

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX

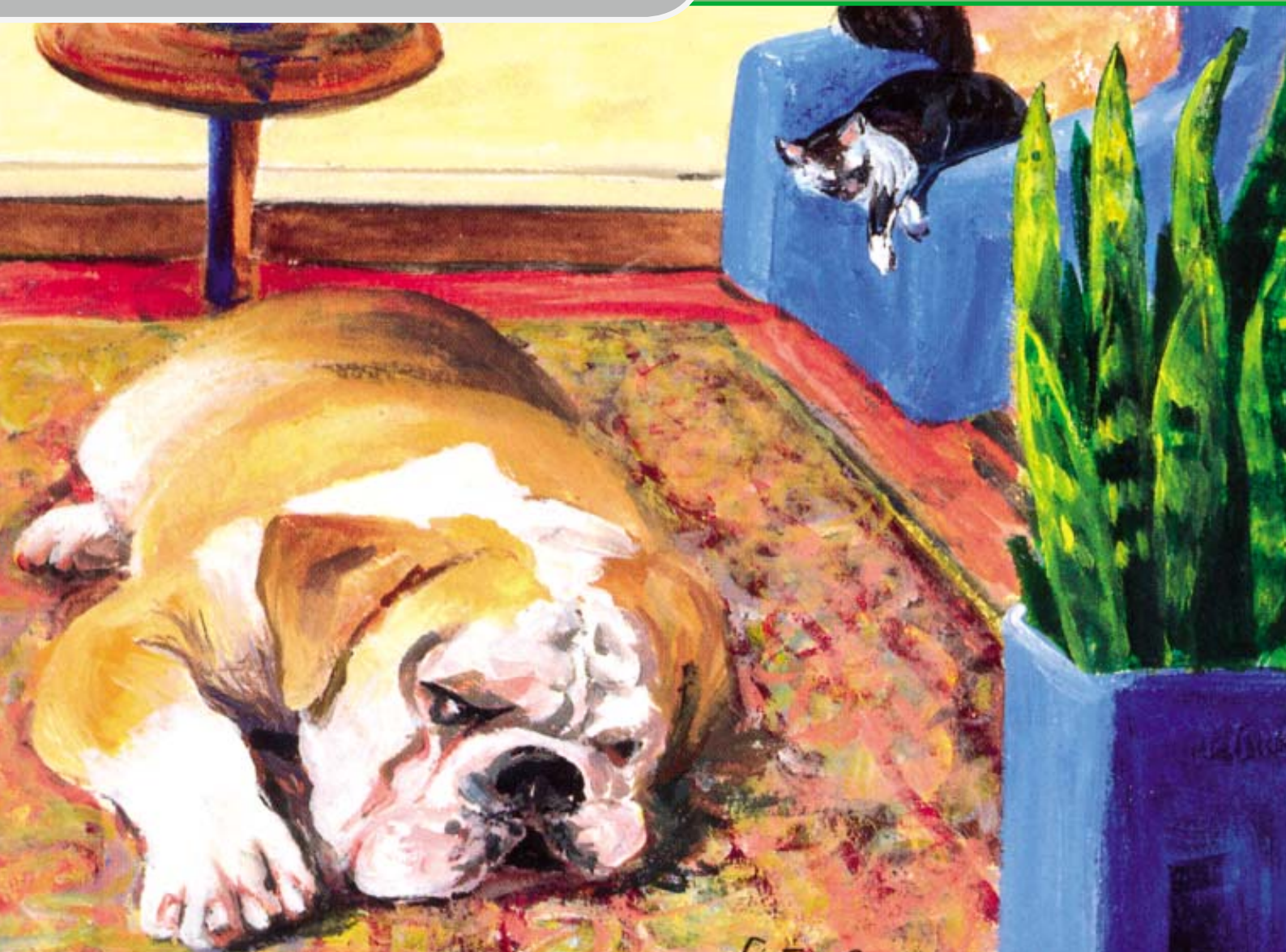
PEDIATRIAE

březen 2012
číslo 3 • ročník 12



téma čísla

NEONATOLOGIE



- Posudek o zdravotní způsobilosti
- Rámcové smlouvy
- Pohotovostní lékařská služba pro děti a dorost
- Dlouhodobá domácí oxygenoterapie
- Současná indikační kritéria imunoprophylaxe RSV infekcí
- Výživa dětí v prvním roce života
- Jak hodnotit růst kojeného dítěte
- Nové dimenze v diagnostice a léčbě cystické fibrózy
- ECMO v léčbě RSV pneumonie



Pracujeme pro zdravější svět™



GlaxoSmithKline

Nyní
ještě blíže
mateřskému
mléku

**nutra
defense**

Prebiotika/Prebiotika
DHA a ARA
Nukleotidy

Prebiotická vláknina GOS

Podporuje růst střevní mikroflóry^{1,2}
Pouze prebiotická vláknina GOS je přirozenou součástí
mateřského mléka.

Nenasycené mastné kyseliny DHA a ARA

Přispívají ke zdravému růstu a vývoji kojenčů
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 příjmků. Kojení je nejlepší způsob výživy dítěte.
Pokrmovina pro zvláštní výživu. Tento materiál je určen speciálně pro odbornou veřejnost.

Odemy na odbornou literaturu: 1. Ben KM, 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;
117:327-33. 2. Fanaro S, Mariani B, Bagna M, Vigli V, Fabris C, Pina-Quimara 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, Bagges GE, et al. Effect of dietary ribonucleotides on infant immune status.
Part 2: Immune cell development. *Pediatr Res* 2004 Dec; 56(5): 890-900. 4. Schaller JP, Kuchan MJ, Thomas DL, Cordle CT, Winship TR,
Buck RH, et al. Effect of dietary ribonucleotides on infant immune status. Part 1: Humoral responses. *Pediatr Res* 2004 Dec; 56(5): 883-89.
5. Gutiérrez-Castrellón P, Mora-Hugajhu L, Díaz-García L, Jiménez-Gutiérrez C, Ramírez-Mayans J and Salomon-Santibáñez GA. Immune
response to nucleotide-supplemented infant formulas: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Nutrition* 2007; 98 (Suppl): 1564-7.

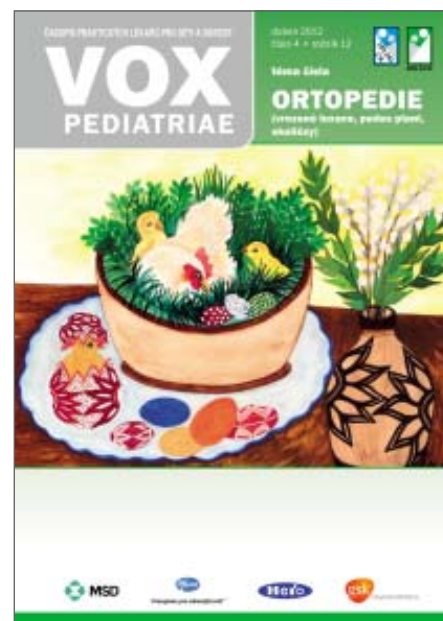
NOVINKA
NA DOBRU
NOC



800 201 102

www.nutradefense.cz

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Koalice soukromých lékařů	6
	Právní rubrika: Posudek o zdravotní způsobilosti	9
	Rámcová smlouva: pojištění odpovědnosti	11
	Rámcová smlouva: OTTO OFFICE	12
	MUDr. Josef Havlík	13
	Pohotovostní lékařská služba pro děti a dorost	
	MUDr. Eva Dortová, doc. MUDr. Jiří Dort, Ph.D.	
	Dlouhodobá domácí oxygenoterapie – bezpečná metoda v léčbě dětí s bronchopulmonální dysplazií	16
	doc. MUDr. Jan Janota, Ph.D.	
	Současná indikační kritéria imunoprofylaxe RSV infekcí	18
	MUDr. Bohuslav Procházka a kolektiv	
	Výživa dětí v prvním roce života – 2010	20
	Ing. J. Vignerová, CSc., Mgr. M. Paulová, Ph.D., RNDr. J. Riedlová	24
	Jak hodnotit růst kojeného dítěte v prvních měsících života	
	MUDr. Veronika Skalická a kolektiv Centra CF FN Motol	
	Nové dimenze v diagnostice a léčbě cystické fibrózy: od novorozeneckého screeningu k léčbě podstaty onemocnění	26
	MUDr. Václav Vobruba a kolektiv	
	ECMO v léčbě RSV pneumonie – kazuistika	30
	Ze světa odborné literatury	32
	Aktuality	34
	Řádková inzerce	37
	Autodidaktický test	38
	VYHLÁŠKA č. 39/2012 Sb., o dispensární péči ze dne 23. ledna 2012	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

GSK
Hero
Johnson & Johnson
Nestlé
Nutricia
MSD
Otto Office
Pfizer

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX

PEDIATRIAE

www.detskylekar.cz

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

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

Odborná garance: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

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

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

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



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

máme před sebou letošní seriál regionálních konferencí. Konferencí, na kterých se bude bilancovat uplynulé období, bude se hodnotit činnost Sdružení, budou přednesena pozitiva a jistě budou diskutována negativa, budou voleni noví zástupci Sdružení. Co byly vlastně ty nejdůležitější události uplynulého roku a volebního období?

Upřímně musím uznat, že především pozitiva se budou hledat obtížně. Do pozitiv tak spadnou spíše jen případy odvracení či zmírnění „katastrof“, které na nás byly chystány. Tvůrčích pozitivních výstupů nám uplynulá doba příliš nepřinesla. Není proto divu, že do oněch tvůrčích úspěchů snad spadá jen úspěšné navázání komunikace se zahraničím. Stále ještě trvá, že se máme čím pochlubit, že péče o dětskou populaci snese i přísnější kritéria ve srovnání i s tzv. vyspělým západem. Budeme se ale moci chlubit i v dalších letech?

Na začátku uplynulého volebního období dozníval příznivý trend narovnávání úhradového systému směrem k praktickým dětským lékařům. Poslední dva roky jsme ale bojovali o udržení dosaženého stavu, přišli jsme o regulační poplatky, plné kompenzace jsme se přes sliby politiků nedočkali. Avizovaná stabilizace středního zdravotnického personálu měla jepičí život. Zavedení PedAkordu se scvrklo do odvrácení zavedení e-preskripce jako povinné součásti Akordu, zrušena byla vazba ohodnocení na účast v systému IZIP. Ve smířčích jednáních se nám podařilo díky statečnosti několika kolegů alespoň zmírnit aroganci dominantního plátce v uplatňování regulací.

Systém na nás navlil logistiku a manažering očkování. Ze systému vypadly hygieny a vstoupil nový fenomén distribuce očkovacích látek do ordinací formou přímé distribuce s povinným nákupem očkovacích látek pro nepovinná očkování hrazená z veřejného zdravotního pojištění. Sice se nám podařilo odvrátit hrozbu nákupu očkovacích látek pro povinná očkování, dodnes jsme ale nespokojeni se způsobem vykazování tohoto očkování zdravotním pojišťovám.

Politici nám chtěli přisít 24hodinovou péči o naše pacienty, nejasný však zůstává osud tzv. LSPP. I když i nadále platí, že vše by mělo být ryze smluvní záležitostí, agresivita krajů, kam tato kompetence přešla pod novou legislativou, narůstá, své jistě sehrává a ještě sehráje možnost sankcí. Vše doplněno o až strašidelný nárůst administrativy v souvislosti s vedením zdravotnické dokumentace, atd., atd.

I když to vypadá až strašidelně, jak jsem uvedl v předchozím odstavci, přesto si dovolím vyzvat vás všechny, přijďte na naše konference. Vzdáte tím hold vámi voleným funkcionářům Sdružení. Podpořte je svou účastí, zaslouží si to. Možná jsou i někteří z toho neustálého boje unavení, ukažme našim „soupeřům“ na poli zdravotnictví, že máme tu sílu a že unavené dokážou zastoupit další. Není nás málo a já věřím, že většina z nás má svou práci ráda. Nedopusťme ústup z vydobytých pozic, i když to nebude snadné. Na mnoha konferencích budete mít možnost diskutovat s politiky, zástupci zdravotních pojišťoven a dalšími pozvanými hosty, přispějte i vy svým názorem do chystaných diskusí.

Na závěr mi dovolu pár parafrází. „Koho chleba jíš, toho píseň raději nezpívej. Mohlo by se stát, že odvracíš pozornost od chleba, který ti nechutná.“ Snad je vám všem jasné, co tím autor chtěl vyjádřit. Nebo snad: „Kdo po tobě kamenem, ty po něm dvěma...“, jistě poučné pro naši práci ve Sdružení. A na závěr jednu poučnou: „Neříkej hop, ani když už jsi přeskočil. Nejdříve se podívej, do čeho jsi přistál...“ Osobně jsem přesvědčen, že se nám nakonec podaří přistát na pevnou a čistou půdu, ale nepodaří se nám to, pokud nás nebude na to skákání dost.

Těším se na setkání s vámi

Pavel Neugebauer



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Pavel Neugebauer
předseda SPLDD ČR

V lednu probíhala ještě řada jednání na téma vykazování očkování v roce 2012. I když se podařilo dohodnout se zdravotními pojišťovnami na prodloužení modelu očkování z roku 2011 do konce ledna 2012, vykazování ZULP zůstalo i nadále sporným bodem především v situaci volby alternativní očkovač látky rodičem dítěte. Podepsání tzv. očkovačho dodatku se proto zatím odložilo na neurčito. Ve stínu těchto jednání tak trochu zůstala jednání o úhradových dodatcích pro rok 2012. Jelikož základním zadáním bylo udržet výši úhrad z roku 2011 a ošetřit především problematiku regulací, došlo nakonec nad texty dodatků k dohodě a texty těchto dodatků byly u všech zdravotních pojišťoven odsouhlaseny.

3.1. – Na svém pravidelném jednání se sešla Koalice soukromých lékařů. O výstupech z tohoto jednání jsme informovali již v předchozím čísle.

5.1. – Na půdě MZ ČR se uskutečnilo jednání nad novým modelem očkování v letošním roce. Hlavním výstupem z tohoto jednání byl úkol pro ZP rozšířit hrazení očkovačích látek i na ty, které se aplikují ze zdravotních důvodů. Výklad dosavadního znění připravované příslušné Metodiky totiž zakládal povinnost objednávat očkovač látky pro tyto účely jednotlivými lékaři na jejich účet s proplácením ze strany zdravotních pojišťoven lékařů, nikoliv distributorovi. Díky striktnímu postoji náměstka Ing. Petra Noska tuto změnu zdravotní pojišťovny akceptovaly a do týdne rozšířily smlouvu s distributorem o hrazení i těchto očkovačích látek distribuci.

10.1. – Na svém mimořádném jednání se sešlo předsednictvo Sdružení, aby projednalo aktuální situaci kolem nového modelu vykazování a hrazení očkování. Výstupem z tohoto jednání bylo následující prohlášení:

Předsednictvo SPLDD důrazně protestuje proti situaci, která vede k nejednotnému výkladu způsobu vykazování a úhradě očkování hrazených z veřejného zdravotního pojištění (dále v.z.p.). Z těchto důvodů do doby podepsání tzv. „očkovačho dodatku“ Předsednictvo doporučuje vykazovat pravidelná očkování dosavadním způsobem. Za zásadní vidí Předsednictvo úpravu následujících částí Metodiky, která je součástí „očkovačho dodatku“:

- nepřijatelné je zakotvení vykazování ZULP u všech očkování hrazených z v.z.p. a při použití vakcín hrazených rodiči.
- za duplicitní považuje Předsednictvo předávání informací Clearingovému centru o dodaných očkovačích látkách do ordinací – vyazuje již distributor. Za dostatečné požaduje předání informací o skladových zásobách k 30. 6. a 31. 12.

Předsednictvo považuje za nepřijatelné, aby PLDD nově nakupoval očkovač látky pro rizikové skupiny dětí – pneumokok. Dosud byla tato vakcína hrazena státem a dodávána do ordinací zdarma. Zvýšení administrativní náročnosti spojené s novým modelem vykazování a financování očkování a od 1.4.2012 nabytí účinnosti zákona o zdravotních službách (informovaný souhlas, způsob vedení zdravotní dokumentace...) jednoznačně zakládá požadavek na navýšení úhrad praktickým dětským lékařům ze strany ZP. Zavedením úhrady očkování HPV v.z.p. se významným způsobem navýší objem finančních prostředků nutných k nákupu očkovačích látek v ordinacích PLDD. Proto Předsednictvo odhlasovalo následující požadavky:

- zavedení alternativní cesty získání vakcín pro nepovinná očkování hrazená z v.z.p. i za cenu nepodepsání očkovačho dodatku,
- zavedení možnosti zálohování úhrad ZULP ze strany ZP.

Z uvedených důvodů Předsednictvo vyzývá členy SPLDD, aby do vyřešení výše uvedených požadavků nepodepisovali očkovač dodatek ke Smlouvě, jehož součástí je i kritizovaná Metodika. Předsednictvo si je vědomo zodpovědnosti vyplývající z naplnění zákonné povinnosti členů SPLDD provádět pravidelná očkování, nicméně nepřipravenost změny vykazování a úhrady očkovačích látek nezaviniilo. Je připraveno k dalšímu jednání vedoucímu k urychlené nápravě vzniklé situace.

19.1. – Proběhla schůzka se zástupci zdravotních pojišťoven k situaci ve vykazování očkování od 1.1.2012. Na této schůzce bylo dohodnuto, že zdravotní pojišťovny budou akceptovat vykazování očkování jak dle nového modelu obsaženého v navrhované příslušné Metodice, tak i způsobem, jakým se vykazovalo do konce roku 2011. Tento závěr reflektoval situaci, kdy nebyly včas k dispozici příslušné číselníky ani potřebné aktualizace SW. Výměnou bylo odsouhlasení nové inventarizace stavu očkovačích látek v jednotlivých

ordinacích k 31.1.2012 a příslib odsouhlasení tzv. očkovačho dodatku.

20.1. – Na svém pravidelném jednání Předsednictvo vyhodnocovalo aktuální výstupy z proběhlých jednání i reakce z jednotlivých regionů a dospělo k závěru, že vzhledem k platné verzi Seznamu výkonů nadále trvá na tom, že v případě požadavku zdravotních pojišťoven na vykazování ZULP i u pravidelných očkování, kdy na základě rozhodnutí rodičů je aplikována alternativní vakcína, je na místě požadovat za takovou „službu“ pro zdravotní pojišťovnu finanční ohodnocení.

27.1. – Došlo ke schůzce s náměstkem Noskem, na které jsem mu přednesl výstupy našeho Sdružení k aktuální situaci kolem stavu jednání nad příslušnou Metodikou. Ze schůzky jsem odcházel s pocitem, že pan náměstek naše stanovisko akceptoval a že bude v tomto duchu informovat i zdravotní pojišťovny.

30.1. – Na půdě VZP se konalo jednání, které mělo definitivně schválit příslušnou Metodiku. Ve značně emočně laděné atmosféře však ke shodě nedošlo, zástupci zdravotních pojišťoven odmítli akceptovat možnost jednat o finančním ohodnocení v duchu požadavku Sdružení a informovali nás o tom, že mají od náměstka Noska jinou informaci, než jsme na tomto jednání deklarovali.

31.1. – Na základě výstupu z jednání 30.1. Výkonný výbor vydal doporučení postupu ve vykazování očkování s tím, že trvá rozpor ve vykazování ZULP v případě použití „alternativní“ očkovač látky na základě rozhodnutí rodičů. Proto i nadále trvá doporučení nepodepisovat tzv. očkovač dodatky s tím, že krom uvedeného bude od 1.2. postupováno dle navržené příslušné Metodiky. Zástupcům Sdružení v Clearingovém centru (Hülleová a Neugebauer) bylo uloženo na jednání tohoto centra prosadit zjednodušení a zesrozumitelnění tabulky hlášení do tohoto centra. Jednání tedy pokračují...



Koalice soukromých lékařů

Koalice soukromých lékařů se v uplynulém období věnovala především dopadům nových legislativních změn. V tomto čísle si vás dovoluujeme informovat jednak o novince v hlášení nositelů výkonů a jednak o definitivním řešení „preregistrací“ ze strany MZ ČR. Zatímco hlášení nositelů výkonů řeší zdravotní pojišťovny důsledným dodržováním správnosti dat v příloze č. 2 Smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče, včetně její elektronické formy, problematiku „preregistrací“ řeší MZ ČR vydáním Metodického pokynu uveřejněného ve Věstníku MZ ČR. Bližší informace tedy naleznete v níže uvedeném textu.

■ I. Povinnost hlásit nositele výkonů

Dne 1.12.2011 vešla v účinnost novela zákona č. 48/1997 Sb., dle které sice bylo zrušeno KORKO, zároveň byla ale nově stanovena povinnost všem zdravotnickým zařízením hlásit do 60. dne od konce čtvrtletí zdravotním pojišťovnám své nositele výkonu (jméno, příjmení, titul, rodné číslo, funkce, kategorie nositele výkonu dle Seznamu výkonů – je v kapitole 6). Zákon nijak neřeší formu hlášení ani přesné adresy zdravotních pojišťoven (některé ZP chystají možnost podat hlášení přes jejich Portál, to ale zatím není spuštěno). První hlášení musí být takto kompletní, po konci dalších čtvrtletí stačí jen hlásit změny, nebo že změny nenastaly. První konec čtvrtletí od nabytí účinnosti zákona byl 31.12.2011, takže nejpozději 29.2.2012 již musíme podat první hlášení.

Zároveň upozorňujeme, že tato novela byla dále novelizována s platností k 1.4.2012 – od této doby bude lhůta jen 30 dnů. Hlášení za 2. čtvrtletí 2012 bude muset tedy být již k 30.7.2012 a opět kompletní, následná (do 30 dnů) opět jen hlásící změny.

■ Informace z VZP

Co se týká praktických lékařů – zákon zavedl novou, resp. upravil starou povinnost oznamovat nositele výkonu každému zařízení v určité lhůtě, kdy první oznámení by mělo být do konce února. VZP sděluje, že toto oznámení nepožaduje, resp. považuje je za splněné tím, že údaje mají v příloze č. 2. Zde doplňují, že dle smlouvy je povinnost oznámit pojišťovně nového (nebo odchod starého) nositele výkonu do 30 dnů. Tedy přijmete-li nového lékaře, mělo by to být pojišťovnám oznámeno v této lhůtě.

Oslovili jsme ostatní pojišťovny s dotazem, zda některá bude na zvláštním oznámení trvat, o výstupu budeme informovat. Osobně předpokládám (doufám), že zvolí obdobný postup jako VZP.

Mgr. Jakub Uher

Citace „Informace pro smluvní zdravotnická zařízení“:

Zákonem č. 298/2011 Sb. byl mimo jiné zrušen i § 41 zákona č. 48/1997 Sb. Podle § 41 zákona č. 48/1997 Sb. byla oznamovací povinnost zdravotních pojišťoven a zdravotnických zařízení sdělovat potřebné údaje Správci centra pro výpočet korekčního koeficientu stanovena ve lhůtě do 60 dnů po uplynutí příslušného čtvrtletí. Povinností Správce bylo sdělit zdravotním pojišťovnám výši korekčního koeficientu pro příslušná zdravotnická zařízení do 80 dnů od uplynutí kalendářního čtvrtletí. Důsledkem zrušeného paragrafu bylo i zrušení Správce centra se všemi povinnostmi, které mu vyplývaly ze zákona.

Od 1.12.2011 s nabytím účinnosti zákona č. 298/2011 Sb. přestává existovat právní důvod zasílat uvedená hlášení i právní důvod existence Správce centra a tedy i právní nárok zdravotních pojišťoven uplatnit KORKO.

Pokud by bylo záměrem uplatnit korekční koeficient vůči zdravotnickým zařízením i ve 4. čtvrtletí 2011, bylo by to nepochybně ošetřeno v přechodném ustanovení, což se nestalo.

Tuto povinnost považují tedy v plné míře za uzavřenou v souvislosti s nabytím účinnosti zákona č. 298/2011 Sb.

Novela zákona proti zrušení výše uvedené povinnosti postavila § 40 odst. 6 písm. b) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, který definuje povinnost pojišťoven vést přehled zdravotnických pracovníků poskytujících hrazenou péči v jednotlivých smluvních zdravotnických zařízeních v členění lékař, zubní lékař a zdravotnický pracovník vykonávající nelékařské zdravotnické povolání podle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních, kteří vykazují zdravotní pojišťovně provedené zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (dále jen „nositel výkonu“).

Za tímto účelem jsou zdravotnická zařízení povinna sdělovat zdravotním pojišťovnám za uplynulé čtvrtletí, a to nejpozději do 60 dnů,

seznam jednotlivých nositelů výkonů k poslednímu dni daného čtvrtletí s uvedením jména, příjmení, titulu, rodného čísla a kategorie nositele výkonu podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

Pro období posledního čtvrtletí roku 2011 tedy platí tato povinnost pro poskytovatele k datu 29.2.2012!

Od 1.4.2012 pak novela č. 369/2011 Sb. výše uvedenou lhůtu snižuje na 30 dnů od konce příslušného čtvrtletí.

VZP ČR nepředpokládá zasílání seznamu jednotlivých nositelů výkonů k poslednímu dni daného čtvrtletí s uvedením jména, příjmení, titulu, rodného čísla a kategorie nositele výkonu podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami pomocí nové verze tiskopisu; povinnost zdravotnického zařízení sdělovat tento seznam považujeme za naplněnou evidencí řádně uzavřené a pravidelně aktualizované Přílohy č. 2 Smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče, včetně její elektronické formy.

■ II. Metodický pokyn k přeregistracím z Věstníku MZ ČR, částka 2, ročník 2012 Metodický pokyn k aplikaci přechodných ustanovení § 121 a § 122 zákona č. 372/2011 Sb.

K zajištění jednotného postupu při udělování oprávnění k poskytování zdravotních služeb a za účelem odstranění výkladových nejasností, které by se mohly v praxi vyskytnout, vydává Ministerstvo zdravotnictví České republiky (dále jen „ministerstvo“) v rámci metodického řízení státní správy v přenesené působnosti metodický pokyn k aplikaci přechodných ustanovení zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) (dále jen „zákon“).

Článek 1

Podle tohoto metodického pokynu postupují příslušné správní orgány při rozhodování o udělení oprávnění k poskytování



zdravotních služeb podle přechodných ustanovení zákona.

Článek 2

Ustanovení § 121 zákona obsahuje právní úpravu poskytování zdravotních služeb osobami, které jsou podle dosavadních právních předpisů oprávněny provozovat nestátní zdravotnické zařízení na základě rozhodnutí o registraci podle zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů (dále také jen „NZZ“). Podle ustanovení § 121 odst. 1 zákona mohou NZZ na základě registrace dle dosavadních předpisů poskytovat zdravotní služby, které odpovídají druhu a rozsahu zdravotní péče uvedené v registraci, a to po dobu nejdéle 36 měsíců ode dne nabytí účinnosti zákona, nestanoví-li zákon jinak; tyto osoby se považují za poskytovatele. Držitelé registrace podle dosavadních právních předpisů mají právo na vydání oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle tohoto zákona za předpokladu, že doloží náležitosti nutné k udělení registrace podle tohoto zákona. Je zde užít termín „registrace podle tohoto zákona“, avšak tento termín užíval zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, který se vydáním zákona zrušuje, zatímco nová právní úprava již nepracuje s termínem „registrace“, ale s termínem „vydání oprávnění k poskytování zdravotních služeb“. Poslední větu ustanovení § 121 odst. 1 zákona je tedy nutno vykládat tak, že držitelé registrace podle dosavadních právních předpisů mají právo na vydání **oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle tohoto zákona** za předpokladu, že doloží náležitosti nutné k udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Dle ustanovení § 121 odst. 4 zákona pozbývá registrace platnosti dnem nabytí právní moci rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb, nejpozději však uplynutím 36 měsíců ode dne nabytí účinnosti zákona. To neplatí, požádá-li shora uvedený poskytovatel o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb do 9 měsíců ode dne nabytí účinnosti zákona a řízení o žádosti nebude pravomocně skončeno do 36 měsíců ode dne nabytí účinnosti zákona; v tomto případě registrace pozbývá platnosti dnem nabytí právní moci rozhodnutí o žádosti. Poskytování zdravotnické záchranné služby je zvlášť upraveno v § 121 odst. 2. Podle tohoto ustanovení osoba, která je na základě

registrace oprávněna provozovat zařízení zdravotnické záchranné služby a nesplňuje požadavky pro udělení oprávnění k poskytování zdravotnické záchranné služby podle tohoto zákona a zákona o zdravotnické záchranné službě, může na základě registrace poskytovat zdravotnickou záchrannou službu v rozsahu odpovídajícím druhu a rozsahu zdravotní péče uvedené v registraci, a to po dobu nejdéle 12 měsíců ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona; tato osoba se považuje za poskytovatele.

Článek 3

Podle ustanovení § 121 odst. 5 zákona platí, že pokud shora uvedený poskytovatel hodlá poskytovat zdravotní služby po uplynutí 36 měsíců ode dne nabytí účinnosti zákona, požádá do 9 měsíců ode dne nabytí účinnosti zákona o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Žádost o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb obsahuje náležitosti uvedené v § 18 odst. 1 zákona. Příslušný správní orgán je povinen vydat rozhodnutí o žádosti nejpozději do 36 měsíců ode dne nabytí účinnosti zákona. Z ustanovení § 121 odst. 5 zákona vyplývá, že žádost podaná osobou, která je podle dosavadních právních předpisů oprávněna provozovat nestátní zdravotnické zařízení na základě rozhodnutí o registraci podle zákona č. 160/1992 Sb., **obsahuje pouze náležitosti obsažené v § 18 odst. 1 zákona.**

Jedná se o:

a) je-li žadatelem fyzická osoba

1. jméno, popřípadě jména, příjmení, rodné příjmení, státní občanství, adresu místa trvalého pobytu na území České republiky nebo v případě osoby bez trvalého pobytu na území České republiky adresu bydliště mimo území České republiky a popřípadě adresu místa hlášeného pobytu na území České republiky a datum a místo narození žadatele,
2. identifikační číslo osoby, bylo-li přiděleno,
3. jméno, popřípadě jména, příjmení, rodné příjmení, státní občanství, adresu místa trvalého pobytu na území České republiky nebo v případě osoby bez trvalého pobytu na území České republiky adresu bydliště mimo území České republiky a popřípadě adresu místa hlášeného pobytu na území České republiky a datum a místo narození odborného zástupce, jestliže musí být ustanoven,
4. formu zdravotní péče, obory zdravotní péče, popřípadě druh zdravotní péče

podle ustanovení § 5 odst. 2 písm. f) až i) zákona nebo název zdravotní služby podle ustanovení § 2 odst. 2 písm. d) až f) zákona, a to pro každé místo poskytování zdravotních služeb,

5. adresu místa, popřípadě míst poskytování zdravotních služeb, v případě zdravotnické dopravní služby nebo přepravy pacientů neodkladné péče adresu místa jednotlivých pracovišť a v případě poskytování domácí péče adresu místa kontaktního pracoviště,
6. datum, k němuž žadatel hodlá zahájit poskytování zdravotních služeb,
7. dobu, po kterou žadatel hodlá zdravotní služby poskytovat, pokud žádá o udělení oprávnění na dobu určitou,

b) je-li žadatelem právnická osoba

1. obchodní firmu nebo název, adresu sídla, v případě právnické osoby se sídlem mimo území České republiky též místo usazení podniku nebo organizační složky podniku právnické osoby na území České republiky,
2. bude-li poskytování zdravotních služeb zajišťováno organizační složkou státu nebo organizační složkou územního samosprávného celku, její název, adresu sídla a identifikační číslo a název jejího zřizovatele, a dále jméno, popřípadě jména, příjmení, rodné příjmení, státní občanství, adresu místa trvalého pobytu na území České republiky nebo v případě osoby bez trvalého pobytu na území České republiky adresu bydliště mimo území České republiky a popřípadě adresu místa hlášeného pobytu na území České republiky a datum narození vedoucího organizační složky státu; údaje o vedoucím organizační složky státu se neuvádějí v případě Bezpečnostní informační služby a Úřadu pro zahraniční styky a informace,
3. údaje uvedené v písmenu a) bodě 3 o odborném zástupci a osobách, které jsou statutárním orgánem žadatele nebo jeho členy nebo které jednají jménem právnické osoby zapisované do obchodního rejstříku nebo obdobného rejstříku před jejím vznikem,
4. adresu místa, popřípadě míst poskytování zdravotních služeb, v případě zdravotnické záchranné služby, zdravotnické dopravní služby nebo přepravy pacientů neodkladné péče adresu místa jednotlivých pracovišť a v případě poskytování domácí péče adresu místa kontaktního pracoviště,



5. údaje uvedené v písmenu a) bodech 2, 4, 6 a 7.

Doklady k žádosti správní orgán nevyžaduje, pokud žadatel současně neoznamuje změny týkající se údajů uvedených v rozhodnutí o registraci nebo změny týkající se dokladů, které předkládal k žádosti o registraci.

Článek 4

Ustanovení § 122 zákona obsahuje právní úpravu poskytování zdravotních služeb osobami, které jsou podle dosavadních právních předpisů oprávněny provozovat zdravotnické zařízení státu. Dle ustanovení § 122 odst. 1 zákona mohou tyto osoby bez oprávnění k poskytování zdravotních služeb poskytovat zdravotní služby odpovídající druhu a rozsahu zdravotní péče, kterou poskytovaly ke dni nabytí účinnosti zákona, a to po dobu nejdéle 12 měsíců ode dne nabytí účinnosti zákona, není-li dále stanoveno jinak; tyto osoby se považují za poskytovatele.

Podle ustanovení § 122 odst. 2 zákona platí, že pokud tyto poskytovatelé hodlají poskytovat zdravotní služby po uplynutí 12 měsíců ode dne nabytí účinnosti zákona, požádají do 3 měsíců ode dne nabytí účinnosti zákona o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb; v tomto případě mohou poskytovat zdravotní služby bez oprávnění do doby nabytí právní moci rozhodnutí o žádosti. Žádost o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb **obsahuje náležitosti uvedené v ustanovení § 18 odst. 1, 2 a 4** zákona. Příslušný správní orgán je povinen vydat rozhodnutí o žádosti nejpozději do 12 měsíců ode dne nabytí účinnosti zákona.

Z uvedeného vyplývá, že na rozdíl od stávajících provozovatelů nestátního zdravotnického zařízení, jejichž žádost o udělení oprávnění k poskytování zdravotnických služeb obsahuje pouze náležitosti uvedené v ustanovení § 18 odst. 1 zákona, jsou osoby, které jsou oprávněny provozovat zdravotnické zařízení státu, povinny k žádosti o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb předložit také doklady uvedené v ustanovení § 18 odst. 2 a 4 zákona.

Jedná se o:

1. doklad o tom, že právnická osoba byla zřízena nebo založena, pokud se nezapisuje do obchodního nebo obdobného rejstříku nebo pokud zápis ještě nebyl proveden; je-li žadatelem právnická osoba se sídlem mimo území České republiky, předloží se výpis z obchodního

nebo obdobného rejstříku vedeného ve státní sídla a doklad o tom, že právnická osoba, popřípadě podnik nebo organizační složka podniku právnické osoby na území České republiky byly zapsány do obchodního rejstříku, pokud zápis již byl proveden; doklad o zápisu do obchodního nebo obdobného rejstříku nebo výpis z těchto rejstříků nesmí být starší 3 měsíců; doklady uvedené v tomto bodě se k žádosti nepřikládají, jde-li o právnickou osobu zřízenou na území České republiky zákonem nebo bude-li poskytování zdravotních služeb zajišťováno organizační složkou státu nebo územního samosprávného celku,

2. doklad o bezúhonnosti osob, které jsou statutárním orgánem žadatele nebo jeho členy,
3. doklad o bezúhonnosti vedoucího organizační složky státu nebo organizační složky územního samosprávného celku, bude-li poskytování zdravotních služeb zajišťováno touto organizační složkou,
4. v případě ustanovení odborného zástupce doklady o způsobilosti odborného zástupce k samostatnému výkonu zdravotnického povolání, doklad o bezúhonnosti a prohlášení odborného zástupce, že souhlasí s ustanovením do funkce odborného zástupce a že u něj netrvá žádný z důvodů uvedených v ustanovení § 14 odst. 1 a 3 zákona, pro který by nemohl funkci odborného zástupce vykonávat,
5. seznam zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, kteří budou vykonávat zdravotnické povolání v pracovněprávním nebo obdobném vztahu k žadateli, a to v rozsahu požadavků na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. U lékařů, zubních lékařů a farmaceutů způsobilých k samostatnému výkonu zdravotnického povolání se v seznamu uvede jméno, popřípadě jména, příjmení, obor, v němž mají způsobilost k samostatnému výkonu zdravotnického povolání, a jejich týdenní pracovní doba; u vedoucích zaměstnanců se uvede též jejich pracovní zařazení. U ostatních zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků se v seznamu uvede pouze jejich počet v členění podle odborné způsobilosti. Seznam se člení podle zařazení pracovníků k jednotlivým formám a oborům zdravotní péče, popřípadě druhům zdravotní péče podle ustanovení § 5 odst. 2

písm. f) až i) zákona nebo zdravotními službám podle ustanovení § 2 odst. 2 písm. d) až f) zákona; v případě více míst poskytování zdravotních služeb se seznam člení též podle těchto míst,

6. prohlášení, že zdravotnické zařízení je pro poskytování zdravotních služeb technicky a věcně vybaveno podle zákona,
7. souhlasné závazné stanovisko vydané Státním ústavem pro kontrolu léčiv k technickému a věcnému vybavení zdravotnického zařízení, jde-li o poskytování lékárenské péče,
8. povolení k činnosti podle atomového zákona vydané Státním úřadem pro jadernou bezpečnost, budou-li při poskytování zdravotních služeb používány zdravotnické prostředky užívané k lékařskému ozaření,
9. souhlas ministerstva s poskytováním lázeňské léčebné rehabilitační péče, jde-li o poskytování této péče,
10. rozhodnutí o schválení provozního řádu zdravotnického zařízení vydané orgánem ochrany veřejného zdraví a provozní řád,
11. doklad, z něhož vyplývá oprávnění žadatele užívat prostory k poskytování zdravotních služeb,
12. doklad prokazující povolení k pobytu na území České republiky žadatele a odborného zástupce, byl-li ustanoven, pokud mají povinnost takové povolení mít,
13. prohlášení, že u žadatele netrvá žádná z překážek pro udělení oprávnění uvedených v ustanovení § 17 písm. b) a c) zákona a písemný souhlas předběžného insolvenčního správce nebo insolvenčního správce v případě, kdy nevydání tohoto souhlasu by bylo překážkou pro udělení oprávnění uvedenou v ustanovení § 17 písm. d) nebo e) zákona.
14. V případě poskytování pouze dlouhodobé lůžkové péče jen zdravotnickými pracovníky nelékařského povolání žadatel k žádosti o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb předloží smlouvu s poskytovatelem ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost o zajištění akutní zdravotní péče pacientům.

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



Právní rubrika: Posudek o zdravotní způsobilosti

Mgr. Jakub Uher
právník SPLDD ČR

■ DOTAZ

Dobrý den, chtěla bych si ověřit, zda je můj postup správný. Mám v péči děvče 13,5 roku staré, jehož rodiče odmítli ve 12 letech očkování proti hepatitidě B. Nyní matka přinesla k potvrzení školní pobyt na lyžařském výcviku. Dle zákona č. 258/2000 Sb., § 9, jsem se rozhodla pobyt nepotvrdit, protože nemá povinné očkování k věku. Matka nesouhlasí s mým postupem. Jednala jsem správně?

■ ODPOVĚĎ

Domnívám se, že Váš postup nebyl správný, pokusím se níže vysvětlit proč.

Jedná-li se o zotavovací akci dle zákona č. 258/2000 Sb. (dále jen „zákon“), což podle mého názoru nepochybně lyžařský výcvik je (zákon v ust. § 8 definuje zotavovací akci následovně: „Zotavovací akcí je organizovaný pobyt 30 a více dětí ve věku do 15 let na dobu delší než 5 dnů, jehož účelem je posílit zdraví dětí, zvýšit jejich tělesnou zdatnost, popřípadě i získat specifické znalosti nebo dovednosti.“), jsou podmínky účasti skutečně stanoveny v ustanovení § 9 zákona. Toto ustanovení v odstavci 1 stanovuje čtyři podmínky, kdy může mateřská či základní škola dítě na akci vyslat.

Z našeho pohledu jsou nepodstatné podmínky v písmenech b) a c) – „nejeví známky akutního onemocnění (například horečky nebo průjmu), a ve 14 kalendářních dnech před odjezdem do školy v přírodě nepřišlo do styku s fyzickou osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy ani mu není nařízeno karanténní opatření“, které potvrzuje dle zákona v písemném prohlášení zákonný zástupce dítěte, přičemž toto potvrzení nesmí být starší než jeden den.

Naopak další dvě podmínky obsažené v písmenu a) pro odpověď na dotaz podstatné jsou. Písmeno a) uvádí, že mateřská škola a základní škola může na školu v přírodě vyslat jen dítě, které je zdravotně způsobilé k účasti na ní a podrobilo se stanoveným pravidelným očkováním nebo má doklad, že je proti nákaze imunní nebo že se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci.

Z textu je zřejmé, že se jedná o dvě skutečnosti – první je, zda je dítě zdravotně způsobilé (tedy zda jeho zdravotní stav, nemoci, zdravotní omezení atd. umožňují účast na zotavovací akci), druhá je, zda se dítě podrobilo povinným očkováním. Odstavec 3 pak uvádí, že zdravotní způsobilost dítěte pro účast na škole v přírodě nebo zotavovací akci posuzuje a posudek vydává praktický lékař pro děti a dorost, který dítě registruje. Dále pak je uvedeno, že tento praktický lékař pro děti a dorost v posudku uvede, zda se dítě podrobilo stanoveným pravidelným očkováním nebo má doklad, že je proti nákaze imunní nebo že se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci. Vzor posudku upraví prováděcí právní předpis. Tímto právním předpisem je vyhláška č. 106/2001 Sb., která v příloze č. 3 uvádí jeho vzor.

Z tohoto vzoru je opět zřejmé to, co vyplývá z výše uvedeného ustanovení § 9 odst. 1 písm. a) zákona – totiž že je nutno rozlišit posudkový závěr lékaře (tedy posouzení zdravotní způsobilosti) a potvrzení (sdělení určité skutečnosti) ohledně očkování.

Předmětný vzor posudku je totiž, v souladu se zákonem, rozdělen na dvě části – část A, která obsahuje posudkový závěr ohledně zdravotní způsobilosti k účasti. Zde podle mne je směrodatný pouze zdravotní stav dítěte, bez ohledu na očkování. Tedy pouze v případě, kdy lékař z nějakého důvodu, který je odůvodněn zdravotním stavem, usoudí, že dítě není zdravotně způsobilé k účasti, může být posudkový závěr „není způsobilý“. Je i možnost uvést omezení, ale to opět musí mít oporu ve zjištěném zdravotním stavu. Omezení pak bude uvedeno ve vztahu k určité činnosti, kterou lékař pokládá za rozpornou či rizikovou, opět ve vztahu ke zjištěnému zdravotnímu stavu.

Druhá část B již není částí posudkovou, ale v této části pouze lékař potvrzuje, zda bylo provedeno očkování, případně zda nebylo provedeno z nějakého medicínského důvodu (imunita, trvalá kontraindikace apod.), plus je sdělována alergie a trvalé užívání léků.

Ovšem tyto dvě části, posudková a „potvrzovací“, musejí být lékařem striktně věcně

odděleny. Doplnuji, že pouze proti části posudkové lze podat ze strany pacienta (resp. rodiče) odvolání a jen tuto část lze přezkoumávat.

Chápu, že pro lékaře může být poněkud matoucí to, že se jedná o jeden materiál, ale je nutno jej chápat tak, že se jedná o dvě oddělené věci. Tedy lékař je v podstatě žádán o posouzení, zda zdravotní stav dítěte vylučuje účast na dané akci, a vedle toho je od něj žádáno potvrzení o provedení či neprovedení očkování.

Vrátím-li se tedy k dotazu – pokud by byl vystaven posudek s jiným závěrem, než že dívka je zdravotně způsobilá, pak by musel být lékař schopen jej odůvodnit na základě jejího skutečného zdravotního stavu, bez jakékoli souvislosti s očkováním nebo neočkováním. Jiná věc je, zda škola v případě, kdy bude mít k dispozici posudek, který bude konstatovat zdravotní způsobilost (což by v daném případě bylo správné), ale jeho součástí bude potvrzení, že nebylo provedeno povinné očkování, dívku na danou akci vezme (vyšle). Osobně se domnívám, že nikoli, neboť by postupovala v rozporu se zákonem.

Každopádně je zcela zbytečné, aby se do toho lékař jakýmkoli způsobem vkládal, to je již věcí rodičů a školy. Lékař má správně jen posoudit zdravotní stav a učinit posudkový závěr, který je přezkoumatelný. Dále má pak potvrdit, zda bylo nebo nebylo provedeno povinné očkování, a pokud ne, zda je to nějak odůvodněno.

■ Příloha: znění souvisejících právních předpisů § 9 zákona č. 258/2000 Sb.

Podmínky účasti dětí ve škole v přírodě a na zotavovací akci

(1) Mateřská škola a základní škola může na školu v přírodě vyslat jen dítě, které

- a) je zdravotně způsobilé k účasti na ní a podrobilo se stanoveným pravidelným očkováním nebo má doklad, že je proti nákaze imunní nebo že se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci,
- b) nejeví známky akutního onemocnění (například horečky nebo průjmu), a



c) ve 14 kalendářních dnech před odjezdem do školy v přírodě nepřišlo do styku s fyzickou osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy ani mu není nařízeno karanténní opatření.

(2) Pořadající osoba může na zotavovací akci přijmout jen dítě, které splňuje požadavky stanovené v odstavci 1.

(3) Zdravotní způsobilost dítěte pro účast na škole v přírodě nebo zotavovací akci posuzuje a posudek vydává praktický lékař pro děti a dorost, který dítě registruje. Praktický lékař pro děti a dorost, který dítě registruje, v posudku dále uvede, zda se dítě podrobilo stanoveným pravidelným očkováním nebo má doklad, že je proti nákaze imunní nebo že se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci. Vzor posudku upraví prováděcí právní předpis. Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte má platnost po dobu jednoho roku od data vystavení, pokud během této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti dítěte. Skutečnosti uvedené v odstavci 1 písm. b) a c) potvrzuje v písemném prohlášení zákonný zástupce dítěte; toto potvrzení nesmí být starší než jeden den. Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte a písemné prohlášení předá zákonný zástupce pořadající osobě, vysílající základní škole nebo mateřské škole pro účely podle § 11 odst. 1 písm. b) a f).

Vzor posudku o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě podle přílohy č. 3 k vyhlášce č. 106/2001 Sb.

Jméno, popřípadě jména a příjmení posuzovaného dítěte
datum narození
adresa místa trvalého pobytu nebo jiného pobytu

Část A)

Posuzované dítě k účasti na škole v přírodě nebo zotavovací akci

- a) je zdravotně způsobilé*)
- b) není zdravotně způsobilé*)
- c) je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením)

*)
Posudek je platný 12 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

Část B)

Potvrzení o tom, že dítě

- a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO – NE
- b) je proti nákaze imunní (typ/druh)
- c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh)
- d) je alergické na

e) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka)

datum vydání posudku
podpis, jmenovka lékaře
razítko zdrav. zařízení

Poučení: Proti části A) tohoto posudku je možno podat podle ustanovení § 77 odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, návrh na jeho přezkoumání do 15 dnů ode dne, kdy se oprávněné osoby dozvěděly o jeho obsahu. Návrh se podává písemně vedoucímu zdravotnického zařízení (popř. lékaři provozujícímu zdravotnické zařízení vlastním jménem), které posudek vydalo. Pokud vedoucí zdravotnického zařízení (popř. lékař provozující zdravotnické zařízení vlastním jménem) návrhu nevyhoví, předloží jej jako odvolání odvolacímu orgánu.

Jméno, popřípadě jména a příjmení oprávněné osoby
Vztah k dítěti
Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne

podpis oprávněné osoby

Změna podmínek podávání očkovací látky RotaTeq

I. Údaje z SPC

4. KLINICKÉ ÚDAJE

4.1 Terapeutické indikace

RotaTeq je určen k aktivní imunizaci kojenců ve věku od 6 do 32 týdnů za účelem prevence gastroenteritidy způsobené rotavirovou infekcí. Vakcínu RotaTeq je nutno používat na základě oficiálních doporučení.

4.2 Dávkování a způsob podání

Dávkování

Od narození do 6 týdnů

Vakcína RotaTeq není u této podskupiny pediatrické populace indikována. Bezpečnost a účinnost vakcíny RotaTeq u jedinců od narození do 6 týdnů věku nebyla stanovena.

Od 6 týdnů do 32 týdnů

Očkovací schéma sestává ze tří dávek. První dávku lze podat od věku 6 týdnů a ne později než ve věku 12 týdnů. RotaTeq může být podáván předčasně narozeným dětem,

jejichž gestační věk byl nejméně 25 týdnů. První dávka očkovací látky RotaTeq může být těmto dětem podána ve věku (nejméně) od 6. týdne po narození. Mezi dávkami musejí být intervaly nejméně 4 týdny. Je vhodnější třídávkové očkovací schéma podat do věku 20 až 22 týdnů. V případě potřeby lze třetí (poslední) dávku podat do věku 32 týdnů. Protože nejsou k dispozici údaje o zaměnitelnosti vakcíny RotaTeq s jinými očkovacími látkami proti rotaviru, doporučuje se, aby kojenci, jimž se jako první podá k imunizaci proti rotaviru očkovací látka RotaTeq, dostali další dávky téže vakcíny. Pokud je zřejmé nebo silně podezřelé, že nebyla polknuta úplná dávka (např. kojenec očkovací látku vyplivl nebo vyzvrátil), lze podat jednu náhradní dávku na stejné očkovací návštěvě, nicméně v klinických studiích nebyla tato možnost zkoušena. Pokud problém přetrvává, další náhradní dávky nesmějí být

podány. Po dokončení třídávkového očkovacího schématu se nedoporučuje podávat žádné další dávky.

Od 33 týdnů do 18 let

Vakcína RotaTeq není u této podskupiny pediatrické populace indikována.

II. Dopady provedené změny:

- větší **flexibilita** v podání všech tří dávek
- jistota, že budou podány všechny tři dávky v neočekávaných případech (nemoc dítěte, nedostavení se na návštěvu...)
- snáze **zapamatovatelné** aplikační **schéma**: deadline pro podání
 1. dávky – 12 týden,
 2. dávky – 22. týden,
 3. dávky – 32. týden
- celosvětové **sjednání** vakcinačního kalendáře pro RotaTeq



Možnost pojištění odpovědnosti

Rámcová smlouva mezi SPL, SPLDD a ČPP

Sdružení praktických lékařů ČR a Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost uzavřelo rámcovou pojistnou smlouvu s Českou podnikatelskou pojistovnou.

Mezi Sdruženími a Českou podnikatelskou pojistovnou došlo s účinností ke dni 1. 1. 2012 k uzavření Rámcové pojistné smlouvy ve prospěch členů Sdružení, na jejímž základě tito mohou nyní uzavírat pojistné smlouvy. Rámcová smlouva je výsledkem jednání právníků Sdružení, přičemž podmínky v ní garantované odpovídají současným potřebám a rizikům při provozování lékařské praxe praktickým lékařem. Nyní tedy mají praktičtí lékaři – členové Sdružení – v případě svého zájmu možnost využít této Rámcové smlouvy.

Informace o sjednané Rámcové pojistné smlouvě

Naší snahou bylo dostat do základního pojištění vše, co pokládáme za podstatné pro případnou pojistnou událost, a to se podle našeho názoru podařilo s pojistovnou sjednat. Zde jsou podstatné parametry pojistné smlouvy:

V základním pojištění jsou zahrnuti dva lékaři – tedy řeší případnou činnost dalšího lékaře v pracovněprávním vztahu k provozovateli (např. asistent apod.) – a dvě zdravotní sestry. Výslovně je ujednáno, že se pojištění vztahuje i na škodu vzniklou v důsledku nesprávného postupu při poskytování zdravotní péče, pokud pochybení nebylo způsobenou úmyslným jednáním (přímý úmysl – pozn. tehdy, pokud zdravotník chtěl úmyslně následek způsobit).

Pojištění se vztahuje i na škodu způsobenou provozem zdravotnického zařízení (obecná odpovědnost) – tedy nejen na škodu způsobenou při poskytování zdravotní péče.

Pojištění se vztahuje i na náhradu nemajetkové újmy (neoprávněný zásah do práva na ochranu osobnosti).

Pojištění se vztahuje i na škodu na věcech, které nejsou ve vlastnictví pojištěného, ale ten je oprávněně užívá (kromě škody na dopravním prostředku). Zahrnuto je také, byť s limitem pojistného plnění, i pojištění odpovědnosti za škodu vzniklou přenosem HIV, což není v pojistných smlouvách běžné. Pojištění kryje i škodu, jejíž příčina nastala v době před počátkem pojištění, a to maxi-

málně tři roky zpětně. Obdobně je řešena změna právní formy na s. r. o., kdy pojistka bude kryt i případné následné uplatnění náhrady škody z doby, kdy provozovatel vykonával svoji činnost jako fyzická osoba.

Pojištění se vztahuje i na tzv. zachraňovací náklady – což jsou například náklady na právní zastoupení zdravotnického zařízení ve sporu o náhradu škody (např. žaloba ze strany pacienta). Tedy pro případ soudního sporu (nebo trestního řízení) uhradí pojistovna pojištěnému zdravotnickému zařízení i náklady na jeho právní zastoupení advokátem. Doplňuji, že volba advokáta je na zdravotnickém zařízení s tím, že Sdružení je schopno svým členům, v případě jejich zájmu, pro takovýto spor advokáta s erudiicí ve zdravotnickém právu zajistit.

Výše pojistného nebyla pro naše jednání rozhodně hlavním parametrem, ale přesto se pro naše členy podařilo dohodnout velmi příznivé podmínky.

Celé znění Rámcové smlouvy, jakož i Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění odpovědnosti za škodu a Doplňkových pojistných podmínek pro pojištění odpovědnosti za škodu provozovatele zdravotnického zařízení, je k dispozici na www.detskylekar.cz.

Kromě pojištění odpovědnosti za škodu byla uzavřena i Rámcová smlouva pro pojištění majetku, která nabízí pojištění obsahu uloženého v chladicích nebo mrazicích zařízeních. Jedná se o vlastní a cizí vakcíny (například vakcíny pro povinná očkování hrazená přímo zdravotními pojistovnami), a to pro případ poruchy v dodávce el. proudu nebo funkční poruchy chladicího zařízení. Pro pojištění movitých věcí (vybavení ordinace) a zásob nabízí živelní pojištění a pojištění pro případ odcizení.

Jednotlivá pojištění nejsou na sebe nikterak vázána – je tedy zcela na provozovateli zdravotnického zařízení, zda se rozhodne možnost pojištění využít, a pokud ano, v jakém rozsahu (například zvolí pouze pojištění odpovědnosti).

Pro uzavření pojištění je třeba vyplnit Příhlášku k pojištění, která je rovněž k dispozici na www.detskylekar.cz.

V této Příhlášce se vyplní základní údaje zdravotnického zařízení, zvolí se limit

pojištění a spoluúčast. V současné době považujeme za minimální limit sjednaný ve výši 5 000 000 Kč, optimální pak vyšší. Zde doplňujeme, že v současné době již nejsou výjimkou u trvalého závažného poškození zdraví u dětí a mladistvých náhrady škody kolem 15 000 000 Kč. U nemajetkové újmy jsou náhrady přiznávány soudy zpravidla do 1 mil. Kč – nastavený maximální limit 5 000 000 Kč v základním pojištění je tedy dostačující.

Dále se vyplní počet zdravotnických pracovníků, pokud je vyšší než počet zahrnutý v základním rozsahu (týká se pouze zařízení, ve kterých poskytují zdravotní péči více než dva lékaři, resp. více než dvě sestry).

Pokud jde o zdravotnické zařízení, které zahajuje činnost jako společnost s ručením omezeným a dříve byla provozovatelem fyzická osoba, doplní se údaje o fyzické osobě.

V případě, že má provozovatel zájem o pojištění majetku (obsah chladicích zařízení – vakcíny, živelní pojištění, pojištění proti odcizení), vyplní příslušnou kolonku a limit pojištění.

Přílohou Příhlášky je kopie registrace nezávislého zdravotnického zařízení, případně kopie výpisu z obchodního rejstříku (u obchodní společnosti).

Vyplněnou a podepsanou Příhlášku spolu s kopií registrace pak zašlete na Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR, U Hranic 3221/16, Praha 10, 100 00.

Sdružení ověří členství a zajistí předání Příhlášky a příslušných příloh zprostředkovateli pojištění a pojistovně. Pojistovna Vám pak zašle doklad o uzavření pojištění.

V případě škodní události ji oznamte zprostředkovateli pojištění, společnosti HARPAG s.r.o., Cukrovarnická 838/57, Praha 6, 162 00, telefon 241 490 092, případně ji lze oznámit i na SPLDD ČR. Pro případnou likvidaci vzniklé škody je dohodnuto, že zprostředkovatel bude postupovat ve spolupráci s právním oddělením Sdružení.

Mgr. Jakub Uher



Rámcová smlouva mezi SPLDD ČR a společností OTTO Office

Rádi bychom Vám oznámili, že jako člen Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR můžete na základě uzavřené rámcové smlouvy o obchodní spolupráci nakupovat **kancelářské potřeby u firmy OTTO Office se stálou slevou ve výši 8 %**.

Kromě slevy Vám OTTO Office nabízí:

- až 8500 kancelářských produktů včetně techniky a nábytku
- dodání zboží do 24 hodin
- dopravu zdarma u objednávek nad hodnotu 1350 Kč bez DPH
- splatnost faktury 30 dní
- možnost náhradního plnění
- záruku na vrácení zboží až 30 dnů
- hodnotné dárky při Vašich objednávkách

Jak získáte slevu?

Pokud jste slevu zatím neuplatnili, zavolejte na bezplatnou linku 800 800 500 a nahlaste své kontaktní údaje a heslo „SPLDD“. Po ověření členství v SPLDD ČR můžete u OTTO Office objednávat telefonicky na lince 800 800 500, faxem na lince 800 800 400 či přes internet na adrese www.otto-office.cz a sleva Vám bude vždy automaticky přiřazena.

Věříme, že budete s naší nabídkou spokojeni.

Dušan Hrnecký
Manažer obchodu pro ČR a SR
OTTO Office (CZ) s. r. o.

MUDr. Pavel Neugebauer
Předseda SPLDD České republiky

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost České republiky
ve spolupráci s firmou OTTO Office nabízí svým členům
stálou slevu 8 % na nákup kancelářských potřeb, techniky a nábytku.

USB PERO s ušlechtilým designem

DÁREK PŘI OBJEDNÁVCE NAD 1 500 Kč

Kapacita: 2 GB
Rychlost čtení/zápisu: 15/10 MB/sek.
Délka: cca 13,5 cm
Barva písma: modrá



JAK ZÍSKÁTE SLEVU A DÁREK ?

Vaši první objednávku u OTTO Office zrealizujte telefonicky na bezplatné lince 800 800 500 a současně s ní nahlaste heslo „SPLDD“. Sleva 8 % Vám bude poté automaticky přiřazena i pro všechny další objednávky (telefonické, internetové, faxové).

Jako poděkování za Vaši objednávku nad 1 500 Kč bez DPH u OTTO Office můžete získat dárek - USB pero. Pro získání dárku nahlaste číslo akce PR33197 současně s objednávkou na lince 800 800 500 nebo jej u internetové objednávky vložte do nákupního košíku.

Nabídka dárku platí do 15. 4. 2012 a je omezená na jednu objednávku od každého zákazníka.

**OTTO
OFFICE**

Kompletní nabídka
kancelářských potřeb
na www.otto-office.cz

tel.: 800 800 500, fax: 800 800 400



Pohotovostní lékařská služba pro děti a dorost

MUDr. Josef Havlík

Oborný dětský lékař, Karlovy Vary

(Ceterum autem censeo Carthaginem esse delendam)

Cato starší

■ Status quo

Myslím, že každý jen trochu uvažující občan tohoto státu je přesvědčen o tom, že určitá forma pohotovostní služby – tedy naléhavé lékařské služby mimo ordinaci – tedy praktických lékařů – v nějaké podobě je nezbytně nutná. Zcela zásadní otázkou ale je, aby tato lékařská služba byla efektivní, tedy produktivní, aby byla schopna řešit řadu akutních onemocnění alespoň rámcovou diagnózou, aby byla ekonomicky v rámci možností toho či onoho státu únosná, aby ji vykonávali ti, kteří ji vykonávat mají, aby nebyla zneužívána lůžkovými odděleními ohroženými nedostatkem pacientů k „jejich náboru“ a aby tato nesmírně náročná a zodpovědná lékařská pediatrická riziková činnost byla také odpovídajícím způsobem honorována.

Vím, že v některých státech s vysokou úrovní vzdělanosti obyvatelstva a zodpovědnosti k vlastnímu zdraví s odpovídajícím mravním pohledem na lékařský stav vykazuje tato naléhavá lékařská služba jen nepatrnou frekvenci. Postupným geografickým posunem od západu na východ se frekvence této činnosti zvyšuje, zodpovědnost k vlastnímu zdravotnímu stavu klesá, pohled na lékařský stav dostává jiné a mnohdy podivné dimenze. V některých zemích, ke kterým patří i naše republika, dostává charakter ordinace, která je obyvatelstvem zneužívána, některými zdravotnickými pracovníky využívána a některými lůžkovými zařízeními nadužívána k dosažení nejrůznějších ekonomických výsledků. Nevím, zda tato lékařská činnost snese označení lékařská ordinace. Stává se také mnohdy terčem verbálních a dokonce i fyzických útoků, nadávek a výhrůžek, které lékař i sestra více méně odevzdaně snášejí, protože ví, že v legislativně nezvyklém státě mu stejně nikdo nepomůže. Tato služba vykazuje určité ordinaci hodiny, vykazuje určitou frekvenci pacientů, má k dispozici k tomuto účelu vybudované ordinaci místnosti, má k dispozici příslušný personál

a má k dispozici také zařízení ordinace s foleoskopem, váhou, vyšetřovacím stolem či lehátkem a obvykle papírky k vyšetřování moče, kde rozsah analýz zdaleka nezajišťuje kvalitní a zodpovědné vyšetření moče.

Je organizována už různě, někde sdružením praktikujících pediatrů, někde primáři dotyčných dětských oddělení, to vše podle lokálních poměrů, ochoty a organizačních možností, podle osobností či politického vlivu jednotlivých organizátorů.

Její úkolem je tedy v podstatě rozhodnout za pomoci klinického vyšetření a podpůrného základního laboratorního vyšetření i s možností ev. zobrazovací techniky to nejzávažnější, tj. zda vyšetřovaný pacient je vcelku zdravý, nebo snad nemocen. Je-li zdravý, uklidní vyšetřující lékař pacienta, že opravdu nemusí mít strach, který ho do ordinace přivedl, a že jeho ratolest opravdu nepotřebuje žádné léky (tato odpověď vždy neuspokojí, protože se stává zvykem, že pokud pacient nedostane žádné léky, necítí se dostatečně dobře ošetřen a má i důvod ke stížnosti), a pacient odchází domů. Toto rozhodnutí, jak vždycky říkával pan profesor Švejc, je rozhodnutím nejzávažnějším, od kterého se pak odvíjí další činnost.

Druhou možností je stav, kdy je diagnostikováno onemocnění v nejrůznější formě. Rámcovou diagnózu musí pak službu konající lékař stanovit se svými prostředky, které má k dispozici, a pacienta zajistit až do doby, kdy bude registrovaný lékař dostupný.

Musí se rozhodnout, zda je vhodné využít ev. konziliární služby blízkého či vzdálenějšího lůžkového zařízení, nebo jej odeslat k hospitalizaci, domnívá-li se, že zdravotní stav pacienta tento postup vyžaduje.

V jeho rozhodování hraje bohužel významnou roli krajně nezvyklá legislativa našeho státu, která přímo nutí službu konajícího lékaře k defenzivní medicíně. Takovýto postup ovšem není určován jen nezvyklou legislativou, nýbrž i jistou mezerou v praxi a postgraduálním vzdělání, jež mladšího lékaře k tomuto jednání vede. Počty odesílaných pacientů k hospitalizaci závisejí také na počtu dětských akutních lůžek v příslušné

oblasti, někde je takto přijatých pacientů více, někde méně. Ve většině případů se však jedná o akutní infekty gastrointestinálního charakteru či virové infekty horních dýchacích cest.

Finanční prostředky na tuto a takto prováděnou pohotovostní službu jsou čerpány od pojišťoven, od krajských úřadů z rozpočtů a dotací a snad zcela minimální a naprosto zanedbatelná částka přichází i z kapsy pacienta. Takto získané prostředky jsou pak vedle honoráře pro lékaře a sestru převáděny dopravní zdravotní službě, majiteli ordinace, podnikům zajišťujícím teplo, energii, vodu, telefon apod. Další prostředky hradí výdaje na zdravotnický materiál, a to vše vytváří určitou částku. Je otázkou, zda tato částka je v souladu s efektivitou a tedy produktivitou takovéto ordinace. Myslím, že není.

■ Odpovídá dětská pohotovostní služba v České republice těmto parametrům, anebo je to opět něco „jako“?

Jsem skálopevně přesvědčen, že naše pohotovostní služba pro děti a dorost nevyhovuje žádnému z uvedených parametrů. Není efektivní, je tedy neproduktivní, je neekonomická, protože je drahá, rozplzlá, pacientovi neprospívající, mnohdy jej jen uklidňující a z hlediska medicínského službu konajícího lékaře do jisté míry ohrožující, i když z hlediska stížností u jednotlivých lékařských odborností podle šetření AMA (American Medical Association) stojí pediatrie v počtu stížností na předposledním místě, těsně před psychiatrií. To vede lékaře k defenzivní medicíně, tj. k provádění výkonů, zákroků a vyšetření, o jejichž efektivitě není sám zcela přesvědčen, ale indikuje je z hlediska předběžné opatrnosti. To vidím jako důsledek nejasné legislativy. Honorář za pohotovostní dětskou lékařskou službu je mnohde mizerný či žalostný, jinde vcelku slušný, ale zase vynucený.

Proč tuto pohotovostní službu v této podobě a formě vlastně provádíme? Domnívám se, že asi vlastně všem vyhovuje. Pacienti ji



zneužívají, některé ohrožené nemocnice ji nadužívají, což vlastně některým pediatrům vyhovuje, aby využili ochoty některých lékařů dětských oddělení, kteří tuto službu někde rádi převezmou. Celá tato věc má ale jednu zásadní chybu. Nemáme na ni peníze, a tak se vlastně začínáme dohadovat, jak, kdo a na čí úkor by měl co dělat.

Marně se snažím dopít se celkových nákladů na tento nesmysl převedený na jednoho ošetřeného pacienta. Bylo by nanejvýš na čase, aby někdo v rámci nesmyslného utajování těchto tajemných plateb všechno sečetl a vydělal množstvím pacientů vyšetřených a přijatých v rámci plssp, a asi bychom se všichni zhrozili, co všechno tento zchudlý a přitom „velkorysý a megalomanský“ stát ve své zdravotnické propagandě, stále nej-různějšími skupinami vydíraný, může unést.

■ Ceterum autem censeo Carthaginem esse delendam

Vize

Základním předpokladem pohotovostní lékařské služby pro děti a dorost je její odbornost, její dosažitelnost, účelnost a efektivita. Organizačně je záležitostí praktikujících dětských lékařů. Tyto předpoklady doplňuje oprávněný honorář. Zásadním krédem ale musí být i skutečnost, že má-li někdo na někoho čekat, pak by to měl být pacient čekající na lékaře a nikoliv naopak. Výjimku tvoří pochopitelně urgentní stavy, ale to je záležitost RZS. Podmínkou sine qua non je depolitizace této lékařské činnosti.

Epikriticky shrnuto: optimální a s ohledem na nejasnou legislativu státu i částečně oprávněná defenzivní medicína.

Odbornost:

Kdo má tedy sloužit pohotovostní službu? Její činnost je dána především dobou mimo otevřené ordinace praktikujících dětských lékařů v pracovních dnech a samozřejmě o sobotách, nedělích a svátcích. Jsou to tedy především praktikující dětští lékaři, kteří by měli nést zodpovědnost za organizaci a provádění plssp pro děti. V druhé řadě pak i dětská lůžková oddělení, jejichž lékaři převezmou pohotovostní službu v dohodnutých hodinách. Zatímco u praktikujícího dětského lékaře je jeho odbornost dostatečnou zárukou, není tomu tak vždy u lékařů nemocničních, kteří jsou v mnoha

případech v postgraduální výuce v nejrůznějším stupni.

Výkon pohotovostní lékařské služby na dětském oddělení v dohodnuté době musí tedy být také naprostou samozřejmostí už v rámci postgraduální výuky. Oba tyto „týmy“ musejí bezpodmínečně úzce spolupracovat, nechceme-li docílit onoho paskvilu, který dnes v pediatrické pohotovostní službě vládne. Zatímco praktikující dětský lékař má ukončené vzdělání a více či méně se stále doškoluje v jistém smyslu dobrovolně, službu konající lékař dětského oddělení je v jiné situaci. Buď má ukončené základní pediatrické curriculum, a pak rozhoduje zcela samostatně (a mělo by to být v úzkém kontaktu s registrujícím lékařem, pokud je to možné), nebo se musí opírat o zkušenějšího kolegu oddělení. Je věcí primářů dětského oddělení, aby tento systém fungoval. Není produktivní a správné, aby na jedné straně praktikující dětský lékař více méně nemaje potřebné vybavení jen zachraňoval vzniklé situace uklidňujícím vyšetřením bez racionálního laboratorního podkladu, stejně jako není správné na druhé straně, aby mladý lékař dětského oddělení použil všechna dostupná vyšetření a konziliáře v rámci defenzivní medicíny k tomu, aby se dobral diagnózy „virový infek“.

Pohotovostní lékařskou službu by proto zcela jistě měli vykonávat všichni praktikující lékaři v primární péči, bez ohledu na jejich věk, snad jen s malou výjimkou, kterou by měla představovat lokalita jejich ordinace, která ne vždy musí být pro výkon plssp dostatečně geograficky dostupná (viz níže). V takovém případě by mohlo dojít k určitému sdružování s kolegyní či kolegou, jejichž ordinace je dopravně dostupnější (viz níže). Není to ale podmínkou. Mělo by být ale samozřejmostí, aby se ordinace, která v onen víkend má službu, postarala o lékaře a sestru v dotyčné ordinaci.

Primární a základní vyšetření dítěte musí být vyšetření pediatrem, do této ordinace by měly být směřovány všechny onemocnělé děti. Po tomto základním a komplexním pediatrickém vyšetření by mohla následovat ev. konzultace dalším odborníkem – tj. obvykle službu konajícím lékařem jiného, obvykle nemocničního oddělení. Toto vyšetření praktikujícím dětským lékařem musí být komplexní, to zdůrazňuji, nechceme-li se sami přivést do nepříjemných situací. Musí se opírat o jistá diagnóza zajišťující laboratorní vyšetření, ale i vyšetření otoskopické,

ktelé považují za naprosto nezbytné, když víme, že téměř každá viróza v kojeneckém až předškolním věku s sebou nese tubotympanální spoluúčast. Ve skrytu duše doufám, že se nám snad i touto cestou podaří omezit neuvěřitelná množství prováděných adenotomií či ektomií vysoko překračující průměry v ostatních zemích. Pomoci by nám měla i další nedávno publikovaná studie v BMJ o neefektivnosti adenotomií a adenoektomií pro opakované infekty horních dýchacích cest v dětském věku.

Nemohu souhlasit s mnohde vžitým postupem, který sám už podmiňuje defektní výkonu mladého lékaře, a zkušeného pediatra ohrožuje samo o sobě, aby při bolestech ucha či břicha bylo primární vyšetření chirurgem či otolaryngologem.

■ Účelnost a efektivita a tedy smysluplnost

spolu souvisejí jako spojité nádoby. Bez účelnosti není efektivita a bez efektivit není účelnost. Aby toto kritérium bylo splněno, musí pohotovostní služba svým přístrojovým vybavením tyto požadavky splňovat. Považuji za správné, aby při klinické diagnóze „horečnatý infek“, a to je denní chléb pohotovostní služby, bylo toto klinické vyšetření vhodně doplněno vyšetřením krevním (především krevním obrazem, ale i CRP, s ev. mikrosedimentací, kterou mnozí imunologové považují za základní imunologické (!) vyšetření, vedle vyšetření moče chemicky a bakteriologicky semikvantitativní metodikou – uricult, dulab – apod.). Považuji rovněž za vhodné, aby i malé otevřené ranky, které lze dobře ošetřit steristripem, byly ošetřovány pediatrem. Doplňující možnost vyšetření glykémie bude jistě racionální. Tato vyšetření by měla být provedena ihned v ordinaci, ještě před ev. medikamentózní preskripcí. Pokud by některá pediatrická ordinace byla vybavena ještě šířeji, bude to jen k dobru celé věci. Všechny tyto výkony by také měla zcela automaticky pojišťovna převzít a honorovat (viz níže). Aby mohla být pediatrická pohotovostní služba opravdu efektivní a účelná, měla by být také efektivně a účelně organizována. Zásadním krédem by měl být fakt, že pacient – je-li to vůbec nutné – by měl čekat na lékaře a nikoliv obráceně. Práce lékařská je příliš drahá, než aby pohotovostní ordinace byla otevřena v kteroukoliv dobu, a to ještě na několika jen pár metrů od sebe vzdálených pracovištích,



notabene pro jednoho či dva pacienty, kteří mnohdy z pohodlnosti vyhledávají pohotovostní službu zcela zásadně.

■ Navrhují proto, aby pohotovostní služba pediatriká ve všední dny byla zcela zrušena

Až na některá velká města není smysloplná, je čistým politickým rozhodnutím, ke kterému jsou lékaři zneužíváni. Dnes už téměř ve všech dětských ordinacích se ordinuje ne-li každý den, tak nejméně 2× týdně až do 18 hodin. V každém případě je v každém regionu dostupný alespoň jeden pediatrik ve všední den až do 18 hodin. Po této době převezme plssp lůžkové oddělení nemocnice. Je proto potřebné, aby záznamník praktikujícího lékaře dokázal pacienty dokonale informovat, kam se mají v případě nedostupnosti registrujícího lékaře obrátit. Chtějme na ambulancích našich dětských oddělení, k jejichž postgraduální výuce musí patřit komplexní vyšetření dítěte přicházejícího do ambulance, také toto nezbytné vybavení. Nemá-li ordinace tyto zcela základní a racionální vyšetřovací možnosti pro akutní pacienty, není ordinací efektivní a tedy produktivní, je spíše poradenským centrem, kde vyšetření musí pak provést někdo jiný a někde jinde.

Neměla by tudíž tuto službu vykonávat.

■ Organizace dětské plssp

Již samo rozdělení České republiky na krajské či spádové oblasti nemocnic dává vodítko, jak by měla být pediatriká pohotovostní péče organizována. Zásadně by ji měla vykonávat každá pediatriká ordinace, která je u krajského úřadu registrována. Je věcí především sdružení dětských lékařů, aby tyto oblasti byly správně formulovány a zorganizovány. Chci tím také říci, že sdružení pediatriků je tou organizací, která řídí a zajišťuje pohotovostní dětskou lékařskou službu, a nikoliv nemocniční dětské oddělení.

V pravidelném rytmu a bez výjimek by se měly pak o víkendech a svátcích jednotlivé ordinace, ve kterých je pohotovostní služba provozována, střídát. Při poměrně hustotě dětských ordinací by potom nevycházel více než jeden víkend na jednu ordinaci za čtvrt roku. Odborné personální zajištění by bylo potom věcí dotyčné ordinace. Podmínkou, bez které nelze tento systém provozovat, je stručný „leták“, na jehož financování by se

měly podílet především farmaceutické firmy, jejichž „housky“ my v našich ordinacích bez-ziskově „prodáváme“. Takovýto leták by měl obsahovat ústřední telefonní číslo v dotyčné oblasti, které by informovalo veřejnost, která ordinace dětského lékaře má v příslušný víkend a v kterou dobu službu, spolu s adresou ordinací a telefonním číslem, stejně jako malý plánek, který by veřejnosti usnadňoval dostupnost jednotlivé ordinace. Leták by měl dále obsahovat ordinací hodiny pohotovostní služby (př. sobota 10.00–12.00 dopoledne a 15.00–18.00 odpoledne v sobotu, neděli a svátcích, což považuji za dostačující), kam by mohl pacient bez předchozího ohlášení přijít, stejně jako krátké sdělení, jak se zachovat mimo ordinací dobu. Krátká informace o pomoci při život ohrožujících situacích je samozřejmá. Tyto letáky by měly být v dostatečné míře umístěny ve všech dětských zdravotnických zařízeních v příslušném regionu.

A budou-li i v lékárnách s doplňujícím seznamem otvírací doby lékáren, bude to jen ku prospěchu věci. Nedovedu si rovněž představit moderně a zodpovědně fungující ordinaci dětského lékaře bez záznamníku, který poskytuje informace především registrovaným pacientům o dostupnosti „jejich“ dětského lékaře.

Je pak věcí příslušného sdružení dětských lékařů tento rozpis pohotovostní služby jednou za rok vypracovat, dodržovat, až na zcela ojedinělé výjimky neměnit a potřebnými informacemi zásobit příslušné info číslo, stejně jako záznamníky jednotlivých ordinací. Strašlivým zlovykem jsou stálá přehazování a výměny služeb, které neposlouží dobré pověsti praktikujících lékařů a zanášejí jen zmatek a nedůvěru.

■ Honorování dětské pohotovostní služby

Pohotovostní lékařská služba je služba vysoce riziková, nesmírně zodpovědná a honorář za jedno vyšetření by jistě měl přesahovat honorář magistra či doktora práv za vytištění jednostránkového papíru formátu A4. Ten myslím skoro vždy přesahuje částku 1000 Kč.

Jsem si ale plně vědom že „kde nic není, ani čert nebere“. Je jenom otázkou, zda toto přísloví platí a zda je v tomto případě na místě. Už slyším naše zdravotnické organizátory, jak se podivují, cože to ti doktoři zase chtějí. Nechtě mě tedy přesvědčit, že můj návrh bude

znamenat negativní zásah do rozpočtu ministerstva zdravotnictví. Nebude, jen ušetříme a finanční prostředky se dostanou tam, kam patří. Neznám celkové náklady na dětskou pohotovost, skládající se z celé řady položek a dotací (zdravotní pojišťovny, sanitní auta, krajské úřady, platby pojištěnců, poplatky a podobně vedle obrovských ztrát a prodloužení v rámci nepřítomnosti rodičů nemocných dětí v zaměstnání). Nechtěl bych pana ministra přivést do úzkých, příliš si jeho snah vážím. Nezaslouží si to. Chtěl bych ale vyzvat příslušné ekonomy, kterým toto celkové číslo je jistě známé, a nepodléhá-li utajení, aby bylo vyděleno počtem dětských pohotovostních pacientů, a dopracovali bychom se jistě k číslu, které by všechny značně udivilo.

■ Co tedy navrhuji?

Honorář za jednoho vyšetřeného pacienta se bude skládat z těchto „pozic“:

1. Komplexní vyšetření pacienta do 6 či nad 6 let. 02021 nebo 02031
2. Pozice za výkon plssp 09563 idem
3. Pozice za cash vybraný poplatek 09543 idem
4. Laboratorní pozice pro SE, CRP, malý krevní obraz, moč, bakt. moče, odběr bakt. materiálu, glykémii, UZ či malé chirurgické pozice podle úvahy a vybavení ordinace vyšetřujícího lékaře.

Tento honorář vyúčtuje službu konající ordinace jedinému plátcovi, zdravotní pojišťovně nebo krajskému úřadu. Je věcí uvedených plátců, aby se vzájemně domluvili na částce, kterou si budou refundovat navzájem. To platí jak pro praktikující lékaře, tak i pro nemocnice.

Možná, že některým závistivcům se to bude zdát mnoho. I to připouštím. Přesto však je to méně a menší částka než ta, která se na jednoho vyšetřeného pacienta při pohotovosti vydává dnes. Byl bych jen krajně nerad, aby můj návrh byl některými politickými šťastlivci pojat jako „zlepšovací návrh na ušetření mzdových fondů u lékařů“ s tím, že v pozdních odpoledních hodinách, sobotách a nedělích pracují jen zloději a ...



Dlouhodobá domácí oxygenoterapie – bezpečná metoda v léčbě dětí s bronchopulmonální dysplazií

MUDr. Eva Dortová, doc. MUDr. Jiří Dort, Ph.D.,

Neonatologické oddělení Fakultní nemocnice v Plzni

Bronchopulmonální dysplazie postihuje v České republice a dalších rozvinutých zemích významnou část nedonošených novorozenců velmi nízké porodní hmotnosti. Jejich léčba zahrnuje dlouhodobou léčbu kyslíkem. Hlavní přínos domácí oxygenoterapie spočívá v tom, že významně zkracuje délku hospitalizace (při zachování správných cílových hodnot saturace hemoglobinu kyslíkem), tím zlepšuje psychomotorický vývoj a vytváření vazby rodina – dítě. Správným nastavením oxygenoterapie jsou vyloučeny stavy hypoxie se všemi negativními dopady pro růst a vývoj dítěte. Také se eliminuje riziko nozokomiální infekce a vzniká finanční úspora pro zdravotní pojišťovnu. Mobilní jednotka s tekutým kyslíkem umožňuje dobrou mobilitu dětí. Autoři uvádějí vlastní zkušenosti s používáním dlouhodobé domácí oxygenoterapie (DDOT) a v diskusi zmiňují další možnosti léčby bronchopulmonální dysplazie.

■ ÚVOD

Přežívání extrémně nezralých nedonošených dětí se výrazně zvýšilo v 90. letech. Incidence BPD je nepřímo úměrná porodní hmotnosti a pohybuje se v širokém rozmezí přibližně 5–50 % u silně nezralých dětí. Na základě patofyziologických studií je známo, že děti s BPD jsou extrémně senzitivní i k malým výkyvům pO_2 a je u nich vysoký výskyt sekundární plicní hypertenze. Oxygenoterapie při BPD ruší hypoxickou vazokonstrikci plicního arteriálního řečiště. Udržování správné oxygenace a výživy dítěte představuje kritické aspekty péče o tyto děti i po propuštění z nemocnice.

V roce 1994 byly stanoveny pracovní skupinou pro dětskou pneumologii České pediatrie společností indikace pro léčbu DDOT u dětí, které zahrnují cystickou fibrózu, primární plicní hypertenzi a vrozené srdeční vady. Neonatologickou indikací je bronchopulmonální dysplazie se saturací hemoglobinu 0,90 a méně při FiO_2 0,21 a dále perzistující plicní hypertenze primární a sekundární.

■ Indikace DDOT

K DDOT jsou indikovány nezralé děti s porodní hmotností pod 1500 g, u nichž byla stanovena diagnóza bronchopulmonální dysplazie. BPD je definována jako chronické plicní postižení nedonošených dětí, jejichž závislost na kyslíku přetrvává do věku 36 týdnů od koncepce a celková doba na kyslíku ≥ 28 dní.

Indikací oxygenoterapie je hypoxémie trvalá nebo intermitentní, cílem je zajištění trvalé náležité oxygenace za všech okolností,

včetně motorické aktivity, příjmu potravy a spánku. Dítě, u kterého je indikována DDOT, musí mít stabilizované funkce dýchání, krevního oběhu a příjmu potravy, musí mít pravidelné hmotnostní přírůstky, hmotnost více než 2,5 kg a jeho gestační stáří je kolem 40 týdnů, tedy v termínu předpokládaného porodu.

■ Příprava na propuštění z nemocnice

Příprava nezralého dítěte s BPD na oxygenoterapii k propuštění je dlouhá a musí být velmi pečlivá. Lze tím předejít zbytečným rehospitalizacím dítěte. Musejí být splněny následující podmínky:

1. Spolupráce s rodiči musí být bezproblémová. Matka je podrobně poučena a zacvičena v péči o dítě a plně ji zvládá. Často je s dítětem dlouhodobě hospitalizována.
2. Dítě je stabilní, při nízkém přívodu kyslíku nostrilami se saturace pohybuje kolem hodnoty 0,95. Room air test ověří schopnost dítěte udržet saturaci nad 0,80 po odpojení kyslíku po dobu 4 hodin.
3. Dítě bezpečně zvládá příjem stravy a dobře prospívá na hmotnosti. Kojení je i v těchto případech běžným způsobem výživy.
4. Anxieta rodičů, která je často navozena stavem nedonošeného dítěte a jeho přetrvávající závislostí na kyslíku, musí být vyřešena.
5. Zajištění zdroje kyslíku pro DDOT, tj. sepsání a odeslání žádosti o Homelox na příslušnou zdravotní pojišťovnu neonatologem.

6. Oznámení propuštění dítěte na DDOT příslušnému praktickému dětskému lékaři.
7. Zařazení dítěte do programu dlouhodobého sledování ve specializované ambulanci dle zvyklostí oddělení (v Plzni Centrum vývojové péče).
8. Zavezení přístroje a podrobná instruktáž rodičů, jak používat zásobník tekutého kyslíku, pracovníkem dodavatelské firmy.
9. Dostupnost lékařského servisu 24 hodin denně je nezbytná, zejména při infektech.
10. Technický servis 24 hodin denně 7 dní v týdnu zajišťuje dodavatelská firma.

■ Zařízení pro DDOT

Používáme přístroj Homelox mobil. Tento přístroj pracuje následujícím způsobem: Zkapalněný kyslík podchlazený na -183 °C v tepelně izolovaném zásobníku se pomocí speciální odpařovací soustavy odpařuje na plynnou fázi a pacientem je vdechován ohřátý na úroveň pokojové teploty. Zásobníky jsou proti přetlaku, který je oproti lahvím se stlačeným kyslíkem podstatně nižší, jištěny dvěma bezpečnostními ventily. Mobilní zásobník si rodiče po zaškolení plní sami ze stacionárního zásobníku, který mají doma. Na výstupu ze zásobníku je regulační ventil, který umožňuje nastavení průtoku od 0,125 l/min. Dítě inhaluje kyslík přiváděný hadičkou ze zásobníku do nosu nostrilami vhodné velikosti. Mobilní jednotka umožní volný pohyb pacienta na několik hodin. Technický servis je firmou poskytován 24 hodin denně.



■ Vedení DDOT

Při přípravě DDOT je oxygenoterapie nastavena před dimisí, ale ještě za nemocničního pobytu tak, aby se saturace pohybovala v rozmezí 0,93–0,98 podle pulsního oximetru u dětí s již dokončenou vaskularizací sítnice, a tedy již bez rizika vzniku retinopatie nedonošených. Potřebný průtok kyslíku nozdrilami je nízký, většinou stačí průtok do 0,25 l/min.

Při ambulantních kontrolách v Centru vývojové péče při neonatologickém oddělení je sledován vývoj respiračního, kardiiovaskulárního a neurologického systému a růst dítěte. Provádí se základní biochemické a hematologické vyšetření. Je obvykle nutné znovu rodičům vhodnou formou vysvětlit zdravotní stav dítěte a význam DDOT a tím snižovat jejich případně zvýšenou anxiету. Zejména je nutno zabránit tomu, aby rodiče z netrpělivosti předčasně snižovali nebo ukončovali DDOT. Součástí ambulantní návštěvy je také přeměření SpO_2 při nastaveném průtoku kyslíku. Jednorázové změření okamžité saturace není dostatečné. Je nutné měření saturace během bdění, krmení a spánku s identifikací epizod desaturací a průměrné saturace.

Oxygenoterapii je možno ukončit, je-li dítě schopné při FiO_2 0,21 udržovat si trvale SpO_2 0,93 a více za všech situací (jídlo, pohyb, spánek) a má pravidelné hmotnostní přírůstky. Provádí se 1–2hodinový test, při němž se po zastavení přívodu kyslíku monitoruje saturace. Je nutné dále vzít v úvahu ještě další faktory, jako je případná plicní arteriální hypertenze a somatický růst. Obvyklý postup ukončování DDOT je nejprve změnit trvalou oxygenoterapii na noční, před úplným ukončením podávání kyslíku pak provést ještě spánkový test k ověření stability SpO_2 i v hlubokém spánku. K jeho provedení je nezbytné dítě (i s maminkou) přijmout na oddělení, ale stačí jen krátká hospitalizace přes noc.

■ Administrativní postup

Žádost o přidělení zařízení pro DDOT podává regionální neonatologické pracoviště, schvaluje ji příslušná zdravotní pojišťovna, zařízení dodává a jeho servis zajišťuje LINDE GAS a. s.

■ Vlastní soubor pacientů

Do programu DDOT za 15 let bylo na neonatologickém oddělení v Plzni zařazeno celkem 42 dětí (28 chlapců, 14 dívek), průměrný gestační věk dětí byl 26,1 (24–33)

týdne, průměrná porodní hmotnost byla 780 (555–2140) g. Průměrná délka domácí OT byla 168 (34–984) dnů. Průměrný počet rehospitalizací z důvodu zhoršení respirační funkce při infektu byl minimální, 0,38 na jedno dítě. 3 děti ze souboru zemřely, z toho 2 děti měly novou formu BPD, 1 dítě zemřelo na cor pulmonale při klasické formě BPD. Ve sledovaném souboru dětí se nevyskytly žádné komplikace oxygenoterapie v domácích podmínkách. Část těchto pacientů byla vyšetřena také ve stáří 5 let (23 pacientů) se zaměřením na pozdní morbiditu. V této skupině byl výskyt astma bronchiale 13 %, celopopulační výskyt je 10 %. Žádné dítě nemělo chronické postižení srdce. 75 % dětí bylo zcela zdrávo, 25 % vykazovalo střední až těžké postižení (DMO 5×, porucha zraku 1× a sluchu 1×, těžký mentální deficit 1×). Jejich hmotnost a výška nevybočovala z normy pro věk.

■ DISKUSE

Dlouhodobá léčba BPD zahrnuje kromě oxygenoterapie diuretika a bronchodilatátory – ty však zlepšují funkci plic krátkodobě, bez vlivu na dlouhodobý průběh nemoci, kortikoidy zlepšují plicní funkci, ale celkově podávané zhoršují neurologický vývoj, inhalační kortikoidy mají nižší účinnost, ale také snížené riziko vedlejších nežádoucích účinků. Oxygenoterapie se z této nabídky léčebných možností jeví jako léčba účinná, jejíž aplikace je snadná a prosta významnějších vedlejších nežádoucích účinků. Pro reparaci plicní tkáně je ovšem dále nutná také adekvátní výživa.

Dlouhodobá domácí oxygenoterapie je bezpečná a efektivní, je-li pečlivě připravena a zajištěna. Děti při DDOT vyžadují těsné sledování neonatologem a dalšími specialisty. Je podezření, že u dětí s BPD po propuštění do domácí péče není DDOT dostatečně využívána.

Benefit oxygenoterapie byl již dříve jasně určen. Alveolární hypoxie je příčinou plicní arteriální hypertenze. Tím, že oxygenoterapie snižuje hypoxickou plicní vazokonstrikci, zlepšuje saturaci hemoglobinu, snižuje plicní vaskulární rezistenci, zlepšuje výkon pravé komory srdeční a tak zlepšuje periferní dodávku kyslíku. Děti s BPD, závislé na kyslíku, vykazují více centrálních apnoí a desaturací ve spánku než kontrolní zdravé děti, a mají tedy zvýšené riziko náhlého úmrtí. Dále byla nalezena abnormální spánková architektura dětí s BPD, vedoucí k častějšímu probouzení pro udr-

žení saturace, a snížený podíl REM spánku. Děti s BPD obvykle špatně rostou v prvních letech. Přitom obvykle stačí nízká dávka kyslíku, kterou je možno zajistit v domácím prostředí, ke zvýšení centrální respirační stability u dětí s BPD, odstranění fragmentace spánku a úpravě poruchy růstu.

DDOT umožňuje dětem, u kterých přetrvává dlouhodobá závislost na kyslíku, dřívější propuštění do domácí péče. Významně zkracuje dobu hospitalizace, snižuje tím odloučení rodiny od očekávaného potomka a zároveň se významně snižují i ekonomické náklady související s dlouhodobým pobytem v nemocnici. Výhody byly potvrzeny ve studiích v mnoha zemích Evropy, v USA, v Kanadě, Chile, Austrálii i Malajsii.

Metodou volby DDOT v neonatologii je tekutý kyslík dodávaný z přenosného zásobníku, protože umožňuje mobilitu pacienta, nezbytnou jak pro kontrolní návštěvy specializované neonatologické ambulance, tak i pro běžné vycházky.

Úplný konsensus o cílové saturaci při OT u dětí s rozvinutou BPD a dokončenou vaskularizací sítnice stále není. Podle obvyklých názorů v odborných kruzích se saturace má pohybovat kolem 0,95 a neměla by klesat pod 0,91. Používáme cílovou saturaci 0,93–0,98, která představuje dostatečnou rezervu proti desaturacím při krmení a spánku.

Standardní návod pro ukončení DDOT v literatuře neexistuje. Zde popsany způsob byl ověřen v praxi a osvědčil se. Před ukončením DDOT je velmi důležité přesvědčit se, že nenastanou desaturace nejen v klidu, ale ani při zátěži a ve spánku. Postupné ukončení má přednost před náhlým zastavením přívodu, nezávisle na celkové době podávání kyslíku. Před ukončením noční oxygenoterapie je nutné provést test ve spánku při krátké hospitalizaci.

■ ZÁVĚRY

1. Oxygenoterapie představuje účinnou léčbu BPD, která zajišťuje dostatek kyslíku ve tkáních a podporuje tak růst a vývoj dítěte, dále snižuje případnou složku plicní arteriální hypertenze.
2. DDOT prováděná popsáním způsobem je bezpečná, pro rodiče dítěte zvládnutelná léčba, která má proti oxygenoterapii v nemocnici významné výhody.



Současná indikační kritéria imunoprophylaxe RSV infekcí

doc. MUDr. Jan Janota, Ph.D.

Novorozenecké oddělení, Thomayerova nemocnice, Praha 4 – Krč

Onemocnění způsobená RSV (respiratory syncytial virus) jsou infekce omezující se na respirační ústrojí. RSV infekce je nejčastější příčinou onemocnění dolních dýchacích cest u kojenců a malých dětí na světě. Rizikovými pacienty jsou novorozenci a kojenci s chronickým plicním onemocněním (bronchopulmonální dysplazie), děti předčasně narozené, děti s vrozenými srdečními vadami a děti s imunodeficiencí. Jedinou možností profylaxe je pasivní imunizace. K profylaxi se v současnosti užívá monoklonální protilátka palivizumab (Synagis®). V článku je podrobně uveden přehled platných indikačních kritérií u rizikových skupin populace pro Českou republiku.

■ Úvod

Onemocnění způsobená RSV (respiratory syncytial virus) jsou infekce omezující se na respirační ústrojí. Obvykle se jedná o infekce dolních cest dýchacích; bronchiolitidy nebo virové pneumonie. RSV infekce je nejčastější příčinou onemocnění dolních dýchacích cest u kojenců a malých dětí na světě. Vrchol výskytu onemocnění je obvykle ve věku 2–8 měsíců. RSV infekce byla vybrána Světovou zdravotnickou organizací jako prioritní onemocnění pro vývoj očkování vzhledem k masivnímu výskytu a potenciální závažnosti průběhu.

■ Rizikovní pacienti

Rizikovými pacienty jsou novorozenci a kojenci s chronickým plicním onemocněním (bronchopulmonální dysplazie), děti předčasně narozené, děti s vrozenými srdečními vadami a děti s imunodeficiencí. U dětí hospitalizovaných pro RSV infekci byla prokázána mortalita 3–5 %. Pacienti hospitalizovaní pro RSV vykazují abnormální výsledky testů plicních funkcí až do věku 10 let.

■ Terapie RSV infekcí

Léčbu pacienta s infekcí RSV lze rozdělit následujícím způsobem:

- podpůrná terapie (podání kyslíku, umělá plicní ventilace, doplnění tekutin)
- doplňková terapie (bronchodilatancia: beta-mimetika, alfa-mimetika)
- kauzální terapie (antivirová terapie: u existující antivirové léčby Ribavirinem není jasně prokázán pokles mortality u léčených pacientů)

■ Profylaxe – vakcinace

Vakcinace je další účinnou metodou snížení výskytu RSV infekcí. Aktivní imunizace by vedla k dlouhodobé imunitě. Očkovací látka tohoto typu však neexistuje. Dosud vyvinuté preparáty způsobovaly těžká RSV onemocnění s vysokou mortalitou, pokud byli očkováni pacienti nakaženi přirozenou RSV infekcí. Vývoj tohoto typu očkovací látky se předpokládá v horizontu až 10 let. Jedinou možností profylaxe tak zůstává imunizace pasivní.

■ Pasivní imunizace – protilátky

Existuje monoklonální protilátka cílená proti F (fusion) proteinu RSV. Podání protilátky v měsíčních intervalech během RSV sezóny prokázalo snížení pravděpodobnosti RSV hospitalizace u předčasně narozených novorozenců s rizikem závažného průběhu RSV infekce. Pasivní imunizace užívaná v současnosti je monoklonální protilátka palivizumab (Synagis®). U pacientů s profylaxí Synagisem® bylo prokázáno snížení hospitalizace o 55 % u novorozenců narozených před 35. týdnem těhotenství, mladších než 6 měsíců chronologického věku a u novorozenců s bronchopulmonální dysplazií mladších než 24 měsíců chronologického věku. Tyto výsledky umožnily oficiální povolení aplikace léku od roku 1998. Efekt byl následně potvrzen i u dětí s hemodynamicky významnou srdeční vadou mladších než 24 měsíců. Cena imunoprophylaxe je vysoká, proto je vyhledání vhodných kandidátů esenciální.

Existují ještě další formy pasivní imunizace – v současnosti je testována druhá generace monoklonální protilátky – motavizumab. Motavizumab má zvýšenou afinitu k RSV ve srovnání s palivizumabem. Podle dostup-

ných dat mají oba preparáty podobný účinek na prevenci hospitalizací, motavizumab zatím není povolen ke klinickému využití.

■ Palivizumab (Synagis®)

– dávkování

- Palivizumab: 15 mg/kg/dávka, jednou měsíčně, intramuskulárně (i.m.)
- 5 dávek v měsíčním intervalu
- První dávka před začátkem nebo na začátku RSV sezóny (období s nejvyšším výskytem RSV infekcí v dané oblasti)
- Podání do anterolaterální oblasti stehna (gluteální oblast není doporučována pro potenciální riziko poškození nervů)
- Podání i.m. injekce za aseptických kautel. Objemy nad 1 ml by měly být podány v rozdělené dávce.

Alergické reakce na očkování jsou raritní. Při středně závažném a závažném respiračním onemocnění a febrilních stavech v době očkování se doporučuje posouzení rizik ošetřujícím lékařem a případné posunutí očkování.

■ Indikační kritéria ve světě a v České republice

Indikační kritéria jsou rozdílná v různých zemích světa. Indikovaná skupina pacientů je vždy kompromisem mezi širší cílové skupiny, vyšší rizik pro různé podskupiny pacientů a finančními prostředky uvolněnými jednotlivými zeměmi na tuto profylaxi. V České republice jsou jasně daná kritéria pro rizikové novorozence i kardiologické pacienty. Indikační kritéria podléhají pravidelné kontrole a revizím. Pokyny pro profylaxi v ČR uvedené v článku jsou aktuální v době uveřejnění. Diskutována je možnost budoucího rozšíření indikačních kritérií u některých



nejrizikovějších skupin předčasně narozených novorozenců.

■ Indikační kritéria v ČR – kardiologičtí pacienti

Kardiologičtí pacienti mladší 2 let:

- Pacienti s významným levoprávním zkratem (defekt komorového septa – VSD, AV kanál)
- Pacienti s cyanotickou srdeční vadou nebo jednodukovou cirkulací
- Dilatační kardiomyopatie
- Pacienti po transplantaci srdce

Indikační kritéria a koordinátoři jsou uvedeni v tabulce 2.

■ Indikační kritéria v ČR – rizikové novorozenci

1. Novorozenci narození v gestačním věku 28+6 a dříve, u kterých byla diagnostikována bronchopulmonární dysplazie (BPD/CLD). Pro tyto pacienty platí věkový limit 1 rok nebo 12 měsíců od propuštění z perinatologického centra.
2. Novorozenci narození v gestačním věku 28+6 a dříve, bez BPD/CLD, narození 6 měsíců před začátkem nebo propuštění v průběhu RSV sezóny.
3. Všichni novorozenci s porodní hmotností ≤ 1000 g, narození 6 měsíců před začátkem nebo propuštění v průběhu RSV sezóny.

4. Všichni novorozenci s BPD/CLD, bez ohledu na gestační týden, kteří vyžadovali léčbu BPB/CLD (oxygenoterapii, bronchodilatační terapii, kortikoidy, diuretika) ještě 6 měsíců před začátkem RSV sezóny. Tito novorozenci mají nárok na imunoprofylaxi do 2 let věku (možnost aplikovat Synagis® i 2 sezóny).
5. Hospitalizovaní nezralí novorozenci, ohrožení nozokomiální RSV infekcí, mají nárok na aplikaci 1 dávky Synagisu®.

Počátek RSV sezóny je určen datem 1. listopadu. V případě časnějšího nástupu sezóny dle SZÚ lze toto datum v jednotlivých sezónách upravovat. Definice BPD/CLD dle publikace Jobe a Bancalari, 2001. Česká neonatologická společnost kontroluje indikace, sleduje účinnost a registruje případné nežádoucí účinky prostřednictvím Koordináčního centra pro imunoprofylaxi RSV infekce se sídlem v Nemocnici Na Bulovce. Indikační kritéria a koordinátoři jsou uvedeni v tabulce 1.

■ Koordinátoři

Koordináční centra kardiologických pacientů v ČR

- Praha – Dětské kardiocentrum FN Motol, MUDr. Hostaša (tel. 224 431 111)
- Brno – Kardiologické odd. FN Brno, MUDr. Vít (tel. 532 231 111)

Koordináční centrum rizikových novorozenců v ČR

- Praha – Novorozenecké oddělení Nemocnice Na Bulovce, prim. MUDr. Čihař (tel. 266 081 111, cihamar@seznam.cz)

■ Shrnutí pro ambulantní praxi

Praktičtí lékaři pro děti a dorost mohou být v některých případech jedinými, kteří zachytí rizikového novorozence, který unikl profylaxi řízené perinatologickými centry a kardiologickými pracovišti. V případě stěhování, změny trvalého bydliště i z řady dalších příčin může rizikové dítě profylaxi uniknout. Dobrá znalost indikačních kritérií a kontakt na koordinátory může pomoci praktickým lékařům identifikovat tyto pacienty a zprostředkovat jim očkování.

Nejrizikovější skupinou jsou novorozenci porodní hmotnosti pod 1000 gramů nebo gestačního stáří pod 29. týden těhotenství, novorozenci s dlouhodobou ventilační podporou a děti se srdečními vadami (tabulka 1 a 2). Pokud u dětí z těchto skupin existují nejasnosti týkající se profylaxe RSV infekcí, jednoznačně se doporučuje konzultace s lékařem perinatologického centra (porodnice), kde se dítě narodilo, nebo s příslušnými koordinátory.

Tabulka 1. Indikační kritéria vakcinace proti RSV u novorozenců

Indikační kritéria vakcinace proti RSV v ČR Rizikové novorozenci
1. Novorozenci narození v gestačním věku 28+6 a dříve, u kterých byla diagnostikována bronchopulmonární dysplazie (BPD/CLD). Pro tyto pacienty platí věkový limit 1 rok nebo 12 měsíců od propuštění z perinatologického centra.
2. Novorozenci narození v gestačním věku 28+6 a dříve, bez BPD/CLD, narození 6 měsíců před začátkem nebo propuštění v průběhu RSV sezóny.
3. Všichni novorozenci s porodní hmotností ≤ 1000 g, narození 6 měsíců před začátkem nebo propuštění v průběhu RSV sezóny.
4. Všichni novorozenci s BPD/CLD, bez ohledu na gestační týden, kteří vyžadovali léčbu BPB/CLD (oxygenoterapii, bronchodilatační terapii, kortikoidy, diuretika) ještě 6 měsíců před začátkem RSV sezóny. Tito novorozenci mají nárok na imunoprofylaxi do 2 let věku (možnost aplikovat Synagis® i 2 sezóny).
5. Hospitalizovaní nezralí novorozenci, ohrožení nozokomiální RSV infekcí, mají nárok na aplikaci 1 dávky Synagisu®.
Koordináční centrum rizikových novorozenců v ČR • Praha – Novorozenecké oddělení Nemocnice Na Bulovce, primář MUDr. Čihař (tel. 266081111, e-mail: cihamar@seznam.cz)

Tabulka 2. Indikační kritéria vakcinace proti RSV u kardiologických pacientů

Indikační kritéria vakcinace proti RSV v ČR Kardiologičtí pacienti
Kardiologičtí pacienti mladší 2 let
• Pacienti s významným levoprávním zkratem (VSD, AV kanál)
• Pacienti s cyanotickou srdeční vadou nebo jednodukovou cirkulací
• Dilatační kardiomyopatie
• Pacienti po transplantaci srdce
Koordináční centra kardiologických pacientů v ČR
• Praha – Dětské kardiocentrum FN Motol, MUDr. Hostaša (tel. 224 431 111)
• Brno – Kardiologické odd. FN Brno, MUDr. Vít (tel. 532 231 111)



Výživa dětí v prvním roce života – 2010

MUDr. B. Procházka, MUDr. R. Růžková, RNDr. J. Riedlová,
Ing. J. Vígnerová, CSc., Ing. B. Holá

■ Úvod

Práce popisující výživu nejmenších českých dětí se staly mezi praktickými dětskými lékaři tradicí. V návaznosti na naše práce zveřejněné v letech 2000 a 2003 jsme rozhodli podobnou studii zopakovat u dětí narozených v letech 2008–2010. Oproti minulým studiím jsme tentokrát sledovali výživu dětí až do 18. měsíce věku.

Naše práce byla spojena též s podrobným sběrem antropologických dat těchto dětí, které umožnily vytvoření aktuálních růstových a hmotnostních grafů plně kojených českých dětí. Hlavním cílem práce bylo ověření pozitivního vývoje v oblasti kojení tak, jak jsme jej popisovali v minulých studiích.

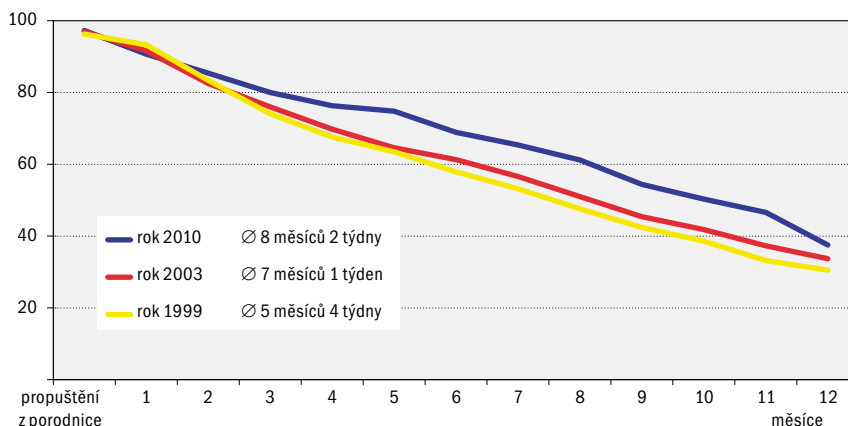
■ Metody

Jednalo se opět o dotazníkovou prospektivní studii. Dotazník obsahoval údaje o velikosti bydliště, údaje o matce (věk, vzdělání, rodinný stav, kouření, pořadí dítěte v rodině), o dítěti (porodní váha, gestační věk, pohlaví, doba prvního přiložení k prsu), o výživě dítěte při propuštění z porodnice, o celkové době kojení a době plného kojení, o věku dítěte v době zavedení dokrmu, čaje, zeleniny, masa, ovoce a kaše do výživy i důvod zavedení dokrmu u dítěte. Další důležitou součástí byl zápis antropologických dat při jednotlivých prohlídkách u registrujícího praktického lékaře.

Tento dotazník byl prostřednictvím regionálních zástupců SPLDD předán kolegům, kteří se účastnili studie. Dotazníky byly postupně vyplňovány při jednotlivých preventivních vyšetřeních v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost u dětí narozených v období od 1. 4. 2009 do 31. 3. 2010. Dotazník byl koncipován pro údaje s přesností jednoho týdne, data byla podrobně statisticky vyhodnocena a výchozí data porovnána s populačními daty ČSÚ k ověření reprezentativnosti studie.

Graf č. 1

Délka kojení do jednoho roku v čase



■ Výsledky

Podařilo se nám získat celkem 1765 vyplněných dotazníků (mj. zcela stejné množství jako v roce 2003) ze všech regionů. 24 % dětí pocházelo z malých obcí (do 5 tis. obyvatel), 30 % jich bylo ze středně velkých obcí (5–50 tis. obyvatel) a 46 % z velkých obcí (přes 50 000 obyvatel).

Průměrný věk matky při porodu dítěte byl 30 let a 5 měsíců – nejmladší maminky byly 17leté a nejstarší maminky porodily ve věku 45 let.

Vzdělání: 50 % matek mělo v době porodu střední vzdělání, 20 % maminek bylo vysučených, 26 % mělo vysokoškolské vzdělání a 4 % jen vzdělání základní.

Vdaných maminek bylo 73 %, **svobodných** 22 % a **rozvedených** jen 5 %.

Kouření: 63,5 % maminek nikdy nekouřilo, 23,6 % maminek přestalo kouřit před porodem, 8,7 % kouřilo během celého těhotenství i po porodu, 3,4 % přestalo kouřit během těhotenství a 0,3 % maminek přestalo kouřit po porodu.

Ze všech dětí bylo 51,2 % chlapců a 48,8 % děvčat.

Průměrná porodní hmotnost byla 3351 g. Nejnižší porodní hmotnost byla 990 g a nejvyšší 5200 g.

Průměrná délka při narození byla 49,8 cm (49,6 cm u děvčat, 50,1 cm u chlapců).

Gestační věk byl průměrně 39,3 týdne bez většího rozdílu mezi pohlavími (nejnižší 30 týdnů, nejvyšší 44 týdnů).

Pořadí dítěte v rodině: 49 % dětí se narodilo jako první v rodině, 39 % dětí jako druhé v pořadí, 7 % jako třetí, 3 % jako čtvrté, 1 % jako páté, 9 dětí jako šesté, 3 děti jako sedmé a jedno jako deváté dítě v rodině.

69 % dětí bylo přiloženo k prsu do 2 hodin po porodu, 20 % mezi 2 a 12 hodinami po porodu, 6 % dětí mezi 12 a 24 hodinami a 5 % za dobu delší než 24 hodin po porodu.

Při propuštění z porodnice bylo plně kojeno 88 % dětí, s dokrmem bylo propuštěno 9 % novorozenců, nekojena byla 3 % dětí.

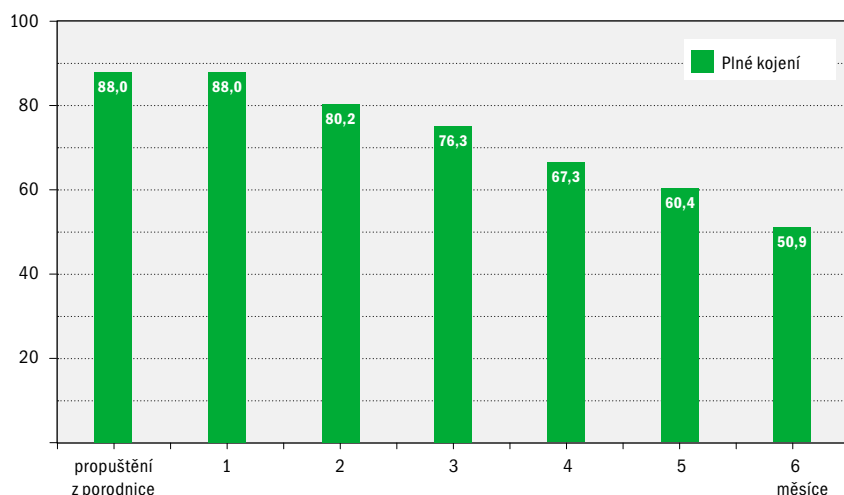
Průměrná doba kojení (včetně kojení s dokrmem) byla 8 měsíců a 2 týdny. Ve 3 měsících bylo kojeno 84,3 % kojenců, v 6 měsících kojily maminky 68,9 % dětí, ve 12 měsících bylo kojeno ještě 37,5 % dětí a v 18 měsících 19,8 % batolat.

Graf č. 1 ukazuje procento kojených dětí v jednotlivých měsících.



Graf č. 2

Plné kojení



Průměrná doba **plného kojení** byla 4 měsíce a 2 týdny.

Ve **3 měsících** je plně kojeno **76,3 %** dětí, v **6 měsících** je plně kojeno **50,9 %** dětí, v **roce věku** a v **18 měsících** je živeno pouze **mateřským mlékem 0,5 %** dětí.

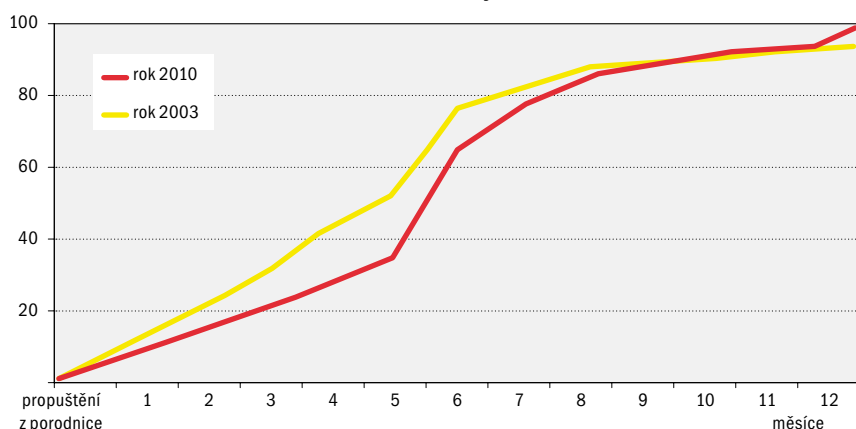
Graf č. 2 ukazuje situaci v jednotlivých měsících.

Důvodem zavedení dokrmu byl v 63 % případů věk dítěte, v 18 % obraz tzv. „hladového dítěte“, v 11 % neprospívání dítěte, v 6 % onemocnění matky, v 1 % onemocnění dítěte a v 1 % profesní důvody ze strany matky.

Čaj byl do výživy kojců zaváděn průměrně ve věku 6 měsíců. Graf č. 3 ukazuje postupné zavádění čaje v jednotlivých měsících.

Graf č. 3

Zavádění čaje

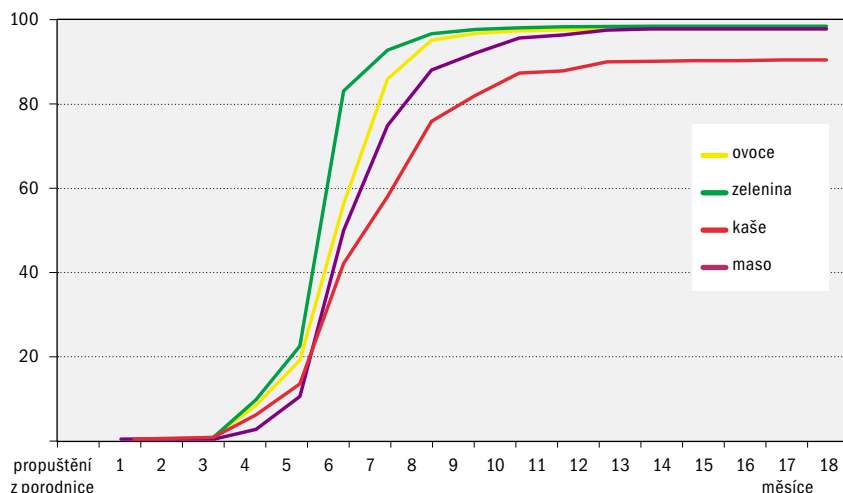


K zavedení **zeleniny** do výživy dětí dochází průměrně v 6 měsících. **Maso** je zaváděno ve formě masozeleninového příkrmu průměrně v **7 měsících**, **ovoce** se stává součástí výživy v průměru **od 6 měsíců a 2 týdnů**, **kaši** dostávají kojenci v ČR v průměru v **7 měsících**. Graf č. 4 znázorňuje zavádění jednotlivých druhů příkrmů v jednotlivých měsících prvního roku života.

Celková doba kojení je v souvislosti s **věkem a vzděláním matky** (čím vyšší byl věk a dosažená úroveň vzdělání, tím delší byla doba kojení dítěte). **Vysokoškolsky** vzdělané maminky kojily v průměru 12 měsíců a jeden týden, **středoškolačky** 10 měsíců a jeden týden, vyučené matky 7 měsíců a 3 týdny, naproti tomu maminky pouze se **základním** vzděláním kojily pouze 5 měsíců a 3 týdny, výsledky jsou přehledně v **grafu č. 5**.

Graf č. 4

Zařazování dalších potravin do výživy



Při porovnání **věku matky** a **celkové délky kojení** jsme zjistili, že nejméně kojily matky mladší než 20 let – 6,2 měsíce, matky ve věku 20–25 let kojily v průměru 6,8 měsíce, ve skupině 25–30 roků 9,5 měsíce, ve skupině 31–35 roků 10,5 měsíce, ve skupině 36–40 let 11,6 měsíce, u maminek starších 40 let pak 12,3 měsíce. Přehledně jsou data znázorněna v **grafu č. 6**.

Pořadí dítěte: děti narozené jako první byly kojeny v průměru 9 měsíců a 2 týdny. U druhých dětí byla průměrná doba kojení 10 měsíců a 3 týdny, a u dětí narozených jako třetí a další bylo kojení v průměru 10 měsíců a necelé 4 týdny.



Dle jednotlivých **regionů**: nejdelší průměrná doba kojení byla v Praze – 10 měsíců a 4 týdny, v ostatních regionech se nelišila a byla 9 měsíců a 4 týdny. Průměrný věk matky při porodu dítěte je však v Praze téměř o 2 roky vyšší než v ostatních regionech.

Graf č. 7 ukazuje závislost **porodní hmotnosti** dítěte a délky kojení.

Děti s porodní hmotností pod 2000 g jsou kojeny 5 měsíců, ve skupině dětí s porodní hmotností mezi 2000–2500 g je průměrná doba kojení 8,7 měsíce, děti s porodní hmotností 2501–3000 g jsou průměrně kojeny 9 měsíců, děti s porodní hmotností mezi 3001–3500 g 10,5 měsíce, s porodní hmotností mezi 3051–4000 g 10,4 měsíce a děti těžší než 4000 g při porodu byly kojeny 10,9 měsíce.

Vdané matky kojily v průměru 10,6 měsíce, maminky svobodné kojily v průměru 8,7 měsíce, stejně jako maminky rozvedené.

Délka kojení v závislosti na **času přiložení k prsu**: Děti, které byly přiloženy do 2 hodin po narození (tj. 69 %), byly kojeny v průměru **10,8 měsíce**, děti přiložené v období 2–12 hodin po porodu byly kojeny 8,9 měsíce, děti přiložené za 12–24 hodin po porodu byly kojeny 8,5 měsíce, děti přiložené později byly kojeny 8,6 měsíce. Kojící maminky se živily vegetariánsky v 0,7 %, vegetariánů mezi dětmi bylo 0,5 %.

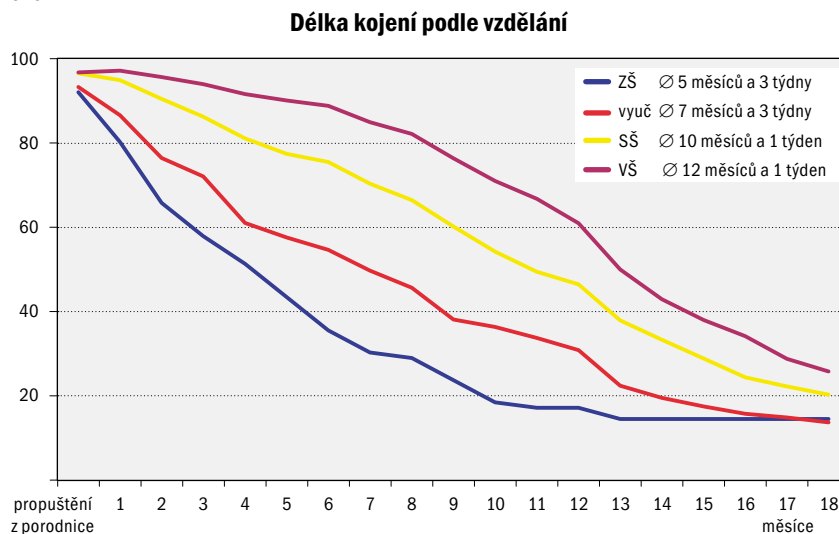
Diskuse

Díky velké podpoře spolupracujících kolegů jsme získali opět velký počet dotazníků ze všech krajů (shodou okolností úplně stejný počet dotazníků jako v roce 2003).

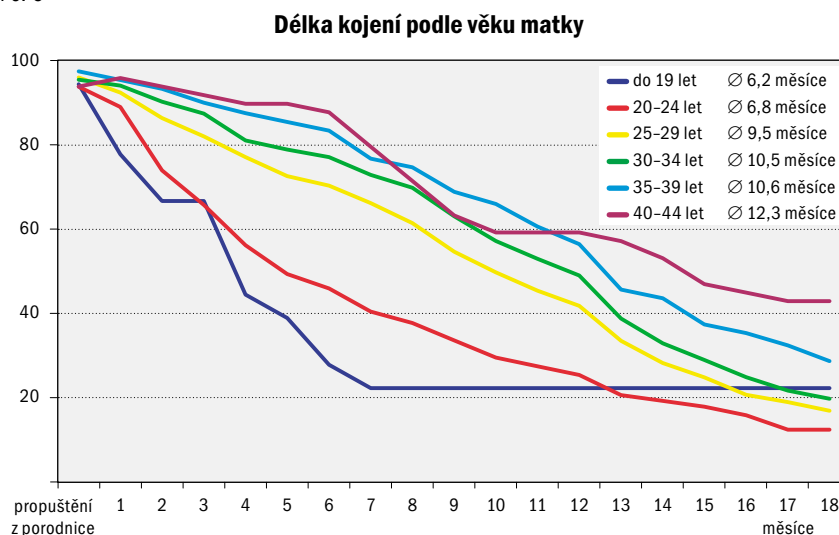
Jak jsme očekávali, opět se potvrdilo další prodloužení doby kojení u českých dětí, navíc jsme získali i údaje o kojení v době od 12 do 18 měsíců. Již naše minulé práce prokázaly závislost délky kojení na věku a vzdělání maminek, která byla naší poslední prací opět potvrzena.

Od doby minulé studie došlo k dalšímu posunu průměrného věku matky při porodu dítěte na 30,5 roku oproti výsledkům z roku 2003, resp. 2000, kdy byl průměrný věk matky 28,3, respektive 27,5 roku (pro zajímavost: dnes je průměrný věk rodiček stejný jako v roce 1920).

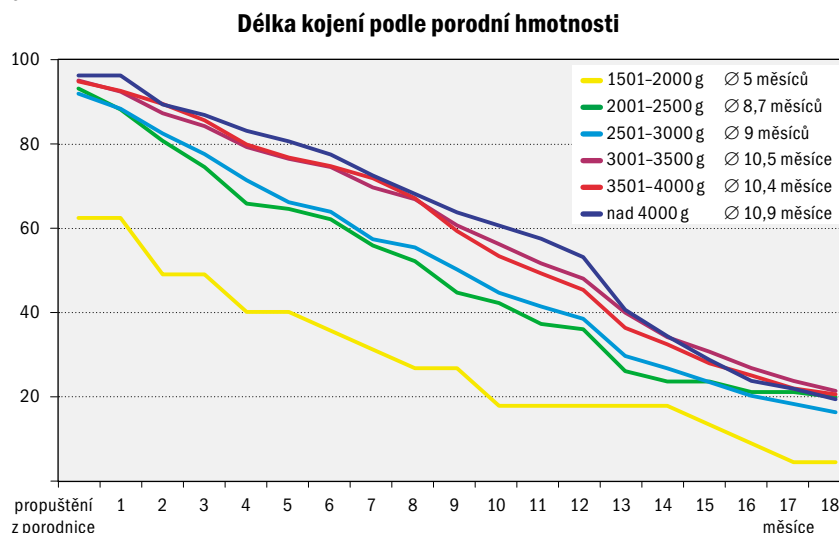
Graf č. 5



Graf č. 6



Graf č. 7





Počet maminek ve věkové skupině do 25 let (které vždy signifikantně méně kojí) klesl z 25 % v roce 2000 na 15 % v roce 2010.

Naopak stoupl počet nejstarších maminek (40 let a více) z 1 % v roce 2000 na 5 % v naší poslední práci.

Data o vzdělání maminek ukazují na větší procento vysokoškolsky vzdělaných maminek oproti minulým pracím: 26 % v roce 2010 oproti 15 %, resp. 18 % v letech 2000 a 2003. Procento středoškolsky vzdělaných maminek zůstává stejné, kleslo procento matek se základním vzděláním z 19 % v roce 2000 na pouhých 4 % v roce 2010, mírně stoupl počet maminek vyučených – z 15 % v roce 2000 na 20 % v roce 2010. Všechny posuny jsou statisticky významné.

Poměr maminek vdaných, svobodných a rozvedených zůstává stejný. Děti vdaných maminek jsou kojeny statisticky významně déle než děti matek svobodných či rozvedených. Maminky, které nikdy nekouřily, kojily statisticky déle než ostatní maminky.

Velmi pozitivní zprávou je významný nárůst počtu novorozenců přiložených do 2 hodin po porodu, tj. 69 % oproti 59 % v minulé práci. Procento dětí přiložených až po 48 hodinách zůstalo ve všech našich pracích stejné (5 %).

Množství dětí, které nebyly kojeny při propuštění z porodnice (3 %) je stejné jako v minulosti, mírně stoupl počet dětí propuštěných s dokrmem (9 % vs. 5 % v roce 2000), v další době však počet dětí plně kojených klesá méně než v minulých letech.

Děti narozené v rodině jako první byly kojeny statisticky významně kratší dobu než děti narozené jako druhé nebo další. Čaj dostávaly naše děti v průměru od 6 měsíců, což je příznivý posun od věku 4,5 měsíce v roce 2003. Stejně se mírně posunulo podání zeleniny z 5,5 měsíce v roce 2003 na 6 měsíců v poslední práci. Zavedení kaše a ovoce zůstalo bez větší změny.

■ Závěr

Výsledky této studie potvrdily výsledky i očekávané trendy z našich prací z let 2000–2003:

- došlo k dalšímu prodloužení celkové doby kojení,
- došlo k prodloužení věku matky při porodu dítěte na 30,5 roku,

- došlo k zvýšení průměrného vzdělání u maminek.

Významný nárůst počtu vysokoškolsky vzdělaných a vyučených maminek na úkor matek se základním vzděláním.

Patrný je mírný posun v zavádění zeleniny a ovoce do výživy kojenců, bohužel tento pozitivní trend se netýká zavádění kaše.

Kojení jako základní složka výživy malých dětí – to není jen idea současnosti.

Dokladem historicky uznaného významu kojení i inspirací pro dnešek jsou slova stanov Nemocenského ústavu dělnictva c. k. továrny na tabák v Českých Budějovicích, kde se roku 1910 mj. píše: „Šestinedělky, které samy kojí, rovněž šestinedělky, které z nezaviněných důvodů samy kojiti nemohou, obdrží, bez ohledu na příslušnost jim plat nemocenský, denní příspěvek ve výši poloviční nemocenské podpory (**premie za kojení**).“

V závěru bychom rádi co nejvíce poděkovali všem kolegům, kteří přes své pracovní vytížení věnovali spoustu energie i času na vyplňování dotazníků a tím umožnili vznik takto rozsáhlé a reprezentativní studie. Díky

Adamová R., Čáslav; Adamová Z., Brno; Aronová J., Karlovy Vary; Balatková R., Most; Březinová, Hradec Králové; Dvořáková J., Pardubice; Hanousková, Hradec Králové; Hrobařová, Jihlava; Hudečková V., Strážnice; Hvězdová V., Netvořice; Janečková, Hradec Králové; Jarolímek, Smiřice; Kněblová, Praha; Kozderka C., Kralovice; Kyonková A., Odolena Voda; Nosilová H., Čáslav; Novák I., Chlumec nad Cidlinou; Pábllová, Hradec Králové; Procházka B., Procházková M., Kutná Hora; Roučka L., Nová Paka; Růžicková Z., Karlovy Vary; Svobodová E., Hradec Králové; Šebková A., Plzeň; Štrobachová J., Příbram; Verdánová D., Jindřichův Hradec; Volšíková H., Habartov; Chaloupková J., Praha; Kubátová G., Praha; Mucková, Praha; Nulíčková I., Praha; Růžková R., Praha; Schwarzová M., Praha; Zimová J., Litoměřice; Šrůtková J., Hradec Králové; Kramářová, Hradec Králové; Karková, Hradec Králové; Urbanová, Hradec Králové; Solaříková M., Hroznová Lhota; Macháčková, Hradec Králové; Navrátilová, Hradec Králové; Bartoňová, Hradec Králové.

■ Vyzkoušeli jsme mobilní sestřičku

Změřit tlak, stisknout tlačítko na mobilním telefonu a odeslat. Jednoduchá kombinace úkonů už v německém Friedrichshafenu dokonce nahradila běžné kontroly u lékařů. Vyzkoušeli jsme takzvanou mobilní sestřičku, která možná i vám jednou ušetří spoustu času.

Jihoněmecké město Friedrichshafen u Bodamského jezera v sobě ukrývá mnoho zajímavých technologií. Deutsche Telekom ho totiž již několikátým rokem přetváří v rámci projektu T-City do takzvaného „města budoucnosti“. Jednou z prioritních oblastí tamních vývojářů je zdravotnictví a v jeho rámci projekt jakési „mobilní sestřičky“. S její pomocí pacienti zvládnou základní vyšetřovací úkony svépomocí bez nutnosti návštěvy lékaře. Ušetří to čas nejen jim, ale samozřejmě také samotným doktorům. Pacient obdrží tři analyzátoři: tlakoměr, váhu a glukometr. Tyto přístroje jsou bezdrátovou technologií Bluetooth spárovány se smartphonem, který po každém změření zobrazí výsledek na svém displeji. Tento výsledek se posílá datovým přenosem odešle do lékařova počítače. Jak jsme se sami přesvědčili, vše je otázka několika sekund. Lékař si tak snadno může v jakémkoliv okamžiku prohlédnout stav svých pacientů a v případě potřeby je kontaktovat a pozvat do ordinace. Může takto spravovat desítky pacientů, samozřejmě pokud mají potřebné vybavení.

O podobnou modernizaci zdravotnictví se usiluje i v České republice. Operátor O2 před několika lety představil program eHealth a s ním spojenou službu Rehabitic. Technologie v podobě speciálního přístroje s mobilním připojením umožňuje pacientovi cvičit a provádět rehabilitaci správným způsobem. Systém cvičícího vede, zasílá výsledky lékařovi, s nímž je může pacient následně konzultovat.

Pacient se tak nemusí zdržovat docházením do nemocnice, ale díky spolehlivému monitorovacímu systému nemůže zároveň cvičení žádným způsobem šidit.

Zdroj: A. Pospíšil, iDNES, 20. 2. 2012



Jak hodnotit růst kojeného dítěte v prvních měsících života

Ing. Jana Vignerová, CSc.*, Mgr. Markéta Paulová, Ph.D.*, RNDr. Jitka Riedlová**

*Státní zdravotní ústav, Praha

**Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta

V roce 1994 začala Světová zdravotnická organizace (WHO) připravovat studii, která by byla zdrojem dat pro nové celosvětově univerzálně použitelné růstové grafy pro děti do 5 let. WHO považuje kojení za biologickou normu a jako normativní růstový model stanovuje růst kojeného dítěte. Proto byla studie založena na sledování růstu dlouhodobě výhradně nebo převážně kojených dětí (Multicentre Growth Reference Study – MGRS). Bylo do ní zahrnuto 8400 dětí ze šesti zemí světa (USA, Brazílie, Norsko, Ghana, Omán, Indie), z toho 882 dětí longitudinálně měřených do 24 měsíců. Studie vychází z následujícího předpokladu: vyrůstají-li děti nejmladších věkových skupin za stejných socioekonomických podmínek, pro jejich růst a vývoj není rozhodující jejich etnikum a národnost. Růstové standardy WHO pro děti do 5 let byly publikovány v roce 2006 a ukázaly, že růst kojeného dítěte je odlišný od růstu dítěte živého převážně umělou výživou.

V roce 2007 svolala regionální pobočka WHO k této problematice pracovní schůzku zástupců všech evropských zemí „Workshop on new WHO child growth standards“, na které doporučila implementovat nové růstové standardy ve všech zemích jako pomůcku pro podporu dlouhodobého kojení. Proto jsme se po této schůzce věnovali nejdříve porovnání růstových standardů WHO s aktuálně používanými českými referenčními grafy pro děti od narození do 5 let. Zjistili jsme, že tyto grafy mají jiný průběh než nové růstové standardy WHO a že zavedení těchto standardů do české pediatrie

praxe by v některých případech mohlo vést k nesprávnému hodnocení prospívání dítěte. I z toho důvodu jsme v rámci grantu IGA MZ ČR č. NS 9974-4/2008 a ve spolupráci s OSPDL a SPLDD provedli porovnání růstu českých dětí kojených výlučně nebo převážně nejméně po dobu 4 měsíců se stávajícími růstovými grafy pro českou dětskou populaci.

Cílem studie bylo posoudit, zda je vhodné používat české růstové grafy i pro kojené děti, a na základě výsledků této studie pak ve spolupráci s odbornými společnostmi vypracovat doporučení pro hodnocení růstu kojeného dítěte. Studie, jejíž sběr dat se uskutečnil od dubna 2009 do května 2010, se zúčastnilo 43 pediatriů. Měření dětí probíhala v rámci preventivní prohlídky v 18 měsících. Součástí vyšetření byl dotazník týkající se délky kojení, způsobu další výživy dítěte a dále obsahující údaje o matce, porodní údaje aj. Zároveň byla do dotazníku vypsána ze Zdravotního a očkovacího průkazu dítěte a mladistvého všechna měření tělesné délky, hmotnosti a obvodu hlavy od narození až do 18 měsíců. Studie tak měla rovněž longitudinální charakter. Celkem bylo získáno 1765 dotazníků, ve kterých bylo zaznamenáno 19 554 vyšetření.

Z tohoto souboru pak byly vybrány děti vhodné pro srovnání s WHO standardy, tj. vybrané podle těch kritérií, která byla shodná se studií WHO (matka nekuřačka minimálně s maturitou, porod jediného zdravého dítěte, porodní hmotnost > 2500 g, výlučné nebo převážné kojení minimálně 4 měsíce). Bylo tak vybráno 960 dětí (471 chlapců a 489 dívek),

u kterých bylo k dispozici 10 272 vyšetření. Z takto vybraného souboru byly spočteny percentilové křivky jednotlivých rozměrů, které jsme porovnali se stávajícími růstovými grafy pro českou dětskou populaci.

Ze studie vyplývá, že růst kojeného dítěte je specifický. Není ho možné bezvýhradně posuzovat ani podle českých referenčních dat, ani podle standardů WHO. Pokud bychom přesto uvažovali o zavedení ne zcela vyhovujících WHO standardů do pediatrie praxe, šlo by o finančně i organizačně velmi náročnou akci. Dalším problémem je zajištění návaznosti těchto růstových křivek na stávající růstové grafy pro českou populaci v 5 letech. Naopak česká referenční data lze (se znalostí specifického růstu kojeného dítěte, zejména při posuzování vývoje hmotnosti) dobře používat. Stručná doporučení, ke kterým jsme došli ve spolupráci se zástupci OSPDL, Neonatologické společnosti a Národního laktčního centra, jsou uvedena v příloženém letáku. Leták je určen především do poraden a rodičům. Podrobnější informace o výsledcích výzkumu pro pediatrii hodláme uveřejnit v odborných časopisech.

Závěrem si dovoluujeme poděkovat všem pediatriům, kteří se podíleli na sběru dat. Děkují také členům výboru OSPDL, kteří výzkum podpořili a zajistili nám kontakt s pediatrii, a dále všem lékařům, kteří byli ochotni naslouchat našim otázkám a o problematice i výsledcích studie s námi diskutovat.

Studie podpořena IGA MZ ČR č. NS 9974-4/2008.



11. konference dětské pneumologie 2012

14. dubna 2012, Hotel DAP, Praha

www.detskapneumologie.cz

HLAVNÍ TÉMATA

- Závažné stavy v dětské pneumologii
- Zobrazovací metody v dětské respirační medicíně

Děkuji Vám všem za Vaši podporu a trvalý zájem o obor dětské pneumologie a velice se těším na naše společné tradiční dubnové setkání. Prof. MUDr. Petr Pohunek, CSc.

Podrobné informace, registraci a předběžný program naleznete na www.detskapneumologie.cz.

Nutrilon Nenatal 0 a Nutrilon BMF odpovídají nutričním nárokům nedonošených dětí

podle posledního doporučení ESPGHAN 2010¹



Nutrilon Nenatal 0 s scGOS/lcFOS (9:1)

pro nedonošené děti a děti s nízkou porodní hmotností*
pokud nemohou být kojeny nebo v kombinaci s kojením,
od narození* do propuštění z nemocnice

- ➔ přináší předčasně narozeným dětem všechny výhody scGOS/lcFOS (9:1) - unikátní klinicky testované směsi oligosacharidů
- ➔ podporuje optimální rychlost růstu předčasně narozených dětí¹
- ➔ usnadňuje vstřebávání důležitých živin¹
- ➔ přispívá k rozvoji zraku a kognitivních funkcí¹



Nutrilon Breast Milk Fortifier

pro obohacení mateřského mléka pro nedonošené děti
a děti s nízkou porodní hmotností*, od narození

podle posledního
doporučení
ESPGHAN 2010¹

* od narození a porodní hmotností od 1000 g

REFERENCE

1. Agastoni C. et al., Enteral nutrient supply for preterm infants: commentary from the European society for pediatric gastroenterology, hepatology, and nutrition committee on nutrition. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition (2010); 50: 1-9.

Důležitá upozornění: Kojení je nejpřirozenějším způsobem výživy kojenčů. Kojenec by měl být používán na doporučení lékaře. Způsob použití a další informace na obalech a webových stránkách. Patrujte pro záležitosti výživy. Patrujte pro záležitosti lékařské péče. Mléko je určeno pro odlišnou výživu.

Všechny dotazy zodpovíme na telefonní lince
v pracovní dny od 8.30 do 16.00 hod.

mléko nutrilon VOLÍTE ZDARMA
800-110-000
www.nutrilon.cz



Nové dimenze v diagnostice a léčbě cystické fibrózy: od novorozeneckého screeningu k léčbě podstaty onemocnění

MUDr. Veronika Skalická a kolektiv Centra CF FN Motol

Pediatrická klinika 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Motole

Cystická fibróza (CF), dříve také mukoviscidóza, je nejčastější autozomálně recesivně dědičné onemocnění s přibližným výskytem 1 na 3000 novorozeneckých dětí. Každý zhruba 27. člověk v české populaci je zdravým nosičem mutace genu pro CF. Dnes je známo více než 1900 mutací tohoto genu. Nejčastější z nich, F508del, je přítomna na 71 % chromozomů českých nemocných s CF.

Cystická fibróza je v současné době sice stále nevyléčitelná, je ale léčitelná. Se zlepšujícími se diagnostickými a léčebnými možnostmi se zlepšuje kvalita života nemocných a prodlužuje se jeho délka. V současné době žije 50 % nemocných déle než 37 let.

V poslední době se začínají objevovat zcela nové možnosti, jak onemocnění ovlivnit v jeho základní podstatě.

■ Podstata onemocnění

Onemocnění CF je způsobeno mutací v genu označovaném jako CFTR (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator). Tento gen řídí syntézu bílkoviny, zvané též CFTR, v buněčných organelách, která pak vycestuje k povrchu buňky, kde tvoří chloridový kanál na apikální membráně buněk. CFTR gen zodpovídá za vlastní strukturu bílkoviny, ale pro optimální nastavení funkce kanálu je neméně důležité i její konečné množství na povrchu buněk a správné vycestování k povrchu buněk. Různé mutace různě ovlivňují tento proces, nicméně obecně je pak důsledkem odchylky porucha chloridového kanálu, která způsobí, že chloridy jsou nedostatečně transportovány přes buněčnou membránu a pro zachování elektroneutality je nadměrně absorbován sodík a s ním i voda. Tak se mění složení a vlastnosti sekretů, především jejich vazkost, což je příčinou většiny klinických příznaků.

V současnosti je již k dispozici nová látka, která úspěšně prošla všemi fázemi klinických zkoušek a která dovede korigovat zatím jen jeden typ poruchy funkce chloridového kanálu, které způsobují tzv. „gating“ mutace (nejčastější mutací tohoto typu je G551D).

Společnost Vertex Pharmaceuticals, která látku vyvinula, ji nedávno zaregistrovala pod názvem ivacaftor (VX-770). Tato skutečnost dává pohledu na prognózu CF zcela nové rozměry. Samozřejmě, že užitek z takové nové léčby mohou mít hlavně ti nemocní, kteří mají co nejméně pokročilých orgánových změn. V těchto souvislostech je jistě zřejmé, jak důležitá je včasná diagnóza a komplexní léčebný přístup.

Připomeňme si zde alespoň stručně, jaká jsou **hlavní postižení orgánů a příznaky při CF**.

Onemocnění postihuje zejména dýchací a trávicí ústrojí, nicméně lze shrnout, že s výjimkou CNS postihuje všechny systémy.

První příznaky se u většiny nemocných dají pozorovat již v prvních měsících či rocích života. Bohužel ne vždy se jim věnuje patřičná pozornost, a tak se nežádka stává, že nemocní jsou diagnostikováni pozdě, často již s velmi rozvinutými příznaky, potížemi a komplikacemi.

V dýchacích cestách při CF vede porucha transportu iontů chloridovými kanály na apikální membráně buněk v hlenových žlázách k produkci vazkého hlenu, důsledkem je porucha mukociliární clearance, obstrukce dýchacích cest hlenem, který je ideální živinou půdou pro bakterie, infekce pak vede k rozvoji zánětu, čímž se roztáčí bludný kruh destrukce plicní tkáně. Nemocní CF mohou mít plíce osídleny bakteriemi specifickými pouze pro takto nemocné (*Pseudomonas aeruginosa*, *Burkholderia cepacia*).

U 85 % nemocných je opět v důsledku poruchy transportu iontů chloridovými kanály insuficientní zevně sekretorická činnost pankreatu. Proto neprosplývají, nepřibývají na váze, ačkoli většinou hodně jedí, a mívají objemné mastné stolice. 10–15 % novorozenců s CF se rodí s mekoniovým ileem. Některé děti trpí na prolapsy rekta. Recidivující pankreatitida je častá hlavně u nemocných se zachovalou, tedy suficientní zevně sekretorickou funkcí pankreatu.

Pot nemocných CF je výrazně slanější než pot zdravých, obsahuje až 5× více solí. Při políbení čelíčka novorozence či malého kojence vnímají maminky často slanou chuť, v horkém počasí se nemocným CF mohou dokonce tvořit krystalky soli na čele nebo na nose. Velké ztráty solí potem, zvláště v horkém počasí, při horečce či při velké fyzické námaze, mohou vést až k těžkému rozvratu vnitřního prostředí s hyponatrémií, hypochloremií s metabolickou alkalózou. Častou komplikací je na CF vázaný diabetes mellitus. U řady nemocných se rozvíjí postižení jater v důsledku zvýšené hustoty a snížené alkality žluči, vedoucí k obstrukci žlučových cest, duktulární proliferaci, zánětu a rozvoji fokální biliární cirhózy. Častou komplikací je i osteoporóza. Kardiomyopatie může být i příčinou náhlého úmrtí. Reprodukční trakt je u 98 % mužů s CF postižen kongenitální bilaterální absencí (agenezí) vas deferens (CBAVD), což je příčinou obstruktivní azoospermie.

■ Diagnostika CF

Nejčastěji se CF diagnostikuje na základě klinických příznaků. Klinické podezření se potvrdí potním testem a následně molekulárněgenetickým vyšetřením DNA.

Potní test (PT) neboli vyšetření chloridů v potu je zlatým standardem diagnostiky CF. Provádí se ambulantně, je zcela bezbolestný a před testem ani při něm není potřeba žádné režimové omezení vyšetřovaného. Test trvá okolo 45 minut, výsledek je znám do 3 hodin. Ke stimulaci pocení se standardně používá pilokarpinová iontoforéza. Normální koncentrace chloridů v potu se pohybuje mezi 10–30 mmol/l potu. U CF jsou hodnoty nad 60 mmol/l. Hraniční hodnoty, tj. mezi 30 a 60 mmol/l potu, diagnózu ani jednoznačně nepotvrdí, ani nevyloučí, takový test je vždy potřeba během několika dnů ještě jednou zopakovat, druhé měření se provádí vždy i v případě pozitivního výsledku. V případě negativního nálezu, trvá-li klinické



podezření na CF, je opakování potního testu pochopitelně rovněž namístě.

Molekulárněgenetickým vyšetřením DNA získané z krve se hledají mutace v *CFTR* genu, které způsobují CF. Nález dvou *CFTR* mutací je potvrzením diagnózy CF.

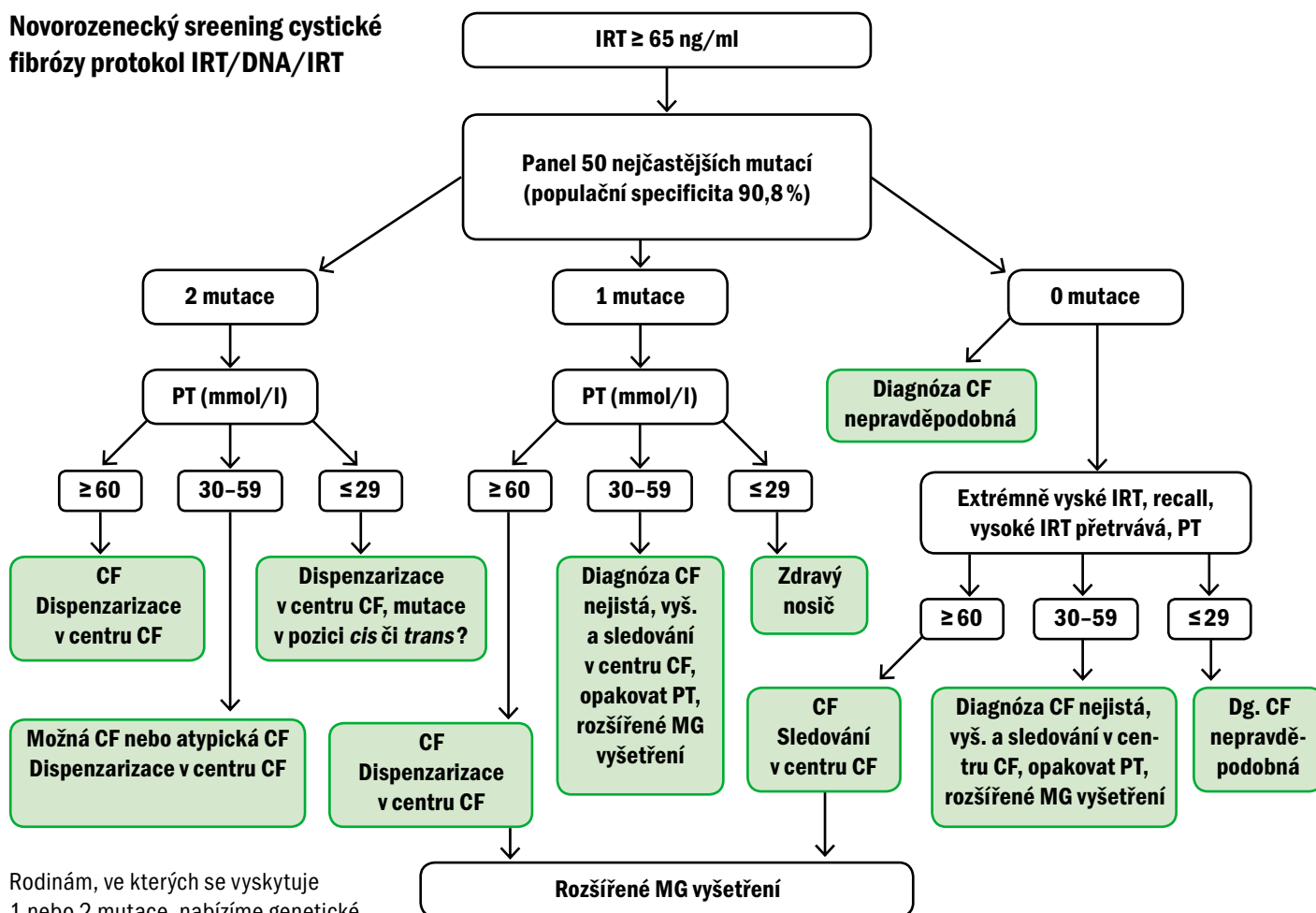
Novorozenecký screening cystické fibrózy (NSCF) se provádí vyšetřením kapky krve odebrané z patičky novorozence, ze které se testují i další vrozená onemocnění. Cílem novorozeneckého screeningu je zachyt dětí s CF do 2 měsíců věku, kdy ještě většina z nich nemá rozvinuté příznaky onemocnění. Což je pro nemocné velmi příznivé, protože to umožní okamžité zahájení léčby, čímž se velmi zlepší jejich vyhlídka. Od října 2009 je novorozenecký screening CF součástí inovovaného celoplošného screeningu vybraných vrozených onemocnění. Gutrieho kartičky se v České republice k vyšetření soustředí u dětí narozených na území Čech v Praze, u dětí narozených na území Moravy v Brně.

V současné době se používá model IRT/DNA/IRT, kdy ze suché kapky krve, získané z patičky novorozence, se na filtračním papírku vyšetřuje v prvním kroku imunoreaktivní trypsinogen (IRT), což je produkt buněk acinů pankreatu, jehož zvýšená hladina je způsobena jeho únikem do cirkulace při blokádě ductů v pankreatu. Zjištěnou zvýšenou koncentraci IRT nad 65 ng/ml tedy následuje ve druhém kroku molekulárněgenetická (MG) analýza nejčastějších (32–50) mutací *CFTR* genu. Pokud jsou nalezeny 2 CF způsobující mutace, je diagnóza v podstatě jistá a dítě je voláno ve třetím kroku k potvrzujícímu potnímu testu a současně k zahájení léčby. Pokud je nalezena pouze 1 mutace, následuje pochopitelně i v tomto případě jako třetí krok potní test. Je-li potní test negativní, dítě je s největší pravděpodobností zdravým nosičem mutace. V tom případě je rodičům nabídnuto standardní genetické poradenství cílené na nosičství mutace *CFTR* genu v rodině. Je-li test pozitivní, je velká pravděpodobnost, že se o cys-

tickou fibrózu jedná, a následuje pátrání po druhé, vzácnější mutaci; současně však, aby nedošlo k časové prodlevě, je nutné okamžitě zahájit komplexní vyšetření dítěte a preventivní péči hlavně o dobrou průchodnost a čistotu dýchacích cest a další léčbu k zabránění rozvoje komplikací.

V novorozeneckém screeningu CF považujeme za nezbytnou a velmi důležitou spolupráci s praktickým lékařem pro děti a dorost, který zná rodinu, momentální stav dítěte, není pro rodiče anonymním zdravotníkem, může poskytnout psychologickou oporu po dobu nejistoty, vysvětlit problematiku. Výsledky z druhého kroku a zvaní dítěte k potnímu testu totiž přicházejí ve velmi citlivém období na konci šestinedělí. Sdělení informace o potřebě dalšího vyšetření v rámci NSCF, nebo dokonce rovnou o závažném onemocnění dítěte, bývá pro rodinu velice stresujícím momentem. Proto většinou žádáme PLDD o pomoc při kontaktování rodiny a její nasměrování na specializované pracoviště, tj. Pediatrickou kliniku

Novorozenecký screening cystické fibrózy protokol IRT/DNA/IRT



Rodinám, ve kterých se vyskytuje 1 nebo 2 mutace, nabízíme genetické poradenství.



FN Motol v Praze nebo Klinikou dětských infekčních nemocí FN Brno. Při komunikaci by měla být dodržena tato pravidla: informaci sdělit osobně, nikoliv telefonicky ani poštou zasláním dopisem, ale v klidu v ordinaci, nebo případně v domácím prostředí rodiny, nikoliv těsně před víkendem nebo svátky, nýbrž tak, aby vyšetření dítěte pak mohlo následovat v co nejkratším termínu od sdělení informace. Při vysvětlování problematiky vyzdvihovat důležitost včasného zahájení léčby k zabránění rozvoje komplikací.

Výsledky potního testu, který se provádí v dopoledních hodinách, kdy současně proběhne v případě zájmu rodičů i genetická konzultace, sdělujeme rodičům ještě týž den odpoledne. V případě positivity potního testu neprodleně telefonicky informujeme i PLDD, v případě negativity testu zasiláme PLDD výsledek poštou.

V případě, že je CF diagnostikovaná, je potřeba neprodleně podrobně informovat rodiče o podstatě diagnózy a zahájit léčbu. Rodičům tedy nabízíme 1–2hodinovou konzultaci v některém z následujících pracovních dnů hned po potním testu a na nejbližší pondělí organizujeme přijetí pacienta s matkou k pětidennímu diagnosticko-edukačnímu pobytu na Pediatrickou kliniku FN Motol, Praha, jak pro děti z Čech, tak i z Moravy. Víťame přítomnost obou rodičů, přičemž otec může být ubytován v areálu nemocnice na ubytovně, případně v prostorách Klubu nemocných CF. Po přijetí provádíme podrobné laboratorní vyšetření hematologické, biochemické, imunologické, mikrobiologické ze sekretu dýchacích cest, stanovujeme elastázu-1 ve stolici k určení stavu zevně sekretorické funkce pankreatu, sonografii břicha, kardiologické vyšetření, antropometrii. RTG hrudníku, pokud je dítě bez klinických obtíží, neprovádíme. Současně ihned zahajujeme léčbu, resp. edukaci rodičů v péči o dítě s CF: klíčová je péče o dýchací cesty, tj. inhalace, dechová fyzioterapie, odsávání; dle výsledku kultivace z horních cest dýchacích (HCD) ev. podáváme antibiotika, nejčastěji protistafylokoková, v dávkování na horní hranici dávkovacího rozmezí, na 14 dní; pokud jsou známky vedoucí k podezření na insuficienci zevně sekretorické funkce pankreatu, zahajujeme ještě před obdržením výsledku o množství elastázy-1 ve stolici pankreatickou substitucí acidorezistentními minimikropeletami; všem dětem podáváme vitaminy rozpustné v tucích a probiotika; klademe důraz na výživu o kalorickém pří-

jmu na 130–150 % doporučených denních dávek pro běžné děti se zastoupením všech živin včetně tuků. Nutná je perorální substituce NaCl.

Rodině se po celou dobu pobytu intenzivně věnuje celý tým CF: lékař vede rozhovory s rodiči, kteří musejí dostat odpovědi na VŠECHNY jimi kladené otázky, a předá jim podrobnou edukační brožuru, specializovaný klinický psycholog se snaží pomoci rodině vyrovnat se s diagnózou, sestry edukují obsluhu inhalátoru, odsávačky a podávání léků, zvl. pankreatické substituce, fyzioterapeut zacvičuje v inhalačních technikách a metodách dechové fyzioterapie, mikrobiolog obeznámí rodiče s pravidly hygienického režimu, sociální pracovník podá informace o možnostech sociální podpory rodině s chronicky nemocným dítětem, rodiče jsou seznámeni s nutriční terapeutkou, koordinátorka Klubu nemocných CF se rodičům věnuje průběžně od prvního dne, kdy je dle možností doprovází po nemocnici na jednotlivá vyšetření, poskytuje psychologickou podporu a samozřejmě podá informace o existenci Klubu a kontakt na „krizový telefon“ Klubu, genetik nabízí genetické poradenství, včetně informace o vhodném dovyšetření nosičství *CFTR* mutací u pokrevních příbuzných.

Po propuštění je dítě dále sledováno v odborné ambulanci pro CF ve FN Motol, resp. v centru blíže jeho bydliště, s tím, že kontroly provádíme zprvu každých 6–8 týdnů, při stabilizovaném stavu pak jedenkrát za 2–3 měsíce; u dětí sledovaných mimo motolské centrum doporučujeme kontroly ve FN Motol 1× ročně. V celkové péči o dítě nemocné CF má samozřejmě nezastupitelnou úlohu jeho PLDD, který by měl s odbornou ambulancí úzce spolupracovat. Je žádoucí, aby 1× měsíčně odeslal k mikrobiologickému vyšetření sekret z HCD, resp. sputum, aby bedlivě sledoval celkový vývoj dítěte a byl lékařem prvního kontaktu v případě jakýchkoliv projevů nemoci, zvl. akutní exacerbace respirační infekce. Jsme rádi, pokud nás v případě potřeby PLDD telefonicky kontaktuje a stav dítěte s námi konzultuje.

■ Dosavadní výsledky novorozeneckého screeningu v ČR

Celoplošný NSCF byl v ČR oficiálně zahájen od října 2009. Metodický návod k zajištění celoplošného novorozeneckého laboratorního screeningu a následné péče je uveden ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR ze srpna 2009.

Na území Čech proběhla již v letech 2005–2006 pilotní studie NSCF výše uvedeným modelem IRT/DNA/IRT. Z určitých technických a finančních důvodů neprobíhala tato studie kontinuálně, nicméně screeningem bylo zachyceno celkem 11 dětí nemocných CF; 5 z nich mělo staršího sourozence, z nichž u tří byla do té doby nepoznaná CF rovněž odhalena! Z této pilotní studie jsme zatím nezjistili žádný případ falešné negativity NSCF.

V roce 2009 byla v srpnu opět pouze na území Čech zahájena grantová studie alternativním modelem IRT/PAP a IRT/PAP/DNA, kdy se ze suché kapky vyšetřoval kromě imunoreaktivního trypsinogenu ještě pankreatitis-associated protein (PAP, zvýšené se tvoří vlivem zánětu pankreatu daného blokádou duktů) a při zvýšené hladině obou těchto proteinů nad určitou mez (IRT 50,0–100,0 ng/ml + PAP $\geq$ 1,8 ng/ml nebo IRT $\geq$ 100,0 ng/ml + PAP $\geq$ 1,0 ng/ml) se rovnou dítě volalo k potnímu testu (IRT/PAP), přičemž se ze studijních důvodů současně vyšetřovala i DNA ze suché kapky (IRT/PAP/DNA). Tento model měl jednak zastřešit období do oficiálního zavedení celoplošného NSCF, jednak jsme chtěli ověřit, zda by nebylo výhodnější schéma, ve kterém by se rovnou neprováděla finančně nákladná molekulárněgenetická analýza. Od října 2009 do ledna 2011 pak na území Čech probíhaly oba modely paralelně a ukázalo se, že model využívající PAP má větší počet falešně negativních výsledků a navíc představuje větší stres pro rodiny, protože je v něm zváno mnohem více dětí k potnímu testu.

Na území Moravy byl celoplošný NSCF zahájen v prosinci 2009.

Od srpna 2009 do února 2012 bylo celkem v republice pomocí NSCF diagnostikováno 39 dětí, z toho 26 v Čechách a 13 na Moravě; ve dvou rodinách byla CF odhalena i u staršího sourozence. Většina dětí z NSCF byla v době stanovení diagnózy bez příznaků CF; některé však již tou dobou neprosplávaly a měly nápadné stolice, u dvou dětí byla při diagnosticko-edukačním pobytu odhalena závažná hypoproteinémie a hypoalbuminémie, která vyžádala substituci albuminem s dále dobrými hladinami celkové bílkoviny a albuminu po zahájení substituce pankreatickými enzymy, tři děti byly v době stanovení Dg již hospitalizovány v místě bydliště s bronchopneumonií, jeden chlapec měl obstrukční ikterus v důsledku žlučové zátky. Z toho je patrné, že již ve věku 6–8 týdnů

**může nerozpoznané onemocnění závažně alterovat celkový stav.**

V uvedeném období srpen 2009 až únor 2012 jsme zaznamenali **3 případy falešné negativity NSCF** v modelu IRT/DNA/IRT!

Kazuistika 1: Donošený chlapec, narozen s mekoniovým ileem (MI), IRT 62,2 ng/ml = pod cut off hodnotou. Vzhledem ke klinickým příznakům MI indikován potní test: 94,4 mmol/l a MG *CFTR*: F508del/F508del, čímž potvrzena Dg CF.

Kazuistika 2: Donošený chlapec, porodní míry 3100 g, 52 cm, odchod smolky za 2 dny, kojen plně, v porodnici váhový pokles na 2390 g, propuštěn s hmotností 3000 g, poté menší váhové přírůstky: 3125 g (14 dnů), 3290 g (18 dnů věku), stolice zelené, normální konzistence. IRT 107 ng/ml = nad cut off hodnotou, vyšetřena MG, nenalezena ani jedna mutace, screening vyhodnocen jako negativní. Chlapec byl ale vyšetřován v době paralelně probíhající studie založené na stanovení PAP. IRT 107 ng/ml, PAP 2,37 ng/ml, proto byl ve 3 týdnech pozván na PT: 90,3 a 80,9 mmol/l, rozšířená MG analýza *CFTR*: 4259del5/Q552X, čímž potvrzena Dg CF; jedná se o dvě vzácnější, ale závažné mutace, které nejsou v tehdy používaném setu základních 50 vyšetřovaných mutací. V době zvaní k PT již PLDD zvažoval podrobnější vyšetření v rámci diferenciální diagnostiky neprospívání. Po zavedení komplexní terapie je vývoj dítěte příznivý.

Kazuistika 3: Donošený chlapec, porodní míry 3890 g, 51 cm, poporodní adaptace dobrá, odchod smolky v normě, přibýval 90 g/týden, ve 12 týdnech 4700 g. Od cca 4 týdnů chronicky zahleněný, rýma, sekret hustý, bílý, kašel hlavně po ránu. Přeléčen u PLDD bez efektu, léčbu špatně snášel, proto odeslán na Dětskou kliniku FN Brno, kde na RTG malá pneumonie parakardiálně vpravo. Léčen P-PNC i.m. bez výrazného efektu. Proveden PT: 95,3 a 88,12 mmol/l, MG *CFTR*: F508del/F508del, potvrzena Dg CF. V NSCF byl IRT pod cut off hodnotou 61 ng/ml! Dále u něj byla zjištěna hypoproteinémie, výrazná hypochromní normocytární anémie (Hb 8,1 g/dl). Anémie substituována transfúzí, přeléčen ATB i.v. a p.o., po zavedení komplexní terapie je stav dítěte kompenzovaný.

Tyto tři případy nám jednoznačně ukazují, že ač je novorozenecký screening velkým diagnostickým přínosem, má svoje úskalí a nelze na něj stoprocentně spoléhat. **Je tedy**

i nadále nutno na CF myslet i u těch dětí, které NSCF prošly jako negativní, a v případě, že mají jakékoliv příznaky suspektní k Dg CF, potní testy indikovat!

Na závěr bych ráda uvedla mírným optimismem laděnou kazuistiku sester nemocných CF:

Dívka A. narozena r. 2005, Dg CF v pilotním projektu NSCF ve věku 7 týdnů, genotyp F508del/G551D, insuficience zevně sekrektorické funkce pankreatu. Ihned zavedena komplexní terapie CF. Při přijímání dívky do péče se od rodičů dovídáme, že A. má tříletou sestru N., která trpí od narození hepatopatií nejasné etiologie. Doplnujeme potní test i N., je s vysokou hodnotou 103,2 mmol/l, MG *CFTR* F508del/G551D i u N. potvrzuje diagnózu, proto i jí okamžitě zahájíme komplexní léčbu. Díky včasnému zachytu CF u A. a svým způsobem i u N., jejíž jaterní léze byla na komplexní terapii ještě reverzibilní a další komplikace nebyly v době Dg rozvinuté, díky včasnému zahájení komplexní terapie, výborné compliance obou dívek a celé rodiny k léčbě i díky pečlivé péči jejich současných PLDD mají obě dívky v r. 2012 průběžně jen minimum akutních exacerbací respirační infekce, normální funkci plic, velmi dobrý stav výživy, dobrý jaterní status a na HRCT plic jen mírné změny plicního intersticia, bez dalších významných změn typických pro postižení plic při CF. Zdá se tak, že obě dívky jsou optimálními kandidátkami na léčbu podstaty onemocnění korekcí poruchy funkce chloridového kanálu při mutaci G551D. Doufejme tedy, že nový lék ivacaftor bude i u nás brzy registrován a takovým pacientům bude k dispozici.

Souhrnem lze říci, že včasné stanovení diagnózy, bezprostřední zahájení léčby, její důsledné dodržování a pátrání po prvních příznacích případných komplikací s jejich okamžitou léčbou dává šanci na dobrou kvalitu života, prodloužení věku života nemocných a vyhlídky na užitek z nových možností léčby.

Ráda bych poděkovala všem PLDD za velkou pomoc jak při kontaktování rodin v rámci NSCF, tak i za velice dobře probíhající spolupráci a komunikaci při péči o nemocné s diagnostikovanou CF.

Literatura u autorky

Zákon pro slučování zdravotních pojišťoven bude letos, říká Heger

Ministerstvo zdravotnictví během letošního roku připraví legislativu ke sloučení Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra a Vojenské zdravotní pojišťovny. Podle ministra L. Hegera pak může slučování dále pokračovat. Snížení počtu pojišťoven je obsaženo ve vládním programovém prohlášení. Že Česko nepotřebuje tolik pojišťoven, se v pořadu Partie v televizi Prima s Hegerem shodli i šéf LOK M. Engel a stínová ministryně zdravotnictví KSČM S. Marková. Heger také připomněl, že pojišťovnám letos přibyl kompetence, zároveň se jim ale zvýší zodpovědnost. „Během tohoto roku bude jasné dáno, že pojišťovny zodpovídají za poskytování zdravotní péče pacientům a pokud by se objevily výpadky, bude to jejich chyba a budou muset zvažovat, jak peníze rozdělují,“ uvedl ministr. „Pojišťovny jsou arogantní a nechtějí se s krajem dohadovat na nových smlouvách o tom, kolik jaké zdravotní péče v krajích bude. Posilování pravomocí pojišťoven bez toho, abychom udělali pořádek, není možné,“ namítla Marková.

Zrušení stropů pojištění by přineslo dvě miliardy

Na tom, jaké zálohy si nemocnice vyjednají s pojišťovnami, přitom hodně záleží. „Úhradová vyhláška říká, kolik peněz nemocnice dostanou za rok, neříká, jaké zálohy si krajské nebo fakultní nemocnice vyjednají s pojišťovnami. V tomto je to zcela otevřené. Když hejtmani říkají, že jim jde méně peněz, je to právě kvůli zálohám,“ odmítl Heger námítky krajů na to, že nemají na přidání platů zdravotníkům. „Celoroční proporce peněz je dostatečná a je rozhodně větší v nemocnicích krajských než fakultních,“ podotkl. Ministerstvo nicméně stále hledá možnosti, kde získat více peněz. Uvažuje se i o zrušení stropu zdravotního pojištění, které by přineslo dvě miliardy. Zvýšily by se tak odvody lidem, kteří vydělávají více než šestnásobek průměrné mzdy. Heger však nechtěl být konkrétnější. „Ministerstvo financí přichází s určitou změnou a ta se bude diskutovat, je to jen pracovní materiál, který teprve bude předběžně projednáván,“ sdělil s tím, že stropy už dříve byly navýšeny ze čtyřnásobku na šestnásobek průměrné mzdy.

Zdroj: A. Brandejská, iDNES, 26. 2. 2012



ECMO v léčbě RSV pneumonie – kazuistika

MUDr. Václav Vobruba, MUDr. Olga Černá, MUDr. Pavla Pokorná, MUDr. David Lorenčík, MUDr. Pavel Srnský

Klinika dětského a dorostového lékařství Všeobecné fakultní nemocnice a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy

Akutní respirační selhání v dětském věku je jednou z nejčastějších příčin přijetí dítěte na jednotku intenzivní péče. Při selhání všech běžně používaných léčebných postupů přichází v úvahu použití mimotělní membránové oxygenace (ECMO – extrakorporální membránová oxygenace). Je uvedena kazuistika dívky s RSV pneumonií vedoucí k závažnému respiračnímu selhání, které bylo zvládnuto pomocí ECMO.

Klíčová slova: ECMO, respirační selhání u dětí

■ Úvod

Akutní respirační selhání v dětském věku (acute respiratory failure – ARF) je častým důvodem k přijetí na jednotku intenzivní péče. I při zařazení relativně nových léčebných postupů, jako je např. umělá plicní ventilace (UPV) s použitím nízkých dechových objemů, vysokofrekvenční oscilační ventilace (HFOV), léčba surfaktantem, selektivní plicní vazodilatace pomocí inhalovaného oxidu dusnatého (iNO) a zařazení pronačního protokolu, zůstává mortalita u pediatrických pacientů poměrně vysoká a pohybuje se v rozmezí 18–35 %. Při selhání uvedených léčebných možností přichází v úvahu použití mimotělní membránové oxygenace (ECMO – extrakorporální membránová oxygenace). Na ECMO jako na úspěšnou podporu ventilace a oběhu bylo prvně upozorněno v práci Hilla a kol. v roce 1972. Zkušenosti s extrakorporální membránovou oxygenací v léčbě respiračního a oběhového selhání u novorozenců publikoval Barlett a kol. v roce 1976. V roce 1989 byla založena Extracorporeal Life Support Organization (ELSO) jako dobrovolná studijní skupina složená z odborníků a vědců zabývajících se problematikou mimotělní podpory. Jednou z jejích hlavních činností je vedení registru pacientů, kteří byli léčeni pomocí ECMO. V současné době obsahuje kolem 45 000 léčených pacientů. Největší počet zaujímají novorozenci (téměř 30 tisíc), 10 000 je dětí a zbytek tvoří dospělí pacienti. Přežití ve skupině novorozenců se pohybuje kolem 85 %, resp. 65 % a 63 % u dětí a dospělých. Predikce mortality všech pacientů, kteří jsou indikováni k ECMO, je vysoká a blíží se 100 %.

Podle způsobu provedení se ECMO dělí na veno-venózní (V-V ECMO) a veno-arteriální ECMO (V-A ECMO). Při V-V ECMO je u dětí

do hmotnosti 15–20 kg zaváděn dvojcestný katetr o síle 12–16 F do v. jugularis interna l. dx. Jedním ramenem je krev nasávána do mimotělního okruhu, kde je v oxygenátoru okysličená a vrací se zpět návratovým ramenem do pravé síně. U větších dětí a dospělých je zaváděna jedna kanyla nejčastěji cestou v. jugularis interna l. dx. a druhá některou z femorálních žil. Venó-venózní způsob je používán především u respiračního selhání, popř. i v případech kombinace respiračního a nezávažného oběhového selhání. Při V-A ECMO je krev derivována opět cestou v. jugularis interna a po okysličení se vrací zpět cestou a. carotis communis l. dx. Tento způsob je používán při závažném oběhovém a respiračním selhání, kdy je funkce obou systémů zčásti nahrazena. V-A ECMO je podstatně více invazivní a přináší více komplikací. Umožňuje však významnou měrou snížit ventilační podporu a snížit, popř. vysadit léky používané k léčbě oběhového selhání.

Zatímco indikační kritéria k zahájení ECMO podpory jsou celkem přesně stanovena v novorozeneckém věku (tab. 1), u dětí jsou omezena na doporučení zahájit uvedenou léčbu, pokud nemocný vyžaduje agresivní ventilační podporu nebo jde o oběhové selhání nereagující na správně vedenou léčbu. Správné načasování zahájení mechanické podpory cirkulace je obtížné. Kandidát by měl mít vysokou predikci mortality, ale jeho plicní postižení by mělo být ještě reverzibilní.

ECMO u novorozenců a dětí se v České republice provádí na Klinice dětského a dorostového lékařství Všeobecné fakultní nemocnice a 1. lékařské fakulty UK. Novorozenecké a dětské ECMO je součástí komplexního ECMO programu ve VFN, který existuje již 5 let. Touto metodou bylo léčeno již téměř 60 nemocných, z toho 7 bylo dětí.

■ Kazuistika

V následujícím textu je uvedena kazuistika kojence se závažnou RS virovou pneumonií. Dívka se narodila s p. h. 760 g. Vyžadovala krátce umělou plicní ventilaci (UPV) a nazální distanční terapii (nCPAP). 30 dní byla léčena oxygenoterapií. Při propuštění z neonatologického oddělení bylo diagnostikováno chronické plicní postižení lehčího stupně. Do 5 měsíců věku (3 měsíce korigovaného věku) nestonala, prospívala na váze a psychomotorický vývoj odpovídal věku. Na konci 5. měsíce života byla s respiračním infektem přijata na dětské oddělení. Pro progresi dechové nedostatečnosti byla po 3 dnech z JIRP přeložena na naše pracoviště s obrazem globální respirační insuficience a nutností agresivního způsobu UPV. Příčinou těžkého respiračního selhání byla oboustranná RSV pneumonie. (PCR průkaz z aspirátu z dolních cest dýchacích). Onemocnění probíhalo především jako závažné oxygenační selhání [oxygenační index (OI) = 25, alveolo-arteriální tlakový gradient ($A-aDO_2$) = 585 mm Hg]. Pro středně závažné oběhové selhání byla léčena inotropiky. Použití vysokofrekvenční oscilační ventilace (HFOV) bylo neúspěšné. Bylo proto indikováno V-V ECMO. Operačním způsobem byla cestou v. jugularis interna zavedena dvoucestná ECMO kanyla o síle 14 F. Mechanická cirkulační podpora byla zahájena průtoky krve 550 ml/min. a průtok plynů byl nastaven na 1000 ml/min. Heparinizace byla zajištěna nefrakcionovaným heparinem na hodnoty aPTT 50–80 s. Po zahájení ECMO bylo možné snížit ventilační režim [dechové objemy (TV) = 5–6 ml/kg, inspirační tlaky (P_{in}) = 22–24 cm H_2O a frakci kyslíku ve vdechové směsi (FiO_2) = 0,5–0,7]. Během následujících dnů byly snižovány parametry ECMO (průtok krve i průtok plynů). 12. den bylo ECMO ukončeno a zároveň byla provedena dekanylace. 19. den bylo možné dívku



extubovat a po dalších 8 dnech byla vysazena i oxygenoterapie. 34. den pobytu byla v celkově dobrém stavu propuštěna domů při léčbě inhalačními kortikoidy a bronchodilatancii. Je nadále sledována dětským pneumologem.

Diskuse

RS virové infekce jsou typickou sezónní infekcí postihující především respirační trakt. Maximum výskytu je v chladnějších měsících, typicky od listopadu do března. Infekce se přenáší kapénkovou nákazou, inkubační doba je 2–8 dnů. Rizikovou skupinou jsou především novorozenci narození před 35. gestačním týdnem, děti do 2 let věku s chronickým plicním postižením nebo stejně staré děti s významnou srdeční vadou. U této kohorty je indikována pasivní imunizace palivizumabem (Synagis). RSV infekce mohou probíhat pod obrazem rychle probíhajícího respiračního selhání s nutností umělé plicní ventilace. Výjimkou není ani nutnost použití nekonvenčních ventilačních metod (vysokofrekvenční oscilační ventilace – HFOV), v případě přítomnosti plicní hypertenze i zahájení selektivní plicní vazodilatace pomocí inhalovaného oxidu dusnatého (iNO). Selhání uvedených metod je indikací k ECMO. RSV pneumonie léčené ECMO mají ze všech ze všech příčin nejlepší prognózu přežití (až 70 %).

Uvedená kazuistika je typickým příkladem těžce probíhající RSV infekce. Nepříznivou shodou okolností (změna bydliště) nebyla původně těžce nezralá dívka s lehkou for-

Tab. 1. Neonatální vstupní a vylučovací kritéria k ECMO podpoře.

Neonatální vstupní kritéria	
Gestační věk	> 34. týden gestace
Porodní hmotnost	> 2000 g
Neonatální vstupní respirační kritéria *	
Oxygenační index (OI)	> 35–60 (po dobu 0,5–6 hod.)
Alveolo-arteriální tlaková diference (A-aDO ₂)	> 80–82 kPa (po dobu 4–12 hod.)
PaO ₂	< 4,6 do < 8,0 kPa (po dobu 2–12 hod.)
Acidóza a šok	pH < 7,25 po dobu 2 hod. nebo hypotenze
Akutní zhoršení	PaO ₂ < 7,0 do 5,3 kPa
Neonatální vylučovací kritéria	
Těžká koagulopatie nebo nekontrolované krvácení	
Intrakraniální krvácení (IKK)	
Nekorigovatelná vrozená srdeční vada (VCC)	
Závažné vrozené vývojové vady **	
Ireverzibilní poškození mozku	

Oxygenační index (OI) = (MAP × FiO₂ × 100)/PaO₂

Alveolo-arteriální tlaková diference = (Patm – 47 – PaCO₂ – PaO₂)/FiO₂

*50 % ECMO center používá více než jedno respirační vstupní kritérium

** trizomie 21. chromozomu nebývá kontraindikací

mou chronického plicního postižení pasivně imunizována. Rozvoj respiračního selhání byl natolik závažný, že bylo indikováno ECMO. Indikace zahájení mimotělní cirkulační podpory není jednoduchá a o zahájení rozhoduje několik specialistů. Včas zvolená léčba zvyšuje procento možného přežití. Mimotělní podpora umožňuje významnou měrou snížit ventilační režim a snížit tak riziko rozvoje plicního biotraumatu. ECMO není novou metodou léčby respiračního a oběhového selhání. Autoři se domnívají, že v naší zemi bylo v minulých letech nepravěm

opomíjeno. Pracoviště, která ECMO prováděla jak u novorozenců, tak i u dětí, nakonec program přerušila pro absenci pacientů. Počty indikovaných nemocných na ECMO v srovnatelných zemích západní Evropy jednoznačně ukazují potřebu mimotělní cirkulační podpory. Ve VFN, jako na jediném pracovišti v České republice, má ECMO program komplexní charakter zaujímající celé věkové spektrum od novorozenců až po dospělé pacienty.

Lékařů v nemocnicích bude méně. Podle Hegera to stačí

Ministr zdravotnictví Leoš Heger chystá novou personální vyhlášku, která bude upravovat například počet lékařů na nemocničních odděleních. Zkušení lékaři by už nemuseli být na směně přítomni. Stačilo by například, aby byli k dispozici na telefonu nebo na e-mailu. Předpis, který by mohl začít na jaře, upravuje, kolik má být v nemocnicích na odděleních sester, lékařů či sanitářů a s jakou praxí. Lékařská komora je však tvrdě proti. Obává se zhoršení péče o pacienty. „V nemocnici vybavené podle této personální vyhlášky bych nechtěl sloužit jako lékař a už vůbec bych se v ní nechtěl ocitnout jako pacient,“ říká viceprezident komory Z. Mrozek. Kromě změn co do praxe a zkušeností sloužících lékařů se totiž také nově zmenšuje počet lékařů, kteří se mají o pacienty starat. Tak například dosud bylo na pracovně velmi vytížených odděleních anesteziologicko-resuscitační péče (ARO) nejméně osm lékařů na dvanáct lůžek, nově má být jen jeden. Lékaře vyhláška natolik vyděsila, že chodí na ministerstvo žádat o změnu. „Byl jsem za panem ministrem, protože z toho, co navrhli, žádné služby na oddělení nemůžu postavit,“ kroučí hlavou Pavel Pafko, primář chirurgické kliniky v nemocnici v Motole. Ministr L. Heger však

říká, že vyhláška pouze nastavuje pravidla pro minimální počty lékařů a minimální profesní požadavky. „To znamená, pod co nelze jít. A je na odpovědnosti vedení nemocnice, kolika lékaři a jak zkušenými zajistí služby na jednotlivých odděleních,“ říká ministr zdravotnictví. Problém je, že zdravotní pojišťovny jen neochotně platí nemocnicím něco, co podle „papírů“ nemusí. A ani šéfové nemocnic se netají tím, že už se těší, jak díky novému režimu ušetří. Tím, že lékařů bude sloužit méně, i tím, že do služeb už nebudou nutně muset chodit ti nejzkušenejší, a tedy dražší. Stačí, když budou v pohotovosti na telefonu či na e-mailu pro konzultace. „Každá nemocnice je jiná a má jiné potřeby. Vyhláška dává volnou ruku ředitelům, jak lépe uzpůsobit pravidla pro danou nemocnici. Takže třeba bez ohledu na to, čemu se dříve říkalo atestace, mohou nechat sloužit zkušené lékaře, kteří to umějí, a ‚Cvachy‘, byť s atestacemi, nechat dělat něco jiného,“ říká L. Heger. A dodává, že zároveň s tím by se měly zvýšit pravomoci zdravotních sester, které by lékaře mohly v mnoha případech zastoupit.

Zdroj: L. Petrášová, iDNES, 27. 2. 2012



Ze světa odborné literatury...

■ Plicní ultrasonografie u bronchiolitid ve srovnání s RTG

Bronchiolitida je, jak známo, akutní respirační onemocnění, které většinou afektuje děti pod 14. měsíc věku. Různá tíže onemocnění s nejzávažnějším průběhem je ve věku 1–3 měsíců. Prvními ukazateli infekce jsou rýma, teploty. Onemocnění progreduje během několika dní do intenzivního kašle, tachypnoe, hyperinflatione, retrakce hrudníku a zcela ojedinělý poslechový nález na hrudníku. Bronchiolitida je klinická diagnóza. Rutinní laboratorní testy pomáhají málo ve většině klinických obrazů. Abnormality RTG nálezu kolísají od 20 do 60 %. V mnoha klinických obrazech se jeví další možné ohodnocení jako velmi potřebné. Zatím sonografie plicní není zahrnuta do standardu výkonů. Daná studie sledovala průběh bronchiolitidy, sonografické kontroly a jejich korelace s RTG. Do studie byli zařazeni pacienti s dg. bronchiolitidy, kteří ale měli provedený RTG plic. Jednalo se celkem o 52 pacientů. Jako kontrolní skupina byli zařazeni pacienti bez klinických ukazatelů bronchiolitidy. Plicní sonografie byla pozitivní pro dg. bronchiolitidy u 47 z 52 pacientů. RTG byl pozitivní u 38 z 52 pacientů. Všichni pacienti s normální sonografií měli i normální RTG plic, zatímco 9 pacientů s normálním RTG mělo abnormální SONO. Autoři zjišťují, že sono plic je jednoduchá, spolehlivá, rychlá, přenosná a radiačně nezátěžující metoda. Je vhodná pro ohodnocení mnoha různých obrazů kardiopulmonálního stavu. Některé procesy, které vedou k redukcí vzduchové složky, jako je přítomnost extravaskulární plicní tekutiny nebo plicní konsolidační proces, dovolují odraz sonografických paprsků a tak ohodnocení plicního procesu. V přítomnosti patologických procesů dochází ke ztlustění periferního interlobulárního septa. Tzv. A linie je nahrazena tzv. B linií. Dochází ke ztlustění interlobulárního intersticia, rezultující ke změnám paprsků. Když je v procesu tekutina, chová se tato oblast jako parenchymový orgán. Udávaných 52 pacientů sledovali po dobu delší než rok. Z nich bylo 28 chlapců. Sonografie byla prováděna mezi 3.–5. dnem, 6.–9. dnem a 10.–12. dnem. Z hlediska sono nálezu byly tyto popisovány jako subpleurální plicní konsolidace, přítomnost B linie, abnormality pleurální linie a další. Popis sono byl okamžitý. Na rozdíl od RTG provedení a popisu s interpretací pro odd., kdy byly hodinové prodlevy. U většiny dětí byly nalezeny subpleurální plicní konsolidace, většinou na předním a laterálním snímku. U 34 z 52 byla nalezena

tzv. B linie. U 23 z 52 nalezena pleurální abnormalita. Bylo také možno sledovat pleuro-plicní abnormality v průběhu procesu. U pacientů s plicní konsolidací vymizela hypoechogenní zóna. Na RTG plic byla nalezena plicní konsolidace u 16 z 52 pacientů, ve všech stavech byla korelace mezi klinickým a laboratorním nálezem. Peribronchiální ztlustění bylo vidět u 21 z 52 pacientů. Hyperexpanze hrudníku je evidentní jen u jednoho dítěte. RTG byl zdánlivě normální. Jsou zde popisovány různé sonografické nálezy podle stupně zatížení. Sono může pomoci zlepšit kliniku u pacientů a následně i lépe ohodnotit některé plicní abnormality.

Eur. J. Pediatr. 2011;170:1427–1433

■ Subkutánní kožní nekróza u novorozenců

Jedná se o limitující panikulitidu, která je pozorována během prvních týdnů po porodu. V literatuře je popisována u donošených nebo přenášných novorozenců. Popisují kazuistiku subkutánní kožní nekrózy u nedonošeného dítěte v prvních týdnech života po hypoxickém perinatálním poškození. Je charakterizována erytematózními, indurovanými plaky nebo noduly, které se vyskytují zvláště na zádech a na končetinách. Léze jsou velikosti od několika mm do několika cm. Tito novorozenci musejí být co nejdříve vyšetřeni, protože v krevním biochemismu se u nich vyskytuje výrazná hyperkalcémie. Etiopatogeneze onemocnění je nejasná. Někdy se mimo perinatální hypoxii projevuje v anamnéze hypotermie, gestační diabetes a Rh inkompabilita. Poněkud je nutné provádět diferenciální diagnostiku proti sclerema neonatorum, která se objevuje u nezralých dětí se sepsí. Histologicky se jedná o nekrózu adipocytů a chronické zánětlivé infiltráty s cizími buňkami.

V předložené kazuistice, která je upozorněním pro praktiky, uvádějí klinický obraz lehce nezralého dítěte. Por. hmotnost novorozence byla 2300 g ve 33. týdnu. Novorozenec potřeboval kardiopulmonální resuscitaci celé 4 minuty po porodu. Skóre podle Apgarové 1–5. Nakonec byl ventilován po 24 hodin. Objevily se známky hypoxické encefalopatie a abnormální pohyby HK. Neobjevily se velké výkyvy hypotermie. Bylo léčeno s fenobarbitalem po 6 dnů života. Objevila se porucha jatrních a ledvinových funkcí a pro hypoglykémii dostávalo dítě infuzi dextrózy k úpravě hypoglykémie. Vyvinula se hemoragie CNS a následný hydrocefalus. Vyvinul se ale i erytematózní raš na zádech, na bříše, na rameni třetí den života. Vypadalo

to na skleredém, histologicky však potvrzena subkutánní tuková nekróza. 11. den života se objevuje typická hyperkalcémie 3,12 mmol/l léčená furosemidem, prednisolonom a hyperhydratací po 7 dní. Léčba trvala až do 45. dne života. V laboratoři parathormon i vitamin D byl zcela v normě. Patrné zvýšené vylučování kalcia v moči a kalcifikace na ledvinách. Novorozenci s hyperkalcémií jsou letargičtí, dráždivější, hypotoničtí s klinickým obrazem zácpy a zvracení. Včasná hospitalizace na lůžku v prvních dnech a velmi intenzivní léčba je nutná. Nelze tyto děti objednávat do odborných neonatologických ordinací.

Eur. J. Pediatr. 2011;170:1107–1110

■ Je respirační virová infekce důležitým spouštěčem astmatické exacerbace u dětí?

Během roku vyšetřili autoři 114 dětí s chronicky stabilizovaným astmatem, na inhalační kortikoidní terapii, které byli monitorováni. Mohly být začleněny do studie, jestliže PEF poklesl pod 80 % základních hodnot, splňovaly symptomy skóre a rodiče se vyhýbali chladu. Virologická dg. byla prováděna používáním virové kultury, detekcí antigenu a PCR z výtěrů z nosu. Bylo zachyceno 305 epizod. Nazální vzorek byl k dispozici u 166 epizod, 92 z nich bylo dg. jako exacerbace astmatu a 74 nebylo ve vazbě k astmatu. Respirační viry byly detekovány v 34 %. Nebyla signifikantní diference v zachycení viru mezi astmatickým a neastmatickým onemocněním. Nejčastější příčina obou stavů byl rhinovirus. Uzavírají, že jen u části astmatických exacerbací se vyskytuje virová etiologie. Daleko převažuje rhinovirus.

Eur. J. Pediatr. 2011;170:1317–1324

■ Asociace mezi socioekonomickým stavem matek, hladinou pupečnickového IgE a chronickým kašlem jejich dětí

Nízký socioekonomický statut matek byl asociován se zvýšeným pupečnickovým IgE a chronickým kašlem jejich dětí. K těmto výsledkům dospěli ve velkých amerických městech při vyšetření a následném 10letém sledování kohorty 510 matek a jejich dětí.

J. Allergy Clin. Immunol. 2011;128(2):337–346

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

Nová

- Snadnější rozpustnost
- Lepší chuť
- V novém praktickém balení

BEBA H.A.

Prokazatelná ochrana snižující riziko vzniku
alergických onemocnění díky unikátní kombinaci
Opti Pro^{HA}, LC-PUFA a Bifidus B_L



BEBA H.A. prokazatelně snižuje riziko
vzniku atopické dermatitidy – o 55 %



- ✓ První a jediná kojenecká výživa s prokázaným účinkem*
- ✓ Prokazatelně snižuje riziko vzniku atopické dermatitidy o 55 %
- ✓ Dlouhodobý efekt BEBA H.A. pokračuje do 6. roku života dítěte

Důležité upozornění: Kojení je nejpřirozenější způsob výživy kojenců, proto mu dáváme přednost před výrobky náhradní kojenecké výživy. Matka by měla zvážit zdravotní, sociální a finanční důsledky přerušení kojení. Také by měla být poučena o správné hygienické přípravě.

* HA...Pro závažně nemocné děti s rodinnou anamnézou závažné alergie může kojenecká výživa se 100% čistějším hydrolyzovanou syrovátkovou bílkovinou redukovat riziko rozvoje atopické dermatitidy v celém prvním roce života, na rozdíl od výživy obsahující intaktní bílkovinu kravského mléka.*

Nestlé Česko s.r.o., Mezí Vodami 2035/31, 143 20 Praha 4 – Modřany



Aktuality...

Zdravotnictví není proti sloučení s resortem práce a sociálních věcí

Ministerstvo zdravotnictví by se mohlo kvůli úsporám v rozpočtu sloučit s ministerstvem práce a sociálních věcí. Nápad, který vznikl z legrace, se šéfovi zdravotnického resortu Leoši Hegerovi zamlouvá a navrhne ho premiéru Nečasovi. Leoš Heger v rozhovoru pro pondělní Lidové noviny připustil, že tuto možnost navrhne premiérovi Petru Nečasovi. Nápad vznikl, když Nečas ministrům uložil, aby do konce března našli v resortech agendy, které by se daly zrušit. Premiérovi se nápad líbí, podle Drábka i ministra financí Miroslava Kalouska (TOP 09) však ke sloučení nedojde. „V první chvíli to bylo na úrovni vtípkování mezi mnou a ministrem Drábkem. Když jsme o tom týden popřemýšleli, tak to za absurdní myšlenku nepovažuji,“ řekl ministr Heger. Podle něj se řada témat, například zákon o dlouhodobé péči, ministerstvy prolíná, a komunikace mezi úředníky je pak náročná. Navíc v řadě zemí jsou tyto resorty spojeny. Premiérovi se nápad zamlouvá. „Je to možné, jen by se muselo převést vyplácení důchodů třeba na ministerstvo financí,“ uvedl Nečas. Připomněl však, že původní zadání se týkalo spíše rušení agend kvůli úsporám.

„Když už bychom se pohybovali na úrovni rušení ministerstev, dlouhodobě si myslím, že zbytný je resort pro místní rozvoj,“ dodal premiér. Ministr financí Kalousek uvedl, že podpoří každý nápad, který „smysluplně sníží“ státní náklady. Společně s Drábkem se však domnívají, že ke sloučení nedojde. „V tuto chvíli to není k aktuální diskusi,“ řekl Drábek. Jak velkou úsporu by sloučení ministerstev přineslo, neumějí experti odhadnout. Posledním zrušeným resortem bylo v roce 2007 ministerstvo informatiky.

Zdroj: P. Zelený, iDNES, 6. 2. 2012

Čtvrtina Čechů umírá zbytečně, tvrdí ministerstvo. Prý i vinou lékařů

Více než čtvrtina lidí v České republice zemře na chorobu, kterou lze léčit nebo jí předcházet prevencí. Ukazují to data demografů, která slouží pro srovnávání úrovně zdravotnictví v jednotlivých zemích. Ministerstvo zdravotnictví údaje zveřejnilo s tím, že dokládají špatný stav péče, přestože Česko má oproti jiným státům vysoký počet lékařů.

Statistická data o úmrtích zpracovali demografové Přírodovědecké fakulty Univerzity Karlovy. Z jejich propočtů vyplývá, že lidí, kteří by teoreticky nemuseli zemřít, je každý rok více než 24 tisíc. Jsou to dospělí i dětské pacienti, kteří zemřeli předčasně na jednu ze zhruba 80 vybraných příčin. Například na zánět slepého střeva, tuberkulózu, rakovinu prsu či vrozenou vadu srdce. Taková úmrtí patří podle demografa Borise Burcina z Univerzity Karlovy k těm, jež je možné úplně nebo částečně odstranit pomocí prevence nebo vhodné léčby. Data statistického úřadu přitom ukazují, že za posledních pět let v průměru zemřelo každý rok na zdravotní problémy 106 tisíc lidí. „Rozhodující situací je stadium nemoci, ve kterém poprvé pacient vyhledá zdravotnické zařízení. Pokud je časné, lze smrt odvrátit,“

míní o statistice lékař a náměstek ředitelky jičínské nemocnice Martin Šimák. V praxi ale podle něj nikdy nepůjde odvrátit veškerá předčasná úmrtí, která nastávají.

Máme přístroje, ale chybějí postupy, jak léčit, míní resort

Ministerstvo zdravotnictví tuto statistiku používá jako jeden z ukazatelů efektivity a kvality zdravotnické péče. Takzvaná odvrátitelná úmrtnost navíc slouží při mezinárodním srovnávání. Organizace pro hospodářskou spolupráci (OECD) čísla loni přepočítala na 100 tisíc obyvatel a srovnala je ve 31 zemích. Pro Českou republiku žebříček nevyzněl lichotivě. Skončila šestá od konce, nejlepššího výsledku dosáhla Francie, nejhoršího Estonsko. Ministerstvo zdravotnictví se rok od zveřejnění žebříčku OECD k datům vrátilo a spolu s dalšími statistikami poukazuje na to, že Česko nemá tak dobrý stav zdravotnictví jako země, které přitom mají v přepočtu daleko méně lékařů či nemocničních lůžek. „V době socialismu jsme měli zdravotnictví horší než v západní Evropě. Bylo to dáno zejména technickou zaostalostí. To jsme po revoluci zlepšili. V čem ale naše zdravotnictví stále kulhá, je koordinace poskytované péče,“ míní poradce ministra zdravotnictví Pavel Vepřek. Zatímco v ČR připadá 7,1 nemocničního lůžka na 1000 pacientů, průměr zemí OECD je necelých pět. Z materiálu ministerstva také vyplývá, že zatímco v zemích OECD se za posledních 50 let zvýšila délka dožití o 11 let, v ČR o pět. Ministerstvo klade vedle sebe také počty lékařů. V ČR na 1000 obyvatel připadá 3,6 lékaře, v Japonsku s nejdelší délkou života je to 2,2 lékaře. Podle Vepřky zemi chybí pravidla pro pohyb pacienta v systému. „Tak, aby pacient dostal správnou péči, správným způsobem a ve správný čas, na správném místě. Nyní je akcentována svoboda lékařů, ale systém potřebuje někoho, kdo bude dohlížet na výsledky a podle nich bude procesy upravovat,“ dodal Vepřek s tím, že zlepšení stavu dokáží pomoci lékařské standardy, které doporučují postupy léčby.

Data jako rukojmí mezi ministrem a odbory

Z úst poradce ministra zdravotnictví zní kritika systému zdánlivě nelogicky, protože právě ministerstvo se podílí na vytváření pravidel pro koordinaci péče. Resort ovšem s kritikou přichází dva měsíce předtím, než začnou platit klíčové zákony zdravotnické reformy, které mají zcela změnit některé principy péče. Kritická slova navíc zaznívají v době, kdy se odbory radí, jak se bránit proti tomu, že lékařům v nemocnicích nerostou platy. Navýšení mezd jim ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09) slíbil loni při vyhoceném protestu lékařských odborů s názvem Děkujeme, odcházíme. „Je to účelová argumentace, aby si zdůvodnili všechny zákony, kde se prodlužují dojezdové doby a dostupnost péče, protože připravují rapidní prořídnutí sítě,“ míní šéf Lékařského odborového klubu Martin Engel. Podle něj například stát dodnes přesně neví, kolik lékařů pracuje v nemocnicích. Statistiky počtu nemocničních doktorů neexistují, stát hlídá pouze odpracované hodiny. „Tikající bomba českého zdravotnictví jsou odchody nemocničních lékařů do zahraničí. Jen loni jich bylo 500,“ dodal Engel. „Každá akce vyvolává reakci. Když se o počtu lékařů teď pořád mluví, někdo dostal chuť podívat se na reálná čísla,“ řekl k době zveřejnění analýz Vepřek Hospodářským



novinám. Spory mezi odbory a zdravotnictvím ale odvracet některá úmrtí zřejmě příliš nepomohou. Podle Šimáka ani ta nejdokonalěji nastavená pravidla či nejmodernější způsoby léčby nedokáží mnohdy dohnat to, pokud pacient vyhledá lékaře pozdě. „Například u rakoviny. Pokud je definovaná ve více než jednom orgánu, tak pravděpodobnost vyléčení se zásadním způsobem mění,“ míní lékař. Na prvním místě by proto v medicíně měla být prevence. „Aby pacienti byli informováni o příznacích, při kterých je třeba vyhledávat lékaře. Ať už jde o samovyšetření prsu, bolesti břicha, přecházení chřipek či krvácení do stolice,“ dodal Šimák.

Zdroj: H. Válková, iDNES, 19. 2. 2012

O těhotné se místo lékařů postarají porodní asistentky, navrhuje Heger

Ministr zdravotnictví Leoš Heger chce změnit systém péče o těhotné. Rád by posílil pravomoci porodních asistentek. Ty by měly o zdravé ženy pečovat v době těhotenství i po porodu. K lékařům by ženy docházely jen na nejnnutnější prohlídky nebo při zdravotních obtížích. Ministr tak chce ušetřit a snížit vytíženost lékařů. Na ministerstvu už vzniká pracovní skupina, která má nové pravomoci nastavit. „Chceme, aby porodní asistentky převzaly od gynekologů prenatální péči o ženy během těhotenství. Na to nemusí být lékař,“ říká ministr Leoš Heger z TOP 09. Podle něj stačí jen nově určit pravidla, co porodní asistentky mohou a kdy už by měly poslat těhotnou pro jistotu na vyšetření lékařem. Těhotné ženy by však v první řadě chodily na pravidelné prohlídky k novodobým porodním bábám. Tedy alespoň ty zdravé. „Je pravděpodobné, že by péči o polovinu těhotných, které jsou zdravé, cítí se dobře, nic jim není a mají laboratorní vyšetření v pořádku, zcela převzaly asistentky. Ke gynekologovi by šla žena jen na ultrazvuk nebo v některých definovaných případech,“ říká ministr. Jenže ambulantní gynekologický tým rozlítí.

„Nechápu, když je někde nastavena péče na vyšší úrovni, proč se vracet k tomu, co jsme tu měli dřív, za dob porodních bab?“ reaguje prezident České gynekologicko-porodnické společnosti Vladimír Dvořák. Podle ministra se gynekologové bojí, že přijdou o jistý příjem peněz. Každý rok v Česku otěhotní přes sto tisíc žen.

„Samozřejmě už to mohlo být dávno, ale společnost gynekologů to vidí jako nemožné, ne z důvodů odborných, ale komerčních,“ říká ministr. Jeho cílem číslo dvě je totiž ušetřit. A na to slyší jak zdravotní pojišťovna, tak poslanci.

„Je jen otázka času, kdy se ty kódy pro porodní asistentky a pro pojišťovnu nasmlouvají, aby tuto práci mohly dělat a dostaly za ni zaplacení. A není to krok zpátky, je to naopak cesta do Evropy, protože ve většině zemí na Západě to tak je,“ říká Aleš Roztočil ze zdravotního výboru Sněmovny, shodou okolností také gynekolog. Ohrožení péče o těhotné se neobává. A porodní asistentky logicky souhlasí.

„My si s lékaři nekonkurujeme, my se doplňujeme,“ říká ředitelka Unie porodních asistentek Kateřina Hájková Klíčová.

„Ve většině zemí je to tak, že žena chodí k porodní asistentce a jen na jistá vyšetření jde k lékaři. Takže místo deseti návštěv u něj jsou tam jen tři,“ popisuje německý model. Porodních asistentek je u nás asi šest tisíc a všechny mají vzdělání stejné jako jinde v Evropě.

Zdroj: L. Petrášová, iDNES, 22. 2. 2012

Experti vidí jako přínos návrhy změn sítě zdravotnických zařízení

Nejpřínosnější pro rozvoj zdravotnictví jsou podle expertů návrhy změn sítě zdravotnických zařízení a národní informační systém ke sledování efektivity zdravotnických nákupů. Jako nejškodlivější označili rozhodnutí soudu o povinnosti spádových nemocnic zajistit péči u porodů doma.

Novinářům to ve středu řekl výkonný ředitel neziskové organizace České zdravotnické fórum (ČZF) Michael Vích. ČZF v projektu HEZR (Hodnocení ekonomických a sociálních opatření ve zdravotnictví) dává ekonomům, manažerům, předním profesorům medicíny i zástupcům stavovských a patientských organizací jednou za tři měsíce možnost, aby se vyjádřili k reformním opatřením. „Změny v lůžkovém fondu jsou jednou z podmínek fungování zdravotní péče. Bez důkladné analýzy a plánu náhrady v péči ambulantní a domácí či sítě jednodenních chirurgií je to krok do neznáma,“ shodli se experti. Opatření by podle nich nemělo být plošné a mělo by respektovat potřeby regionu. K národnímu informačnímu systému Vích upřesnil, že v něm poskytovatelé péče najdou referenční ceny pro nákupy zdravotnických přístrojů, materiálů a léků. „Je to určitě jeden z kroků, který může posílit sledování efektivity vynakládání prostředků, ovšem stále se vyhýbá nebo oddaluje řešení efektivních nákupů formou určení standardu a nadstandardu péče,“ shrnul připomínky Vích. Experti se rovněž shodli, že riziko porodů doma je tak vysoké, že by měly být jen v nemocnicích. Současně radí zpříjemňovat anonymní nemocniční prostředí tak, aby rodičkám připomínalo domov. „Nejde jen o vnější vzhled prostor, ale hlavně o chování a přístup personálu,“ řekl Vích a připomněl Centrum aktivního porodu na Bulovce, které ale už bylo zrušeno. Tuto možnost opět ženy budou mít – v úterý byly v jihlavské nemocnici otevřeny čtyři porodní pokoje, které se podobají obývacímu pokoji. Před porodu doma varují gynekologové a porodníci, jsou podle nich rizikové pro matku i dítě. O víkendu zemřel při porodu doma novorozenec, u něhož pak vyšetření odhalila srdeční vadu. Výsledky hodnocení předává ČZF ministerstvu zdravotnictví, vládě a sněmovně. V příštím kole vystaví experti vládě „pololetní“ vysvědčení, zhodnotí dva roky čtyřletého mandátu ve zdravotnictví a sociální sféře. Projekt HEZR trvá tři roky, má podpořit diskusi odborníků a klíčových osobností ve zdravotnictví. Největší ocenění za předchozích 11 kol získalo zavedení standardů a nadstandardů ve zdravotnictví, nejhůře hodnoceno bylo proplácení regulačních poplatků kraji.

Zdroj: N. Myslivcová, ČTK, 29. 2. 2012

Na jihu Moravy ubývá porodů

V Jihomoravském kraji loni opět ubylo porodů. V porodnicích v regionu loni rodilo 12 540 žen, o pět procent méně než rok předtím. Porodů v kraji ubylo třetím rokem po sobě, úbytek je však tentokrát strmější.

Nejvíce porodů ztratila loni Nemocnice Ivančice, p. o., a to víc než pětinu ve srovnání s rokem 2010. Pokles zaznamenala všechna porodnická zařízení v kraji, zveřejnil 28. února krajský porodník prim. MUDr. Petr Janků, Ph.D., z Fakultní nemocnice Brno (FNB). Díky vysoké porodnosti roste počet obyvatel kraje. Stoupá osmým rokem po sobě a zatímco dřív to bylo především díky migraci, v posledních



letech má větší význam porodnost. Loni se v kraji narodilo o 1308 lidí víc, než kolik jich zemřelo. Ze statistiky vyplývá, že v kraji neubývá dvojčat. Loni jich byla čtyři procenta, což je ve srovnání s rokem 2010 nárůst o několik desetin. Lékaři si to vysvětlují rostoucím počtem umělých oplodnění. Krajští porodníci zároveň chválili organizaci porodnické péče v kraji. Ze statistiky vyplývá, že 95 procent žen, které rodily nedonošené dítě s váhou do 1500 gramů, přivedlo miminko na svět ve FNB. U dětí do 1000 gramů se to podařilo v 94 procentech případů. Lékaři preferují, aby se takto malé děti narodily na specializovaném pracovišti a nemusely se převážet až po porodu. Naopak běžné porody podle ní nechce FNB okresním porodnicím rozhodně přebírat, protože sama má svou kapacitu přes dvouprocentní meziroční pokles zcela vytíženou.

Zdroj: ČTK, 29. 2. 2012

Novela o využití marihuany k léčbě

Vláda se postavila neutrálně k poslanecké novele, která má umožnit využívání marihuany k léčebným nebo vědeckým účelům. Podle předběžného stanoviska se přitom kabinet chtěl k návrhu postavit negativně. Svůj názor změnil kvůli situaci těžce nemocných lidí, řekla na tiskové konferenci po jednání vlády místopředsedkyně Karolína Peake. „Vláda si uvědomuje tíživou situaci, ve které je celá řada těžce nemocných,“ řekla novinářům Peake. Kabinet podle ní vzal v úvahu možnost využití konopí pro léčebné účely. „Podporujeme další pokračování legislativního procesu v tomto směru,“ dodala Peake. Ministerstvo zdravotnictví podle ní již spolupracuje s poslanci, kteří novelu předložili. Pokud by předloha vstoupila v platnost, umožnila by dovoz marihuany do České republiky. Do lékáren by měli konopí dodávat licencovaní výrobci a pěstitelé vybraní v soutěži, droga by měla být na elektronický lékařský předpis.

Zdroj: ČTK, 1. 3. 2012

I když MZ musí víc šetřit, nebude prý rušit hygienické stanice

I když ministerstvo zdravotnictví musí v souvislosti s plánovanými vládními škrty víc šetřit, nebude podle mluvčího Vlastimila Sršně rušit hygienické stanice. S obavami z rušení krajských hygienických stanic se na ministerstvo obrací v těchto dnech jejich pracovníci. Údajně by se měly hygienické stanice stát součástí systému veterinárních správ a zemědělské a potravinářské inspekce. Sršeň to popřel. ČTK řekl, že ministerstvo chce dosáhnout úspor slučováním institucí, které řídí, a také sloučením dvou zdravotních pojišťoven. Až bude přijat zákon o univerzitních nemocnicích, nebudou pod něj spadat ani nynější fakultní nemocnice. Ministerstvo si ponechá ve své správě jen centra superspecializované péče. Sloučit by se měl Ústav zdravotnických informací a statistiky s Koordinačním střediskem pro resortní informační systémy. Ústav vede zdravotnické statistiky, středisko zdravotnické registry. Sloučením vznikne jeden subjekt schopný poskytovat komplexní informace, řekl Sršeň. Přípravuje se sloučení Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra s Vojenskou zdravotní pojišťovnou, je to uvedeno už v programovém prohlášení současné vlády. Sloučená pojišťovna bude zajišťovat služby pro všechny silové resorty. Úspory přinese očekávané sloučení poboček, uvedl mluvčí. V plánu je také zrušení Státního zdravotního ústavu a fúze činností do Zdravotního ústavu Praha. Odstraní se duplicity, ušetří

na správu majetku i obslužných činnostech, vysvětlil Sršeň. Činnosti Endokrinologického ústavu budou převedeny do Institutu klinické a experimentální medicíny, ústav ztratí dosavadní samostatnost. Stoupne prý tak efektivita, klesnou náklady na obslužné činnosti a nájem. Národní lékařská knihovna by se měla stát součástí příspěvkové organizace Národní knihovna. V plánu je sloučení brněnského Centra transplantační a kardiovaskulární chirurgie s Fakultní nemocnicí u svaté Anny, v jejímž areálu centrum je. Zrušeno bude Zdravotnické zásobování krizových stavů, jeho metodická činnost přejde pod ministerstvo zdravotnictví a zajištění krizových situací dostanou za úkol fakultní nemocnice. Zrušena bude také laboratoř přírodních léčivých zdrojů a omezena administrativa zdravotních ústavů, kde se sloučí 14 dosavadních ředitelství do dvou, doplnil mluvčí. Ročně hospodaří ministerstvo zdravotnictví se zhruba šesti miliardami korun. Zdravotnictví spotřebuje ročně kolem 300 miliard korun, většinu ale spravují zdravotní pojišťovny.

Zdroj: ČTK, 1. 3. 2012

Elektronický recept bude povinný

Touto dobou už měly elektronické recepty plošně fungovat, ale moc se neujaly. Ministerstvo zdravotnictví je proto nařídí. Včera se poprvé sešla nová pracovní skupina pro elektronické recepty na léky. Má projekt rozjet.

Tentokrát už to vyjde, věří ministerstvo zdravotnictví

Včera se poprvé sešla nová pracovní skupina pro elektronické recepty na léky. Má dát čerstvý impuls projektu, který ne a ne naplnit původní očekávání. E-recept by mohli pacienti dostávat i po SMS, pomohl by zabránit škodlivým kombinacím léků i falšování receptů. Už na konci loňského roku se měly elektronické recepty rozjet ve velkém. Jenže jejich používání vážně. Do minulého týdne pouze 88 lékařů e-recept napsalo a jen 44 lékáren nějaký vydalo. Umí s nimi pracovat 262 lékáren z celkových zhruba 2700. Kdo by si chtěl vyzvednout na dálku poslaný recept třeba během dovolené ve Vyšším Brodě nebo v Českém Krumlově, musel by až do Českých Budějovic. Podle náměstka ministra zdravotnictví pro ekonomiku Petra Noska se ukazuje, že elektronické recepty nelze zavést jen na dobrovolné bázi. „Aby začaly elektronické recepty plně fungovat, budeme je muset stanovit jako povinnost,“ řekl LN Nosek. „Reálný je termín od 1. 1. 2014.“ Pracovní skupina má doladit pravidla, která pak ministerstvo napíše do zákona. Diskutuje se třeba o tom, jestli má mít lékař a lékárník přístup k datům o všech lécích, které byly pacientovi předepsány. „Aby měl elektronický recept smysl, musí dostat lékárenskou péči na vyšší úroveň. Měli bychom mít informace, abychom mohli hlídat například interakce mezi léky,“ říká prezident České lékárnické komory Lubomír Chudoba. Z první schůzky pracovní skupiny odcházel trochu skeptický. „Upřímně řečeno, podobné diskuse probíhaly už před lety,“ poznamenal. Podle předsedy Sdružení ambulantních specialistů Zorjana Jojka lékaři v současnosti nevidí důvod elektronické recepty používat. „Chybí jakákoli vize výhodnosti pro pacienta,“ tvrdí Jojko. Gynekolog Jan Pětroš z Nového Jičína, který byl loni mezi prvními, kdo nové elektronické recepty začal používat, si je ale pochvaluje. „Nelíbí se mi jen to, jak pomalu se šíří. S nelibostí zjišťuji, jak mezi lékaři a lékárnami vítězí zaběhané stereotypy a nepochopení přínosů elektronických receptů,“ říká Pětroš. Všechny recepty dnes vypisuje jako elektronické. Znamená to pro něj i pro jeho zdravotní sestru méně administrativy. Zmenšily se fronty. Už jen



proto, že některé ženy a dívky vůbec do ordinace nemusejí. Je běžné, že si uživatelky hormonální antikoncepce chodí někdy pouze pro recept a prohlídku nepotřebují. Teď jim ho může poslat elektronicky. Výhoda je to například pro dívky, které studují a do Nového Jičína jezdí jednou za čas. „Recept si vyzvedne kdekoli, seznam lékařů je na internetových stránkách SÚKL,“ říká Pětroš.

Chudoba i Jojko mají výhrady k centrálnímu úložišti elektronických receptů. Ministerstvo zdravotnictví s ním ale nadále počítá.

Co by se mělo změnit proti původnímu projektu, je například přístup lékařů k datům z elektronických receptů. „Už jen to, že každý lékař musí mít svůj elektronický podpis, způsobuje ve velké nemocnici organizační i finanční problémy,“ vysvětluje Nosek.

Velká očekávání má od e-receptů Všeobecná zdravotní pojišťovna. Zatím nenaplněná. „V současné době je předpokládán využití poměrně malé, protože je systém na začátku, se zapojením malého počtu lékařů a lékáren,“ uvedl mluvčí pojišťovny Jiří Rod. Skomírající e-recepty byly také jedním z důvodů nedávného odvolání ředitele lékového ústavu Martina Beneše. Na jeho post už ministerstvo vyslalo výběrové řízení.

Zdroj: A. Čabanová, Lidové noviny, 2. 3. 2012

Přirozená součást porodu: bolest, nebo lékař?

Hledání kompromisu. Na specialisty tlačí ženy, které chtějí родit rychle a bezbolestně, i ty, jež si přejí návrat do minulosti. Porodníci musí dnes bojovat s obrovským balíkem přání a stížností nastávajících maminek. Mám za sebou náročný týden, posteskl si mi jeden porodník, když jsem si s ním chtěla povídat o nárůstu císařských řezů v Praze. A začal vykládat: Jak se mu na sále objevila narkomanka, která netušila, že je těhotná. Dokonce si ani neuvědomila, že zrovna rodí. „Jedna celebrita si tak vytrvale přála родit přirozenou cestou, že nás držela na sále skoro dva dny,“ pokračoval specialista, jehož nakonec nejvíc zasáhla zpráva o smrti novorozence, který zemřel na začátku týdne při domácím porodu. Porodnictví je přitom úžasný obor. Vždyť ve které jiné sféře medicíny mají lékaři příležitost k téměř permanentní radosti. Jenže – musí zároveň bojovat s obrovským balíkem přání a stížností nastávajících maminek.

Těžce nemocný člověk nechá většinou péči na svém specialistovi. Chce přežít a podřídí se. Žena, která se chystá přivést na svět dítě, ovšem nemocná není. Chce o svém osudu rozhodovat: kde a jak porodí, kdo u toho bude a kdo se nesmí ani objevit, co má a nemá počítovat. To porodník je tu k jejím službám. „Nastávající maminka nikdy nemá slyšet, že něco musí,“ tvrdí porodník Antonín Pařízek od pražského Apolináře. Z vlastní zkušenosti potvrzují, že pan docent říká svatá slova. Nic ženu u porodu nesužuje víc, než vojensky pravidelné střídání povelů „to musíte“ a „to nesmíte“ doplněné ponižujícími „maminko“. Nezavidím ovšem ani lékařům, kteří se musí střídavě podřizovat zcela odlišným přáním. Na jedné straně na ně tlačí ženy, které se děsí bolesti. Třeba v porodnici v Podolí se odhadem dvě procenta rodiček domáhají operativního porodu jen pro vlastní pohodlí, možná z obavy z bolesti nebo poporodních následků. Pro vlastní komfort chtějí zbytečně riskovat svoje zdraví. Na druhé straně přibývá žen, které se doktorů u porodu střeží jako čert kříže. Pokud rodí v nemocnici, dožadují se jen přítomnosti asistentky. Rok od roku ovšem roste i počet žen, které rodí doma. Ročně jich je kolem pěti set – nejvíc samozřejmě v metropoli, téměř ke dvěma stovkám. Takové ženy tvrdí, že porod není nemoc, je to intimní záležitost žen

a že se bez dozoru lékařů rodilo stovky let. Jen pro připomenutí: dřív rodily ženy mladší, v lepší kondici a hlavně jich i děti umíralo v souvislosti s porodem mnohem víc. Chceme ty časy zpět? Pro vlastní komfort ženy chtějí zbytečně riskovat zdravím dětí. Není čas, aby se lékaři s rodičkami shodli na kompromisu? Tedy родit pod dohledem, ale bez zbytečného obtěžování medicínou...

Zdroj: M. Nová, MF DNES, 2. 3. 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 následného převzetí praxe. Kontakt: 602 834 457.

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 **v Praze 6**, každou středu od 12 do 16 hod. 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**.

230 1-12

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

231 1-12

Prodám praxi praktického lékaře pro děti a dorost **u Českých Budějovic**. Bližší informace na tel.: 604 318 717.

232 2-12

Prodám zavedenou dětskou lékařskou praxi s.r.o. **v Praze**, případně **zaměstnám pediatra** se spec. způsobilostí. Bližší informace při osobním jednání. Zn.: tel.: 728 316 743.

233 2-12

Prodám praxi praktického lékaře pro děti a dorost **v Brně**. Bližší informace na tel. 608 061 168.

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

Autodidaktický test 3/2012

Očkování dětí

1. Očkování nedonošených nekalmetizovaných dětí zahajujeme:

- a) až po dosažení hmotnosti 5000 g
- b) až po dovršení 3. měsíce věku
- c) dle chronologického věku
- d) při splnění obou podmínek uvedených v odpovědích a) i b)

2. Očkování imunodeficitních pacientů je kontraindikováno:

- a) při použití inaktivovaných očkovacích látek
- b) při použití živých očkovacích látek
- c) všemi očkovacími látkami
- d) není kontraindikováno u žádné očkovací látky

3. Preventivní podání antipyretik je doporučeno při očkování:

- a) očkovacími látkami obsahujícími DTP či DTaP, pokud se objevila po předchozím očkování horečka nad 38,5 °C
- b) očkovacími látkami obsahujícími DTP či DTaP, pokud se objevila po předchozím očkování horečka nad 40,5 °C
- c) proti invazivním pneumokokovým onemocněním u všech očkovaných
- d) živými očkovacími látkami
- e) epileptiků a dětí po prodělaných febrilních křečích

4. Před očkováním v současné době používanými živými očkovacími látkami je nutno odebrat rodinnou anamnézu s ohledem na odhalení imunosuprimovaného člena domácnosti, v níž očkovanec bydlí. V pozitivním případě je očkování takovou očkovací látkou kontraindikováno. Toto tvrzení:

- a) platí pro všechny živé očkovací látky
- b) platí pouze pro očkovací látky podávané perorálně (Rotarix, RotaTeq)
- c) platí pouze pro očkovací látku proti varicelle
- d) je chybné

5. Obecnou kontraindikací k očkování je:

- a) i lehká akutní infekce horních cest dýchacích s afebrilním průběhem
- b) průjem předpokládaného infekčního původu bez teplot
- c) febrilní stav
- d) otok v místě i.m. aplikace předchozí dávky očkovací látky
- e) opožděný motorický vývoj dítěte
- f) antimikrobiální terapie, pokud kontraindikace nevyplývá z vlastního onemocnění léčeného antimikrobiálním prostředkem

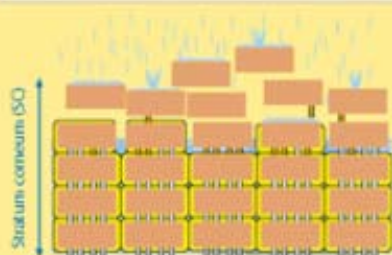
Jemné mytí je nezbytné pro zdraví dětské pokožky

Johnson's
baby

Fyziologie pokožky a důsledky vedoucí k narušení kožní bariéry

Zdravá kožní bariéra¹

Chrání před vnějšími nebezpečími (např. toxiny, mikroby, alergen)



Zabraňuje ztrátě vody

Genové environmentální interakce²

Environmentální faktory (např. mýdlo, nešetrné tensidy, tvrdá voda)



Genetické predispozice

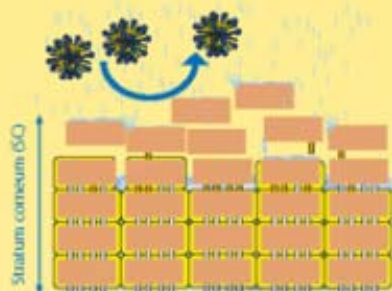
Narušení kožní bariéry^{3, 4}

Alergeny, dráždivé látky a nešetrné tensidy mohou proniknout oslabenou kožní bariérou³



První krok k atopické dermatitidě (AD)
AD postihuje až 25% dětí⁵
AD prevalence je na vzestupu⁶

Mycí prostředky by měly mít složení zvláště jemné k dětské pokožce



Mycí prostředky s obsahem velkých micel, které jsou v roztoku tvořeny různými typy tensidů, jsou jemné k pokožce a dokáží odstranit nečistoty rozpustné v tucích, jako jsou zbytky stolice, potu atd.

JOHNSON'S® Baby Koupelel pro celé tělo a vlásy:

Klinicky testovaná na šetrnost vůči pokožce novorozenců

Unikátní složení JOHNSON'S® Baby Koupelel pro celé tělo a vlásy

- je vyvinuta speciálně pro pokožku novorozenců, řada nezávislých studií prokázala, že je šetrná k novorozenecké pokožce⁸
- inovativní složení obsahující směs tensidů (neionické, amfoterické) které v roztoku formují velké micely²
- má neutrální hodnotu pH vůči pokožce novorozence
- je hypoalergenní a 100% bez barviv, mýdla a parabenů
- obsahuje minimálně nutné množství konzervantů, které zaručují bezpečnost a jsou dobře snášeny

Čtyřikrát jemnější k dětské pokožce



Data poskytnuta společností JOHNSON & JOHNSON Ltd.

Co znamená NO MORE TEARS® (Už ani slzu)?

Symbol garantuje, že dětská kosmetika JOHNSON'S® Baby byla připravena dle zvláštní receptury a podrobena přísným testům, aby se zaručilo, že je bezpečná pro oči a pokožku dítěte. Tato značka je udělována pouze těm našim výrobkům, které prošly výzkumy a oftalmologickými testy, jež zkoumají reakci na všechny složky daného produktu nebo jejich kombinace.



1. Cork MJ et al. Journal of Dermatology Treatment 1997; 2. Cork MJ et al. Drug Discovery Today: Disease Mechanism 2008; 3. Cork MJ et al. Community Practitioner 2005; 4. Walter RM et al. Cosmetics and Toiletries 2008; 5. Cork MJ et al. College of Midwives 2008; 6. Palomares O et al. European Journal of Immunology 2010; 7. Cork MJ. Preventing Skin Barrier Breakdown—the positives and negatives of environmental factors. Johnson & Johnson Baby Skin Care Symposium, Frankfurt 2010; 8. Lavender T et al. Baby Skin Care Research Programme: a randomised, assessor-blinded controlled trial comparing an infant skin-cleansing product with water. <http://www.controlledtrials.com/ISRCTN72285670>

Invazivní pneumokoková onemocnění (IPO)

Sérotypy 1, 3, 5, 6A, 7F a 19A

- způsobily 22 % všech IPO u dětí do 5 let věku v ČR v letech 2000 – 2010^{3,4,6}

Sérotypy 3, 6A a 19A

- způsobily 12 % všech IPO u dětí do 5 let věku v ČR v letech 2000 – 2010^{3,4,6}

Nejširší pokrytí
sérotypů ze všech
pneumokokových
konjugovaných
vakuin^{1,2,3,4,6}

Sérotyp 19A
v mnoha zemích
světa hlavní
příčina IPO
a AOM^{11,14}

Sérotyp 3
relativně častý
původce pneumonií
a AOM^{8,9,10,11}

Sérotyp 6A
častý sérotyp
u nazofaryngeálního
nosičství¹²

Sérotyp 1
častá příčina
pneumonií,
spojován
s komplikovanými
pneumoniemi^{7,8,9,10}

Sérotyp 5
původce invazivního
pneumokokového
onemocnění
(především Afrika
a Jižní Amerika)¹¹

Sérotyp 7F
spojován
s vysokou
úmrtností¹³

Prevenar 13

Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13valentní, adsorbovaná)

**OCENĚN PRESTIŽNÍ
Prix Galien USA***

Medaile vyřezal mistrum Albertum Jaegerum, Grand Prix de Rome

2011



Získání informací o přípravku Prevenar 13 injekční suspenze: Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13-valentní, adsorbovaná). **Léčivé látky:** Jedna dávka (0,5 ml) obsahuje: Pneumococcus polysacharidum sérotypů 1* (2,2 µg), 3* (2,2 µg), 4* (2,2 µg), 5* (2,2 µg), 6A* (2,2 µg), 6B* (4,4 µg), 7F* (2,2 µg), 9V* (2,2 µg), 14* (2,2 µg), 18C* (2,2 µg), 18A* (2,2 µg), 19F* (2,2 µg), 23F* (2,2 µg). *Konjugováno s nosným proteinem CRM197 a adsorbováno na křemíčovém hliníku (0,125 mg). **Indikace:** Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění, pneumonie a akutní otitis media, vyvolaných Streptococcus pneumoniae u kojenců a dětí ve věku od 6 týdnů do 5 let. Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění způsobených Streptococcus pneumoniae u dospělých ve věku 50 let a starších. **Imunizační schéma přípravku Prevenar 13 by měla být založena na místních doporučeních. Kojenci ve věku 6 týdnů – 6 měsíců:** Tři dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc mezi dávkami. První dávka se obvykle podává ve věku 2 měsíců. Čtvrtou dávku se doporučuje podat ve věku 11 až 15 měsíců. **Děti ve věku 7–11 měsíců:** Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc mezi nimi. **Děti ve věku 12–23 měsíců:** Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 2 měsíce mezi nimi. **Děti ve věku 2–5 let:** Jedna samostatná dávka 0,5 ml. **Osoby s ochrannou pro Prevenar 13 u kojenců a dětí ve věku 6 týdnů až 5 let:** (Streptococcus pneumoniae sérotypy 4, 6B, 6V, 14, 18C, 19F a 23F). Kojenci a děti, u nichž bylo očkování zahájeno přípravkem Prevenar, mohou být převedeni na Prevenar 13 v kterémkoli stadiu očkování. **Děti ve věku 12–23 měsíců:** Dávka, která dosud nedostala sérii podle efektivních doporučení. **Děti ve věku 2–5 let:** Jedna samostatná dávka. **Děti ve věku 5 let a starší:** Jedna samostatná dávka. **Pořeba revakcinace následnou dávkou přípravku Prevenar 13** nebyla stanovena. Bez ohledu na stav předchozí pneumokokové vakcinace, pokud je použita 23 valentní pneumokoková polysacharidová vakcína považována za vhodná. **Prevenar 13** by měl být podán jako první. **Způsob podání:** Vakcína se má podávat formou intramuskulární injekce. Přednostním místem podání je anterolaterální část stehna (musculus vastus lateralis) u kojenců nebo deltový sval horní části paže u malých dětí. **Kontraindikace:** Protičlověkost na křemíku nebo na kterémkoli z nosných látek nebo na důležitých složkách. Podobně jako u jiných vakcín i aplikace přípravku Prevenar 13 má být odložena u jedinců s těžkým akutním nebo chronickým onemocněním. Při onemocnění mírné infekce je to nachlazení, by ale neměla být příčinou oddělení očkování. **Zvláštní upozornění:** Prevenar 13 nesmí být aplikován intravenózně. Tato vakcína nemá být podána jako intramuskulární injekce kojencům nebo dětem s trombocytopenií nebo s jinými poruchami koagulační, které jsou kontraindikací pro intramuskulární aplikaci, ale může být podána subkutánně v případě, že potenciální přínos je větší než riziko podání. Prevenar 13 chvilku poase proti těm sérotypům Streptococcus pneumoniae, které vakcína obsahuje a nachází proti jiným mikroorganizmům, které způsobují invazivní onemocnění, pneumonii nebo zánět středního ucha. Podobně jako jiné vakcíny nemůže ani Prevenar 13 ochránit všechny očkování jedince před pneumokokovým onemocněním. **Interakce:** Prevenar 13 může být podáván současně s jinými důležitými vakcínami podle doporučených očkovacích schémat. Přípravek Prevenar 13 může být podán současně se sezónní trivalentní inaktivovanou chřipkovou vakcínou (TIV). Různé injekční vakcíny musí být vždy podány každá do jiného místa vpichu. **Účinnosti a bezpečnosti:** Neexistují údaje o použití pneumokokových 13 valentních konjugátů u těhotných žen. **Není známo, zda je pneumokokový 13 valentní konjugát vylučován do mateřského mléka. Možné účinky:** Mezi nejčastěji hlášenými nežádoucími účinky u dětí patří reakce v místě vpichu, horečka, podrážděnost, nechutenství, zvýšená spavost a/nebo nespavost. U dospělých osob artralgie, myalgie, bolest hlavy, průjem, vyrážka, zvracení, nevolnost, zarudnutí v místě aplikace, indispenze/otok v místě aplikace, bolest/protičlověnost místa aplikace, cizí chuť/požití vstřebání, snížení chuti k jídlu. **Předklinické údaje:** Produktivní přípravkem Prevenar 13 není pravděpodobně vhodná ke způsobu balení v předpřipravené injekční stříkačce. **Uchování:** Uchovávejte v chladničce (2–8 °C). Chraňte před mrazem. **Balení:** 0,5 ml injekční suspenze v předpřipravené injekční stříkačce s plátovou zátkou a ochranným krytem hrotu. **Jedna a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Wyeth Lederle Vaccines S.A., Rue de Boquet, 15, B-1348 Louvain-la-Neuve, Belgie. **Registrační číslo:** EU/1/09/560/001-S. **Datum poslední revize textu:** 24.10.2011. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek Prevenar 13 je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění pro děti a spřísluší podmínky dané zákonem 448/1987 Sb. v aktuálním znění. Před podáním se, prosím, seznáme s úplnou informací o přípravku.

Referencie: 1. SPC Prevenar 13. 2. SPC Synflorix. 3. Motová J, Barančík R, Křiváček P. Invazivní pneumokokové onemocnění v České republice v letech 2009–2006. Epidemiol. Mikrobiol. Imunol. 57, 2008, 61, a. 14–21. 4. Motová J, Barančík R, Křiváček P. Invazivní pneumokokové onemocnění v České republice v letech 2000–2008. Zprávy EM (SZÚ, Praha) 2009; 18(3): 203–209. 5. Motová J, Barančík R, Křiváček P. Invazivní pneumokokové onemocnění v České republice v roce 2009. Zprávy EM (SZÚ, Praha) 2010; 19(3): 68–72. 6. Motová J, Křiváček P. Invazivní pneumokokové onemocnění v České republice v roce 2010. Zprávy EM (SZÚ, Praha) 2011; 20(2): 64–69. 7. Biedová Z, Očkova J. Očkování proti pneumokokům. Farmakoterapie 2010;6(3): 241–332. 8. Byington CL, Korogerski K, Daly J et al. Pediatr Infect Dis J 2006;25: 250–254. 9. Kaplan SL, Baran WJ, Lin PL. Pediatrics 2010;125:429–436. 10. Obando I, Muñoz-Almagro C, Arroyo LA. Emerg Infect Dis. 2008; Vol.14, No.3:1890–1897. 11. Dinleyko EC, Vargis ZA. Expert Review Vaccines 2008; 8(8): 977–986. 12. Zemlickova H, Jakubec V, Urbavkova P. Journal of Medical Microbiology 2010; 59: 1079–1083. 13. Rückinger S, von Kries R, Stadler A, van der Linden M. Pediatr Infect Dis J 2009; 28(2): 118–22. 14. van Elsland E, Verhoeven RH, Hak E. JAMA. 2010;304(10):1395–1406.

* Galienovu cenu, udělovanou ve francouzské jako Prix Galien, získal v roce 1999 výhradně farmaceut a farmaceutický výrobce. Galien Prix Galien bylo poprvé uděleno v roce 1970 ve Francii. Od roku 2007 pak Galien Foundation vyhláší jedno z nejvyšších ocenění ve farmaceutickém průmyslu ve Spojených státech.