí čtyři cykly, když se v prvních dvou zavede jedno embryo. Zůstává i dosavadní varianta tří pokusů za život s více embryi.
- Upravují se pravidla pro anonymní dárce zárodečných buněk. Darovat vajíčko mohou ženy od 18 do 35 let, sperma muži od 18 do 40 let.
- Ženy mohou podstoupit dobrovolnou sterilizaci od 21 let. Ze zdravotních důvodů, třeba při nádorovém onemocnění, ji mohou podstoupit po písemném souhlasu od 18 let, mladší se souhlasem zákonných zástupců, odborné komise a soudu.
- Léčebnou kastraci lze provést pacientovi po dovršení 25 let, který v minulosti spáchal násilný sexuálně motivovaný trestný čin. Pacientovi v ochranném léčení jen se souhlasem soudu.

Zdroj: čtk

Výjezdová pohotovost končí, do nemocnice už vás nezaveze

Od nového roku je v celém Zlínském kraji zrušena výjezdová pohotovost. Rozhodli o tom krajští zastupitelé, podle kterých je o tuto službu malý zájem. Záchranáři i lékaři se bojí zmatků a komplikací, které kvůli tomu mohou nastat. „V méně závažných případech si zavolejte taxislužbu,“ radí ředitel nemocnic.

Představte si, že máte doma nemocnou babičku. Je stará, nechodí a najednou v noci dostane vysokou teplotu. Protože je víkend a lékárny jsou zavřené, zavoláte pohotovost, která k vám pošle sanitku s lékařem. Ten zjistí, že má zánět průdušek, podá jí lék a vypíše recept, který si ráno vyzvednete v lékárně.

Zdá se vám to jako samozřejmost? Připravte se na změnu. Už od 1. ledna. Zlínský kraj se totiž po poradě s řediteli nemocnic rozhodl, že pohotovostní návštěvní službu zruší, protože je málo vytížená. „Navíc lékař, který odjede k případu, pak schází v ordinaci pohotovosti a pacienti na něj musejí čekat,“ vysvětlila krajská radní Hana Příleská.



Jenže praktičtí lékaři, kteří slouží pohotovosti, i záchranáři se novinky obávají. „Nedokážu si představit, jak to v praxi bude fungovat“ upozornila lékařka Jiřina Dvořáčková.

Šéf nemocnice: Jedte taxíkem

Návštěvní služba je součástí takzvané Lékařské služby první pomoci a zajišťují ji lékaři, kteří mají právě službu na pohotovosti. Provozují ji krajské nemocnice.

Nemá tedy nic společného se záchrankou. Záchranáři vyjíždějí ve chvíli, kdy jde, laicky řečeno, o život. Tedy k dopravní nehodě, požáru nebo tam, kde je lidský život v ohrožení.

Ve všech ostatních případech přijede pohotovostní návštěvní služba. Například ve chvíli, kdy vás v noci přepadne ledvinová kolika, bolesti zad, žlučnickový záchvat nebo silné zvracení a průjem.

„Třeba v období chřipkové epidemie jezdíme často,“ upozornil lékař Lubomír Nečas. Ve Zlíně vyjíždějí lékaři během jednoho víkendového dne i patnáctkrát.

Někteří lidé se do nemocnice nebo za lékařem dopraví sami nebo požádají příbuzné. Řada starších lidí ale nemá ani jednu z možností, navíc se například sami nemohou hýbat. Od ledna se tak mohou dostat do velkých potíží.

Pokud se rozhodnou vytočit číslo 155, tedy záchranáře, zřejmě si moc nepomohou. Sestra, která hovor přijímá, jim asi často doporučí, aby se dopravili do nemocnice sami.

Ředitel nemocnice v Uherském Hradišti Antonín Karásek radí totéž. „V méně závažných případech si zavolejte taxislužbu. V těch zásadních pochopitelně záchranku,“ vzkazuje Karásek. Ale i v případě, kdy záchranka přijede, je otázka, jestli vůbec pomůže. „Záchranáři totiž nemohou vypisovat recepty a také nevozí léky, které bývají potřeba,“ vysvětlila Dvořáčková.

Záchranáři ze změny také nadšení nejsou. Podobně jako kraj, i oni si od nového roku budou sledovat počty svých výjezdů. Pokud případů neúměrně přibude a nebudou to zvládat, obrátí se na kraj.

„Může se třeba stát, že v době, kdy budeme ošetřovat zlomenou ruku nebo chronicky nemocného pacienta, dojde u neodkladného případu například k trvalým následkům,“ varuje ředitel krajských záchranářů Anton Vaňo.

Lékaři, kteří mají na pohotovosti dlouholetou praxi, ale upozorňují i na další problémy. Ty pocítí rodiny, kterým doma někdo zemře. Například dlouhodobě ležící starý člověk. Při každém úmrtí mimo nemocnici musí praktický lékař tělo ohledat a vystavit úmrtní list. A týká se to i případů, u kterých se objeví policisté. „Když najdou sebevraha nebo se stane vražda, potřebují nás. A pak to trvá i několik hodin,“ uvedl Nečas.

Zdroj: J. Fuksová, MF Dnes, 29. 12. 2011

Polovina Čechů klidně jí prošlé léky

Průzkum MF DNES vyděsil lékaře i lékárníky: prakticky každý druhý člověk přiznal, že polyká i prošlé pilulky, místo aby je vrátil do lékárny. Je to hazard se zdravím. Je to totéž jako si koupit vlašský salát a nechat ho stát dva týdny na stole v kuchyni. A teprve pak se do něj pustit. Takové přirovnání má odborník na léky Josef Suchopár ke konzumaci prošlých léků.

V průzkumu společnosti Median pro MF DNES se k tomu přiznalo 36 procent lidí. A dalších více než patnáct procent přiznalo, že jim leží dlouho doma v šuplíku a pak je taky buď použijí, nebo je vyhodí. To znamená, že celá polovina populace se nebojí jíst staré léky.

„Což je vyloženě hazard se zdravím, obzvlášť u antibiotik tetra-cyklinového typu nebo u očních a nosních kapek. I když je člověk skladuje v lednici, tak se mnohé už po týdnu rozkládají a stávají se jedovatými,“ kroutí hlavou Josef Suchopár.

V průzkumu se ukázalo, že ženy jsou zjevně šetrnější, zřejmě je jim více líto léky vyhodit. A tak celých 43 procent žen přiznalo, že jedí léky po lhůtě spotřeby. U mužů to je necelých 29 procent. S léky to přitom není jako s masem, které když se zkazí, tak to člověk pozná na první pohled.

„Na tabletách nemusí být vůbec nijak znát, že tam začaly probíhat rozkladné procesy a že se lék stal toxickým. Někdy dokonce lék nemusí být ani prošlý, stačí, když jej pacient nesprávně skladuje, a už je jedovatý. Některé léky ničí i běžné denní světlo, jiné nesmějí zmraznout, jako třeba inzulinu, ty se pak už nikdy nesmějí použít,“ říká mluvčí České lékárnické komory Aleš Krebs.

Nespotřebované léky je nutné vrátit do lékárny

Lékárníky překvapilo i nízké procento lidí, kteří prošlé léky vždycky vrátí do lékárny. Což je jediný správný postup, jak se starými léčivy naložit, protože lékárny je nechávají zlikvidovat jako nebezpečný odpad.

Ročně takto skončí ve spalovnách 550 tun nevyužívaných tablet za 3,5 miliardy korun. Pro představu: jen každý obyvatel Prahy odevzdal lékárnám loni 30 plátek nespotřebovaných léků.

Potíž je, že sedm procent lidí přiznalo, že tabletky nevracejí a vyhazují je sami. „Jenže léky, které se dostanou do běžného odpadu nebo vody, se dostávají logicky do potravního řetězce a pak způsobují dost velké následky. Takto například vznikají rezistence pacientů na antibiotika,“ dodává Aleš Krebs.

Farmakolog Jan Švihovec k tomu říká, že se sice přibližně osmdesát procent léků dá použít i po skončení doby trvanlivosti, ale zbylých dvacet procent zásadně nikdy.

„Dělali jsme v roce 1985 pokus, kdy jsme u jistých léků, které zbyly ve skladech od druhé světové války, zjišťovali, zda se ještě dají použít, a ukázalo se, že ano,“ vzpomíná Švihovec. Pro laiky však podle něj platí vždycky zásada: prošlé léky nikdy nejíst a vždy vracet lékárně. „Jen odborník totiž ví, kterých je těch dvacet procent léků, které se nesmějí po datu spotřeby jíst,“ dodává.

Takže zatímco třeba aspirin se musí vyhodit vždy, protože se v něm uvolňuje kyselina octová, tak třeba u léků na překyselený žaludek nebo paralenu to farmakologové tak přísně nevidí, protože jde o stabilní molekuly.

Podobně tolik nevádí překročená doba spotřeby třeba u živočišného uhlí. Naopak antibiotika, masti a kapky je nutné zlikvidovat vždycky. Staré léky v lepším případě nebudou účinkovat, v horším tělu ublíží. Češi přitom patří mezi velké milovníky léků. Ve výzkumu MF DNES agentury Median přiznalo bezmála 60 procent lidí, že mají v domácí lékárně nejmeně jedno až deset balení léků. Ještě víc, tedy jedenáct a více krabiček, má doma skoro 17 procent lidí.

Zdroj: MF DNES, 29. 12. 2011



Výrobci léků budou v USA muset hlásit platby lékařům

Farmaceutické firmy budou ve Spojených státech muset informovat o tom, kolik platí lékařům za různá školení, výzkum, konzultace, cesty či zábavu. Podle různých šetření podobné platby mohou ovlivnit, jaké léky doktoři předepisují, což se podílí na dražší zdravotní péči.

Vláda si od nového opatření slibuje, že lékaři budou brát větší ohled na zájmy pacientů, a ne na svůj finanční prospěch. Informoval o tom deník The New York Times.

Z analýz listu vyplývá, že na výplatních páskách výrobců léků a zdravotnických potřeb je kolem čtvrtiny doktorů ve Spojených státech. Peníze dostávají například za konzultace či přednášky. V některých případech může jít o stovky tisíc až milióny dolarů ročně. Celé dvě třetiny doktorů pak čas od času přijímají pozornosti v podobě jídla, například pozvání na večeři či oběda pro své zaměstnance. Lékaři, kteří berou peníze od farmaceutických firem, přitom podle zjištění deníku The New York Times praktikují medicínu jinak než jejich kolegové, již takové platby nedostávají. Jsou například při předepisování léků ochotní více riskovat a experimentovat, když třeba podávají silná antipsychotika dětem. Podle nových pravidel budou muset o platbách lékařům informovat všechny firmy, které vyrábějí alespoň jeden produkt, na nějž se vztahuje nějaká podoba státního zdravotního pojištění. Podle odhadů administrativy prezidenta Baracka Obamy půjde zhruba o 1100 společností, které budou již brzy muset zveřejňovat údaje o tom, zda konkrétního lékaře platí za propagaci nových výrobků, anebo zda třeba jen nechaly do jeho ordinace doručit sendviče a kávu. Americká vláda se přitom nesnaží rozlišovat mezi vhodnými či nevhodnými platbami. Tvrdí pouze, že pacienti mají právo na co nejvíce informací, aby se mohli při výběru lékaře dobře rozhodnout. Někteří zástupci farmaceutického průmyslu se ale obávají, že nové údaje mohou být využity při soudního sporech a že se teď lékaři budou bát spolupracovat s farmaceutickými firmami, což by mohlo zbrzdit inovace v oboru. Nová pravidla, která jsou součástí Obamovy rozsáhlé reformy zdravotnictví, nyní procházejí veřejným připomínkovacím řízením, které skončí v polovině února. Poté americká vláda vydá jejich definitivní podobu.

Zdroj: čtk, 18. 01. 2012

Ukrajina a Rusko jsou ohnisky epidemie AIDS

Ukrajina a Rusko jsou jediné státy na světě, kde se epidemie AIDS dál s rostoucí silou šíří. Na tiskové konferenci v Kyjevě to 16. ledna prohlásil Michel Kazatchkine, výkonný ředitel organizace Globální fond pro boj s AIDS, malárií a tuberkulózou.

Ostatním státům včetně afrických se podle něj podařilo epidemii přinejmenším zastavit.

„Toto je jediná oblast na světě, kde epidemie AIDS dál roste,“ řekl Kazatchkine. Jeho slova podporují údaje OSN, podle nichž je z evropských zemí situace na Ukrajině nejhorší – v zemi je virem HIV nakaženo 1,3 procenta lidí starších patnácti let. Ukrajina a Rusko se podílejí 90 procenty na počtu nových případů AIDS ve střední

a východní Evropě. Podle Kazatchkina byla reakce ukrajinského zdravotnictví na epidemii AIDS váhavá a nedostatečná. „Dokonce i v zemích, kde jsme v minulosti vždy zaznamenávali vysoký počet nových onemocnění, dochází k určitému poklesu. Týká se to i těch nejohroženějších zemí Afriky,“ řekl.

Globální fond pro boj s AIDS, malárií a tuberkulózou je v současné době největší světovou organizací dotující národní zdravotnické programy. Ve 150 zemích světa nyní investuje 23 miliard dolarů (465 miliard korun), pro Ukrajinu od roku 2003 do roku 2016 hodlá uvolnit celkem 640 miliónů dolarů (téměř 13 miliard korun). Organizace sídlící v Ženevě začala fungovat v roce 2002, jedním z prvních jejích přispěvatelů byl zakladatel společnosti Microsoft Bill Gates. Finanční prostředky získává fond od soukromých dárců nebo od vlád rozvinutých západních a asijských států.

Zdroj: čtk, 18. 01. 2012

INZERCE

214-04-11

PLDD hledá do zavedené pediatrické praxe v pronajatých prostorách **v centru Českých Budějovic zástup** na 1–2 dny v týdnu, s možností převzetí praxe. Kontakt: Furstová, 602 834 457

224-11-11

Přenechám (prodám) praxi praktického lékaře pro děti a dorost **v centru Prahy 6**. Telefon: 224 316 781, 604 855 400

225-11-11

Lékařka **přenechá** velmi dobře zavedenou praxi **PLDD v Praze 10**. Telefon: 602 230 697

226-11-11

Odkoupím praxi **PLDD**, nejlépe **Praha-západ, Kladno**. Telefon: 722 207 787

227-12-11

Do soukromého moderního ambulantního zařízení **v Českých Budějovicích hledáme** dětského **lékaře, lékařku**, možno i na částečný úvazek. Seriózní jednání, zaměstnanecké výhody. Tel.: 603 175 133

228-1-12

Hledám pravidelný **zástup** do ordinace **PLDD v Praze 6** každou středu odpoledne od 12 do 16 hodin na poradenskou část. Vhodné pro lékařku na MD či lékařku v důchodu. Tel.: 604 988 174

229-1-12

Setkání absolventů FDL UK po 30 letech (1976–1982) se koná **v sobotu 21. 4. 2012 od 15 hodin v Pizzerii Di Carlo**, K Hrnčířům 96, Praha 11. Kontakt: hana.kalikova@gmail.com

230-1-12

Přenechám velmi výhodně zavedenou praxi **PLDD ve Stříbře, 30 km od Plzně**, a to co nejdříve. Telefon: 374 624 204, GSM: 607 254 531

V této rubrice je možné otisknout požadavky na zástupy, možnost zaměstnání asistenta, lektory, pronájmy místostí apod. Pro členy SPLDD a OSPDL zdarma

Autodidaktický test 1/2012

Dermatologie novorozeneckého věku

1) Miliaria novorozenců jsou způsobena

- a) hyperplazií mazových žláz vlivem mateřských androgenů
- b) retencí potu s následnou rupturou potních vývodů při přehřátí dítěte
- c) tvorbou inkluzních cyst z keratinizovaného stratum corneum
- d) zánětlivou obstrukcí vývodů mazových žláz

2) Mongolská skvrna je dermální melanóza a

- a) je patognomonická pro Downův sy.
- b) ohrožuje do budoucna nositele vyšším rizikem maligního zvratu
- c) vzniká poruchou migrace buněk z neurální lišty
- d) objevuje se u klasické formy kongenitální adrenální hyperplazie

3) Cutis marmorata congenita se klinicky projevuje mramorovou či retikulární kresbou na kůži, která

- a) se objevuje v chladu ihned od narození a vymizí zcela do 1 měsíce
- b) se objevuje v chladu mezi 2.–4. týdnem a zcela vymizí do 1 měsíce
- c) se objevuje ihned po narození, a to pouze v chladném prostředí u nedonošených novorozenců, a po zahřátí vymizí během několika minut
- d) se objevuje ihned po narození a nevymizí ani po zahřátí
- e) se často vyskytuje spolu s dalšími vrozenými vadami

4) Epsteinovy perly se nacházejí u novorozenců v ústech

- a) při kongenitální infekci Epstein-Barrové virem
- b) ve střední čáře patra (raphe) a jedná se o epiteliální keratinové cystičky, které popsal český pediatr prof. Alois Epstein z Jindřichohradecka
- c) s vrozenou srdeční vadou – trikuspidální chlopenní vadou, tzv. Epsteinovou anomálií
- d) a vznikají ze zbytku kraniofaryngeální dučeje a mohou být prvním projevem craniopharyngeomu

5) Ranula je:

- a) synonymum pro Epsteinovy perly
- b) granulom vznikající na podkladě perinatálního iatrogenního poškození novorozenecké kůže
- c) retenční cysta při neprůchodnosti vývodu slinné žlázy
- d) označení embryonálního základu jazyka

Nyní
ještě blíže
mateřskému
mléku

Sunar
**nutra
defense**

Prebiotika/Prebiotika
DHA & ARA
Nukleotidy

Prebiotická vláknina GOS

Podporuje růst střevní mikroflory^{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

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, Marien 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, Baggs GE, et al. Effect of dietary ribonucleotides on infant immune status.
Part 2: Immune cell development. Pediatr Res 2004 Dec; 56(5): 891-900. 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(5): 883-90.
5. Gutiérrez-Castrellón P, Mora-Magaña I, Díaz-García L, Jiménez-Gutiérrez C, Ramírez-Mayans J and Solomon-Santibáñez GA. Immune
response to nucleotide-supplemented infant formulae: systematic review and meta-analysis. British Journal of Nutrition 2007; 98(Suppl.1): S64-7.

NOVINKA
NA DOBRU
NOC



800 201 102

www.nutradefense.cz

